

Raisons de consultation aux cliniques musculosquelettiques (MSQ)

ÉDITION :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte

Dépôt légal – 2025

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-96559-2 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2025

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Comité d'experts

D^r Elie Boghossian, M.D., MSc, FRCSC

Chirurgie plastique, chirurgie de la main, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Professeur adjoint de clinique, Université de Montréal

D^{re} Anne-Louise Boucher, M.D.

Directrice – Planification et régionalisation
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

D^r Marc Filiatrault, M.D., FRCPC

Physiatre consultant pour l'Association des physiatres

D^{re} Véronique Godbout, B.Sc., M.D., FRCSC, M.A. éduc.méd., DESS

Chirurgienne orthopédique spécialisée en arthroscopie et médecine sportive
Présidente de l'Association d'orthopédie du Québec

D^r Jean-François Joncas, M.D., FRCSC

Chirurgien orthopédiste pour le CIUSSS de l'Estrie

D^r Rémi Lacroix, M.D., pht, FRCPC

Physiatre

D^{re} Marie-Pierre Laflamme, M.D.

Directrice adjointe – Planification et régionalisation
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

M^{me} Marie-Christine Michaud

Conseillère, Direction des affaires professionnelles, Fédération des médecins spécialistes du Québec

D^r Jérôme Paquet, M.D., FRCSC

Neurochirurgien, Service de neurochirurgie, Département de chirurgie, CHU de Québec
Professeur agrégé, Département de chirurgie, Université Laval

D^r Hugo St-Amand, M.D., FRCSC

Chirurgie plastique et reconstructive, chirurgie de la main, CISSS-Outaouais

Collaborateurs au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

M^{me} Julie Laliberté

Conseillère clinique, chargée de projet – Cliniques musculosquelettiques
Direction générale adjointe de l'accès, du préhospitalier et des effectifs médicaux

M. Renato De Castello

APPR - support en gestion de projets
Direction générale adjointe de l'accès, du préhospitalier et des effectifs médicaux

M^{me} Kathleen Dulac

Conseillère - Optimisation des trajectoires de soins et services spécialisés
Direction générale adjointe de l'accès, du préhospitalier et des effectifs médicaux

M^{me} Danièle Hubert

Conseillère - mandats spéciaux
Direction générale adjointe de l'accès, du préhospitalier et des effectifs médicaux

M. Stéphane Dubuc

Coordonnateur des activités de pertinence clinique
Direction générale adjointe des services hospitaliers, du médicament et de la pertinence clinique

M. Normand Brassard

Directeur adjoint par intérim de l'accès aux soins spécialisés
Direction générale adjointe de l'accès, du préhospitalier et des effectifs médicaux

M^{me} Marie-Eve Dubeau

Coordonnatrice - Accès aux consultations spécialisées
Direction générale adjointe de l'accès, du préhospitalier et des effectifs médicaux

M^{me} Isabelle Allard

Conseillère clinique en transformation numérique - projet CRDS
Direction générale adjointe de l'accès, du préhospitalier et des effectifs médicaux

TABLE DES MATIÈRES

MISE EN CONTEXTE	1
RAISONS DE CONSULTATION.....	2
Chirurgie plastique	2
Neurochirurgie	3
Orthopédie	5
Physiatrie	8

MISE EN CONTEXTE

Les cliniques musculosquelettiques (MSQ) sont un projet pilote mis sur pied pour répondre aux besoins des patientes et patients atteints d'un trouble MSQ. Leur but est d'améliorer l'efficacité de la trajectoire MSQ en élargissant l'offre de services à des professionnels spécialisés, par la mise en place de cliniques interdisciplinaires MSQ. Ces cliniques, sans frais pour la clientèle, permettront une évaluation rapide par un physiothérapeute qui déterminera les services requis (autogestion, enseignement, amorce de traitement, évaluation complémentaire par d'autres professionnels, indications pour une consultation médicale spécialisée, etc.).

L'objectif de ce document est de soutenir les équipes locales dans l'identification de la clientèle à prendre en charge dans les cliniques musculosquelettiques et, dans un deuxième temps, de faciliter la référence directe.

Le besoin en soins musculosquelettiques de la population est très important et la capacité des cliniques est limitée. C'est pourquoi nous avons fait appel à un groupe d'experts afin d'identifier les raisons de consultation les plus appropriées pour ce type de clinique spécialisée. Les raisons identifiées proviennent des formulaires actuels de référence en spécialité du CRDS¹ pour la chirurgie plastique, la neurochirurgie, l'orthopédie et la physiatrie. Dans le document, la première colonne sert à indiquer le choix de la clientèle qui devrait idéalement être prise en charge dans les cliniques MSQ en amont de la consultation spécialisée. Ce choix n'est pas lié à la priorité clinique de la patiente ou du patient mais aux motifs de consultation à privilégier identifiés par les experts. Pour toutes les spécialités, la patiente ou le patient doit être évalué en physiothérapie lors de sa première visite en clinique MSQ, sauf pour les personnes qui attendent une consultation en chirurgie plastique, qui devraient être prises en charge en ergothérapie.

¹ Centre de répartition des demandes de services

RAISONS DE CONSULTATION

Chirurgie plastique

Pour réorientation en cliniques MSQ	Région anatomique	Raisons de consultation	Priorité clinique	Prérequis et traitements nécessaires en vue d'une consultation en chirurgie plastique
Premier choix (ergothérapie)	Poignet, main	Tendinite De Quervain avec échec au traitement médical après deux mois (orthèse et infiltration)	D : ≤ 3 mois	
Premier choix (ergothérapie)	Poignet, main	Rhizarthrose invalidante avec échec au traitement médical (orthèse et infiltration)	D : ≤ 3 mois	RX main
Premier choix (ergothérapie)	Poignet, main	Doigt en maillet (<i>mallet finger</i>)	B : ≤ 10 jours	RX et immobilisation adéquate
Premier choix (ergothérapie)	Poignet, main	Luxation réduite des doigts	(Voir section alertes cliniques) B : ≤ 10 jours	RX post-réduction
Premier choix (ergothérapie)	Poignet, main	Syndrome du tunnel carpien ou tunnel cubital confirmé à l'EMG	C : ≤ 28 jours	Rapport EMG

Alertes cliniques (drapeaux rouges)

Raisons de consultation	Orientation
Fracture déplacée ou ouverte ou immobilisation impossible (carpe, métacarpe, phalange)	<ol style="list-style-type: none"> Appeler le service de garde Diriger la patiente ou le patient à l'urgence
Compromis vasculaire digital	
Arthrite septique ou ténosynovite infectieuse	
Luxation non réductible	
Amputation digitale	
Lacérations avec perte de substances très étendue des tissus mous (ex. : dégantement d'un doigt ou dos de la main) ou plaie très contaminée	
Syndrome du compartiment	

Neurochirurgie

Pour réorientation en cliniques MSQ	Région anatomique	Raisons de consultation	Priorité clinique	Prérequis/ Traitements nécessaires en vue d'une consultation en neurochirurgie
Premier choix	Rachis	Radiculopathie douloureuse et/ou sensitivo-motrice cervico-dorsale (ex. : hernie discale cervicale)	Avec symptômes sévères et limitation fonctionnelle (AVD/AVQ) > 8 semaines = D : ≤ 3 mois Avec symptômes modérés chroniques > 8 semaines = E : ≤ 12 mois	Rapport d'IRM < 12 mois et autres rapports d'investigation Échec traitement médical
Premier choix	Rachis	Cervicalgie, dorsalgie isolée sans atteinte radiculaire ou médullaire, avec anomalie structurelle (phénomènes dégénératifs sans ou avec déformation telle scoliose ou spondylolisthésis)	E : ≤ 12 mois	Rapport d'imagerie et autres rapports d'investigation si disponible
Premier choix	Rachis	Radiculopathie douloureuse et/ou sensitivo-motrice et/ou claudication neurogénique lombo-sacrée	Avec symptômes sévères et limitation fonctionnelle (AVD/AVQ) > 8 semaines = D : ≤ 3 mois Avec symptômes modérés chroniques > 8 semaines = E : ≤ 12 mois	Rapport d'IRM < 12 mois et autres rapports d'investigation Échec traitement médical
Premier choix	Rachis	Lombalgie isolée sans atteinte radiculaire avec anomalie structurelle (phénomènes dégénératifs sans ou avec déformation telles scoliose ou spondylolisthésis)	E : ≤ 12 mois	Rapport d'IRM < 12 mois et autres rapports d'investigation Échec traitement médical

Alertes cliniques (drapeaux rouges)

Raisons de consultation	Orientation
Myélopathie aiguë ou subaiguë (compression médullaire) avec symptômes évolutifs, peu importe la cause	<ol style="list-style-type: none">1. Appeler le service de garde en chirurgie spinale2. Diriger la patiente ou le patient à l'urgence si recommandé par le service de garde en chirurgie spinale.
Traumatisme spino-médullaire aigu, avec ou sans fracture	
Fracture du rachis sans déficit neurologique	
Apparition soudaine ou rapidement progressive d'un déficit neurologique (queue de cheval ou radiculopathie aiguë avec déficit sensitivo-moteur significatif), peu importe la cause	
Tumeurs du rachis intra-durales ou extra-durales (primaires ou métastatiques)	
Atteinte infectieuse du rachis	

Orthopédie

Pour réorientation en cliniques MSQ	Région anatomique	Raisons de consultation	Priorité clinique	Prérequis et traitements nécessaires en vue d'une consultation en orthopédie
Premier choix	Épaule	Maladie de la coiffe des rotateurs (bursite, tendinite, accrochage, déchirure chronique coiffe des rotateurs, tendinose)	D : ≤ 3 mois	Échec au traitement* et rapport IRM ou écho *Traitement = 3 mois de physiothérapie et 2 infiltrations réalisées
Premier choix	Épaule	Luxation récidivante épaule avec physiothérapie débutée	D : ≤ 3 mois	Rapport RX + arthro-IRM (ou arthro-SCAN)
Premier choix	Épaule	Arthrose invalidante épaule	D : ≤ 3 mois	Échec au traitement* et rapport RX *Traitement = 3 mois de physiothérapie et 2 infiltrations réalisées
Premier choix	Épaule	Rupture complète de la coiffe des rotateurs aiguë prouvée à l'IRM ou à l'écho (usager < 50 ans)	C : ≤ 28 jours	Rapport IRM ou écho
Deuxième choix	Genou	Déchirure méniscale aiguë ou traumatique (usager < 60 ans)	D : ≤ 3 mois	Rapport IRM + RX debout
Deuxième choix	Genou	Arthrose invalidante du genou	D : ≤ 3 mois	Échec au traitement* et rapport RX debout * Traitement = 3 mois de physiothérapie et 2 infiltrations réalisées
Deuxième choix	Genou	Rupture ligament croisé avec physiothérapie débutée	C : ≤ 28 jours	Rapport IRM
Troisième choix	Coude	Épicondylite et épitrochléite	D : ≤ 3 mois	Traitement* et rapport écho ou IRM *Traitement = 3 mois de physiothérapie et 2 infiltrations réalisées

Pour réorientation en cliniques MSQ	Région anatomique	Raisons de consultation	Priorité clinique	Prérequis et traitements nécessaires en vue d'une consultation en orthopédie
Troisième choix	Hanche	Arthrose invalidante hanche	D : ≤ 3 mois	Échec au traitement* et rapport RX) * Traitement = 3 mois de physiothérapie et 2 infiltrations réalisées
Troisième choix	Cheville, pied	Arthrose invalidante cheville	D : ≤ 3 mois	Échec au traitement* et rapport RX * Traitement = 3 mois de physiothérapie et 2 infiltrations réalisées
Troisième choix	Poignet, main	Entorse sévère persistante poignet (symptômes plus de 2 mois malgré attelle et physio)	C : ≤ 28 jours	Rapport RX et IRM
Troisième choix	Poignet, main	Syndrome du tunnel carpien ou tunnel cubital confirmé à l'EMG	C : ≤ 28 jours	Rapport EMG
Troisième choix	Cheville, pied	Entorse sévère persistante cheville (symptômes plus de 2 mois malgré immobilisation et physio)	C : ≤ 28 jours	Rapport RX et IRM
Troisième choix	Autres raisons de consultation non-mentionnées sur le formulaire			

Alertes cliniques (drapeaux rouges)

Raisons de consultation	Orientation
Immobilisation de fracture(s)	Corridors de services disponibles dans votre région* *Pour des fractures non immobilisées, vous êtes encouragé à ne pas diriger la patiente ou le patient à l'urgence mais d'utiliser plutôt les corridors de services disponibles dans votre région.
Fracture ouverte avec ou sans compromis neurovasculaire	1. Appeler le service de garde 2. Diriger la patiente ou le patient à l'urgence
Luxation non réduite	
Arthrite septique	
Syndrome de la queue de cheval	
Syndrome compartimental	

Physiatrie

Pour réorientation en cliniques MSQ	Région anatomique	Raisons de consultation	Priorité clinique	Prérequis et traitements nécessaires en vue d'une consultation en physiatrie
Premier choix	Épaule	Atteinte locomotrice	Condition présente depuis moins de 1 an = D 1 an et plus = E	
Premier choix	Coude	Atteinte locomotrice	Condition présente depuis moins de 1 an = D 1 an et plus = E	
Premier choix	Dos (bas du dos, colonne thoracique, côtes)	Atteinte locomotrice	Condition présente depuis moins de 1 an = D 1 an et plus = E	

Alertes cliniques (drapeaux rouges)

Raisons de consultation	Orientation
Arthrite septique	<ol style="list-style-type: none"> Appeler le service de garde Diriger la patiente ou le patient à l'urgence
Syndrome de la queue de cheval	
Pied tombant de moins de 48 heures	
Myélopathie rapidement progressive	
Incapacité fonctionnelle complète aiguë (incapacité totale de se mobiliser et d'assurer ses activités de la vie quotidienne)	

