

1. Le défi

Travail sécuritaire NB a remarqué que *certaines travailleurs blessés ayant une diminution physique mineure ou aucune diminution ont une plus grande invalidité en raison de douleur chronique que d'autres travailleurs ayant une diminution physique plus grave*. Il ne s'agit pas d'une situation unique à notre province.

Pour ce qui est de fractures de l'épaule, la durée moyenne des réclamations au Nouveau-Brunswick était de 23 semaines par rapport à une durée d'invalidité prévue de 21 semaines pour la population en général. La durée moyenne des réclamations pour les lésions musculo-squelettiques était de 20 semaines comparativement à une durée d'invalidité prévue de 4 à 6 semaines. La durée moyenne pour les ruptures partielles de la coiffe des rotateurs était de 80 semaines comparativement à une durée de 48 semaines pour les ruptures complètes.

Un total de 55 % des travailleurs blessés atteints d'une lésion musculo-squelettique présentaient des drapeaux jaunes. Les travailleurs atteints d'une lésion musculo-squelettique à l'épaule qui reçoivent un traitement non chirurgical qui subissaient une opération ont plus de drapeaux jaunes que ceux qui poursuivaient une réadaptation active. Les drapeaux jaunes sont indicatifs d'obstacles psychosociaux à une reprise du travail rapide (Kendall, Linton et coll. 1997; Waddell, Burton et coll. 2003; Gozna 2004; Waddell 2004; Gozna 2005; Gozna 2007; ACOEM (American College of Occupational and Environmental Medicine) 2008 Revision; Kendall, Burton et coll. 2009). Un examen des cas de travailleurs ayant subi une opération à l'épaule, au dos et au genou suggère que 57 % des opérations étaient effectuées pour des indications électives, c'est-à-dire surtout pour soulager la douleur. La durée moyenne des réclamations de travailleurs ayant des indications impératives était de 55 semaines (68 % avaient repris le travail et 8 % avaient une réclamation ouverte pour soins médicaux après deux ans), comparativement à 79 semaines pour les travailleurs ayant des indications électives.

Des recherches ont démontré que les travailleurs blessés préfèrent une opération plutôt qu'un traitement non chirurgical (Atlas, Tosteson et coll. 2007). Cependant, les travailleurs blessés sont quatre fois plus susceptibles d'avoir un mauvais dénouement chirurgical comparativement à d'autres patients (Harris, Mulford et coll. 2005). Il semblerait que les chirurgiens procèdent à une opération pour des conditions chez des travailleurs blessés qu'ils ne feraient généralement pas chez d'autres patients.

a) La déconnexion professionnelle peut nuire à la santé

Le fait de ne pas travailler peut nuire à la santé : taux de mortalité et de morbidité plus élevés (santé générale et mentale moins bonne), usage plus élevé de services médicaux, et plus grande consommation de médicaments (Talmage et Melhorn 2005; Waddell et Burton 2006; Black 2010).

Une absence du travail prolongée est associée à un risque plus élevé de chômage (Waddell 1987; Alyward et Sawney 2007). Si une personne s'absente du travail pendant 4 à 6 semaines, la probabilité d'une invalidité à long terme est de 20 %. À la semaine 12, il existe une probabilité de 55% qu'elle ne reprendra pas le travail dans les six prochains mois. À six mois, la probabilité est de 50 % qu'elle ne reprendra pas le travail dans l'année à venir. Si un travailleur s'absente du travail pendant une à deux années ou a

Aperçu du programme de la gestion des blessures à l'épaule

perdu son emploi, il est peu probable qu'il reprendra le travail (Waddell 2004, p. 122). La déconnexion professionnelle peut nuire à la santé (Gozna 2005).

b) Quelle est la condition principale qui contribue à l'invalidité?

Des recherches ont démontré qu'à partir de la phase subaiguë de la blessure, les facteurs psychosociaux jouent un plus grand rôle que les facteurs biomédicaux dans l'absence de travail à long terme et l'invalidité en raison de douleur chronique (Hogg-Johnson, Frank et coll. 1994; Gatchel, Polatin et coll. 1995; Shaw, Pransky et coll. 2005; Waddell et Burton 2006; Shaw, Pransky et coll. 2007). Des recherches suggèrent que les réactions de catastrophe envers la douleur et les comportements de peur / d'évitement sont d'importants facteurs de risque pour une invalidité prolongée en raison de douleur chronique (Crombez, Vlaeyen et coll. 1999; Vlaeyen et Linton 2000; Severeijns, Vlaeyen et coll. 2001; Buer et Linton 2002; Denison, Asenlof et coll. 2004; Waddell 2004; Boersma et Linton 2005; Swinkels-Meewisse, Roelofs et coll. 2006; Jensen, Nielsen et coll. 2010). Linton et Boersma ont élaboré un outil afin de dépister les facteurs de risque psychosociaux pour une invalidité prolongée, soit le questionnaire sur la douleur musculo-squelettique Orebro (Linton et Boersma 2003; Boersma et Linton 2005; Hockings, McAuley et coll. 2008). Le questionnaire a été validé dans le contexte de l'indemnisation des travailleurs (Dunstan, Covic et coll. 2005; Margison et French 2007).

c) Les réactions de catastrophe envers la douleur sont des indicateurs

Plus de douleur chronique et d'invalidité (Turner, Jensen et coll. 2000; Buer et Linton 2002; Picavet, Vlaeyen et coll. 2002; Turner, Jensen et coll. 2002; Shaw, Pransky et coll. 2007; Demmelmaier, Lindberg et coll. 2008; Campbell et Edwards 2009). Rendement sous-maximal lors de tests au niveau des muscles (Verbunt, Seelen et coll. 2005). Plus grande consommation d'analgésiques en général (Jacobsen et Butler 1996; Severeijns, Vlaeyen et coll. 2004) et plus précisément les opiacés (Jensen, Thomsen et coll. 2006). Moins bonnes réactions envers le traitement par radiofréquence et par injection (van Wijk, Geurts et coll. 2008). Plus grande intolérance envers les activités (Buer et Linton 2002; Sullivan, Rodgers et coll. 2002). État de santé général moins bon (Severeijns, van den Hout et coll. 2002; Severeijns, Vlaeyen et coll. 2004). Utilisation plus élevée de soins de santé (Severeijns, Vlaeyen et coll. 2004; Jensen, Thomsen et coll. 2006).

d) Les comportements de peur / d'évitement sont des indicateurs

Rendement sous-maximal lors de tests au niveau des muscles (Verbunt, Seelen et coll. 2005). Plus de douleur chronique et d'invalidité (Crombez, Vlaeyen et coll. 1999; Buer et Linton 2002; Picavet, Vlaeyen et coll. 2002; Denison, Asenlof et coll. 2004; Grotle, Vollestad et coll. 2004; Boersma et Linton 2005; Cedraschi et Allaz 2005; Coudeyre, Tubach et coll. 2007; Jensen, Nielsen et coll. 2010). Plus d'invalidité quant aux fonctions / activités de la vie quotidienne (Buer et Linton 2002; Swinkels-Meewisse, Roelofs et coll. 2003; Gheldof, Vinck et coll. 2006; Swinkels-Meewisse, Roelofs et coll. 2006; Swinkels-Meewisse, Roelofs et coll. 2006b). Plus d'invalidité sociale (Swinkels-Meewisse, Roelofs et coll. 2003; Gheldof, Vinck et coll. 2006; Swinkels-Meewisse, Roelofs et coll. 2006; Swinkels-Meewisse, Roelofs et coll. 2006b). Restrictions de travail / Absences du travail plus prolongées (Ciccone et Just 2001; Fritz, George et coll. 2001; Fritz et George 2002; Storheim, Ivar Brox et coll. 2005; Lotters, Franche et coll. 2006; Turner, Franklin et coll. 2006; Shaw, Pransky et coll. 2007)

e) L'expérience de Travail sécuritaire NB

Travail sécuritaire NB dépiste les clients qui présentent des risques élevés d'une invalidité prolongée à l'aide d'une version modifiée du questionnaire sur la douleur musculo-squelettique Orebro, c'est-à-dire le *Questionnaire sur la douleur et les activités*. Un résultat inférieur à 99 est associé à un générateur de douleur « surtout biomédical / anatomique » (risque peu élevé). Un résultat supérieur à 139 est associé à un générateur de douleur « surtout psychosocial » (risque élevé). Une analyse de réclamations dans le cadre du projet pilote de Travail sécuritaire NB de 2008-2009 en vue de gérer les réclamations « à risque élevé » a démontré que les travailleurs blessés atteints d'une lésion musculo-squelettique qui présentent un risque élevé et qui étaient absents du travail à la semaine 26 consommaient plus d'opiacés, et subissaient plus d'exams d'imagerie, plus d'anesthésies tronculaires, et plus d'opérations que les travailleurs blessés atteints d'une lésion musculo-squelettique à risque peu élevé qui étaient absents du travail à la semaine 26. Puisque la principale différence est que les travailleurs blessés à risque plus élevé avaient plus de drapeaux jaunes / facteurs psychosociaux, le traitement biomédical ne sera pas efficace dans les cas de facteurs psychosociaux. Si le médecin continue de suivre un modèle biomédical, le traitement non réussi mènera à d'autres traitements biomédicaux.

Selon l'expérience de Travail sécuritaire NB, le groupe qui consomme le plus d'opiacés est celui des travailleurs blessés dont le générateur de douleur est surtout psychosocial. Des recherches ont démontré qu'un usage plus élevé d'opiacés est associé à des résultats fonctionnels moins bons et une plus longue durée d'invalidité chez les personnes atteintes d'une lésion musculo-squelettique (Webster, Verma et coll. 2007; Kidner 2009).

Travail sécuritaire NB a initié le projet pilote de 2008-2009 afin d'essayer de réduire les effets négatifs qu'une absence du travail prolongée a sur les travailleurs blessés. Il a évalué des travailleurs blessés atteints d'une lésion musculo-squelettique à la semaine 4 au moyen du *Questionnaire sur la douleur et les activités*. Les employés des services de gestion des réclamations se sont servis d'une approche biopsychosociale chez les travailleurs blessés à risque élevé pour une invalidité prolongée afin de déterminer quels étaient les problèmes réels. Les responsables de cas ont utilisé des techniques comportementales cognitives et on a également eu recours à une thérapie comportementale cognitive plus officielle. Un total de 76 % des travailleurs à risque élevé et de 62 % des travailleurs à risque très élevé ne recevaient plus de prestations à la semaine 26 par rapport à 33 % pour les témoins historiques, de façon à éviter des interventions médicales non nécessaires.

Références

ACOEM (American College of Occupational and Environmental Medicine) (2008 Revision). *Occupational Medicine Practice Guidelines*. 2^e édition, revu et corrigé par K.T. Hegmann et L.S. Glass. Massachusetts, OEM Press.

ALWARD, M. et P.E. Sawney (2007). *Chapter 4: Support and rehabilitation (restoring fitness for work)*. *Chapter 4, Fitness for Work: The Medical Aspects*. 4^e édition, K.T. Palmer, R.A.F. Cox et I. Brown, Eds. Oxford, Oxford University Press : pages 69 à 79.

ATLAS, S.J., T.D. Tosteson et coll. (2007). « What is different about workers' compensation patients? Socioeconomic predictors of baseline disability status among patients with lumbar radiculopathy ». *Spine* (Phila Pa 1976) **32**(18) : pages 2019 à 2026.

BLACK, D.C. (2010). *Maximising the Health & Well-Being of the Working-Age Population*. International Forum on Disability Management, Los Angeles, États-Unis.

BOERSMA, K. et S.J. Linton (2005). « Expectancy, fear and pain in the prediction of chronic pain and disability: A prospective analysis ». *Eur J Pain*.

BOERSMA, K. et S.J. Linton (2005). « Screening to identify patients at risk: profiles of psychological risk factors for early intervention ». *Clin J Pain* **21**(1) : pages 38 à 43; discussion pages 69 à 72.

BUER, N. et S.J. Linton (2002). « Fear-avoidance beliefs and catastrophizing: occurrence and risk factor in back pain and ADL in the general population ». *Pain* **99**(3) : pages 485 à 491.

CAMPBELL, C.M. et R.R. Edwards (2009). « Mind-body interactions in pain: the neurophysiology of anxious and catastrophic pain-related thoughts ». *Transl Res* **153**(3) : pages 97 à 101.

CEDRASCHI, C. et A.F. Allez (2005). « How to identify patients with a poor prognosis in daily clinical practice ». *Best Pract Res Clin Rheumatol* **19**(4) : pages 577 à 591.

CICCONE, D.S. et N. Just, (2001). « Pain expectancy and work disability in patients with acute and chronic pain: a test of the fear avoidance hypothesis ». *J Pain* **2**(3) : pages 181 à 194.

COUDEYRE, E., F. Tubach et coll. (2007). « Fear-avoidance beliefs about back pain in patients with acute LBP ». *Clin J Pain* **23**(8) : pages 720 à 725.

CROMBEZ, G., J.W. Vlaeyen et coll. (1999). « Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability ». *Pain* **80**(1-2) : pages 329 à 339.

DEMMELEMAIER, I., P. Lindberg et coll. (2008). « The associations between pain intensity, psychosocial variables, and pain duration/recurrence in a large sample of persons with nonspecific spinal pain ». *Clin J Pain* **24**(7) : pages 611 à 619.

DENISON, E., P. Asenlof et coll. (2004). « Self-efficacy, fear avoidance, and pain intensity as predictors of disability in subacute and chronic musculoskeletal pain patients in primary health care ». *Pain* **111**(3) : pages 245 à 252.

DUNSTAN, D.A., T. Covic et coll. (2005). « Does the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire predict outcomes following a work-related compensable injury? » *Int J Rehabil Res* **28**(4) : pages 369 à 370.

FRITZ, J.M. et S.Z. George (2002). « Identifying psychosocial variables in patients with acute work-related low back pain: the importance of fear-avoidance beliefs ». *Phys Ther* **82**(10) : pages 973 à 983.

FRITZ, J.M., S.Z. George et coll. (2001). « The role of fear-avoidance beliefs in acute low back pain: relationships with current and future disability and work status ». *Pain* **94**(1) : pages 7 à 15.

GARTCHEL, R.J., P.B. Polatin et coll. (1995). « The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability ». *Spine* **20**(24) : 2702 à 2709.

GHELDOLF, E.L., J. Vinck, et coll. (2006). « Pain and pain-related fear are associated with functional and social disability in an occupational setting: evidence of mediation by pain-related fear ». *Eur J Pain* **10**(6) : pages 513 à 525.

GOZNA, E. (2004). « Back to Basics: An Algorithmic Approach to Low Back Pain ». *Web-based training on assessment, treatment, rehabilitation and disability management of occupational injuries and diseases*. Repéré le 2 janvier 2008 du site Web <http://www.grandroundsnow.com/courses/jpage/1/p/Home/content.do>.

GOZNA, E. (2005). « 3rd Party Medicine. » *Web-based training on assessment, treatment, rehabilitation and disability management of occupational injuries and diseases*. Repéré le 2 janvier 2008 du site Web <http://www.grandroundsnow.com/courses/jpage/1/p/Home/content.do>.

GOZNA, E. (2007). « SUCCESSFUL RTW. » *Web-based training on assessment, treatment, rehabilitation and disability management of occupational injuries and diseases*. Repéré le 2 janvier 2008 du site Web <http://www.grandroundsnow.com/courses/jpage/1/p/Home/content.do>.

GROTLE, M., N.K. Vollestad et coll. (2004). « Fear-avoidance beliefs and distress in relation to disability in acute and chronic low back pain ». *Pain* **112**(3) : pages 343 à 352.

HARRIS, I., J. Mulford et coll. (2005). « Association between compensation status and outcome after surgery: a meta-analysis » *JAMA* **293**(13) : pages 1644 à 1652.

HOCKINGS, R.L., J.H. McAuley et coll. (2008). « A systematic review of the predictive ability of the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire ». *Spine* **33**(15) : pages E494 à 500.

HOGG-JOHNSON, S., J. Frank et coll. (1994). *Prognostic Risk Factor Models for Low Back Pain: Why they have failed and a new hypothesis*, revu et corrigé. Toronto, Institute for Work & Health.

JACOBSEN, P.B. et R.W. Butler (1996). « Relation of cognitive coping and catastrophizing to acute pain and analgesic use following breast cancer surgery ». *J Behav Med* **19**(1) : pages 17 à 29.

JENSEN, M.K., A.B. Thomsen et coll. (2006). « 10-year follow-up of chronic non-malignant pain patients: opioid use, health related quality of life and health care utilization ». *Eur J Pain* **10**(5) : pages 423 à 433.

JENSEN, O.K., C.V. Nielsen et coll. (2010). « One-year prognosis in sick-listed low back pain patients with and without radiculopathy. Prognostic factors influencing pain and disability ». *Spine J*.

KENDALL, N.A.S., A.K. Burton et coll. (2009). *Tackling Musculoskeletal Problems – A guide for clinic and workplace: identifying obstacles using the psychosocial flags framework*, revu et corrigé. Londres, Royaume-Uni, The Stationery Office.

KENDALL, N.A.S., S. J. Linton et coll. (1997). *Guide to Assessing Psychosocial Yellow Flags in Acute Low Back Pain: Risk Factors for Long-Term Disability and Work Loss*. Wellington, Nouvelle-Zélande, Accident and Rehabilitation and Compensation Insurance Corporation of New Zealand and National Health Committee.

KIDNER, C.L. (2009). « Higher opioid doses predict poorer functional outcome in patients with chronic disabling occupational musculoskeletal disorders ». *The Journal of bone and joint surgery* **91**(4) pages : 919 à 927.

LINTON, S.J. et K. Boersma (2003). « Early identification of patients at risk of developing a persistent back problem: the predictive validity of the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire ». *Clin J Pain* **19**(2) : pages 80 à 86.

LOTTERS, F., R.L. Franche et coll. (2006). « The prognostic value of depressive symptoms, fear-avoidance, and self-efficacy for duration of lost-time benefits in workers with musculoskeletal disorders ». *Occup Environ Med*.

MARGISON, D.A. et D.J. French (2007). « Predicting treatment failure in the subacute injury phase using the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire: an observational prospective study in a workers' compensation system ». *J Occup Environ Med* **49**(1) : pages 59 à 67.

PICAVET, H.S., J.W. Vlaeyen et coll. (2002). « Pain catastrophizing and kinesiophobia: predictors of chronic low back pain ». *Am J Epidemiol* **156**(11) : pages 1028 à 1034.

SEVEREIJNS, R., M.A. van den Hout et coll. (2002). « Pain catastrophizing and general health status in a large Dutch community sample ». *Pain* **99**(1-2) : pages 367 à 376.

SEVEREIJNS, R., J.W. Vlaeyen et coll. (2004). « Pain catastrophizing is associated with health indices in musculoskeletal pain: a cross-sectional study in the Dutch community ». *Health Psychol* **23**(1) : pages 49 à 57.

SEVEREIJNS, R., J.W. Vlaeyen et coll. (2001). « Pain catastrophizing predicts pain intensity, disability, and psychological distress independent of the level of physical impairment ». *Clin J Pain* **17**(2) : pages 165 à 172.

SHAW, W.S., G. Pransky et coll. (2007). « Patient clusters in acute, work-related back pain based on patterns of disability risk factors ». *J Occup Environ Med* **49**(2) : pages 185 à 193.

SHAW, W.S., G. Pransky et coll. (2005). « Early disability risk factors for low back pain assessed at outpatient occupational health clinics ». *Spine* **30**(5) : pages 572 à 580.

STORHEIM, K., J. Ivar Brox et coll. (2005). « Predictors of return to work in patients sick listed for sub-acute low back pain: a 12-month follow-up study ». *J Rehabil Med* **37**(6) : pages 365 à 371.

SULLIVAN, M.J., W.M. Rodgers et coll. (2002). « An experimental investigation of the relation between catastrophizing and activity intolerance ». *Pain* **100**(1-2) : pages 47 à 53.

SWINKELS-MEEWISSE, I.E., J. Roelofs et coll. (2006). « Acute low back pain: pain-related fear and pain catastrophizing influence physical performance and perceived disability ». *Pain* **120**(1-2) : pages 36 à 43.

SWINKELS-MEEWISSE, I.E., J. Roelofs et coll. (2003). « Fear of movement/(re)injury, disability and participation in acute low back pain ». *Pain* **105**(1-2) : pages 371 à 379.

SWINKELS-MEEWISSE, I.E., J. Roelofs et coll. (2006b). « Fear-avoidance beliefs, disability, and participation in workers and non-workers with acute low back pain ». *Clin J Pain* **22**(1) : pages 45 à 54.

TALMAGE, J.B. et J.M. Melhorn (2005). *Chapter 1: Why Staying at Work or Returning to Work is in the Patient's Best Interest. Chapter 1, A Physician's Guide to Return-to-Work* J.B. Talmage et J.M. Mehorn, Eds. Washington, DC, AMA Press : pages 1 à 6.

TURNER, J.A., G. Franklin et coll. (2006). « Worker recovery expectations and fear-avoidance predict work disability in a population-based workers' compensation back pain sample ». *Spine* **31**(6) : pages 682 à 689.

TURNER, J.A., M.P. Jensen et coll. (2000). « Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? » *Pain* **85**(1-2) : 115 à 125.

TURNER, J.A., M.P. Jensen et coll. (2002). « Catastrophizing is associated with pain intensity, psychological distress, and pain-related disability among individuals with chronic pain after spinal cord injury ». *Pain* **98**(1-2) : pages 127 à 134.

VAN WIJK, R.M., J.W. Geurts et coll. (2008). « Psychological predictors of substantial pain reduction after minimally invasive radiofrequency and injection treatments for chronic low back pain ». *Pain Med* **9**(2) : pages 212 à 221.

VERBUNT, J.A., H.A. Seelen et coll. (2005). « Pain-related factors contributing to muscle inhibition in patients with chronic low back pain: an experimental investigation based on superimposed electrical stimulation ». *Clin J Pain* **21**(3) : 232 à 240.

VLAEYEN, J.W. et S.J. Linton (2000). « Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. » *Pain* **85**(3) : pages 317 à 332.

WADDELL, G. (1987). « 1987 Volvo award in clinical sciences. A new clinical model for the treatment of low-back pain ». *Spine (Phila Pa 1976)* **12**(7) : pages 632 à 644.

WADDELL, G. (2004). *The Back Pain Revolution*. 2^e édition, revu et corrigé. Edinburgh, Churchill Livingstone.

WADDELL, G. et A.K. Burton (2006). *Is Work Good for You*, revu et corrigé. Londres, Angleterre, The Stationary Office.

WADDELL, G., A.K. Burton et coll. (2003). *Screening to Identify People at Risk of Long-Term Incapacity for Work: A Conceptual and Scientific Review*, revu et corrigé. Londres, Royaume-Uni, Royal Society of Medicine Press Ltd.

WEBSTER, B.S., S.K. Verma et coll. (2007). « Relationship between early opioid prescribing for acute occupational low back pain and disability duration, medical costs, subsequent surgery and late opioid use ». *Spine (Phila Pa 1976)* **32**(19) : pages 2127 à 2132.