



***L'usage du questionnaire ÖMPQ
afin de réduire le risque
d'invalidité prolongée chez les
travailleurs blessés***

***International Forum on Disability Management
Section de la santé mentale
Le 21 septembre 2010***

***D^r Douglas Margison, médecin-chef
douglas.margison@ws-ts.nb.ca***

***Kay Fitzgerald, analyste des programmes de
réadaptation – Gestion des réclamations
Travail sécuritaire NB, Canada***

L'invalidité prolongée peut nuire au travailleur

- *Risque plus élevé de ne reprendre aucun travail*
- *Les gens sans emploi ont un taux plus élevé :*
 - *de morbidité;*
 - *de mortalité.*

Pouvons-nous prévoir quels travailleurs sont à risque d'invalidité prolongée et fournir une intervention pour éviter les mauvais résultats?

Le défi

Certains travailleurs blessés sans diminution physique ou atteints d'une faible diminution ont un niveau plus élevé d'invalidité en raison de la douleur que des travailleurs atteints d'une diminution physique plus importante.



Des recherches indiquent...

Les facteurs psychosociaux pourraient jouer un plus grand rôle que les facteurs biomédicaux dans l'invalidité en raison de douleur chronique.

Recherches effectuées sur la dramatisation face à la douleur et la peur / l'évitement

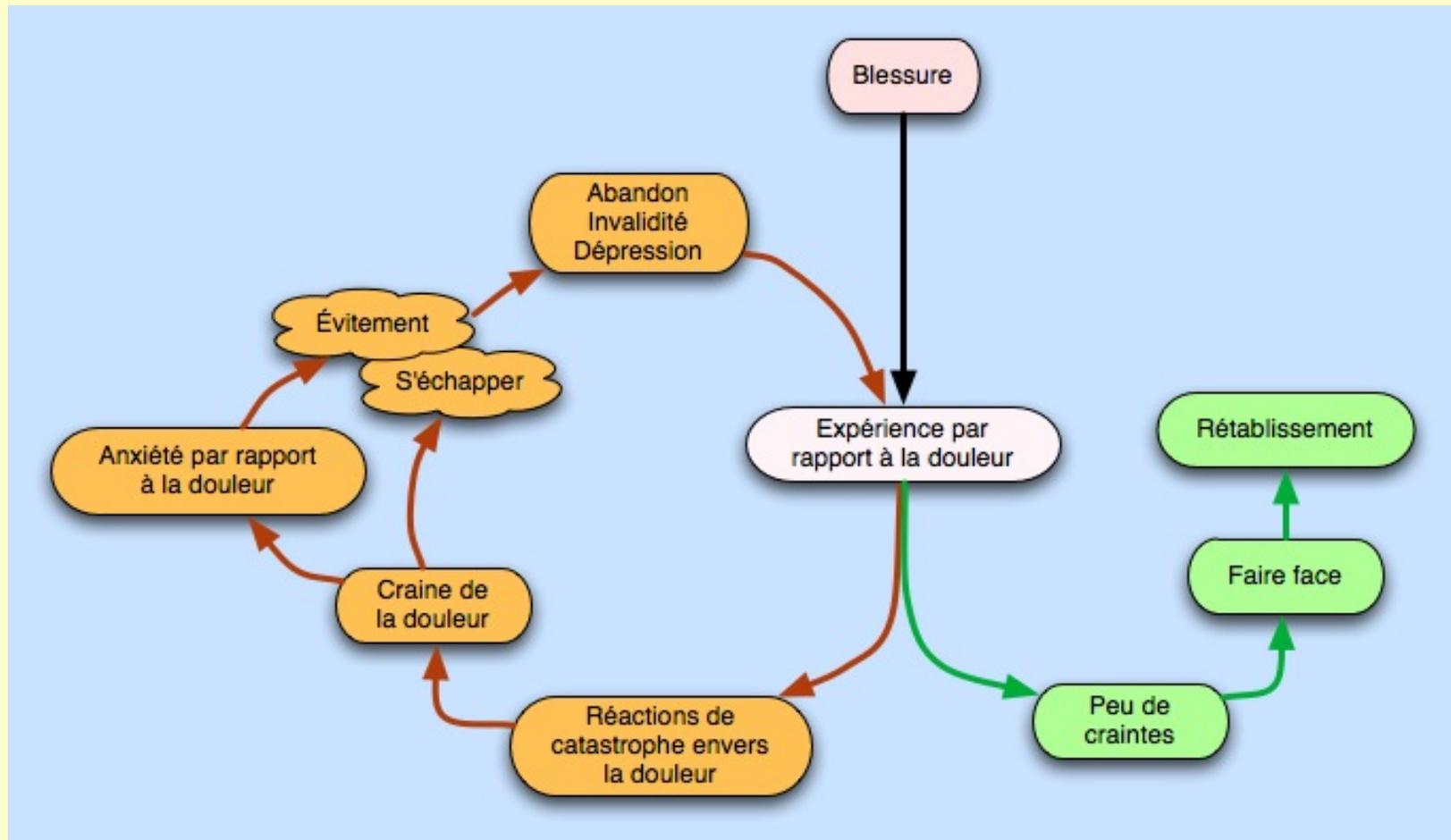
Échelle de dramatisation face à la douleur

- *Tertile supérieur : 1,7 fois plus susceptible d'être atteint d'une invalidité en raison de la douleur à la semaine 26 par rapport au tertile inférieur. (Picavet 2002)*
- *Quartile supérieur : 1,8 fois plus susceptible d'être atteint d'une invalidité en raison de la douleur à la semaine 26 par rapport au quartile inférieur. (Buer 2002)*

Échelle de peur / d'évitement

- *Tertile supérieur : 2,6 fois plus susceptible d'être atteint d'une invalidité en raison de douleur chronique à la semaine 26 par rapport au tertile inférieur. (Picavet 2002)*
- *Quartile supérieur : 2,5 fois plus susceptible d'avoir une réduction des activités quotidiennes par rapport au quartile inférieur. (Buer 2002)*

Modèle de la peur / de l'évitement



Réf. : Vlaeyen 2000; Buer 2002; Waddell 2004 et Leeuw 2007

Références connexes

- BUER, N. et S. J. Linton. « Fear-avoidance beliefs and catastrophizing: occurrence and risk factor in back pain and ADL in the general population. » *Pain*. 2002;**99** : pages 485 à 491.
- PICALET, H. S. et J. W. Vlaeyen. « Pain catastrophizing and kinesiophobia: predictors of chronic low back pain. » *Am J Epidemiol*. 2002;**156** : pages 1028 à 1034.
- CROMBEZ, G., J. W. Vlaeyen, P. H. Heuts et R. Lysens. « Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. » *Pain*. 1999;**80** : pages 329 à 339.

Références connexes

- DENISON, E., P. Asenlof et P. Lindberg. « Self-efficacy, fear avoidance, and pain intensity as predictors of disability in subacute and chronic musculoskeletal pain patients in primary health care. » *Pain*. 2004;**111** : pages 245 à 252.
- SEVEREIJNS, R., J. W. Vlaeyen, M. A. van den Hout et W. E. Weber. « Pain catastrophizing predicts pain intensity, disability, and psychological distress independent of the level of physical impairment. » *Clin J Pain*. 2001;**17** : pages 165 à 172.

Références connexes

- SWINKELS-MEEWISSE, I. E., J. Roelofs, R. A. Oostendorp, A. L. Verbeek et J. W. Vlaeyen. « Acute low back pain: pain-related fear and pain catastrophizing influence physical performance and perceived disability. » *Pain*. 2006a;**120** : pages 36 à 43.
- 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.



Références connexes

- WADDELL, G. (2004). *The Back Pain Revolution*. Edinburgh, Churchill Livingstone.
- D'autres références à la fin



Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire

Un outil de dépistage pour prévoir le risque d'une invalidité prolongée

- *S'applique à toute partie du corps*

Il s'agit d'une combinaison d'outils psychométriques

- *Nombre d'endroits de la douleur*
- *Insatisfaction au travail*
- *Anxiété*
- *Dépression*
- *Dramatisation face à la douleur*
- *Peur / Évitement*

Seuils de Travail sécuritaire NB

- ***< 99 = risque peu élevé d'une invalidité prolongée***
 - *générateur de douleur surtout biologique*
- ***> 139 = générateur de douleur surtout psychologique***
 - *140 à 147 = risque élevé d'une invalidité prolongée*
 - *> 147 = risque très élevé d'une invalidité prolongée*

Références connexes

- LINTON, S. J., et K. Boersma. « Early identification of patients at risk of developing a persistent back problem: the predictive validity of the Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire. » *Clin J Pain*. 2003;**19** : pages 80 à 86.
- MARGISON, D. A. et D. J. French. « Predicting treatment failure in the subacute injury phase using the Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire: an observational prospective study in a workers' compensation system. » *J Occup Environ Med*. 2007;**49** : pages 59 à 67.

Références connexes

- HOCKINGS, R. L., J. H. McAuley et C. G. Maher. « A systematic review of the predictive ability of the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire. » *Spine*. 2008;**33** : pages E494 à 500.
- WESTMAN, A., S. J. Linton, J. Ohrvik, P. Wahlén et J. Leppert. « Do psychosocial factors predict disability and health at a 3-year follow-up for patients with non-acute musculoskeletal pain? A validation of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. » *European journal of pain (London, England)*. 2008;**12** : pages 641 à 649.

Expérience en gestion des réclamations avant mars 2008

Ligne de base : Nouvelles réclamations pour lésions musculo-squelettiques en 2006 – Profils selon le groupe ÖMPQ

	Résultat sur le ÖMPQ			
	< 99	99 à 139	> 139	> 147
Taille de l'échantillon	71 (27 %)	146 (57 %)	38 (16 %)	22 (10 %)
% durée > 26 semaines	35 %	47 %	74 %	77 %
% qui travaillaient à 2 ans	83 %	77 %	58 %	50 %
% restriction de travail à 2 ans	8 %	18 %	24 %	27 %
Durée moy. des réclamations (sem.)*	31,9	37	46,6	54,6

*Réclamations suivies pendant 2 ans

Comparaison des interventions effectuées en 2006 pour les travailleurs blessés recevant des prestations après la semaine 26

	Groupe 1 Résultat < 99	Groupe 2 Résultat > 139
Physiothérapie	28 %	37 %
Imagerie	19 %	29 %
Consultation avec un spécialiste	10 %	24 %
Acupuncture	1 %	8 %
Injections (blocs)	3 %	16 %
Opération	7 %	13 %
Réadaptation professionnelle	6 %	11 %



**Pouvons-nous améliorer la situation
des travailleurs blessés ayant obtenu
un résultat supérieur à 139 sur le ÖMPQ?**

**Projet pilote de Travail sécuritaire NB sur la
gestion des cas à risque élevé : du 1^{er} mars
2008 au 28 février 2009**

Protocoles de gestion des réclamations

- *Si un client atteint d'une lésion musculo-squelettique reçoit des prestations 4 semaines après la blessure ou la réapparition, l'adresser à une clinique de physiothérapie afin d'administrer le ÖMPQ.*
- *Le cas est adressé 4 semaines après l'invalidité.*

Résultat > 139

- **Rencontre avec le client en personne dans les trois semaines après que le cas a été adressé**

Discuter des attentes quant au rétablissement, de la réaction aux traitements, des tests / rendez-vous à venir et des mesures d'adaptation. Fixer des attentes. Déterminer les obstacles à la reprise du travail. Entrevue pour mesurer la motivation.

Protocoles de gestion des réclamations

- **Communiquer avec l'employeur dans les 2 semaines après que le cas a été adressé**

Discuter des exigences du poste, de la situation et des mesures d'adaptation

- **Communiquer avec le fournisseur des soins dans les 2 semaines après que le cas a été adressé**

Discuter des progrès et des besoins relativement aux traitements; de l'aptitude du client à reprendre le travail; des options quant à la reprise du travail; et des facteurs psychosociaux.

Si le risque élevé d'une invalidité prolongée est validé :

- **Prévoir des interventions pour faire face aux obstacles comme :**
Inquiétudes par rapport au rétablissement; manque de progrès à la suite de traitements; tests / consultations avec des spécialistes prévus; complications; et problèmes personnels ou au niveau de l'emploi.

Protocoles de gestion des réclamations

- **Réunion de l'équipe de gestion des réclamations de 4 à 6 semaines après que le cas a été adressé**
Comment faire face aux obstacles qui restent; fixer des délais pour des mesures / un suivi.
- **Résultat entre 140 et 147**
Traitements unidisciplinaires de rétablissement actif des fonctions (physiothérapie primaire ou conditionnement au travail) + intervention(s) comportementale(s) cognitive(s) de base
- **Si le résultat est > 147 et aucune reprise du travail n'est prévue**
Commencer les traitements multidisciplinaires de rétablissement des fonctions à l'aide de la thérapie comportementale cognitive et de la simulation du travail

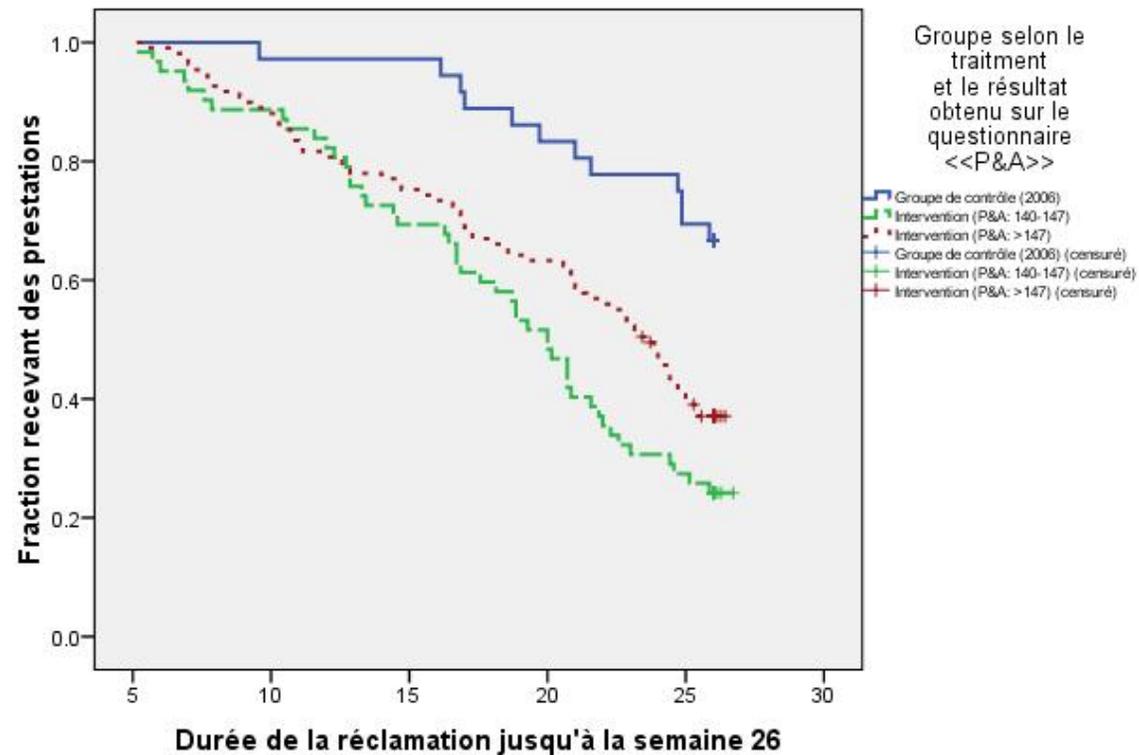
À la semaine 26, les deux groupes d'intervention ont démontré une amélioration importante du point de vue clinique

	Groupe témoin (2006)	Groupe d'intervention (2008 à 2009)		Value P
	ÖMPQ : > 139	ÖMPQ :140 à 147	ÖMPQ : > 147	
Taille de l'échantillon	36	62	109	
% réclamations fermées à la sem. 26	33%	76%	62%	< 0,001
% qui travaillent à la semaine 26	17%	68%	39%	< 0,001
Durée moy. des récl. jusqu'à la sem. 26	24,0 sem.	18,7 sem.	20,2 sem.	< 0,001

***En fonction de l'intention d'offrir des traitements**

Comparaison des graphiques de survie à la semaine 26

Graphique sur la continuation - Clients ayant obtenu un résultat supérieur à 139 sur le Questionnaire sur la douleur et les activités.
Groupe de contrôle de 2006 par rapport aux réclamations de 2006 avec intervention



Validation de la gestion des réclamations

- *Aucun risque d'une invalidité prolongée : 7 %*
 - *Taux de 10 % de faux positif prévu*
- *Risque élevé => risque très élevé : 31 %*
- *Risque très élevé => risque élevé : 39 %*

Conclusions

- *Le ÖMPQ peut être utilisé pour dépister les travailleurs qui sont à risque élevé / très élevé d'une invalidité prolongé.*
- *Il s'agit d'un outil de dépistage pour prévoir l'invalidité prolongée.*
 - *Le responsable de cas doit valider si le travailleur est à risque d'une invalidité prolongée.*

Conclusions

- ***L'intervention précoce du responsable de cas afin de faire face aux facteurs psychosociaux a réduit la durée d'invalidité des travailleurs à risque élevé / très élevé.***
 - ***Exige un type quelconque d'intervention comportementale cognitive, selon la nature des facteurs.***

Références

- BOERSMA, K. et S. J. Linton. « Expectancy, fear and pain in the prediction of chronic pain and disability: A prospective analysis. » *Eur J Pain*. 2005;**10** : pages 551 à 557.
- FRITZ, J. M., S. Z. George et A. Delitto. « The role of fear-avoidance beliefs in acute low back pain: relationships with current and future disability and work status. » *Pain*. 2001;**94** : pages 7 à 15.
- GHAFFARI, M., A. Alipour, A. A. Farshad, I. Jensen, M. Josephson et E. Vingard. « Effect of psychosocial factors on low back pain in industrial workers. » *Occupational medicine (Oxford, England)*. 2008;**58** : pages 341 à 347.

Références

- GHELDOLF, E. L., J. Vinck, E. Van den Bussche, J. W. Vlaeyen, A. Hidding et G. Crombez. « 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*. 2006;**10** : pages 513 à 525.
- LEEUW, M., M. E. Goossens, S. J. Linton, G. Crombez, K. Boersma et J. W. Vlaeyen. « The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. » *J Behav Med*. 2007;**30** : pages 77 à 94.
- LINTON, S. J. « Early identification and intervention in the prevention of musculoskeletal pain. » *Am J Ind Med*. 2002;**41** : pages 433 à 442.

Références

- LINTON, S. J. « Occupational psychological factors increase the risk for back pain: a systematic review. » *J Occup Rehabil.* 2001;**11** : pages 53 à 66.
- PETERS, M. L., J. W. Vlaeyen et W. E. Weber. « The joint contribution of physical pathology, pain-related fear and catastrophizing to chronic back pain disability. » *Pain.* 2005;**113** : pages 45 à 50.
- SIEBEN, J. M., P. J. Portegijs, J. W. Vlaeyen et J. A. Knottnerus. « Pain-related fear at the start of a new low back pain episode. » *Eur J Pain.* 2005;**9** : pages 635 à 641.

Références

- SULLIVAN, M. J., M. E. Lynch et A. J. Clark. « Dimensions of catastrophic thinking associated with pain experience and disability in patients with neuropathic pain conditions. » *Pain*. 2005;**113** : pages 310 à 315.
- SWINKELS-MEEWISSE, I.E., J. Roelofs, A. L. Verbeek, R. A. Oostendorp et J. W. Vlaeyen. « Fear-avoidance beliefs, disability, and participation in workers and non-workers with acute low back pain. » *Clin J Pain*. 2006b;**22** : pages 45 à 54.
- VERBUNT, J. A., J. Sieben, J. W. Vlaeyen, P. Portegijs et J. Andre Knottnerus. « A new episode of low back pain: who relies on bed rest? » *Eur J Pain*. 2008;**12** : pages 508 à 516.