

Bougez

Bulletin de l'Institut de kinésiologie du Québec

Réadaptation au travail

la phase 1 : éducation et réactivation.

Les trois prochains numéros de Bougez seront consacrés à la description sommaire du modèle d'intervention en réadaptation au travail développé au cours des 5 dernières années à l'Institut de kinésiologie du Québec (figure 1).

La phase 1, l'étape incontournable

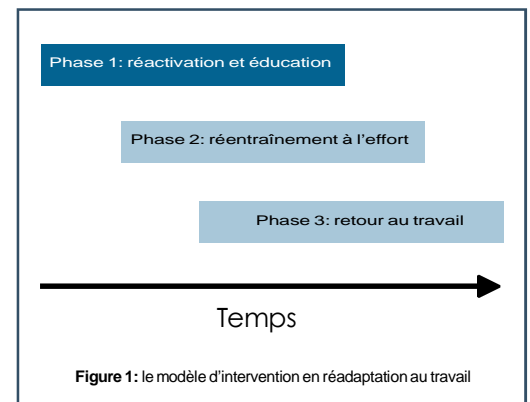
Beaucoup de programmes débutent les activités de réadaptation avec le réentraînement à l'effort (phase 2). Par contre, ceci peut mener droit à l'échec si l'individu en incapacité par une douleur persistante est aux prises avec ce qu'il est maintenant convenu de nommer, le syndrome de peur-évitement (Vlaeyen, 1995). Ces personnes ont peur de bouger (kinésiophobie) parce qu'elles craignent d'aggraver leur état ou d'intensifier leur douleur. Elles adoptent un comportement d'évitement des tâches physiques qui composent leur vie quotidienne et ceci ouvre la porte à un déconditionnement physique et psychologique qui paradoxalement, augmentera la douleur. Si l'on oblige ces gens à initier un programme de reconditionnement physique avant d'avoir éradiqué, ou du moins diminué la kinésiophobie, l'exposition mal dosée à un entraînement physique ne fera qu'augmenter la kinésiophobie et fermera la porte à toute amélioration fonctionnelle.

Avant tout, informer

Un approche active en réadaptation au travail implique un engagement de la part de l'individu qui souffre. La motivation qui sous-tend cet engagement est favorisée par le fait que cet individu attend des résultats des activités de réadaptation et celui-ci doit donc bien comprendre le lien entre ces activités et l'amélioration de son état. Conséquemment, la phase 1 devrait comprendre une séance d'informations de groupe et quelques rencontres individuelles.

La réactivation, ou comment repartir la machine !

Après quelques mois, voire quelques années d'inactivité, la plupart des personnes en incapacité liée à la douleur souffrent d'un déconditionnement physique et mental. La réactivation consiste à augmenter graduellement la dépense énergétique quotidienne et à restaurer la participation à des activités significatives.



Au menu

Mal au dos : quoi dire ?	Page 2
Testez vos connaissances	Page 3
La marche nordique	Page 3

Phase 1...

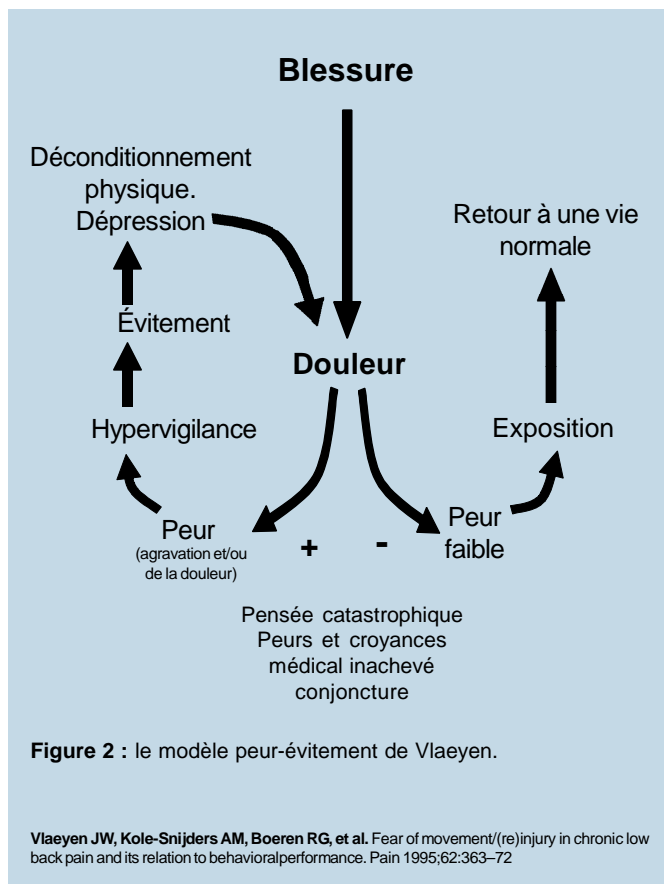
L'utilisation du podomètre (instrument pouvant calculer le nombre de pas) est extrêmement efficace en ce sens que celui-ci donne un feedback immédiat, ce qui assure un renforcement positif. La réinstaurer graduelle des activités de vie domestiques et de loisirs entraînera une augmentation de la dépense énergétique quotidienne. Après quelques semaines l'individu sera fin prêt pour la phase 2, c'est à dire le réentraînement à l'effort.

L'exercice

Un programme d'exercices est introduit en phase 1. Par contre, le but n'est pas de hausser la condition physique mais bien d'exposer progressivement l'individu au mouvement. 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 et est même bénéfique en situation de douleur chronique, 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.

Yvan Campbell, M.Sc. Kin

Kinésiologue



Mal au dos : quoi dire ?

Une fois que les pathologies potentiellement sérieuses ont été éliminées, le message que les intervenants de premières lignes donnent aux personnes souffrant de mal de dos est d'une importance extrême.

Dans l'une des plus importantes études sur les interventions efficaces auprès de personnes souffrant de maux de dos en phase aiguë et sub-aiguë (douleurs depuis moins de trois mois), le docteur Kim Burton (1999) a scientifiquement démontré que l'on pouvait modifier leurs perceptions et ainsi pouvoir réduire les chances de chronicisation de la douleur.

Même avec des individus en phase chronique (c'est à dire une douleur qui dure depuis plus de 3 mois) ce type d'information doit être donnée le plus rapidement possible et ce, avant toute tentative de réadaptation physique. Ceci est la base même de l'approche cognitivo-comportementale en réadaptation en contexte de douleur chronique : l'éducation doit sous-tendre toutes les autres activités de réactivation.

Burton utilise un livret («The back Book») pour intervenir auprès de cette clientèle. Par contre il est possible de concevoir son propre matériel d'éducation en incluant les éléments du tableau suivant :

Messages à donner aux lombalgiques en phase aiguë et sub-aiguë:

- Vous ne souffrez pas de maladie grave.
- La colonne est solide, la douleur ou l'augmentation de la douleur ne signifie pas une aggravation de votre condition.
- Le mal de dos est un symptôme qui nous dit que la colonne ne bouge pas bien, qu'elle n'est pas en forme (unfit).
- Il existe beaucoup de traitements qui peuvent aider à diminuer la douleur, mais le soulagement à long terme dépend de vos efforts.
- Plus vite vous devenez actif, plus vite votre dos ira mieux.
- Une attitude positive est importante. Ne laissez pas la douleur contrôler votre vie. Prenez les devants et soyez actif !

Vrai ou faux ?

- 1)** Dans un contexte idéal (incluant un encadrement avec un professionnel de l'activité physique) le pourcentage des individus qui ont cessé l'exécution d'un programme d'exercices après une période de 6 mois est d'environ 50 %.
- 2)** Lors d'une consultation d'éducation, le pourcentage d'informations verbales retenus par un client est d'environ 50 %.
- 3)** On retrouve 2 fois plus de détresse psychologique chez les personnes incapacitées par une douleur chronique que dans la population en général.
- 4)** Il n'y a pas de dosage maximum pour l'acétaminophen (Tylénol).
- 5)** 40 % à 50 % des personnes sans douleur présentent des signes plus ou moins importants de dégénérescence lors d'une imagerie médicale (ex: résonance magnétique).

1) Vrai (Annesi, J. 1996, Dishman, R. 1988)

2) Faux. Ce pourcentage est d'environ 14 % (Kessels, 2003, Journal of the Royal Society of medicine). Le pourcentage est augmenté à 80 % si des pictogrammes sont utilisés selon le même auteur.

3) Vrai.

4) Faux. Le dosage maximum est de 4 grammes par jour en douleur aiguë et de 2,6 grammes par jour en douleur chronique.

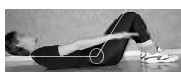
5) Vrai.

Annesi, J. (1996). Enhancing exercise motivation. Fitness management book, Los Angeles.
Dishman, R. (1988). Exercise adherence, its impact on public health. Human Kinetic Books, Champaign, Illinois.

Certification en réadaptation en contexte de douleur chronique

Niveau 1 : intervenant certifié, IRDC

Niveau 2 : spécialiste certifié, SRDC



Marche nordique ou thérapeutique ?

La marche nordique est un style de marche dynamique. La personne utilise des bâtons, comme en ski de fond, pour solliciter les muscles du tronc et de la ceinture scapulaire, augmentant ainsi la dépense énergétique. Contrairement aux bâtons de trekking, les bâtons de marche nordique sont soit de longueur fixe ou télescopique, en deux sections.

Puisqu'ils sont utilisés à une vitesse de marche plus rapide, ces bâtons doivent être plus légers, réduisant ainsi l'inertie et permettant aux bras de suivre le rythme des jambes. Les dragonnes des bâtons de marche nordique sont identiques à celles que l'on retrouve sur des bâtons de ski de fond de bonne qualité. Elles épousent bien la main et permettent de relâcher les doigts sans perdre le contrôle du bâton. Des embouts amovibles en caoutchouc permettent même leur utilisation sur le trottoir. Avec une bonne technique, il est possible d'augmenter la dépense énergétique de 30% par rapport à la marche ordinaire, et ce, sans changer la perception de l'effort.

Potentiel thérapeutique

Bien qu'elle soit destinée au grand public, cette activité présente un potentiel intéressant dans un contexte thérapeutique. L'utilisation de bâtons permet d'améliorer la mobilité et la sécurité chez plusieurs clientèles symptomatiques. Que se soit pour des problèmes d'équilibre ou de coordination associés à un traumatisme crânien cérébral, pour sécuriser des personnes souffrant de difficultés orthopédiques de la ceinture pelvienne, du genou ou de la cheville, ou simplement d'augmenter l'intensité lors du développement de l'aptitude aérobie, il est possible d'utiliser la marche nordique. De plus, il n'y a pas d'intensité minimale, contrairement au jogging ou la course. Dès qu'une personne peut marcher, elle peut utiliser les bâtons et augmenter l'intensité de sa période d'aérobie selon sa capacité.

Finalement, l'intégration de cette activité permet de normaliser la situation d'une personne à mobilité réduite. Les bâtons de marche nordique ne ressemblent pas à une canne, des béquilles ou à un déambulateur, même s'ils peuvent remplir une fonction semblable. Les difficultés de la personne seront moins apparentes et elle pourra retrouver le plaisir de bouger.

Marc Bétournay, B.Sc. KIN

Kinésiologue

Félicitations aux gradué(e)s du programme de certification en réadaptation en contexte de douleur chronique, promotion 2011.

Catherine Marcotte, I.R.D.C.

Jean-François Marleau, I.R.D.C.

Faysal Harbi, I.R.D.C.

Kim Lestage, I.R.D.C.

Eva Panetta, I.R.D.C.

Dominique Alarie, I.R.D.C.

Liliane Céfaloni, I.R.D.C.

Mélanie Faucher, I.R.D.C.

Marc Bétournay, I.R.D.C.

Julie Frappier, I.R.D.C.

Anik Villemure, I.R.D.C.

Martine Cousineau, I.R.D.C.

Jessica Boutin, I.R.D.C.

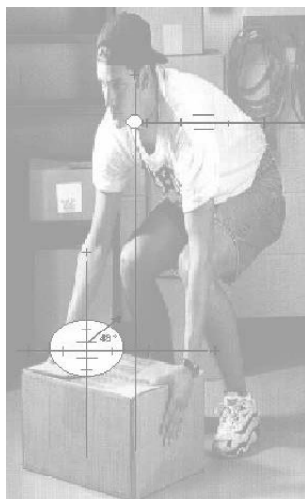
Valérie Maheux, I.R.D.C.

Meriem Zouarie, I.R.D.C.

Catherine Fradette, I.R.D.C.

l'équipe

La solution aux cas complexes en réadaptation au travail



Prise en charge à domicile

Cas complexes

Trouble de stress post-traumatique

Réadaptation au travail en milieu réel



interdisciplinaire en réadaptation au travail

514-754-3475

www.yvanc.com



**Institut de
kinésiologie
du Québec**

514-754-3475

Marc Bétournay, B.sc. KIN

Kinésologue

Yvan Campbell, M.sc. KIN

Kinésologue

Sylvain Gervais, Ph.D. PSY

Psychologue

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

Ergothérapeute

Normand Robert

Consultant en réadaptation au travail

Jean-François Soucy, B.sc. KIN

Kinésologue

Sylviane Pichette, B.A.

Adjointe administrative

Anik Villemure, B.sc. KIN

Kinésologue