

**Programmes de gestion des blessures à l'épaule et au dos**

Travail sécuritaire NB travaille depuis un certain temps avec des chirurgiens orthopédiques de l'épaule de la région du Sud-Ouest et commence à travailler avec des chirurgiens orthopédiques des régions du Sud-Ouest et du Sud-Est afin d'améliorer la gestion des blessures de travailleurs blessés. Les objectifs sont doubles : 1) réduire la pression sur les médecins afin qu'ils fournissent des solutions médicales à des travailleurs blessés risquant d'avoir une incapacité prolongée en raison de facteurs psychosociaux en l'absence de résultats cliniques objectifs; 2) faciliter l'accès précoce à des chirurgiens orthopédiques dans le cas de demandes non urgentes, lorsque les travailleurs blessés ont des résultats cliniques objectifs.

Les travailleurs blessés risquant l'invalidité prolongée en raison de facteurs psychosociaux ont peu ou pas de résultats cliniques objectifs. Beaucoup d'entre eux ont tendance à exagérer la douleur et craignent l'évitement. Des recherches démontrent que cette tendance à exagérer la douleur comme si elle était une catastrophe prédit : 1) *l'intensité de la douleur* (Buer et Linton 2002; Demmelmaier, Lindberg et al. 2008; Campbell et Edwards 2009; Beneciuk, Bishop et al. 2010; Demmelmaier, Asenlof et al. 2010), 2) *l'invalidité en raison de douleur chronique* (Turner, Jensen et al. 2000; Buer et Linton 2002; Picavet, Vlaeyen et al. 2002; Turner, Jensen et al. 2002; Shaw, Pransky et al. 2007; Demmelmaier, Lindberg et al. 2008; Campbell et Edwards 2009), 3) *un rendement inférieur au maximum à l'examen des muscles* (Verbunt, Seelen et al. 2005); 4) *la prise d'analgésiques* (Jacobsen et Butler 1996; Severeijns, Vlaeyen et al. 2004) – *la prise d'opioïdes* (Jensen, Thomsen et al. 2006); 5) *de la douleur et une incapacité post-chirurgicales* (Granot et Ferber 2005; Pavlin, Sullivan et al. 2005; Roth, Tripp et al. 2007; Forsythe, Dunbar et al. 2008; Papaioannou, Skapinakis et al. 2009; Riddle, Wade et al. 2010; Sommer, de Rijke et al. 2010), 6) *une réponse inférieure à la radiofréquence, des anesthésies des nerfs et des injections* (van Wijk, Geurts et al. 2008); 7) *une intolérance à l'activité* (Buer and Linton 2002; Sullivan, Rodgers et al. 2002); 8) *l'absence du travail* (Sullivan and Stanish 2003; Sullivan, Ward et al. 2005; Wideman, Adams et al. 2009); et 9) *l'utilisation accrue de soins de santé* (Severeijns, Vlaeyen et al. 2004; Jensen, Thomsen et al. 2006).

Prenant appui sur son expérience dans le cadre de l'étude des risques élevés (*voir le numéro de l'hiver 2010 du bulletin de la SMNB : « Les patients ayant des blessures aux tissus mous sont plus à risque d'avoir une invalidité prolongée »*), avec des chirurgiens orthopédiques, Travail sécuritaire NB a élaboré des cartes de soins à l'intention des travailleurs blessés, blessés à l'épaule qui touchent des prestations quatre semaines après l'accident ou la récurrence de la blessure (*voir le numéro de l'été 2009 du bulletin de la SMNB : « Cartes de soins pour les blessures à l'épaule – Projet pilote du S.-O. »*). Travail sécuritaire NB travaille avec des chirurgiens orthopédiques afin d'élaborer des cartes de gestion semblables pour les personnes ayant subi une blessure au dos.

Au bout de neuf fois d'utilisation des cartes de soins des blessures au dos, les recommandations touchant l'imagerie et les consultations en l'absence de résultats cliniques objectifs ont baissé considérablement. La durée moyenne des demandes dans les cas n'exigeant pas de chirurgie est de 15 semaines, soit une baisse par rapport au taux précédent de 38 semaines. Le taux de retour au travail est de 98 %, une hausse par rapport au taux précédent de 78 %. Certains travailleurs blessés manifestant des signes clairs de la nécessité d'une chirurgie représentent un défi pour le chirurgien parce qu'ils exagèrent leur douleur et craignent l'évitement. Ces travailleurs blessés sont à risque de rétablissement prolongé après leur chirurgie. Les gestionnaires de cas et les conseillers médicaux de Travail sécuritaire NB travaillent avec les chirurgiens afin de trouver des interventions cognitivo-comportementales pré-opératoires qui pourraient améliorer le rétablissement.