

---

---

# Réadaptation au travail en contexte de douleur chronique

Un modèle d'intervention

---

---

**Yvan Campbell**

*Institut de kinésiologie du Québec, [www.yvanc.com](http://www.yvanc.com).  
L'ÉQUIPE interdisciplinaire en réadaptation au travail.*

---

---

# Réadaptation au travail en contexte de douleur chronique, un modèle d'intervention.

**Yvan Campbell**

*Institut de kinésiologie du Québec, [www.yvanc.com](http://www.yvanc.com)  
L'ÉQUIPE interdisciplinaire en réadaptation au travail.*

*version 20110520*

---

---

Les équipes interdisciplinaire en réadaptation au travail sont de plus en plus présente et active au Québec et partout dans le monde industrialisé. Nous leur proposons ici un modèle d'intervention où une analyse biopsychosociale de la problématique échafaude une intervention basée sur l'utilisation de l'exercice et la mise à contribution du milieu réel de vie et du milieu réel de travail (approche écosystémique).

© 2011 Institut de kinésiologie du Québec. Reproduction permise ( sans modification de contenu ).

---

## 1. Introduction

Le retour au travail après une blessure musculosquelettique n'est pas facile, particulièrement pour les personnes chez qui la douleur devient persistante et entraîne une incapacité qui mine sérieusement la qualité de vie. Heureusement, la recherche et l'expérience clinique des dernières années ont permis une meilleure compréhension de l'incapacité liée à la douleur et le développement de nouveaux modèles d'intervention.

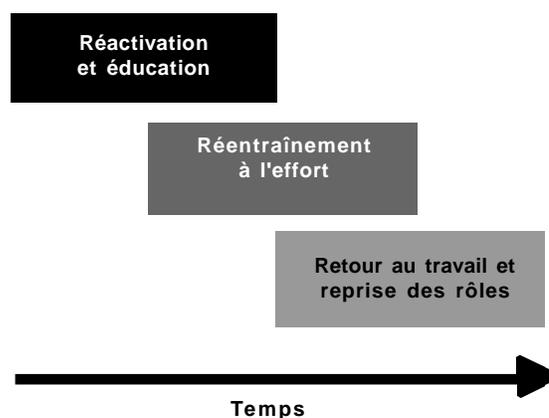
## 2. L'approche biopsychosociale

Dans le cas d'une d'une blessure musculosquelettique, le début de l'histoire naturelle est caractérisé par une douleur dite nociceptive. La douleur nociceptive est directement liée à la lésion. Sa la fonction est de signaler une atteinte à l'intégrité de l'organisme et d'entraîner le retrait rapide de la dite menace et de favoriser l'établissement de conditions visant la guérison, c'est-à-dire l'immobilisation relative nécessaire au début du processus.

---

Correspondance avec l'auteur :

**Yvan Campbell**, M.Sc., kinésiologue.  
Tél.: 514-754-3475  
Courriel : [yvanc@yvanc.com](mailto:yvanc@yvanc.com)  
Site web : [www.yvanc.com](http://www.yvanc.com)



**Figure 1** : modèle d'intervention en réadaptation au travail.

Par contre, une combinaison de phénomènes biologiques, psychologiques et sociaux peut prolonger et même intensifier la douleur avec le temps.

Au niveau du système nerveux, une lésion d'une des composantes du système ou des dysfonctions des mécanismes excitateurs et inhibiteurs endogènes de la douleur peut amener progressivement celle-ci à un niveau extrêmement élevée même après une guérison complète de la lésion (Marchand, 1998). La douleur est alors qualifiée de neuropathique.

De plus, des phénomènes de nature psychique déjà

présents avant la blessure ou qui apparaissent après la survenu de celle-ci peuvent amener la problématique dans la sphère psychologique. On parle alors de douleur psychogénique.

Finalement, on sait depuis les travaux de Fordyce (1976) que la réaction sociale face à l'individu qui souffre a un effet sur la douleur et le comportement de celui-ci. L'échiquier est ainsi agrandi et la nature du problème est donc véritablement biopsychosociale avec une douleur qui, avec le temps, devient de moins en moins liée à la lésion et de plus en plus aux conséquences biologiques, psychologiques et sociales de la blessure originelle.

L'approche biopsychosociale implique donc un changement de paradigme majeur en ne limitant plus l'intervention à la sphère médicale, mais en impliquant d'autres disciplines comme la psychologie, la sociologie, la kinésiologie (sciences de l'activité physique), l'anthropologie, etc.

### 3. Le modèle d'intervention

Le modèle d'intervention que nous proposons est basé en grande partie sur le modèle de peur-évitement proposé par Vlaeyen en 1995 (figure 2). Ce modèle explicatif intègre bien le paradigme biopsychosocial. L'hypothèse de Johan Vlaeyen est que lors de la survenu d'une blessure avec douleur, la personnalité de certaines personnes conjuguée à une conjoncture défavorable les entraînent à éviter les activités considérées comme pouvant provoquer ou augmenter la douleur, ou pouvant aggraver une lésion.

Il nomme cette peur kinésiophobie.

La diminution du niveau d'activité conséquente à ces craintes combinée à celles conséquentes à la convalescence et à l'arrêt du travail engendre le fameux syndrome de déconditionnement physique qui accroît leur incapacité en phase chronique, c'est-à-dire à partir du troisième mois après le début de la douleur nociceptive (Lin, 2011). De plus, cette sédentarisation affecte même le fonctionnement psychologique de l'individu souffrant. Ces concepts sont donc à la base du modèle d'intervention que nous avons développé et qui échafaude nos interventions cliniques (figure 1) et comporte trois phases : la phase d'éducation et de réactivation, la phase de réentraînement à l'effort et la phase de retour au travail et de reprise des rôles sociaux

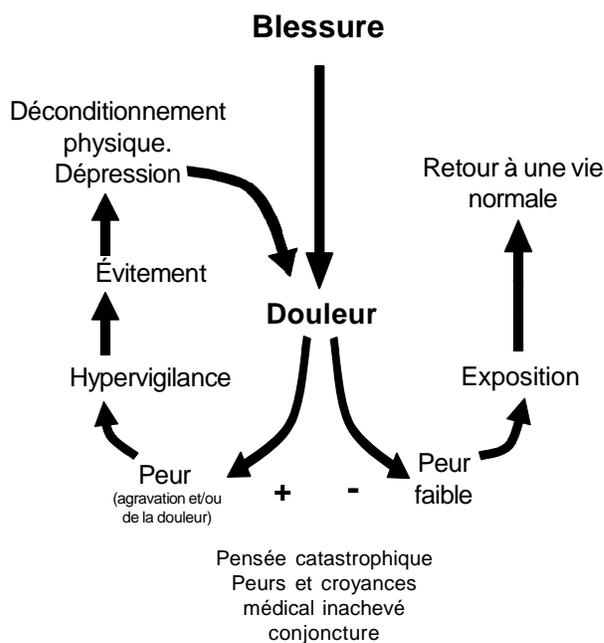


Figure 2 : le modèle peur-évitement de Vlaeyen.

#### 3.1 Phase 1 : réactivation et éducation

Le processus de réadaptation en contexte de douleur chronique débute par de l'éducation et une réactivation physique. L'éducation est inéluctable car l'efficacité de l'approche est tributaire de la compréhension du client des activités de réadaptation auxquelles il sera soumis. En effet une approche active en réadaptation au travail implique un engagement de la part de l'individu qui souffre, et la motivation qui sous-tend cet engagement est nourrie par le fait que cet individu attend des résultats des activités de réadaptation et celui-ci doit donc comprendre le lien entre ces activités et le succès de la démarche.

Un programme d'éducation est donc déployé dans le but d'agir sur les peurs et les croyances et pour expliquer le lien entre les modalités d'intervention et la réduction de la douleur, l'augmentation de la qualité de vie et la reprise des rôles sociaux perdus dans le processus de chronicisation. Idéalement, cette phase devrait comprendre une séance d'informations de groupe et quelques rencontres individuelles.

La fonction réactivation de la phase 1 consiste à augmenter graduellement la dépense énergétique quotidienne et à restaurer la participation à des activités

significatives. L'utilisation du podomètre (instrument pouvant calculer le nombre de pas) est extrêmement efficace parce que celui-ci donne un feedback immédiat, ce qui assure un renforcement positif. La méthode d'augmentation la plus efficace du nombre de pas par jour est l'établissement d'objectifs à court terme (journaliers ou hebdomadaires). L'augmentation de la dépense énergétique quotidienne pourra même être un stimulus suffisant pouvant mener à un rehaussement significatif de la condition physique pour les individus très déconditionnés.

Même si l'augmentation de la capacité physique ne fait pas partie des objectifs de la phase 1, un programme d'exercices est introduit en phase 1. L'objectif n'est pas de hausser la condition physique mais bien d'exposer progressivement l'individu au mouvement pour agir sur la kinésiophobie. En fait, la phase 1 est l'application pratique de l'approche cognitivo-comportementale en traitement des phobies : il s'agit d'abord d'expliquer que le mouvement n'est pas nocif (fait durant l'éducation) et ensuite d'exposer l'individu kinésiophobe à des mouvements avec une gradation lui permettant d'éradiquer la peur et de pouvoir transférer les acquis au niveau des mouvements de la vie quotidienne.

### 3.2 Phase 2 : réentraînement à l'effort

La peur de bouger (la kinésiophobie) entraîne l'évitement des tâches requérant un effort physique, ce qui a pour conséquence un déconditionnement physique qui augmente avec le temps jusqu'à ce que des tâches auparavant anodines deviennent impossibles à exécuter. La deuxième phase consiste donc à effectuer un réentraînement à l'effort dans le but d'optimiser les capacités physiques de l'individu pour le préparer au retour au travail et pour optimiser ses capacités de récupération.

L'entraînement des filières énergétiques est prioritaire car ceux-ci (particulièrement la filière aérobie) sont le facteur déterminant pour ce qui est de la régénération des systèmes fonctionnels de l'organisme humain. En plus, mentionnons que la littérature scientifique des dernières années a démontré que l'exercice régulier de type aérobie est associé à une amélioration significative des affections comme les troubles de l'humeur, le trouble anxieux ou le syndrome de stress post-traumatique et les praticiens en réadaptation au travail connaissent bien

la prévalence importante de ces comorbidités psychologiques chez les individus souffrant de douleurs persistantes.

Le programme d'entraînement des qualités musculaires devra être élaboré en fonction d'un maximum de transfert des gains physiologiques vers les fonctions que l'on veut optimiser, c'est-à-dire les activités de la vie quotidienne et particulièrement les activités relatives au travail. Pour ce faire, privilégiez les exercices avec poids libres, en chaîne cinétique fermée, et utilisez la surcharge proprioceptive (surfaces instables).

À ce stade, des techniques de gestion de l'effort physique en fonction de la douleur sont utilisés pour permettre une augmentation des paramètres de charge des exercices sans créer de potentialisation des mécanismes nociceptifs, ce qui augmente la sensibilisation centrale et favorise l'hyperalgie et l'allodynie.

### 3.3 Phase 3 : retour au travail et reprise des rôles

La troisième phase vise à organiser un retour au travail graduel et progressif, et à favoriser la reprise des rôles sociaux dans les différentes sphères d'activités de la vie quotidienne.

Historiquement l'entraînement aux tâches de travail s'est fait en clinique en essayant de simuler l'environnement de travail réel. Or, depuis les travaux de Durand (1996), le réentraînement au travail se fait de plus en plus en milieu réel. En plaçant le travailleur en surnuméraire au début de la réintégration et en contrôlant bien la charge physique et la charge mentale auxquelles est soumis le celui-ci, le retour se fait selon les règles de l'art c'est-à-dire de façon graduelle et progressive. Progressive parce que les paramètres de charge (la fréquence, la durée et l'intensité des tâches) seront soumis à une augmentation et graduelle parce que cette augmentation sera étalée par degrés et répartie sur un certain temps. Ceci permet d'éviter la surcharge et par le fait même à la récurrence de pathologies musculosquelettiques (tendinite ou bursite par exemple) ou produire une augmentation exagérée de la fatigue, causant alors une exacerbation excessive de la douleur lorsque le retour à l'activité se fait en

contexte de douleur chronique. Le surentraînement peut même ouvrir la porte à d'autres problèmes d'ordre physiques ou psychologiques, qui deviendront concomitants et rendront le retour à la tâche encore plus difficile. La diminution et éventuellement l'éradication des incapacités fonctionnelles permettra à l'individu de non seulement reprendre son rôle de travailleur ou de travailleuse, mais aussi tous les autres rôles sociaux perdus dans le processus de chronicisation.

#### 4. Conclusion

La réadaptation au travail en contexte de douleur chronique est une tâche où l'intervenant doit allier la science, son expérience clinique et son intuition pour être capable d'élaborer un programme d'activités de réadaptation taillé sur mesure pour l'individu souffrant. Il est important de bien comprendre que pour cette clientèle il est essentiel d'ajuster le système au client et non l'inverse. Plus les paramètres d'un programme de réadaptation sont standardisés (durée, fréquence, nature des exercices et des activités, contenu du programme d'éducation, etc.) et plus le temps écoulé entre le moment de la survenue de la lésion et le début du programme est grand, plus les chances d'un retour durable au travail et à une vie normale et productive sont minces ... ✂

**Durand, M.J. (1996)** Étude des effets du retour thérapeutique au travail chez les travailleurs absents du travail suite à une lésion du dos. Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke.

**Fordyce, W.E. (1976)** Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness. Saint-Louis, Mosby.

**Lin, C.L. & coll. (2011)** Relationship between physical activity and disability in low back pain : a systematic review and meta-analysis. Pain. Vol 152, pages 6-7-613.

**Marchand, S. (1998)** Le phénomène de la douleur. Chenelière McGraw-hill, Montréal.

**McCracken L.M., (2005)**. Contextual cognitive behavioral therapy for chronic pain. Progress in pain research and management. IASP, volume 33

**Sullivan et coll. (2005)**. La réduction de facteurs de risque de chronicité et le retour au travail, Pistes, UQAM, vol. 7 no. 2.

**Vlaeyen, J.W.S., Kole-Snijders, A.M.J., Boeren, R.G.B., Ruesink, R., Van Eek, H. (1995b)**. Fear of movement / (re)injury in chronic low back problem and its relation to behavioural performance. Pain. 62, 363-372.

## Certification en réadaptation en contexte de douleur chronique

Niveau 1 : intervenant certifié, IRDC

Niveau 2 : spécialiste certifié, SRDC



- Institut de kinésiologie du Québec
- Info : Yvan Campbell [www.yvanc.com](http://www.yvanc.com) 514-754-3475

## Modèle d'intervention en réadaptation au travail

Phases	Objectifs	Stratégies
<b>PHASE 1</b> <b>Réactivation et éducation</b>	<b>1.1</b> Diminution de la kinésiophobie, du catastrophisme et de l'hypervigilance.	<b>1.11</b> Séances d'éducation en groupe et séances de "questions-réponses" individuelles.  <b>1.12</b> Désensibilisation systématique par exposition graduelle et progressive au mouvement et à l'effort.
	<b>1.2</b> Hausse graduelle et progressive de la dépense énergétique quotidienne par dépense motrice.	<b>1.21</b> Programme d'augmentation de la locomotion journalière avec monitoring podométrique.
<b>PHASE 2</b> <b>Réentraînement à l'effort</b>	<b>2.1</b> Optimisation de la capacité physique générale et diminution de la douleur.	<b>2.11</b> Programme d'entraînement des filières énergétiques (priorité # 1).  <b>2.12</b> Programme d'entraînement des qualités musculaire.
	<b>2.2</b> Augmentation du taux de transfert des gains obtenus lors de l'entraînement général vers les fonctions à optimiser, c'est à dire les activités de travail.	<b>2.2</b> Augmentation de la spécificité du programme d'exercices et utilisation de la surcharge proprioceptive.
	<b>2.3</b> Régulation optimale de l'effort physique en fonction de l'intensité de la douleur.	<b>2.31</b> Gestion de l'effort à l'aide de la technique du point d'inflexion de la douleur.

## Modèle d'intervention en réadaptation au travail (suite)

Phases	Objectifs	Stratégies
<b>PHASE 3</b>  <b>Retour au travail et reprise des rôles</b>	<b>3.1</b> Retour au travail progressif en milieu réel.	<b>3.11</b> Périodisation de la charge physique et mentale selon une progression de type ondulatoire.
	<b>3.2</b> Diminution de l'ergophobie.	<b>3.21</b> Coaching en milieux de travail réel.
	<b>3.3</b> Reprise des rôles sociaux.	<b>3.31</b> Coaching et accompagnement psychosocial.

Merci à mes collègues de l'Institut de kinésiologie du Québec pour leur support et leur passion :

**Marc Bétournay, B.sc. KIN**  
Kinésiologue

**Johanne Hamel, B.sc. M.P.R.**  
Ergothérapeute

**Sylviane Pichette, B.A.**  
Adjointe administrative

**Sylvain Gervais, Ph.D. PSY**  
Psychologue

**Normand Robert**  
Consultant en réadaptation au travail

**Anik Villemure, B.sc. KIN**  
Kinésiologue

**Jean-François Soucy, B.sc. KIN**  
Kinésiologue

