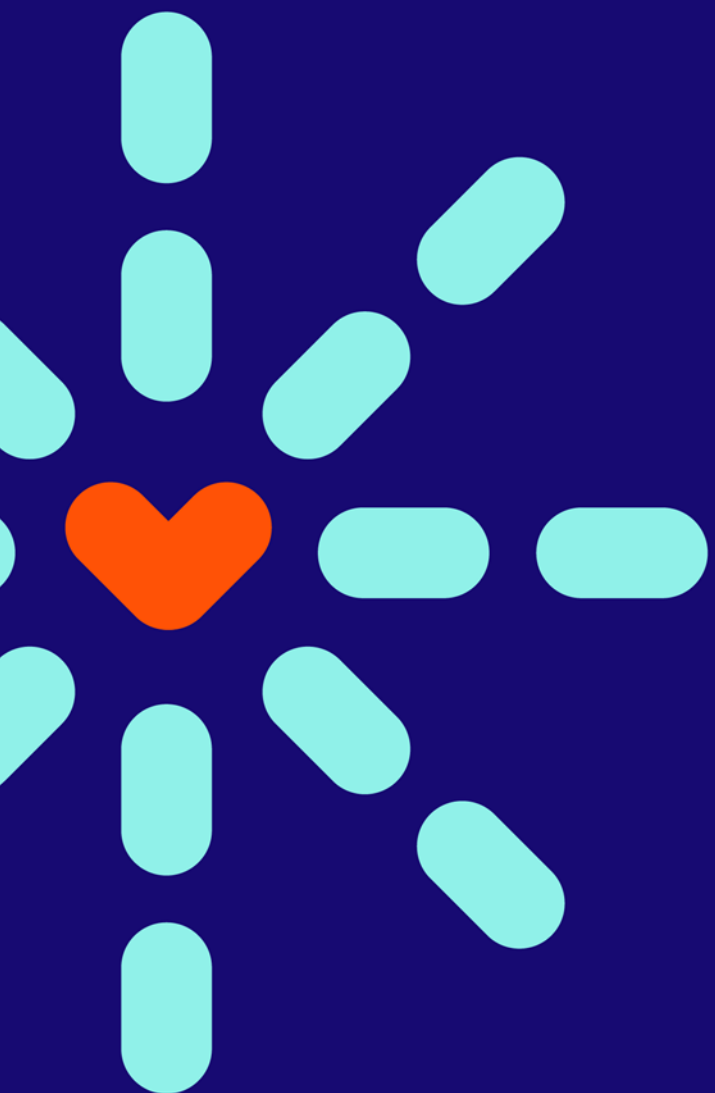




Cadre de référence clinique :

Accès, évaluation et orientation en
clinique musculosquelettique (MSQ)

Présenté par : Groupe de travail pour l'optimisation des cliniques MSQ

Date : Juillet 2026

Révision linguistique et édition

Santé Québec

Vice-présidence aux affaires publiques et aux communications

Ce document est rédigé selon les principes de l'écriture épicène, qui visent notamment à assurer un équilibre dans la représentation des genres et à désigner les personnes indépendamment de leur genre.

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026

ISBN : 978-2-555-04412-8

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition de mentionner la source.

*Le présent document appartient à **Santé Québec**. Toute personne ayant accès à celui-ci s'engage à protéger et à garder confidentielles les informations qui y sont contenues, incluant tout renseignement personnel le cas échéant. Ces informations ne pourront être utilisées qu'aux fins prévues, le présent document ne pouvant être divulgué à des personnes non autorisées qu'avec le consentement préalable de **Santé Québec**. Toutes les mesures raisonnables doivent être mises en place pour assurer la confidentialité du présent document, notamment en respect des lois applicables au Québec.*

© Santé Québec, 2026

Coordination et rédaction

Mme Julie Laliberté

Conseillère clinique, responsable du projet des cliniques MSQ
Santé Québec

Membres du groupe de travail

Mme Isabelle Roy-Bélanger

Physiothérapeute
Santé Québec Bas-Saint-Laurent

Mme Marina Brousseau

Assistante-chef physiothérapeute
Santé Québec Outaouais

Mme Marilynne Brochu

Physiothérapeute
Santé Québec Chaudière-Appalaches

Mme Audrey Clément-Gauvin

Kinésiologue
Santé Québec Laval

M. Fawzi Charaan

Physiothérapeute, agent de planification, de programmation et de recherche (APPR)
Santé Québec Ouest-de-l'Île-de-Montréal – Univ.

Mme Sabrina Harvey

Technologue en physiothérapie
Santé Québec Saguenay-Lac-Saint-Jean – Univ.

M. Yves Boudrias

Chargé de projet
Santé Québec Estrie – CHUS

Mme Catherine Matte

Ergothérapeute
Santé Québec Montérégie-Centre

Mme Michèle S.

Usagère partenaire
Santé Québec Laval

M. Claude Renaud

Usager partenaire
Santé Québec Laval

Mme Marie Beauséjour, Ph. D.

Professeure agrégée, Département des sciences de la santé communautaire
Université de Sherbrooke

Mme Marie-Élaine Dupuis

Chef de service, Clinique MSQ
Santé Québec Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal – Univ.

Collaborateurs

D^{re} Véronique Godbout, B. Sc., Fellow of the Royal College of Surgeons of Canada (FRCSC), M.A. éduc. méd., DESS

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

D^r Jérôme Paquet, FRCSC

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

D^r George Emmanuel Salib, M. Sc.

Chirurgien plasticien
Président de l'Association des spécialistes en chirurgie plastique et esthétique du Québec

D^r Jean-François Clément, Ph. D.

Professeur agrégé, Médecine familiale
Université de Sherbrooke
GMF-U Richelieu-Yamaska

D^{re} Laurence Roy-Bélanger, FRCPC

Médecine physique et réadaptation (physiatrie)
Santé Québec Bas-Saint-Laurent

M. Francis Caron

Physiothérapeute en pratique avancée, diplôme d'études professionnelles approfondies (DEPA) de physiothérapie avancée en neuromusculosquelettique
Santé Québec Laval

- Santé Québec Lanaudière
- Santé Québec Montérégie-Centre
- Santé Québec Montérégie-Ouest

Mme Lyne Couture

Chef de service, Centre de répartition de demandes de service (CRDS), BII, Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)
Santé Québec Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal – Univ.

Mme Tina Lemieux

Chef de service, CRDS et Clinique MSQ
Santé Québec Capitale-Nationale – Univ.

Remerciements

L'ensemble du personnel des cliniques MSQ des établissements suivants :

- Santé Québec Bas-Saint-Laurent
- Santé Québec Saguenay–Lac-Saint-Jean – Univ.
- Santé Québec Capitale-Nationale – Univ.
- Santé Québec Estrie – CHUS
- Santé Québec Ouest-de-l'Île-de-Montréal – Univ.
- Santé Québec Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal – Univ.
- Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal – Univ.
- Santé Québec Outaouais
- Santé Québec des Îles
- Santé Québec Chaudière-Appalaches
- Santé Québec Laval

TABLE DES MATIÈRES

Contexte	1
Raisons de consultation	3
Admissibilité des raisons de consultation.....	3
Exclusions :	3
Inclusions :	3
Critères d'orientation au congé	9
Critères généraux d'orientation au congé vers la spécialité (retour sur la liste du CRDS)	9
Critères généraux d'orientation au congé (fermeture de la requête CRDS)	10
Critères spécifiques d'orientation au congé de la clinique MSQ par raison de consultation	11
Drapeaux rouges – Alertes cliniques	21
Chirurgie plastique.....	21
Neurochirurgie	22
Orthopédie.....	23
Physiatrie.....	23
Soutien à l'évaluation clinique	25
Évaluation du rachis.....	25
1. Diagnostic différentiel	25
2. Drapeaux rouges	26
3. Chirurgie	28
Trajectoire – Clinique MSQ	32

Contexte

Le projet des cliniques musculosquelettiques (MSQ) transforme l'accès aux soins spécialisés au Québec. La mission de ces cliniques est d'optimiser l'accès à la médecine spécialisée en offrant une alternative à la consultation médicale grâce à des soins en réadaptation adaptés aux besoins des usagères et des usagers. Cette approche interdisciplinaire permet ainsi de réduire la chronicité des troubles musculosquelettiques et d'alléger la pression sur le réseau. Depuis leur déploiement provincial par Santé Québec, les cliniques MSQ ont démontré une efficacité remarquable. Ce modèle collaboratif a notamment permis de fermer plus de 50 % des requêtes de consultation spécialisée de manière sécuritaire et efficiente.

Face à la forte demande et à la complexité des cas, un groupe de travail pour l'optimisation des cliniques MSQ a été mandaté à l'automne 2025 pour standardiser et optimiser la trajectoire des usagers et des usagères, de leur évaluation initiale jusqu'à leur congé. Composé d'experts et d'expertes cliniques, de personnel professionnel de la réadaptation, de gestionnaires et d'usagères et d'usagers partenaires, ce comité avait pour mandat d'élaborer un modèle de trajectoire de soins unifiée et améliorée. Cette démarche s'est construite à partir de l'expérience terrain et des leçons tirées de la pratique, en étroite collaboration avec des médecins spécialistes et un médecin omnipraticien.

Le présent document constitue le fruit des travaux de ce groupe de travail. Il vise à outiller les professionnels et professionnelles des cliniques MSQ, tout en servant également de guide pour les référents et les collaborateurs, en définissant clairement :

- **les raisons de consultation acceptées** par spécialité (chirurgie plastique, neurochirurgie, orthopédie et physiothérapie), afin d'assurer une orientation adéquate et pertinente dès le Centre de répartition des demandes de services (CRDS);
- **les critères d'orientation au congé**, fournissant des balises objectives pour statuer sur la pertinence du maintien ou de la fermeture d'une demande au CRDS, en fin de prise en charge;
- **les drapeaux rouges et les alertes cliniques**, soutenant la décision clinique pour réorienter rapidement et de manière prioritaire les cas requérant une intervention médicale urgente ou spécialisée.

En consolidant ces balises cliniques et ces outils d'aide à la décision, ce cadre soutient l'autonomie du personnel clinique, garantit une prise en charge fluide pour les personnes usagères et pérennise l'innovation que représentent les cliniques MSQ au sein du réseau public.



Raisons de consultation

Raisons de consultation

Cette section présente la liste des raisons de consultation acceptées au sein des cliniques MSQ. Cette sélection est issue des travaux rigoureux du groupe de travail des cliniques MSQ, s'appuyant directement sur l'expérience clinique de ses équipes et l'expertise reconnue de ses professionnels et professionnelles.

Il est important de noter que les motifs énumérés ci-dessous sont libellés tels qu'ils apparaissent sur les formulaires actuels de demande de consultation spécialisée du Centre de répartition des demandes de services (CRDS). Ces raisons de consultation concernent spécifiquement les spécialités suivantes :

- Chirurgie plastique;
- Neurochirurgie;
- Orthopédie;
- Physiatrie.

Admissibilité des raisons de consultation

Exclusions :

- CNESST (Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail)
- SAAQ (Société de l'assurance automobile du Québec)
- Demande d'expertise pour assurances
- Personnel militaire actif (Forces armées canadiennes)
- Deuxième avis médical
- Signature d'un document médical

Inclusions :

- Clientèle adulte
- En attente pour voir un ou une médecin spécialiste pour une des raisons énumérées dans les tableaux ci-dessous.

	Région anatomique	Commentaires
Chirurgie plastique		
Tendinite De Quervain avec échec au traitement médical après 2 mois	Poignet et main	
Doigt en maillet (<i>mallet finger</i>)	Main	
Luxation réduite des doigts	Main	Traumatisme de moins d'un an
Ancienne fracture ou entorse, ankylose des doigts	Poignet et main	Traumatisme de moins d'un an
Doigt gâchette	Main	Exclusion : blocage irréductible
Fracture aiguë et non déplacée de la main (prérequis : radiographie [R-X] et immobilisation adéquate)	Main	Exclusion : fracture chirurgicale ou intraarticulaire
Tunnel carpien qui ne répond pas au traitement médical après 2 mois (priorité E)	Main	Exclusion : EMG (électromyographie) avec résultats positifs modérés à sévères
Trauma aigu de la main	Main	
Déchirure ligamentaire chronique qui ne répond pas au traitement médical après 3 mois (TFCC [<i>triangular fibrocartilage complex</i>] et/ou syndrome d'impaction, scapho-lunaire, luno-triquetral, etc.)	Poignet et main	
Deuxième choix		
Rhizarthrose invalidante avec échec au traitement médical	Main	
Arthrose ou synovite du carpe	Main	

	Région anatomique	Commentaires
Neurochirurgie		
Radiculopathie douloureuse et/ou sensitivo-motrice cervico-dorsale (ex. : hernie discale cervicale)	Vertébral (cervical, dorsal, lombaire)	
Cervicalgie, dorsalgie isolée sans atteinte radiculaire ou médullaire, avec anomalie structurelle (phénomènes dégénératifs sans ou avec déformation telle que scoliose ou spondylolisthésis)	Vertébral (cervical, dorsal, lombaire)	
Radiculopathie douloureuse et/ou sensitivo-motrice et/ou claudication neurogénique lombo-sacrée	Vertébral (cervical, dorsal, lombaire)	
Lombalgie isolée sans atteinte radiculaire avec anomalie structurelle (phénomènes dégénératifs sans ou avec déformation telle que scoliose ou spondylolisthésis)	Vertébral (cervical, dorsal, lombaire)	

	Région anatomique	Commentaires
Orthopédie		
Maladie de la coiffe des rotateurs (bursite, tendinite, accrochage, déchirure chronique coiffe des rotateurs, tendinose)	Épaule	
Rupture complète de la coiffe des rotateurs aiguë prouvée à l'IRM (imagerie par résonance magnétique) ou à l'échographie (clientèle < 50 ans)	Épaule	Inclure la clientèle de tout âge
Luxation récidivante de l'épaule avec physiothérapie débutée	Épaule	
Épicondylite et épitrochléite	Coude	
Entorse sévère persistante de la cheville (symptômes plus de 2 mois malgré immobilisation et physiothérapie)	Pied et cheville	

	Région anatomique	Commentaires
Entorse sévère persistante du poignet (symptômes plus de 2 mois malgré attelle et physiothérapie)	Poignet et main	
Déchirure méniscale aiguë ou traumatique (clientèle < 60 ans)	Genou	Inclusions : - Clientèle de tout âge - Déchirure aiguë, subaiguë et chronique
Deuxième choix		
Arthrose invalidante de l'épaule	Épaule	
Arthrose invalidante du genou	Genou	
Arthrose invalidante de la hanche	Hanche	
Arthrose invalidante de la cheville	Cheville	

	Région anatomique	Commentaires
Physiatrie		
Atteinte locomotrice – Épaule	Épaule	
Atteinte locomotrice – Coude	Coude	
Atteinte locomotrice – Poignet/main	Poignet et main	
Atteinte locomotrice – Hanche	Hanche	
Atteinte locomotrice – Genou	Genou	
Atteinte locomotrice – Cheville/pied	Pied et cheville	
Atteinte locomotrice – Cervicalgie/cervicobrachialgie	Vertébral (cervical, bras)	

	Région anatomique	Commentaires
Atteinte locomotrice – Dorsal	Vertébral (dorsal)	
Atteinte locomotrice – Lombalgie/lombosciatalgie	Vertébral (lombaire)	

	Région anatomique	Commentaires
Autres diagnostics (toutes les spécialités)		
Tendinite	Toutes les régions	
Bursite	Toutes les régions	
Périostite	Toutes les régions	
Capsulite de l'épaule	Épaule	
Déchirure labrum de l'épaule	Épaule	
Déchirure labrum de la hanche	Hanche	
Rupture du ligament croisé chronique	Genou	Inclusions : cas aigu/subaigu si accès plus rapide en clinique MSQ
Syndrome fémoro-patellaire	Genou	
Fasciite plantaire	Pied et cheville	
Tendinite tendon d'Achille	Pied et cheville	
Luxation récidivante de la rotule	Genou	
Hanche : FAI ou conflit fémoro-acétabulaire : CAM, PINCER	Hanche	
Rupture longue portion du biceps brachial	Bras	

Critères d'orientation au congé



Critères d'orientation au congé

La présente section vise à encadrer la prise de décision lors du congé de l'utilisateur ou de l'utilisatrice de la clinique MSQ. L'objectif est d'optimiser l'utilisation des ressources spécialisées en fournissant aux équipes cliniques des critères objectifs pour statuer sur la pertinence du maintien ou de la fermeture de la demande de consultation au CRDS.

Une orientation adéquate permet de s'assurer que seuls les cas nécessitant l'expertise d'un ou une médecin spécialiste — que ce soit en orthopédie, en neurochirurgie, en physiatrie ou en chirurgie plastique — demeurent en attente, tout en offrant une prise en charge sécuritaire et fluide pour la personne usagère au sein de la trajectoire de soins.

Afin d'éviter la redondance des informations pour chacune des raisons de consultation, les critères généraux de congé pour l'ensemble des conditions ont été regroupés dans les tableaux suivants.

Critères généraux d'orientation au congé vers la spécialité (retour sur la liste du CRDS)

Critères d'orientation vers la spécialité (retour sur la liste CRDS)	Commentaires
Symptôme de faiblesse rapidement progressive et persistante	Voir les détails dans la section <i>Drapeaux rouges</i>
Histoire claire de claudication neurogène progressive	
Fasciculation et atrophie musculaire	
Tous les signes et symptômes de la section <i>Drapeaux rouges</i>	Contactez rapidement le ou la médecin spécialiste de garde
Pour la clientèle en attente en physiatrie, si une condition chirurgicale est détectée à l'évaluation, orienter vers la bonne spécialité en contactant le CRDS. Pour connaître les critères spécifiques par raison de consultation, voir les tableaux aux pages suivantes.	
Dans la région de l'utilisateur ou de l'utilisatrice, si la condition n'est pas prise en charge par la spécialité indiquée sur la requête, orienter vers la bonne spécialité en contactant le CRDS.	

Critères généraux d'orientation au congé (fermeture de la requête CRDS)

Critères d'orientation pour le retrait de la personne de la liste CRDS	Commentaires
Résolution des symptômes initiaux	
Personne mentionnant bien vivre avec sa problématique : reconnaît ses limites, possède des stratégies efficaces pour optimiser sa condition, ne rapporte aucune limitation fonctionnelle	
Personne qui a été vue par un ou une médecin spécialiste durant sa prise en charge à la clinique pour la même raison de consultation dans la même spécialité	Au congé de la clinique MSQ, si la personne a déjà vu le ou la médecin spécialiste pour la raison de consultation identifiée sur la requête, fermer la requête au CRDS
Condition non chirurgicale pour orthopédie, neurochirurgie et chirurgie plastique. Pour connaître les critères spécifiques par raison de consultation, voir les tableaux aux pages suivantes.	Orienter vers le service adéquat selon le besoin de la personne (retour au référent, douleur chronique, autre spécialiste, etc.)
Lorsqu'applicable, refus de la personne de se faire opérer ou d'avoir une autre intervention (ex. : infiltration)	
Politique d'absentéisme (circulaire de gestion des listes d'attente)	Gestion active des listes d'attente afin d'améliorer l'accès aux soins de santé de première ligne ainsi qu'aux services médicaux et diagnostiques spécialisés

Critères spécifiques d’orientation au congé de la clinique MSQ par raison de consultation

	Critères spécifiques d’orientation vers la spécialité	Critères de congé spécifiques à la condition	Commentaires
Chirurgie plastique			
Tendinite De Quervain avec échec au traitement médical après 2 mois	Échec au traitement conservateur ou si infiltration combinée avec orthèse pourrait être bénéfique		
Doigt en maillet (<i>mallet finger</i>)	Échec au traitement conservateur selon le protocole d’immobilisation stricte avec orthèse 8 semaines	Objectifs du plan de traitement atteints, récupération d’une extension fonctionnelle de l’interphalangienne distale (IPD)	Prise en charge en ergothérapie de la main
Luxation réduite des doigts	En cas de doute sur une atteinte tissulaire autre Douleur et ankylose persistantes malgré traitement conservateur		Prise en charge en ergothérapie de la main
Ancienne fracture ou entorse, ankylose des doigts	En cas de doute sur une atteinte tissulaire autre Douleur et ankylose persistantes malgré traitement conservateur		Pour fracture datant de plus de 3 ans : retour au référent avec recommandations pour la gestion de la douleur
Doigt gâchette	Blocage irréductible		Prise en charge en ergothérapie de la main
Fracture aiguë et non déplacée de la main	Fracture chirurgicale ou intraarticulaire		

	Critères spécifiques d'orientation vers la spécialité	Critères de congé spécifiques à la condition	Commentaires
Tunnel carpien qui ne répond pas au traitement médical après 2 mois (priorité E)	EMG avec résultats positifs modérés à sévères		
Trauma aigu de la main			
Déchirure ligamentaire chronique qui ne répond pas au traitement médical après 3 mois (TFCC et/ou syndrome d'impaction, scapho-lunaire, luno-triquetral...)			
Deuxième choix			
Rhizarthrose invalidante avec échec au traitement médical	Arthrose sévère et incapacitante		
Arthrose ou synovite du carpe	Arthrose sévère et incapacitante		

	Critères spécifiques d'orientation vers la spécialité	Critères de congé spécifiques à la condition	Commentaires
Orthopédie			
Maladie de la coiffe des rotateurs (bursite, tendinite, accrochage, déchirure chronique coiffe des rotateurs, tendinose)	Limitations fonctionnelles persistantes malgré traitement conservateur optimisé et échec aux infiltrations sous-acromiales Douleur importante non contrôlée malgré traitement conservateur optimal		

	Critères spécifiques d'orientation vers la spécialité	Critères de congé spécifiques à la condition	Commentaires
	(pharmacologique et infiltration) limitant la réadaptation		
Luxation récidivante de l'épaule avec physiothérapie débutée	Signes d'instabilité toujours présents au quotidien malgré traitement conservateur optimal Historique de luxation récidivante (2 luxations rapprochées ou plus à l'intérieur de 6 mois) Signes cliniques d'une lésion Bankart (atteinte du labrum) Jeune adulte avec haut niveau sportif (nécessitant utilisation membre supérieur)	Retour à la fonction et aux gestes sportifs, sans instabilité résiduelle fonctionnelle	
Épicondylite et épitrochléite	Limitations fonctionnelles persistantes malgré traitement conservateur optimisé Douleur importante non contrôlée malgré traitement conservateur optimal (pharmacologique et infiltration) limitant la réadaptation		
Entorse sévère persistante cheville (symptômes plus de 2 mois malgré immobilisation et physiothérapie)	Instabilité articulaire avec limitation fonctionnelle malgré le traitement conservateur		
Entorse sévère persistante poignet (symptômes plus de 2 mois malgré attelle et physiothérapie)	Instabilité articulaire avec persistance des douleurs et limitation fonctionnelle malgré le traitement conservateur		

	Critères spécifiques d'orientation vers la spécialité	Critères de congé spécifiques à la condition	Commentaires
Déchirure méniscale aiguë ou traumatique (usager < 60 ans)	Déchirure méniscale entraînant un blocage persistant après échec du traitement conservateur	Si arthrose associée, transmettre conseils pour l'arthrose au référent et congé clinique MSQ	À l'évaluation, si l'arthrose est la raison de consultation principale, modifier la raison de consultation sur la requête du CRDS avant de remettre la personne sur la liste
Deuxième choix			
Arthrose invalidante de l'épaule	Arthrose sévère et incapacitante		
Arthrose invalidante du genou	Arthrose sévère et incapacitante		
Arthrose invalidante de la hanche	Arthrose sévère et incapacitante		
Arthrose invalidante de la cheville	Arthrose sévère et incapacitante		

	Critères spécifiques d'orientation vers la spécialité	Critères de congé spécifiques à la condition	Commentaires
Neurochirurgie			
Radiculopathie douloureuse et/ou sensitivo-motrice cervico-dorsale (ex. : hernie discale cervicale)	Inclure tous les éléments suivants : - Cohérence entre les résultats de l'IRM et l'examen neurologique (compatible avec le trajet douloureux radiculaire) - Persistance des symptômes au-delà de 3 mois - Échec au traitement conservateur optimal (incluant la médication, les	Condition non pertinente pour une approche en chirurgie spinale basée sur l'évaluation clinique et corrélée avec les résultats du rapport d'imagerie (absence de compression significative du système nerveux en foraminal ou en spinal)	Autres drapeaux rouges : - Signes pouvant laisser fortement suspecter une myélopathie cervicale - Signes d'instabilité vertébrale (voir la section <i>Drapeaux rouges</i> pour plus de détails)

	Critères spécifiques d'orientation vers la spécialité	Critères de congé spécifiques à la condition	Commentaires
	infiltrations/blocs et un traitement physiothérapique adéquat)		
Cervicalgie, dorsalgie isolée sans atteinte radiculaire ou médullaire, avec anomalie structurelle (phénomènes dégénératifs sans ou avec déformation telle que scoliose ou spondylolisthesis)	Scoliose : lorsque des symptômes de douleur radiculaire apparaissent ou lorsqu'il y a une progression rapide de l'angle de la scoliose en 1 an Incapacités fonctionnelles invalidantes limitant le quotidien/sommeil, avec échec des tentatives de soulagement autres (pas d'amélioration ni de changement au niveau de la fonction/douleur)	Scoliose : absence de symptômes douloureux radiculaires	
Radiculopathie douloureuse et/ou sensitivo-motrice et/ou claudication neurogénique lombo-sacrée	Inclure tous les éléments suivants : - Cohérence entre les résultats de l'IRM et l'examen neurologique (compatible avec le trajet douloureux radiculaire) - Persistance des symptômes au-delà de 3 mois - Échec au traitement conservateur optimal (incluant la médication, les infiltrations/blocs et un traitement physiothérapique adéquat) Sténose spinale centrale : - Sténoses lombaires modérées-sévères avec symptômes multiradiculaires positionnels		Éléments à considérer à l'évaluation : - Signes pouvant laisser fortement suspecter une myélopathie cervicale ou dorsale concomitante

	Critères spécifiques d'orientation vers la spécialité	Critères de congé spécifiques à la condition	Commentaires
	(augmentés debout et à la marche et diminués assis et couché)		
Lombalgie isolée sans atteinte radiculaire avec anomalie structurelle (phénomènes dégénératifs sans ou avec déformation telle que scoliose ou spondylolisthesis)	Spondylolisthesis : - Instabilité confirmée par le ou la radiologiste à la radiographie en flexion/extension, apparition de symptômes douloureux radiculaires ou de claudication neurogène		* La radiographie couchée-debout est privilégiée maintenant, mais également en flexion-extension. Le plus important est la radiographie debout fixe (à comparer avec IRM ou TDM couchée).

	Critères spécifiques d'orientation vers la spécialité	Critères de congé spécifiques à la condition	Commentaires
Physiatrie			
Pour toutes les raisons suivantes de consultation en physiatrie : - Atteinte locomotrice – Épaule - Atteinte locomotrice – Coude - Atteinte locomotrice – Poignet/main - Atteinte locomotrice – Hanche - Atteinte locomotrice – Genou - Atteinte locomotrice – Cheville/pied - Atteinte locomotrice – Cervicalgie/Cervicobrachialgie - Atteinte locomotrice – Dorsal - Atteinte locomotrice – Lombalgie/Lombosciatalgie	Avis diagnostiques en lien avec le système MSQ SANS autre cause évidente de pathologie rhumatologique ou neurologique, pour les personnes sans aucune amélioration des signes et symptômes et limitation fonctionnelle Infiltration spécialisée (après échec au traitement en clinique MSQ) Si condition chirurgicale, orienter vers la bonne spécialité (selon les formulaires CRDS de neurochirurgie, d'orthopédie ou de chirurgie plastique)		Si la personne a besoin d'être vue en médecine spécialisée au congé de la clinique MSQ, s'assurer qu'une imagerie de base a été réalisée et faire le suivi auprès de la ou du médecin référent au besoin

Critères spécifiques d'orientation vers la spécialité		Critères de congé spécifiques à la condition	Commentaires
Autres diagnostics (toutes les spécialités)			
Toutes les références de tendinites et de bursites	Limitations fonctionnelles persistantes malgré traitement conservateur optimisé et échec aux infiltrations Douleur importante non contrôlée malgré traitement conservateur optimal (pharmacologique et infiltration) limitant la réadaptation Après 2 tentatives de bris calcaires infructueuses		
Périostite	Suspicion de syndrome de compartiment chronique Symptômes de fracture de stress		
Capsulite de l'épaule	Limitations des amplitudes articulaires (AA) persistantes et incapacitantes au-delà de la durée « normale » d'une capsulite (> 24 mois) ET sans signes d'arthrose de l'épaule ET échec arthrodistension (3 traitements)	Évolution favorable attendue d'une capsulite (diminution douleur et augmentation AA)	
Déchirure du labrum de l'épaule	Imagerie démontrant une atteinte labrale sans arthrose concomitante ET examen physique concordant avec diagnostic d'une		

	Critères spécifiques d'orientation vers la spécialité	Critères de congé spécifiques à la condition	Commentaires
	déchirure du labrum, avec limitations fonctionnelles		
Déchirure du labrum de la hanche	Rapport d'imagerie démontrant une atteinte labrale sans coxarthrose concomitante ET examen physique concordant avec diagnostic d'une déchirure du labrum, avec limitation fonctionnelle		
Rupture du ligament croisé chronique	Présence d'instabilité importante	Retour à la fonction et aux gestes sportifs avec traitement conservateur chez personne avec faible risque de blessure secondaire à l'instabilité du genou	
Syndrome fémoro-patellaire	Absence d'arthrose patellaire ET échec traitement conservateur optimal ET échec infiltration ET douleur persistante et limitante depuis > 12 mois	Si arthrose patellaire associée, transmettre conseils pour l'arthrose au référent et congé clinique MSQ	
Fasciite plantaire	Échec traitement conservateur maximal (incluant <i>shockwave</i> si accessible)		Orienter en podiatrie si possible ou en physiothérapie, pas de traitement chirurgical
Tendinite tendon d'Achille	Échec traitement conservateur maximal (incluant <i>shockwave</i> si accessible)		Orienter en podiatrie si possible ou en physiothérapie, pas de traitement chirurgical
Luxation récidivante rotule	Signes d'instabilité toujours présents au quotidien malgré traitement conservateur optimal Historique de luxation récidivante (> 2 luxations rapprochées dans le temps)		

	Critères spécifiques d'orientation vers la spécialité	Critères de congé spécifiques à la condition	Commentaires
	Jeune adulte avec haut niveau sportif Anomalie anatomique qui cause la luxation récidivante		
Conflit fémoro-acétabulaire (hanche FAI) de type CAM ou Pincer	Douleur et limitation fonctionnelle avec abutement à la hanche malgré traitement conservateur optimisé		À l'évaluation, si l'arthrose est la raison de consultation principale, s'assurer de changer la raison de consultation sur la requête du CRDS avant de remettre la personne sur la liste
Déchirure méniscale chronique	Déchirure méniscale entraînant un blocage persistant après échec du traitement conservateur		À l'évaluation, si l'arthrose est la raison de consultation principale, s'assurer de changer la raison de consultation sur la requête du CRDS avant de remettre la personne sur la liste

**Drapeaux rouges –
Alertes cliniques**



Drapeaux rouges – Alertes cliniques

L’identification précoce des drapeaux rouges ou des alertes cliniques est une étape cruciale de l’évaluation clinique au sein des cliniques MSQ. Ces signes et symptômes cliniques représentent des indicateurs de pathologies potentiellement graves nécessitant une intervention rapide ou une réorientation prioritaire vers le ou la médecin spécialiste.

Cette section répertorie les signaux d’alerte spécifiques à chaque domaine d’expertise (orthopédie, neurochirurgie, physiatrie et chirurgie plastique). Pour soutenir davantage la pratique clinique et le processus décisionnel, des fiches cliniques détaillées ont été élaborées pour la neurochirurgie et la chirurgie plastique. Ces outils complémentaires offrent une analyse approfondie des symptômes neurologiques et vasculaires, permettant ainsi une évaluation plus fine et sécuritaire de ces clientèles complexes.

Chirurgie plastique

Drapeau rouge	Directive
Fracture déplacée ou ouverte ou immobilisation impossible	Diriger la personne à l’urgence
Compromis vasculaire digital	Diriger la personne à l’urgence
Arthrite septique ou ténosynovite infectieuse	Diriger la personne à l’urgence
Luxation non réductible	Diriger la personne à l’urgence
Amputation digitale	Diriger la personne à l’urgence
Lacérations avec perte de substances très étendues des tissus mous (ex. : dégantement d’un doigt ou du dos de la main) ou plaie très contaminée	Diriger la personne à l’urgence
Brûlure aiguë répondant aux critères d’un centre d’expertise	Diriger la personne à l’urgence
Syndrome du compartiment	Diriger la personne à l’urgence
Lacération complexe difficile à refermer	Diriger la personne à l’urgence
Lacération refermée non compliquée avec atteinte tendineuse ou du nerf digital sans compromis vasculaire	Communiquer avec le plasticien ou la plasticienne de garde de votre région

Drapeau rouge	Directive
Lacération main et doigt avec perte de substance > 1 cm ² des tissus mous ou exposition des structures	Communiquer avec le plasticien ou la plasticienne de garde de votre région
Les cicatrices vicieuses autres qu’au visage et les cas d’esthétiques ne sont pas couverts par la RAMQ	Diriger la personne vers un milieu de chirurgie esthétique et non au CRDS

Neurochirurgie

Drapeau rouge	Directive
Hémorragie intracrânienne	Communiquer avec la personne de garde en neurochirurgie de votre région
Syndrome d’hypertension intracrânienne avec ou sans altération de l’état de conscience	Communiquer avec la personne de garde en neurochirurgie de votre région
Apparition soudaine ou rapidement progressive d’un déficit neurologique en contexte traumatique ou non (localisation cérébrale, médullaire ou queue de cheval ou radiculopathie aiguë avec déficit moteur significatif)	Communiquer avec la personne de garde en neurochirurgie de votre région
Myélopathie aiguë ou subaiguë (compression médullaire) avec évolution rapide des symptômes	Communiquer avec la personne de garde en neurochirurgie de votre région
Sténose carotidienne symptomatique	Communiquer avec la personne de garde en neurochirurgie de votre région
Traumatisme craniocérébral (TCC) ou spino-médullaire aigu	Communiquer avec la personne de garde en neurochirurgie de votre région
Fracture du crâne ou du rachis	Communiquer avec la personne de garde en neurochirurgie de votre région
Tumeurs cérébrales intraparenchymateuses : métastases, gliomes ou autres	Communiquer avec la personne de garde en neurochirurgie de votre région
Tumeurs du rachis intradurales ou extradurales (primaires ou métastatiques)	Communiquer avec la personne de garde en neurochirurgie de votre région
Suspicion infection rachis	Communiquer avec la personne de garde en neurochirurgie de votre région

Drapeau rouge	Directive
Fracture ouverte avec ou sans compromis neurovasculaire	Diriger la personne à l'urgence
Luxation non réduite	Diriger la personne à l'urgence
Syndrome compartimental aigu	Diriger la personne à l'urgence
Suspicion arthrite septique	Diriger la personne à l'urgence
Syndrome de la queue de cheval	Diriger la personne à l'urgence
Fracture non immobilisée	Diriger la personne vers le corridor de services disponible dans votre région

Physiatrie

Drapeau rouge	Directive
Syndrome de la queue de cheval	Diriger la personne à l'urgence
Pied tombant de moins de 48 h	Diriger la personne vers un rendez-vous médical rapide
Myélopathie rapidement progressive	Diriger la personne à l'urgence
Arthrite septique	Diriger la personne à l'urgence
Incapacité fonctionnelle complète aiguë (incapacité totale de se mobiliser et d'assurer ses activités de la vie quotidienne)	Diriger la personne à l'urgence

Soutien à l'évaluation clinique



Soutien à l'évaluation clinique

Cette section met à la disposition des équipes cliniques des outils d'aide à la décision pour encadrer l'analyse et la prise en charge des usagers et des usagères. Elle regroupe des balises d'évaluation pour le rachis et pour la thérapie de la main. Dans son ensemble, cette section permet de soutenir une démarche d'évaluation clinique rigoureuse et d'optimiser l'orientation des soins. Précisons que lorsque l'imagerie est mentionnée dans ce document, elle fait référence au rapport radiologique.

Évaluation du rachis

Objectif 1 : Différencier la radiculopathie/sténose de la douleur somatique référée ou de pathologies périphériques.

Objectif 2 : Éliminer les drapeaux rouges : selon la trajectoire régionale, contacter la neurochirurgie ou envoyer la personne à l'urgence.

Objectif 3 : Vérifier si l'atteinte neurologique (radiculopathie/sténose) est un cas chirurgical.

1. Diagnostic différentiel

Questionnaire douleur somatique référée ou radiculaire

Douleur somatique référée	Douleur radiculaire
Origine : stimulation terminaisons nerveuses-facette, disque, sacro-iliaque	Origine : atteinte nerf spinal par hernie discale ou sténose +/- hernie discale
Lombosacré ad pied (proximal>distal) Pire douleur au niveau lombosacré ou cervical Bande large, pas bien circonscrite Profonde, mal définie	Irradie territoire nerf spinal Pire douleur au niveau fesse et membres inférieurs ou membres supérieurs Bande étroite, bien circonscrite Superficielle ou profonde
Diffuse et vague/sourde	Élancement/choc électrique Paresthésie
Examen neurologique* normal	Examen neurologique* positif ou normal

* **Examen neurologique inclut :** dermatomes, myotomes, réflexes, mobilité neurale, test provocateur (Spurling) +/- Valsalva

Sténose spinale

Claudication neurogène → 7 critères diagnostiques :

- Douleur fesses/membres inférieurs à la marche (uni- ou bilatérale)

Santé Québec

- Soulagé par la flexion lombaire
 - Soulagement avec panier d'épicerie/vélo
 - Perturbation sensitive/motrice à la marche
 - Faiblesse membres inférieurs
 - Douleur axiale lombaire
 - Pouls symétrique/normal aux pieds
- ** Diagnostic différentiel : claudication vasculaire

Différentiel clinique – atteintes périphériques

Test diagnostique	Tunnel carpien	Atteinte de la racine C6	Neuropathie ulnaire	Atteinte de la racine C8
Tinel/Phalen	+	-	+	-
« Shake off » sign	+	-	S. O.	S. O.
Flexion poignet prolongée	+	-	S. O.	S. O.
Paresthésie	+ nocturne	Nocturne variable, dermatome	Territoire du nerf ulnaire	Dermatome : latéral avant-bras, médial 4 ^e doigt
Port d'orthèse la nuit	Soulagement des symptômes	Sans effet	S. O.	S. O.

- Douleur épaule ou C5 : limitation AA passives + test coiffe des rotateurs -> épaule > radiculopathie

2. Drapeaux rouges

Myélopathie

- Troubles moteurs : maladresse des mains, faiblesse des mains et des membres inférieurs proximaux, atrophie main, troubles de marche (ataxie et perte d'équilibre).
- Troubles sensitifs : engourdissement membres supérieurs et parfois inférieurs, perte proprioceptive.
- Signes pyramidaux : hyperréflexie, Hoffmann +, Babinski +, clonus +, troubles sphinctériens.

** Si doute important, remplir le [questionnaire mJOA](#).

Paresthésies génitales, anales, troubles moteurs, polyradiculopathie sensitivo-motrice membres inférieurs avec trouble de la démarche, troubles sphinctériens (trouble de la vidange vésicale et/ou incontinence urinaire/fécale), dysfonction sexuelle.

* Présentation aiguë > progressive lorsqu'il s'agit d'une **urgence chirurgicale**.

Autres drapeaux rouges

Signes et symptômes / facteurs de risque	Atteinte grave possible
Trouble sphinctérien Anesthésie en selle Atteinte radiculaire (souvent bilatérale) Apparition soudaine > chronique	Queue de cheval
Douleur sévère d'allure non mécanique (inchangée avec repos ou changement de posture) Nocturne > diurne	Tumeur ou infection
Trauma significatif ou présence de facteurs de risque : ostéoporose, prise de corticostéroïdes, antécédent cancer	Fracture
Fièvre, antécédent cancer ou VIH, perte de poids	Infection
Utilisation médicament par voie intraveineuse ou stéroïdes	Infection ou fracture
Signes neurologiques étendus, non spécifiques à une racine	Tumeur ou maladie neurologique
Antécédent cancer, perte de poids inexplicée, douleur nocturne importante	Cancer (tumeur)
Lombalgie chronique (> 3 mois), diminuée à l'activité, non soulagée au repos, raideur matinale > 30 minutes	Pathologie inflammatoire (spondylarthrite axiale)
Diminution équilibre, trouble de la marche, perte sensorielle, hyperréflexie	Myélopathie

Pour plus de détails, veuillez consulter le document [Algorithmes d'évaluation, de prise en charge et de suivi d'une lombalgie](#) de l'INESSS (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux).

3. Chirurgie

Traitement chirurgical

- Indications : douleur >12 semaines, déficit moteur progressif, myélopathie, avec compression radiologique concordante confirmée en radiologie.

Selon le diagnostic

- Lombalgie : peu d'options chirurgicales, sauf neuromodulation chirurgie dernier recours (pas de drapeau jaune et échec de tous les traitements conservateurs).
- Radiculopathie cervicale et lombaire : chirurgie si douleur radiculaire du territoire avec concordance radiologique au rapport d'imagerie et échec traitement médical maximal.
- Sténose centrale : chirurgie pour :
 - cervicale et dorsale avec myélopathie évolutive;
 - lombaire modérée à sévère avec symptômes multiradiculaires positionnels.
- Sténose foraminale et/ou spinale : chirurgie pour améliorer symptômes à la jambe et distance de marche.
 - Sténose foraminale multiétages (douleur diffuse) : la chirurgie n'est généralement pas recommandée.
- Hernie discale : chirurgie pour diminuer de 80 % les symptômes/la douleur à la jambe. Le retour de la force n'est pas un objectif primaire.
- Spondylolisthésis (radiographie en flexion-extension qui valide instabilité) : échec au traitement conservateur et instabilité symptomatique/invalidante et/ou symptômes radiculaires-claudication.
- Scoliose : chirurgie comme prévention de détérioration lorsque la croissance n'est pas terminée ($\geq 45^\circ$ potentiel opératoire (critères OPPQ : [La scoliose idiopathique chez l'enfant et l'adolescent | OPPQ](#)). Pour l'adulte lorsque la fonction est sévèrement atteinte.

Thérapie de la main en clinique MSQ

Objectif : Évaluer la pertinence d'un traitement conservateur pour certaines conditions médicales de la main.

Doigt en maillet (*mallet finger*)

Évaluation :

- Absence d'extension active à l'articulation interphalangienne distale (IPD)

Différentiel clinique

- Atteinte bandelette centrale de l'articulation interphalangienne proximale (IPP) ou de l'extenseur
- Présence d'un col de cygne/déformation en boutonnière
- Maillet osseux ou fracture (Fx) P3 (validé par radiographie [R-X])
- Arthrose objectivée à la R-X

Doigt en gâchette

Évaluation :

- Nodule palpable à la surface palmaire du doigt atteint avec ou sans douleur (pas toujours perceptible à la palpation)
- Claquement observé à la mobilisation active
- Blocage

Différentiel clinique

- Flexum irréductible du doigt avec ou sans nodules fermes au niveau palmaire
- Maladie de Dupuytren
- Arthrose (crépitement articulaire)

Déformation en boutonnière

Évaluation :

- Flexum mobilisable passivement de l'IPP

Différentiel clinique

- Rupture tendineuse
- Luxation IPP
- Fracture/arrachement (validée par R-X)
- Contracture
- Arthrite

Luxation réduite

Évaluation :

- Ankylose et déformation de l'IPP

Différentiel clinique

- Atteinte bandelette centrale
- Fx déplacée (validée par rapport radiologie)
- Fx-arrachement (validée par rapport radiologie)

Santé Québec

- Atteinte ligamentaire
- R-X de contrôle post-réduction de la luxation

Fracture consolidée/ankylose/entorse des doigts

Évaluation :

- Flexum +/- mobilisable passivement
- Histoire de blessure/trauma

Différentiel clinique

- Rupture tendineuse
- Luxation IPP
- Contracture (ex. : maladie de Dupuytren ou problème neurologique)
- Doigt gâchette

Diagnostic initial	Traitement conservateur
Doigt gâchette	Orthèse, principes de protection articulaire, enseignement, infiltrations au besoin
Doigt en maillet (<i>mallet finger</i>)	Orthèse et suivis pour sevrage de l'orthèse et mobilisation active protégée
Luxation réduite (meilleur pronostic < 1 an)	Orthèse, mobilisation active/passive
Fractures/entorse/ankylose des doigts (meilleur pronostic < 1 an)	Orthèse, mobilisation active/passive

Trajectoire



Trajectoire – Clinique MSQ

