

Travailleurs atteints de blessures neuromusculosquelettiques

Cadre de référence régissant la prestation des soins et des services offerts



Ce document est le résultat d'une collaboration entre l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, l'Ordre des ergothérapeutes du Québec et le Collège des médecins du Québec et d'une adaptation réalisée par l'École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke avec la collaboration du Département de réadaptation de l'Université Laval.

La CNESST a assuré la coordination administrative des travaux et a contribué au soutien matériel, à la mise en page et au graphisme du document.

Ce document n'a aucune valeur juridique et ne saurait donc remplacer les textes de loi et les règlements.

Reproduction autorisée avec mention de la source

© Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, 2018

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2018

ISBN 978-2-550-80224-2 (PDF)

Avril 2018

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	5
PRINCIPE 1 L'efficacité de la prise en charge devrait être démontrée objectivement	6
PRINCIPE 2 Une approche biopsychosociale est essentielle pour gérer la douleur	7
PRINCIPE 3 La prise en charge devrait favoriser l'élaboration de stratégies visant l'autogestion du travailleur	9
PRINCIPE 4 Les objectifs de la prise en charge devraient être fonctionnels et axés sur le retour au travail	10
PRINCIPE 5 La prise en charge devrait intégrer les données de recherche factuelles à l'expertise clinique et aux valeurs des patients	11
PRINCIPE 6 La communication entre les professionnels de la santé participant à la réadaptation d'un travailleur optimisera les résultats obtenus	13
PRINCIPE 7 La prise en charge devrait prendre fin dès que le résultat optimal a été atteint	14
GLOSSAIRE	15
ANNEXE	16
RÉFÉRENCES	17

CADRE DE RÉFÉRENCE

Les renseignements fournis aux fins de cette publication étaient exacts au moment de l'impression et sont de nature générale. Ce document est conçu pour servir de guide uniquement et ne remplace pas le jugement clinique qui revient aux professionnels et dépend des circonstances individuelles. Cette publication ne se veut pas un substitut des exigences stipulées dans la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, en vigueur dans la province de Québec.

Si l'on a tout mis en œuvre pour assurer l'exactitude du présent cadre, les conseils qu'il fournit ne s'appliquent pas à l'ensemble des situations. Par conséquent, les trois ordres professionnels et la CNESST ne peuvent pas être tenus responsables ni offrir de garantie relativement aux éléments suivants :

- La pertinence de l'information pour un objectif précis ;
- Les mesures prises par des tiers qui résultent du contenu du cadre de référence régissant la prestation des soins et des services aux travailleurs blessés.

AVANT-PROPOS

L'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, l'Ordre des ergothérapeutes du Québec et le Collège des médecins du Québec ont participé à des travaux, en collaboration avec l'École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke, afin d'adapter un cadre de référence régissant la prestation des soins et des services offerts aux travailleurs atteints de blessures neuromusculosquelettiques.

Ce cadre se veut davantage clinique et vise à apporter une dimension complémentaire au cadre clinico-administratif du *Règlement sur l'assurance médicale*. Une attention particulière a été portée à la prévention de la chronicisation et à la collaboration interprofessionnelle. Le souci de centrer les soins sur le patient et d'en faire un acteur actif de sa réadaptation a prévalu.

Les principes énoncés dans ce document doivent s'ajuster aux caractéristiques propres à chaque patient et doivent être considérés comme des principes directeurs.

Vous remarquerez que certains termes sont soulignés. Ces mots sont définis dans le glossaire à la fin du document.

Objectifs et principes

Le *Cadre de référence régissant la prestation des soins et des services offerts aux travailleurs atteints de blessures neuromusculosquelettiques* a pour but de favoriser le retour au travail rapide et sécuritaire du travailleur blessé et de prévenir la chronicisation. Pour parvenir à ce but, il est suggéré de respecter un ensemble de principes qui régissent la prestation des soins et des services offerts aux travailleurs atteints de blessures neuromusculoquelettiques.

Application

1. L'efficacité de la prise en charge devrait être démontrée objectivement.
2. Une approche biopsychosociale est essentielle pour gérer la douleur.
3. La prise en charge devrait favoriser l'élaboration de stratégies visant l'autogestion du travailleur.
4. Les objectifs de la prise en charge devraient être fonctionnels et axés sur le retour au travail.
5. La prise en charge devrait intégrer les données factuelles à l'expertise clinique et aux valeurs des patients.
6. La communication entre les professionnels de la santé participant à la réadaptation d'un travailleur optimisera les résultats obtenus.
7. La prise en charge devrait prendre fin dès que le résultat optimal a été atteint.

PRINCIPE 1

MESSAGES CLÉS

1. L'efficacité de la prise en charge devrait être démontrée objectivement.
2. Si possible, utiliser des outils de mesure qui sont :
 - fidèles, valides et sensibles au changement ;
 - liés aux objectifs fonctionnels de la prise en charge ;
 - basés sur les composantes d'incapacité, d'activité et de participation ;
 - pertinents à l'atteinte du travailleur.

L'efficacité de la prise en charge devrait être démontrée objectivement

L'évaluation de l'efficacité de la prise en charge fournit aux travailleurs, aux professionnels de la santé, à la CNESST ainsi qu'à ses agents d'indemnisation et à ses conseillers en réadaptation des renseignements sur le rythme (et la direction) du changement. Les outils de mesure fournissent des indicateurs qui aident à définir les résultats de l'évaluation de manière rigoureuse. Par exemple, le niveau fonctionnel du travailleur est-il en train de s'améliorer, de se détériorer ou de stagner ? Grâce à cette information, toutes les parties sont en mesure de justifier leur décision de poursuivre ou de modifier le plan de prise en charge, de mettre fin au traitement ou d'orienter le travailleur vers un autre professionnel de la santé.

Quels outils de mesure utiliser ?

Il est pertinent de mesurer l'efficacité de la prise en charge à l'aide d'un ou de plusieurs outils de mesure standardisés. Les outils choisis sont, dans la mesure du possible, fidèles, valides et sensibles au changement. Les professionnels de la santé pourraient se servir d'outils de mesure personnalisés s'il n'existe pas d'outil standardisé permettant de quantifier, pour une situation donnée, l'efficacité de la prise en charge.

Il est pertinent de choisir des outils de mesure liés aux objectifs fonctionnels de la réadaptation et conformes à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), de manière à employer un vocabulaire commun facilitant les échanges interprofessionnels (voir l'annexe 1). Certaines mesures cliniques (p. ex. l'amplitude de mouvement, la force musculaire, l'intensité de la douleur) peuvent servir à détecter les changements lors d'une séance de traitement et à orienter le raisonnement clinique du professionnel de la santé. Comme elles ne reflètent pas les limitations d'activité, la capacité à travailler, ni les restrictions de participation du travailleur blessé, elles ne devraient cependant pas être utilisées de façon isolée.

Comment les documenter ?

Il appartient aux professionnels de la santé de consigner les résultats des évaluations selon les exigences des ordres auxquels ils appartiennent. Il est pratique de pouvoir utiliser et comparer facilement les résultats obtenus avec les outils de mesure de manière à suivre l'évolution du travailleur blessé.

Quand évaluer ?

Les outils de mesure doivent être utilisés régulièrement pour déterminer le rythme et la direction du changement dans l'état de santé du travailleur. Il est suggéré de prendre des mesures de référence avant le début du traitement ou le plus tôt possible. Il peut être pertinent de procéder à une nouvelle évaluation dès que l'on s'attend à une évolution de l'état du travailleur, en fonction du type de blessure et du traitement prodigué (p. ex., une semaine en cas de lésion aiguë, ou quelques semaines en cas de maladie chronique). L'utilisation régulière d'outils de mesure procure des données à jour sur l'état du travailleur et sur l'efficacité des modalités thérapeutiques utilisées.

PRINCIPE 2

Une approche biopsychosociale est essentielle pour gérer la douleur

MESSAGES CLÉS

1. Les professionnels de la santé auraient avantage à tenir compte des facteurs psychosociaux qui influencent l'expérience de la douleur chez le travailleur.
2. Les blessures aiguës requièrent un traitement qui atténue la douleur et stimule la guérison des tissus, tout en favorisant un retour rapide au travail et aux autres activités fonctionnelles.
3. Le traitement de la douleur chronique doit reposer sur une approche biopsychosociale axée sur le retour au travail et aux autres activités fonctionnelles, ciblant le traitement des déficiences physiques sous-jacentes et favorisant l'autogestion par le travailleur.

Il est suggéré, dès la prise en charge, que le professionnel de la santé envisage les facteurs psychosociaux susceptibles d'influencer l'expérience de la douleur chez le travailleur. Le terme « drapeaux jaunes » désigne communément les facteurs de risque psychosociaux d'une douleur persistante, qui sont à distinguer des signes de pathologies plus sérieuses (appelés « drapeaux rouges »).

Plusieurs outils de mesure standardisés sont disponibles pour faciliter l'évaluation de ces facteurs psychosociaux. Certains sont intégrés dans le guide de pratique clinique sur les lombalgies publié par Delitto *et al.* (2012). Il est important que le professionnel de la santé détermine le meilleur moment pour les évaluer selon l'évolution et les caractéristiques du travailleur blessé.

Lorsque des facteurs psychosociaux sont déterminés, il est suggéré de favoriser une approche de réadaptation active intégrant des programmes d'exercices gradués, du renforcement positif envers les capacités fonctionnelles du travailleur ou une exposition graduelle à des activités spécifiques perçues par celui-ci comme étant potentiellement douloureuses ou difficiles à réaliser (Delitto *et al.*, 2012).

Douleur aiguë

À la suite d'une blessure aiguë, la prise en charge vise le soulagement de la douleur aiguë, la guérison des tissus et un retour rapide au travail et aux autres activités fonctionnelles. Même au cours des premiers stades, il est important de reconnaître et de gérer la présence de certains facteurs psychosociaux.

Douleur chronique

Par définition, une douleur chronique est une douleur qui persiste au-delà du temps de guérison normalement attendu (selon le type de blessure, le traitement reçu et le stade de guérison) et dont le rôle n'est plus la fonction d'alerte de la nociception physiologique (Bonica, 1953). Après cette période, la douleur et les déficiences peuvent persister en raison du lien complexe qui existe entre les facteurs physiques et psychosociaux. Les facteurs psychosociaux (p. ex. la personnalité, l'état mental, les émotions, les croyances, les sentiments, l'éducation, les expériences et les conditions environnementales) engendrent un ensemble de pensées et de comportements qui influence l'expérience de la douleur chez les travailleurs.

Bien que la douleur puisse demeurer le principal symptôme du travailleur, il n'est peut-être pas approprié de continuer d'avoir recours à des traitements dont le but est uniquement de soulager la douleur (p. ex., l'électrothérapie ou les techniques manuelles). Il serait pertinent que les professionnels de la santé tiennent compte de tous les facteurs dans le choix des approches thérapeutiques pour la gestion de la douleur chronique, de même que de l'efficacité de ces approches.

Ces approches peuvent comprendre :

- la mise en place d'interventions cognitivocomportementales qui intègrent l'éducation, le renforcement positif, la gradation des activités et l'établissement d'objectifs communs ; il peut être utile que l'apport d'une équipe plus vaste de fournisseurs de services de santé soit envisagé ;
- la prise en charge des déficiences physiques qui pourraient contribuer à la persistance de la douleur, comme une activité musculaire anormale, la mobilité restreinte des articulations ou des tissus mous, une réduction du contrôle du mouvement et le déconditionnement ;
- l'élaboration de stratégies pour améliorer la capacité de retour au travail et les activités fonctionnelles ;
- le soutien à l'autogestion, qui consiste à :
 - favoriser l'engagement à adopter ou à maintenir de saines habitudes de vie,
 - aider le travailleur à surveiller et à gérer ses signes et symptômes,
 - aider le travailleur à gérer l'effet de sa condition sur ses capacités physiques, ses émotions et ses relations interpersonnelles,
 - aider le travailleur à s'impliquer dans l'établissement d'un plan de prise en charge et à y adhérer,
 - faire en sorte que le travailleur connaisse bien sa condition et les différentes options de prise en charge.

Il peut également être utile de recueillir l'opinion d'un collègue ou d'un autre professionnel de la santé pour obtenir des conseils dans l'orientation du traitement auprès d'un travailleur blessé, ainsi que de demander au médecin traitant du travailleur¹ d'orienter ce dernier vers un autre professionnel de la santé, une clinique de traitement de la douleur ou une équipe multidisciplinaire.

Exacerbations de douleur

Les exacerbations de douleur sont courantes dans les conditions chroniques et peuvent survenir simultanément à une hausse des activités ou du stress. Les professionnels de la santé auraient avantage à éduquer les travailleurs sur le fait qu'ils peuvent s'attendre à vivre des exacerbations de la douleur et à les aider à comprendre que celles-ci ne sont pas nécessairement synonymes d'une détérioration de leur état (voir la vidéo destinée aux patients : <https://www.youtube.com/watch?v=lcDsYdUls44>). Il peut être utile de leur décrire clairement les mécanismes sous-jacents. Les exacerbations de douleur surviennent couramment dans le cadre d'un programme progressif de reprise des activités fonctionnelles. Le travailleur doit réaliser un effort suffisant pour obtenir un gain tout en demeurant dans des limites sécuritaires.

¹ « Médecin traitant » fait référence au médecin qui a charge (MQAC), comme défini par la CNESST.

PRINCIPE 3

La prise en charge devrait favoriser l'élaboration de stratégies visant l'autogestion du travailleur

MESSAGES CLÉS

1. L'éducation donnée au travailleur l'aide à comprendre sa blessure et sa gestion, à faire des choix, à surmonter ses croyances erronées et à modifier son comportement.
2. Pour aider le travailleur à gérer sa douleur, il est utile d'avoir recours à des stratégies actives telles que :
 - la réadaptation active et axée sur des activités fonctionnelles ;
 - l'évitement de l'utilisation régulière de modalités thérapeutiques passives dont l'efficacité n'est pas démontrée ;
 - l'éducation du travailleur sur sa réadaptation, le fondement neurobiologique de ses symptômes, son rôle dans l'amélioration de sa condition et l'utilisation de ces connaissances pour gérer ses symptômes.

Le fait d'inciter le travailleur à participer activement à ses traitements est une composante importante d'une réadaptation efficace. On y parvient entre autres grâce à l'éducation et à d'autres stratégies qui lui permettent de gérer sa blessure ou sa douleur.

Éducation

Les connaissances sont une partie intégrante de la promotion de la responsabilisation, et le professionnel de la santé gagnerait à renseigner le travailleur sur :

- le rôle qu'il doit jouer dans son rétablissement ;
- le résultat escompté ;
- sa blessure, son pronostic de récupération, les objectifs thérapeutiques (à court et long termes) et les délais pour les atteindre (comme précisé au principe 4) ;
- l'effet de l'échec des traitements (le cas échéant) et les suggestions de changements susceptibles d'assurer la réussite de l'intervention en cours.

Gestion des symptômes

L'acceptation des symptômes par le travailleur et l'autogestion de ceux-ci sont des éléments pouvant contribuer au processus de réadaptation. Pour l'aider dans cette démarche, le professionnel de la santé se tient informé de la variété des stratégies auxquelles le travailleur peut recourir pour composer avec ses symptômes. Voici les stratégies qui sont principalement employées :

1. Les stratégies actives où le travailleur assume en partie la responsabilité de la gestion de sa douleur ;
2. Les stratégies passives, qui impliquent l'évitement ou l'assignation de la responsabilité de la gestion de la douleur à une autre personne, pouvant être hautement prédictives de la déficience et de la douleur chronique.

Si une personne se sert principalement de stratégies d'adaptation passives ou si le traitement cesse d'être efficace, il faudra limiter les traitements manuels passifs (comme les manipulations, la mobilisation et le massage), pour se concentrer sur l'éducation et un programme de gestion active. Ces stratégies passives engendrent la dépendance et donnent l'impression au travailleur que le professionnel de la santé est responsable de la gestion de sa blessure.

Il peut être aidant que le professionnel de la santé encourage la personne à recourir à des stratégies actives pour gérer ses symptômes et à maintenir ses activités en dépit de ses symptômes. Le travailleur doit être assuré d'être la personne clé dans sa propre prise en charge. La réadaptation active, qui combine les soins de réadaptation en clinique, la reprise des activités de tous les jours, l'établissement d'objectifs fonctionnels et la gradation des activités, aide le travailleur à gérer efficacement ses symptômes.

PRINCIPE 4

MESSAGES CLÉS

1. Il est suggéré que les objectifs soient fonctionnels et axés sur le retour au travail. Chaque objectif est idéalement spécifique, mesurable, acceptable et orienté vers l'action, réaliste, ainsi que temporellement défini (acronyme anglais : « SMART »).
2. Il convient d'établir les objectifs thérapeutiques SMART en collaboration avec le travailleur.
3. Il est pertinent d'évaluer régulièrement les objectifs et de consigner leur réalisation au dossier.
4. Il est recommandé de former de nouveaux objectifs dès que les objectifs initiaux sont atteints ou révisés.

SMART

Spécifique

Nomme la variable ciblée (distance que le travailleur peut marcher, heures au travail avec tâches modifiées, difficulté à conduire)

Mesurable

Possède une unité de mesure (mètres, heures, échelle de 0 à 10)

Acceptable et orienté vers l'action

Pertinent et important pour le travailleur, pertinent pour le retour au travail et le fonctionnement

Réaliste

Susceptible d'être atteint compte tenu du diagnostic et du pronostic de la blessure du travailleur, ainsi que des contraintes environnementales

Temporellement défini

Indique le délai dans lequel l'objectif devrait être atteint

Les objectifs de la prise en charge devraient être fonctionnels et axés sur le retour au travail

Les objectifs de la prise en charge qui sont axés sur le retour au travail et la reprise des activités sont établis en collaboration avec le travailleur et en fonction du milieu de travail. Ils tiennent compte des attentes du travailleur, de son pronostic de récupération et d'un bon encadrement selon les différentes options de retour au travail disponibles dans son milieu de travail (ex. : retour progressif au travail, assignation temporaire, travaux légers).

De nouveaux objectifs sont établis au fil des progrès du travailleur et lorsque la situation change ou que des obstacles au retour au travail sont circonscrits.

Les objectifs devraient-ils nécessairement tous être liés au retour au travail ?

Dans certains cas, il peut être approprié de fixer des objectifs axés sur les déficiences ou sur une autre activité occupationnelle, ne serait-ce que pour être plus réalistes ou pour accroître l'engagement du travailleur dans sa réadaptation. À titre d'exemple, lors d'une blessure aiguë, la réduction de la douleur peut s'avérer un objectif thérapeutique approprié, à court terme, nécessaire à l'atteinte d'un autre objectif plus fonctionnel par la suite. Dans d'autres cas, le retour au travail dans des conditions identiques à celles d'avant la blessure pourrait ne pas être réaliste (à court ou moyen terme, ni même à long terme). L'orientation des objectifs vers une activité de loisirs ou vers un autre type de travail² pourrait alors s'avérer utile.

Exemples d'objectifs fonctionnels

Objectifs mal conçus	Objectifs pertinents
Augmenter l'endurance en position assise	Augmenter l'endurance en position assise à son bureau de 5 à 15 minutes en l'espace d'une semaine
Améliorer la conduite automobile	Être en mesure de conduire son véhicule sur une distance de 10 kilomètres, avec une douleur ne dépassant pas 5/10, en l'espace de deux semaines
Améliorer le fonctionnement	Reprendre le travail (tâches modifiées) trois heures par jour d'ici trois semaines

² La CNESST a comme objectif le retour au travail dans le travail prélesionnel et que toute autre orientation du plan de traitement quant aux tâches de travail doit être prise en collaboration avec elle.

PRINCIPE 5

La prise en charge devrait intégrer les données de recherche factuelles à l'expertise clinique et aux valeurs des patients

MESSAGES CLÉS

1. Les professionnels de la santé auraient avantage à utiliser les données probantes pour établir le plan d'intervention.
2. Les revues systématiques, les lignes directrices de pratique clinique et les articles soumis à une évaluation critique contiennent les renseignements les plus complets fondés sur les données probantes.

Trouver les meilleures données

Les sources les plus accessibles sont celles dont les données ont déjà fait l'objet d'une évaluation critique, telles que les revues systématiques, les lignes directrices de pratique clinique, les consensus internationaux et les articles soumis à une évaluation critique.

Plusieurs options s'offrent aux professionnels de la santé pour les aider à accéder aux données probantes et à sélectionner les documents d'intérêt. Voici une liste non exhaustive de suggestions :

- Effectuer des recherches par mots-clés dans différentes bases de données. Toutefois, ce processus peut rapidement devenir fastidieux pour une personne non habituée à ce type de recherche :

PubMed/Medline

Ce site gratuit permet de faire des recherches à l'intérieur d'une base de données scientifiques :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Bibliothèque Cochrane

Ce site gratuit contient des revues systématiques de données de recherche :

<http://acc.cochrane.org/cochrane-library>

The Physiotherapy Evidence Database

PEdro est une base de données d'essais cliniques et de revues systématiques dans le domaine de la physiothérapie :

<https://www.pedro.org.au/>

- S'abonner aux infolettres de journaux scientifiques pertinents à son domaine de pratique. Néanmoins, plusieurs revues scientifiques sont payantes et les coûts pourraient représenter un obstacle à l'accessibilité pour les professionnels de la santé ;
- Consulter le site de certains organismes spécialisés dans le domaine de la santé, du retour au travail et de la douleur, qui mettent généralement gratuitement leurs publications à la disposition du public. La plupart de ces organismes permettent la recherche par mots-clés, par thématique ou par date de publication, et certains vont même jusqu'à offrir de mettre à jour des regroupements de publications récentes sur des sujets d'intérêt (parfois appelés « veilles scientifiques ») :

Publications et outils en santé et sécurité au travail :

<http://www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/autres-ressources>

<http://www.cnesst.gouv.qc.ca/publications/Pages/listepublications.aspx>

Publications dans le domaine de la physiothérapie :

<https://oppq.qc.ca/membres/publications/>

Publications dans le domaine de l'ergothérapie :

<http://www.oeq.org/>

Publications et règlements dans le domaine de la médecine de famille :

<http://www.cmq.org/publications/index.aspx>

Publications en santé publique :

<https://www.inesss.qc.ca/publications/publications.html>

<https://www.inspq.qc.ca/publications>

Documentation liée à la douleur chronique :

<https://douleurchronique.org/ressources/centre-de-documentation>

Recommandations cliniques en réadaptation :

<http://health.uottawa.ca/rehabguidelines/fr/login.php>

- Assister à des congrès ou à des formations continues pertinentes à sa profession ;
- Planifier au sein de sa clinique un moment où un collègue ou un invité présente le contenu d'un article récent ou le résumé d'une formation ou d'un congrès.

PRINCIPE 6

La communication entre les professionnels de la santé participant à la réadaptation d'un travailleur optimisera les résultats obtenus

MESSAGES CLÉS

1. Les professionnels de la santé doivent respecter la vie privée de leurs patients, en particulier l'information de nature délicate ou personnelle qui leur est confiée. Ils doivent obtenir du patient un formulaire d'autorisation de communiquer des renseignements avant d'engager toute forme de communication avec une tierce partie.
2. Les professionnels de la santé peuvent être tenus de communiquer avec d'autres membres de l'équipe de réadaptation ou de recevoir des communications de leur part.
3. Des communications sont encouragées à différentes étapes du processus de réadaptation, du moins de façon périodique ou à la suite d'événements importants.
4. Il peut être utile, dans certains cas, de déclarer à la CNESST (pour des raisons administratives) ou au médecin traitant (pour des motifs cliniques) une non-observance thérapeutique pouvant influencer significativement l'évolution du traitement.

Avec qui doit-on communiquer ?

Parmi les professionnels de la santé qui s'occupent de la réadaptation d'un travailleur, on peut compter le médecin traitant, les autres professionnels de la santé, l'employeur, l'intervenant de la CNESST, les représentants légaux (en cas de litige) et le travailleur. Les professionnels de la santé pourraient avoir à soumettre un plan de traitement ou un rapport d'évolution à l'agent d'indemnisation ou au conseiller en réadaptation.

À quel moment doit-on communiquer avec ces personnes ?

La communication avec les différents professionnels de la santé devrait avoir lieu périodiquement ou à des moments charnières de la réadaptation. Cela pourrait être :

- à la suite de l'évaluation clinique initiale ;
- avant un examen médical ;
- à la suite de la rédaction d'un rapport ;
- avant l'évaluation par un spécialiste ou par un consultant indépendant ;
- toutes les six à huit semaines, pour documenter l'évolution ;
- à la suite d'une modification importante de l'état de santé ou de la capacité fonctionnelle.

Comment doit-on communiquer avec ces personnes ?

Il existe plusieurs façons de communiquer avec les différents professionnels de la santé qui s'occupent de la réadaptation d'un travailleur. Ces moyens de communication peuvent inclure :

- les appels téléphoniques ;
- les courriels ou les outils du dossier médical électronique, lorsque disponibles ;
- les rapports ;
- les plans d'intervention ;
- les discussions de cas.

PRINCIPE 7

La prise en charge devrait prendre fin dès que le résultat optimal a été atteint

MESSAGES CLÉS

1. Il est encouragé de faire progresser la prise en charge vers l'autogestion, ce qui réduit la dépendance au soutien professionnel.
2. Il peut être utile de mettre fin à la prise en charge si celle-ci ne permet pas l'atteinte de progrès significatifs mesurables vers la réalisation des objectifs fonctionnels ou des objectifs liés aux activités ou à la participation.
3. Il est pertinent de déterminer et de gérer les effets psychosociaux de la fin de la prise en charge.
4. Il est suggéré que l'intention de mettre fin à la prise en charge soit communiquée à tous les membres de l'équipe de réadaptation, mais la décision finale demeure à la discrétion du professionnel concerné.

Ces messages clés s'appliquent principalement lorsqu'un plateau est atteint ou dans les cas plus complexes où l'évolution du travailleur n'atteint pas le résultat optimal anticipé.

Dans le cas où l'efficacité de la prise en charge n'est plus démontrée, les stratégies suggérées pourraient inclure :

- l'analyse des indicateurs pronostiques, des facteurs en cause, des drapeaux rouges et jaunes et des obstacles au rétablissement ;
- la réévaluation des objectifs et des outils de mesure ;
- l'instauration d'une « période mesurée sans traitement » suivie, au besoin, d'un suivi par le professionnel de la santé ;
- la consultation informelle d'un collègue professionnel ou d'un mentor ;
- l'évaluation clinique indépendante ;
- la demande de discussion de cas.

L'atteinte d'un plateau, malgré une participation assidue au traitement, ne devrait pas être perçue d'emblée comme un indicateur ou une preuve d'une déficience persistante. Toutefois, si le professionnel de la santé croit qu'il persiste tout de même une déficience, il doit transmettre son opinion au médecin traitant et à l'équipe de réadaptation. Dans les cas où la présence d'une déficience permanente n'est pas encore confirmée, le travailleur peut être soutenu par un suivi périodique révisant les principes d'autogestion, ainsi que les exercices prescrits ou les autres activités thérapeutiques prescrites.

Si l'on estime que l'arrêt de la prise en charge pourrait avoir des conséquences psychosociales néfastes, l'évaluation du bien-être, de l'état dépressif et de l'engagement peut être instituée. En pareil cas, il devient pertinent d'envisager l'orientation³ du travailleur vers d'autres membres de l'équipe de réadaptation et, le cas échéant, de collaborer avec ceux-ci.

³ La collaboration de la CNESST est nécessaire pour diriger un travailleur vers d'autres services. L'autorisation de la CNESST doit être obtenue préalablement à cette référence.

GLOSSAIRE

Autogestion

Fait de contrôler soi-même ses symptômes, en totalité ou en partie, en appliquant soi-même les modalités thérapeutiques disponibles.

Blessure neuromusculosquelettique

Toute lésion subie dans le cadre du travail, touchant l'appareil locomoteur et entraînant généralement de la douleur ainsi que des difficultés fonctionnelles. À titre d'exemple, les blessures neuromusculosquelettiques incluent l'entorse, la tendinopathie, la bursite et le syndrome du tunnel carpien. La *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* vient préciser la notion de « lésion professionnelle » :

Lésion professionnelle (LATMP, art. 2) : Une blessure ou une maladie qui survient par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail, ou une maladie professionnelle, y compris la récurrence, la rechute ou l'aggravation.

Il est à noter que la reconnaissance d'une lésion professionnelle implique que le travailleur ait fait une réclamation à la CNESST et que cette réclamation soit acceptée.

Plan d'intervention

Terme retenu pour ce cadre de référence, qui inclut le plan de traitement disciplinaire (dont la terminologie et les composantes peuvent varier selon les ordres professionnels), ainsi que le plan d'intervention interprofessionnel (peu importe le degré de collaboration interprofessionnelle appliqué).

Professionnel de la santé

Ce terme ne s'applique pas à l'ensemble des intervenants de la santé du réseau privé qui offrent des soins et des traitements aux travailleurs ayant subi une lésion professionnelle. Il fait spécifiquement référence à tout ergothérapeute, médecin, physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique qui participe au traitement d'un travailleur blessé.

Résultat optimal

Notion qui tient compte du potentiel de guérison, du temps de récupération et des caractéristiques du travailleur blessé. Par conséquent, la définition du résultat optimal variera d'un individu à l'autre (et dans le temps), et il revient au professionnel de la santé de le définir en collaboration avec le travailleur.

Travailleur blessé

Tout travailleur ayant subi une lésion professionnelle neuromusculosquelettique reconnue par la CNESST et pour laquelle le médecin qui a charge prescrit des soins et des traitements de physiothérapie et d'ergothérapie. La *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* vient préciser la notion de travailleur :

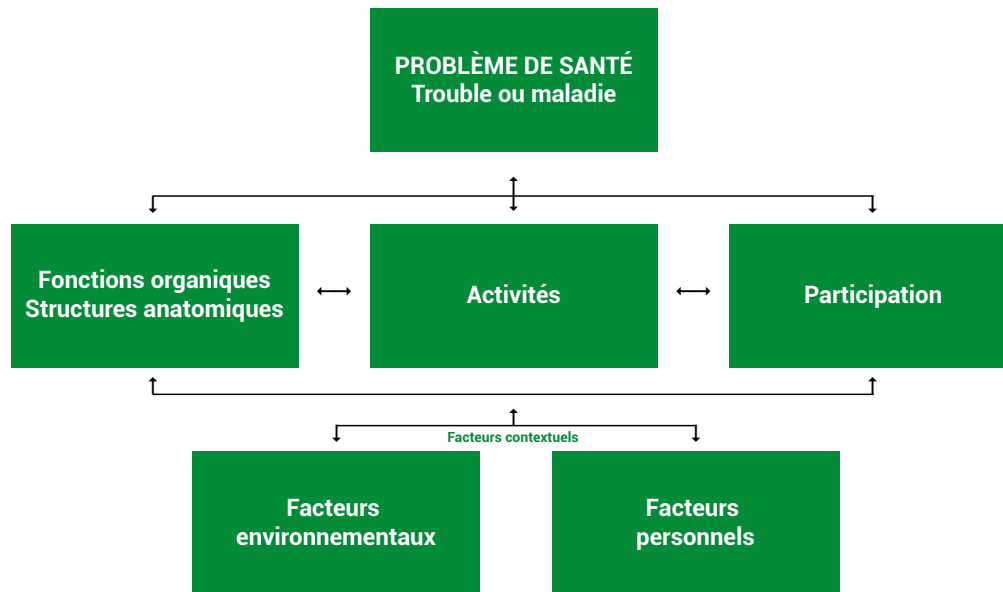
Travailleur (LATMP, art. 2) : Une personne physique qui exécute un travail pour un employeur, moyennant rémunération, en vertu d'un contrat de travail ou d'apprentissage, à l'exclusion :

1. du domestique ;
2. de la personne physique engagée par un particulier pour garder un enfant, un malade, une personne handicapée ou une personne âgée, et qui ne réside pas dans le logement de ce particulier ;
3. de la personne qui pratique le sport qui constitue sa principale source de revenu ;
4. du dirigeant d'une personne morale quel que soit le travail qu'il exécute pour cette personne morale ;
5. de la personne physique lorsqu'elle agit à titre de ressource de type familial ou de ressource intermédiaire.

Il est à noter que la définition de « travailleur » ne tient pas compte de l'âge de la personne. Par ailleurs, le travailleur autonome peut être couvert selon certaines conditions, notamment s'il est inscrit (protection personnelle) à la CNESST.

ANNEXE

Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF, OMS, 2001 et CIF-EA, 2008)



Activités et participation

- Couvrent l'ensemble des domaines de la vie
- Fonctionnement individuel
- Fonctionnement social
- Plus ou moins précis, plus ou moins généraux
- Neuf chapitres
- Dimension universelle

Une **activité** est l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne.

Les **limitations d'activités** désignent les difficultés qu'une personne peut rencontrer pour mener une activité.

La **participation** signifie le fait de prendre part à une situation de vie réelle.

Les **restrictions de participation** désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer pour participer à une situation réelle.

Tableau 1 : Composantes de la CIF (OMS) avec exemples d'outils de mesure appropriés

Fonctionnement et handicap	Exemples d'outils de mesure
Déficiences (problèmes liés aux fonctions organiques ou à la structure anatomique)	Amplitude de mouvement (p. ex., goniomètre) ; force musculaire (p. ex., dynamomètre manuel, bilan musculaire manuel) ; intensité de la douleur (p. ex., échelle numérique de 0 à 10, échelle visuelle analogue de 10 cm, questionnaire McGill sur la douleur)
Limitations d'activités (difficultés que rencontre une personne dans l'exécution de certaines activités) et restrictions de participation (problèmes qu'une personne peut éprouver dans les situations de sa vie quotidienne)	Échelle PSFS (Patient-Specific Functional Scale), questionnaire Oswestry (pour les douleurs lombaires), Index d'incapacité cervicale, Tampa Scale for Kinesiophobia, épreuve de marche de six minutes (SMWT) et questionnaire d'Orebro (de dépistage de la douleur musculosquelettique). Pour plus de détails sur les outils d'évaluation des résultats, consulter le site Web de WorkCover (www.workcover.com) et la base de données de la Chartered Society of Physiotherapists (www.csp.org.uk).

RÉFÉRENCES⁴

- * Site Web de l'APA, consulté le 01/05/2008.
http://apa.advsol.com.au/physio_and_health/research/evidence/outcome_measures.cfm.

ADAPTE Collaboration. The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation, Version 2.0, 2009. Accessible à partir de : <http://www.g-i-n.net>.

AGREE Next Steps Research Consortium. Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (Grille AGREE II). Londres, The AGREE Research Trust, 2009.

Bonica, J. J. The Management of Pain. Philadelphie, Lea & Febiger, 1953.

- * Butler, D. S. et Mosely, G. L. Explain Pain. Adelaide, Noigroup publications, 2003.

CNESST. Application du Règlement sur l'assistance médicale : établissements de santé privés offrant des traitements de physiothérapie et d'ergothérapie. Québec, CNESST, 2007. Accessible à partir de : http://www.cnesst.gouv.qc.ca/publications/200/Pages/dc_200_6241.aspx.

Delitto, A., Goerge, S. Z., van Dillen, L., Whitman, J. M. et Sowa, G. A. « Low Back Pain: Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association ». J Ortho Sports Phys Ther., vol. 42, no 4, 2012, p. A1-57.

Fitch, K., Steven, J. B., Aguilar, M. S., Bumand, B., LaCalle, J. R., Lazaro, P. et Kahan, J. P. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Monica, RAND Corporation, 2001.

- * Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Fuchs, P. N., Peters, M. L. et Turk, D. C. « The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions », Psychology Bulletin, vol. 133, no 4, 2007, p. 581-624.
- * Geyman, J. P., Deyo, R. A. et Ramsey, S. D. Evidence-based Clinical Practice: Concepts and Approaches. Boston, Butterworth Heinemann, 2000.

Gouvernement du Québec. Chapitre A-3.001 : Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Québec, Éditeur officiel du Québec, 2017. Accessible à partir de : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/A-3.001.pdf>.

Guillemin, F., Bombardier, C. et Beaton, D. « Cross-cultural Adaptation of Health-related Quality of Life Measures: Literature Review and Proposed Guidelines », J Clin Epidemiol, vol. 46, no 12, 1993, p. 1417-1432.- * Higgs, J. et Jones, M. Clinical Reasoning in the Health Professions, 3^e édition. Oxford, Butterworth Heinemann, 2008.
- * Lorig, K., Holman, H., Sobel, D., Laurent, D., Gonzalez, V. et Minor, M. Living a Healthy Life with Chronic Conditions: Self-management of Heart Disease, Arthritis, Diabetes, Asthma, Bronchitis, Emphysema and Others, 2^e édition. Emeryville, Bull Publishing Company, 2000.
- * Main, C. J. et Booker, C. K. « The Nature of Psychological Factors », dans Pain Management: an Interdisciplinary Approach. Édimbourg, Churchill Livingstone, 2000, p. 19-42.
- * Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B. et Richardson, W. S. « Evidence Based Medicine: what it is and what it isn't », BMJ, vol. 312, 1996, p. 71-72.
- * Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W. et Haynes, R. B. Evidence-based Medicine: How to Practice and Teach EBM. Londres, Churchill Livingstone, 2000.
- * Victorian WorkCover Authority. Clinical Framework for the Delivery of Health Services to Injured Workers. Melbourne, Victorian WorkCover Authority Publications, 2004.

⁴ Les références précédées d'un astérisque sont celles de la version originale anglaise australienne. Les autres références ont été ajoutées dans la version française adaptée.