

Les patients ayant des blessures aux tissus mous sont plus à risque d'avoir une invalidité prolongée

Les recherches des dix dernières années tendent de plus en plus à démontrer que les facteurs psychosociaux sont plus importants que les facteurs biomédicaux lorsqu'il s'agit de prédire qui développera une douleur chronique et une invalidité prolongée en raison de la douleur. Travail sécuritaire NB utilise le questionnaire sur la douleur et l'activité pour repérer et indiquer les travailleurs blessés à risque d'invalidité prolongée en raison de la douleur. Seize pour cent des travailleurs blessés ayant des blessures aux tissus mous qui ont cessé de travailler et qui ont répondu au questionnaire ont obtenu une note de > 139 après quatre semaines d'invalidité. À long terme, ces travailleurs blessés représentent 64 pour cent des 20 pour cent des demandes qui comptent pour 82 pour cent des coûts des demandes liées aux blessures aux tissus mous. Soixante pour cent des ordonnances touchaient des opiacés chez des travailleurs blessés dont la note était de > 139 (douleur principalement d'origine psychosociale) comparativement à 30 pour cent des travailleurs blessés ayant une note de < 99 (douleur principalement d'origine biologique). Des documents de recherche récents suggèrent que les patients utilisant beaucoup d'opiacés se rétablissent moins bien, sont moins nombreux à retourner au travail et ont un bilan de santé inférieur.

En mars 2009, Travail sécuritaire NB a mené à bien un projet pilote d'une année visant à réduire le pourcentage des travailleurs blessés qui demeuraient prestataires d'indemnités 26 semaines après l'accident ou la récurrence. La littérature révèle que les travailleurs blessés à risque d'invalidité prolongée en raison de la douleur ont besoin d'une forme de thérapie cognitivo-comportementale en plus de la réadaptation fonctionnelle. Les patients à risque très élevé (ex. : note > 147) ont davantage besoin d'un programme de thérapie cognitivo-comportementale plus exhaustif et de réadaptation fonctionnelle que les personnes à risque élevé (ex. : note entre 140-147).

Les travailleurs blessés de Travail sécuritaire NB à risque faible (< 99) et moyen (99-139) demeuraient dans le continuum traditionnel du plan de soins. Les travailleurs blessés à risque élevé ont reçu une intervention de thérapie cognitivo-comportementale de gestion de cas en plus de réadaptation de physiothérapie primaire active ou de conditionnement au travail. Comparativement à l'expérience passée, 40 pour cent moins de travailleurs blessés étaient prestataires d'indemnités à 26 semaines, et 50 pour cent plus de travailleurs blessés travaillaient. En moyenne, les notes post-intervention passèrent de risque élevé à risque moyen. Les travailleurs blessés à risque très élevé étaient généralement aiguillés vers un programme de réadaptation fonctionnelle multidisciplinaire assortie de thérapie cognitivo-comportementale et de simulation de travail. Comparativement à l'expérience passée, 30 pour cent moins de travailleurs blessés étaient prestataires d'indemnités à 26 semaines, et 20 pour cent plus de travailleurs blessés travaillaient. En moyenne, les notes post-intervention ont passé de risque très élevé à risque élevé.

Selon ces résultats, Travail sécuritaire NB a utilisé le questionnaire sur la douleur et l'activité à quatre semaines afin de stratifier le risque d'invalidité prolongée en raison de la douleur chez les travailleurs blessés. La note obtenue sert ensuite à classer un demandeur et à lui attribuer des soins en fonction du risque. Chaque travailleur blessé ayant une note de > 139 est évalué par le responsable de cas pour confirmer qu'il fait l'objet du plan de soins approprié. Si ce n'est pas le cas, les responsables de cas apportent les changements nécessaires. À titre d'exemple, un travailleur blessé ayant une note de > 147 au questionnaire sur la douleur et l'activité est affecté au plan de soins multidisciplinaire. Mais lors de l'évaluation, le responsable de cas réussit à éliminer assez d'obstacles au rétablissement rapide que le risque d'invalidité prolongée du travailleur blessé est réduit considérablement. L'aiguillage vers le programme multidisciplinaire est annulé, et le travailleur blessé continue de faire de la physiothérapie primaire locale ou du conditionnement au travail.

Douglas Margison, B.Sc., M.D., CCMF, M.B.A., FCCMT