



# Travailleur ou simulateur pas facile de séparer le bon grain de l'ivraie

1

*Claudine Morand*

**M. Barré Expertisé, menuisier spécialisé de 49 ans, est tombé d'un échafaudage de douze pieds. Il n'a pas d'antécédents pertinents. Après avoir vu deux orthopédistes et un physiatre, il a rencontré un expert du Bureau d'évaluation médicale (BEM) qui a consolidé sa lésion et jugé qu'il n'avait ni séquelle, ni limitation fonctionnelle à la suite de ses contusions du rachis cervical, thoracique et lombaire. Toutefois, M. Expertisé, tout comme son médecin traitant, ne croit pas être apte à retourner à son travail régulier. Ce patient est-il un bon comédien, un fraudeur, un abuseur du système ou est-il vraiment inapte à reprendre son travail ? Sauriez-vous faire la différence ?**

**L**A RECHERCHE DE SIGNES PHYSIQUES pour démasquer les fraudeurs constitue parfois une préoccupation médicale. Rassurez-vous ! Selon les statistiques, seulement quelque 10 % des coûts réclamés à la Société de l'assurance automobile du Québec ou à la CSST sont liés à une fraude ou à un abus<sup>1</sup>. De plus, selon Thompson, de 40 % à 50 % des travailleurs canadiens ne déclarent pas leurs accidents de travail<sup>2</sup>. Ces gens sont donc traités par les services publics, sans que l'accident ne soit signalé à la CSST.

*La D<sup>re</sup> Claudine Morand, physiatre, est consultante à la clinique Physio-Ergo Réadaptation de Québec, où elle fait l'évaluation interdisciplinaire des patients de la Société de l'assurance automobile du Québec. Elle est aussi formatrice et conférencière dans le domaine de la douleur chronique d'origine non cancéreuse liée à l'appareil locomoteur et enseigne à l'Université Laval aux étudiants de médecine. Par ailleurs, elle agit à titre de médecin expert devant la Commission des lésions professionnelles et le Tribunal administratif du Québec et fait également de l'expertise à titre de médecin arbitre.*

Bref, les bons comédiens ou les fraudeurs qui abusent des services offerts et des congés de maladie existent, mais ils restent marginaux, tant pour les lésions physiques que psychologiques. Ces cas représentent environ 10 % des coûts de réclamation<sup>1</sup>.

## **Que nous révèle l'examen physique d'un patient atteint de lombalgie persistante ?**

Dans la lombalgie persistante (chronique) sans signes d'alerte (voir l'article de la D<sup>re</sup> Claudine Morand, intitulé : « Revue des recommandations des guides de pratique dans les cas de douleur musculosquelettique chronique », dans ce numéro) et sans déficit neurologique, l'examen clinique reste mal défini et son interprétation, difficile pour le clinicien<sup>3</sup>.

À la suite de l'examen de la colonne dorsolombaire de M. Expertisé, l'expert du BEM a noté ce qui suit : examen difficile compte tenu de l'impossibilité de M. Barré Expertisé à se détendre et contractures d'allure volontaire avec tableau douloureux qui semble disproportionné. L'expert a aussi inscrit les amplitudes de la colonne dorsolombaire du patient debout (tableau I). On peut conclure que M. Barré Expertisé semble être

**Les bons comédiens ou les fraudeurs qui abusent des services offerts et des congés de maladie existent, mais ils restent marginaux, tant pour les lésions physiques que psychologiques. Ces cas représentent environ 10 % des coûts de réclamation.**

Repère

**Tableau I****Amplitudes articulaires du rachis dorsolombaire de M. Expertisé<sup>1</sup>**

Amplitudes	Notées	Normales pour la CSST et la SAAQ
Flexion	10°	90°
Extension	0°	30°
Rotation droite	0°	30°
Rotation gauche	10°	30°
Inclinaison latérale droite	0°	30°
Inclinaison latérale gauche	0°	30°

très raide par rapport aux valeurs normales de la CSST et de la SAAQ.

Il faut se rappeler les éléments suivants au sujet des amplitudes articulaires du rachis lombaire :

- ⊗ la flexion antérieure ne se mesure qu'en position debout ;
- ⊗ les amplitudes articulaires peuvent varier selon l'horaire et les activités ;
- ⊗ aucune preuve ne permet d'établir un lien entre une limitation des amplitudes articulaires et un diagnostic précis de lombalgie mécanique (ex. : les mouvements limités du rachis dorsolombaire en extension et la lombalgie d'origine facettaire) ;
- ⊗ il n'y a pas de corrélation entre l'ankylose, le déficit anatomopathologique et l'invalidité.

C'est pourquoi l'Association médicale américaine recommande, d'une part, d'utiliser les critères diagnostiques en tenant compte des symptômes, de l'examen clinique et des examens paracliniques et, d'autre part, d'éviter une évaluation strictement liée aux amplitudes articulaires<sup>4</sup>.

**Quels sont les signes de Waddell ?**

Puisque les signes de Waddell sont mentionnés fréquemment dans les expertises médico-légales, il est bon de revoir les objectifs du D<sup>r</sup> Gordon Waddell<sup>5</sup>.

**Les signes de Waddell**

Les signes de Waddell sont des signes non organiques ou des réactions comportementales observés lors de l'évaluation d'une lombalgie. Il en existe cinq

**Tableau II****Catégories observées lors de l'évaluation d'une lombalgie<sup>4</sup>****Sensibilité**

- ⊗ Sensibilité superficielle
- ⊗ Sensibilité non anatomique

**Test de simulation**

- ⊗ Pression axiale
- ⊗ Rotation simultanée

**Test de distraction**

- ⊗ Élévation de la jambe tendue

**Constatations régionales**

- ⊗ Troubles moteurs
- ⊗ Troubles sensitifs

**Comportement évident ou réaction exagérée face à la douleur**

- ⊗ Grimace
- ⊗ Position de défense
- ⊗ Soupir
- ⊗ Patient qui se tient la tête
- ⊗ Patient qui se frictionne

catégories (tableau II). Pour les interpréter correctement, vous pouvez consulter la publication suivante : *Pathologie médicale de l'appareil locomoteur*, chapitre 9, pages 423-6<sup>4</sup>.

Pour M. Barré, l'expertise du psychiatre désigné par la CSST aborde les questions de physiothérapie, de kinésithérapie, d'infiltrations de cortisone et de signes de Waddell à quelques reprises, mais non celles de la réadaptation du travailleur, ni de son état dépressif. Il ne lui reconnaît aucune séquelle, ni aucune limitation fonctionnelle.

Voici quelques tests souvent décrits pour déceler les « simulateurs », selon le D<sup>r</sup> KG Marshall, professeur de médecine retraité, à l'Université de Western Ontario<sup>6</sup> (figure 1).

**Que signifient les signes de Waddell ?**

La réponse vient du D<sup>r</sup> Gordon Waddell, énoncée dans ce plaidoyer vibrant « du fond du cœur »<sup>5</sup>.

Combien de fois devrais-je répéter ceci pour que les

**Figure 1**

**Tests pour repérer les « simulateurs »**

**Rotation du bassin**

*Plainte : douleur au moment de la rotation du bassin ou limitation du mouvement*

*Examen : asseyez-vous derrière le patient et positionnez vos mains sur son bassin sur le segment latéral des crêtes iliaques puis faites une rotation passive du bassin. Pensez à une simulation si le patient se plaint de douleur.*



**Élévation de la jambe (manœuvre de Lasègue)**

*Plainte : douleur en élevant la jambe*

*Examen : exécutez la manœuvre de Lasègue en soulevant les deux jambes en même temps, ce qui fait basculer le bassin et permet une élévation plus grande que la manœuvre classique.*



**Test de Hoover**

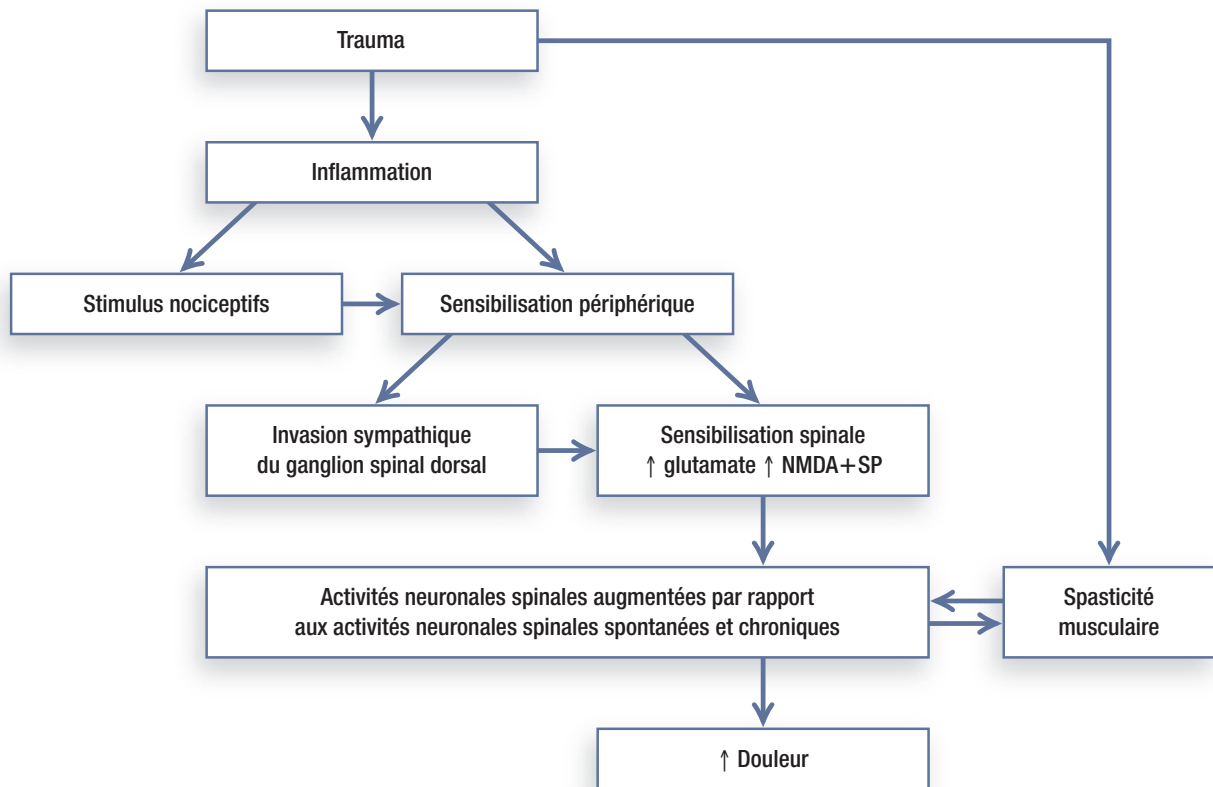
*Plainte : faiblesse dans une jambe*

*Examen : demandez au patient de se coucher en position dorsale les jambes tendues, positionnez vos mains sous ses talons puis demandez-lui de lever la jambe d'un côté et de l'autre. Vous sentirez une pression contre votre paume sous la jambe opposée à l'effort fourni. Ce réflexe vous prouve que le patient tente réellement d'exécuter la manœuvre.*



**Figure 2**

**Principales activités dans la cascade menant à la sensibilisation centrale**



NMDA : récepteurs N-méthyl-D-aspartate ; SP : substance P.

gens cessent de mal interpréter mon travail :

- ☉ Je crois que la lombalgie est un problème physique.
- ☉ Les signes d'origine non organique ne constituent qu'une partie du tableau clinique.
- ☉ Les signes d'origine non organique ne révèlent rien sur la cause initiale de la douleur.
- ☉ La présence de signes d'origine non organique ne signifie pas que la douleur n'est pas réelle, ni qu'elle est d'origine psychologique ou feinte.

En présence de plus de trois signes de Waddell, le médecin doit pousser plus loin l'évaluation de l'aspect psychologique, sans conclure pour autant que l'état physique est normal.

**Comment expliquer les contractures ?**

Pour comprendre comment un traumatisme peut amener une douleur importante et invalidante associée à des spasmes ou à des contractures, allez lire les articles du D<sup>r</sup> Pierre Arsenault, intitulés : « Traumatisme physique et douleur, reconnaître les signaux d'alerte de détérioration », publié en mars 2008 dans *Le Médecin du Québec* (pp. 93-6) et « 100 médicaments, sans douleur », paru en avril 2008 (pp. 99-101).

La physiopathologie de la douleur persistante et des spasmes à la suite d'un traumatisme est expliquée dans la *figure 2*. Je préfère ces explications

**En présence de plus de trois signes de Waddell, le médecin doit pousser plus loin l'évaluation de l'aspect psychologique, sans conclure pour autant que l'état physique est normal.**

Repère



pour comprendre les douleurs physiques post-traumatiques et les spasmes à la conclusion de l'expert du BEM, soit « contractures d'allure volontaire de la colonne dorsolombaire ».

Toute douleur du segment mobile entraîne une réponse sous forme de contracture réflexe. Les muscles du rachis fonctionnent selon la règle absolue de l'automatisme. Nous n'avons pas la possibilité d'agir sur un tel groupe musculaire vertébral ou segment douloureux<sup>7</sup>.

*Le médecin traitant n'est pas d'accord avec l'avis des experts du BEM qui concluent que M. Expertisé n'a aucune séquelle physique, ni aucune limitation fonctionnelle. Retourner le patient à son travail régulier, comme le recommandent les experts du BEM, ne lui semble pas sécuritaire. De plus, depuis six semaines déjà, le patient prend des antidépresseurs en plus de ses analgésiques, car il souffre maintenant d'une dépression secondaire.*

### **La réadaptation fonctionnelle : est-ce pour ce travailleur ?**

*Le médecin traitant envoie donc M. Barré Expertisé en consultation à la clinique de réadaptation pour obtenir un deuxième avis en physiothérapie. Je l'évalue dix mois après l'événement, et peu de temps après les expertises. Il se présente en compagnie de sa femme avec une valise sur roulettes contenant son sac d'outils, son marteau, ses harnais, etc.*

*Après une évaluation détaillée d'une durée d'une heure environ, j'en suis venue aux mêmes conclusions que le médecin traitant, à savoir que ce patient n'est pas prêt à remonter dans des échafauds avec son sac à outils (pesant 32 livres exactement, je l'ai pesé !) et une feuille de placage ou un madrier dans les mains. À mon avis, il est encore inapte à reprendre son travail régulier, car ses capacités physiques ne répondent pas aux exigences de son emploi, qualifié de lourd. Il a besoin d'être pris en charge rapidement par une équipe interdisciplinaire, mais il n'y a pas droit, car l'orthopédiste du BEM qui a consolidé sa lésion a indiqué qu'il n'avait aucune séquelle et qu'il n'avait besoin d'aucun traitement supplémentaire, bloquant ainsi la réadaptation fonctionnelle.*

*M. Expertisé, qui est sans emploi et sans revenu depuis deux semaines, car ses indemnités de remplacement viennent de prendre fin, se retrouve donc avec*

*des répercussions physiques, psychologiques, financières et psychosociales importantes. Pourtant, son médecin de famille avait recommandé des traitements de réadaptation en équipe interdisciplinaire au médecin de la CSST, avant l'évaluation du BEM, services offerts dans la région où habite le patient. Malgré tout, le médecin de la CSST a plutôt choisi de faire réévaluer le patient par un expert désigné. Ce dernier a alors établi que le travailleur n'avait pas besoin de tels traitements.*

Heureusement, il arrive que certains orthopédistes désignés par la CSST recommandent la réadaptation dans des cas similaires. C'est rassurant !

Quant au physiatre, c'est l'expert de la réadaptation de l'appareil locomoteur. Il doit connaître les recommandations de traitement de la lombalgie, selon les stades d'évolution aiguë, subaiguë et persistante (ou chronique, après douze semaines) selon les guides de pratique et les ressources disponibles. C'est pourquoi j'appuie la décision du médecin traitant d'envoyer le patient en réadaptation, traitement le plus efficace pour transformer M. Barré Expertisé en « M. Débarré Réadapté » ou « Fonctionnel ».

*Malheureusement, la seule issue pour M. Barré Expertisé est de passer devant la Commission des lésions professionnelles, qui évaluera la pertinence des traitements de réadaptation. Selon le médecin de famille de M. Expertisé, l'état de ce dernier n'est pas consolidé et le patient présente des séquelles physiques et psychologiques liées à ce traumatisme.*

Lorsque la Commission des lésions professionnelles me demande, à titre de physiatre expert, pourquoi les spécialistes rencontrés n'ont pas acheminé le patient selon les recommandations scientifiques reconnues, plusieurs réponses sont possibles. Celle qui revient le plus souvent est d'ordre économique pour l'employeur et la CSST... à court terme.

Avant de conclure, rappelons que la CSST applique la *Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles*. Toutefois, au centre de la démarche d'évaluation médicale, le législateur a donné un rôle primordial au médecin qui a charge du travailleur<sup>8</sup>.

Il est important de garder ce rôle en tête du début à la fin malgré la controverse des expertises et de documenter votre dossier par des données de vos démarches et de la littérature scientifique. Ces documents sont utiles devant la Commission.

## Revenons au cas de M. Expertisé

En attendant que la Commission des lésions professionnelles prenne une décision quant au diagnostic et au plan d'intervention, le médecin traitant continue d'assurer seul le suivi médical, et plusieurs questions restent sans réponse. Il est important d'encourager, entre-temps, M. Barré Expertisé à rester le plus actif possible dans ses activités de la vie quotidienne et de la vie domestique, de ne pas craindre les réactions de sa famille ou du voisinage ni parfois la filature, tout en gardant contact avec son employeur.

## Conclusion

La réadaptation fonctionnelle est le meilleur coffre à outils pour permettre à M. Barré Expertisé de reprendre son travail, au poste qu'il occupait avant sa lésion ou à un travail adapté à son état plutôt que de se trouver, possiblement, sur l'aide sociale et de subir des pertes financières en plus de ses problèmes physiques et psychologiques.

Le médecin traitant peut prescrire la réadaptation fonctionnelle en équipe interdisciplinaire ou multidisciplinaire pour un diagnostic de lombalgie persistante et invalidante après douze semaines d'évolution, comme le recommandent les guides de pratique, sans l'avis d'un médecin spécialiste. 📄

Date de réception : 28 juillet 2008

Date d'acceptation : 28 août 2008

Mots clés : lombalgie chronique, réadaptation, maladie fondée sur des preuves

La D<sup>re</sup> Claudine Morand a donné des conférences en 2007 et en 2008 pour les sociétés pharmaceutiques Allergan et Purdue.

## Bibliographie

1. Dionne G, St-Michel P. Workers' Compensation and Moral Hazard. *Review of Economics and Statistics* LXXXIII 1991; 2: 236-44.
2. Thompson A. The consequences of underreporting worker's compensation claims. *CMAJ* 2007; 176 (3): 343-4.

## Summary

### Worker or abuser: not easy to separate wheat from chaff?

This is the typical story of a work-related injured patient with a persistent low-back pain. Waddell signs found in medical expertise are thoroughly explained. Is this patient entitled to functional rehabilitation, as recommended by his family physician and in practical guides of low-back pain after 3 months of evolution, when physical abilities do not meet work requirements and an added depressive affect?

Keywords: chronic lumbar pain, rehabilitation, proof of illness

3. Gailly J, Paulus D, Nielens H. Lombalgie chronique : que dit la littérature EBM? *Rev Méd Gén* 2007; 245 : 307-9. Site Internet : [www.ssmg.be/new/files/RMG245\\_307-309.pdf](http://www.ssmg.be/new/files/RMG245_307-309.pdf) (Date de consultation : le 1<sup>er</sup> juillet 2008).
4. Bergeron Y, Fortin L, Leclaire R. Dans : *Pathologie médicale de l'appareil locomoteur*. 2<sup>e</sup> éd. Saint-Hyacinthe : Edisem; 2008. 1472 p.
5. Waddell G. *The Back Pain Revolution*. 2<sup>e</sup> éd. New York : Churchill Livingstone; 2004. 475 p.
6. Marshall KG. La colonne lombo-sacrée, 5<sup>e</sup> partie : l'approche clinique des lombalgies. *MedActuel FMC*, 15 décembre 2004; pp. 3-5.
7. Dupuis M, Leclaire R. *Pathologie médicale de l'appareil locomoteur*. 1<sup>re</sup> éd. Saint-Hyacinthe : Edisem; 1996. pp. 150-1.
8. Langlois P. La LATMP et vous, le médecin qui a charge. *Le Médecin du Québec* 2007; 42 (7) : 25-8.

## Pour en savoir plus

- Guide de pratique sur le projet CLIP (Clinique des lombalgies interdisciplinaire en première ligne). Module 1 : L'évaluation du patient lombalgique. Module 2 : L'approche thérapeutique du patient lombalgique. Module 3 : Prise en charge de la lombalgie avec incapacité persistante. Site Internet : [www.fmq.org/FormationProfessionnelle/OutilsFormation/CLIP\\_LombalgiesGuide.pdf](http://www.fmq.org/FormationProfessionnelle/OutilsFormation/CLIP_LombalgiesGuide.pdf) (Date de consultation : le 1<sup>er</sup> juillet 2008).
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Direction de la santé publique. Site Internet : [www.santepub-mtl.qc.ca](http://www.santepub-mtl.qc.ca) (Date de consultation : le 1<sup>er</sup> juillet 2008).

**Au centre de la démarche d'évaluation médicale, le législateur a donné un rôle primordial au médecin qui a charge du travailleur.**

**Le médecin traitant peut prescrire la réadaptation fonctionnelle en équipe interdisciplinaire ou multidisciplinaire pour un diagnostic de lombalgie persistante et invalidante après douze semaines d'évolution, comme le recommandent les guides de pratique, sans l'avis d'un médecin spécialiste.**

Repères