

# B o u g e z

Bulletin de l'Institut de kinésiologie du Québec

## La réadaptation au travail

Le retour au travail après une blessure musculo-squelettique n'est pas facile, particulièrement pour les personnes chez qui la douleur devient persistante et entraîne une incapacité qui mine sérieusement leur qualité de vie. Heureusement, la recherche et l'expérience clinique des 15 dernières années ont permis une meilleure compréhension des obstacles qui nuisent au retour à une existence satisfaisante et productive après un accident. La réadaptation au travail dans ce contexte se fait en trois phases (figure1).

### Phase 1 : réactivation et éducation

Les chercheurs et les cliniciens reconnaissent maintenant l'importance des facteurs psychosociaux dans la genèse de la douleur et de l'incapacité. Ceci implique donc un changement de paradigme majeur : après un certain temps, ce n'est plus la lésion qui cause la douleur et l'incapacité, mais bien les conséquences de cette lésion. Grâce aux avancées de la recherche clinique en réadaptation au travail, des concepts tels que kinésiophobie, pensée catastrophique et hypervigilance sont au centre des interventions cliniques en réadaptation au travail.

Ces concepts sont principalement importants lors de la phase de réactivation et d'éducation (phase 1). À cette étape, on s'attaque à la kinésiophobie à l'aide d'un programme de réactivation physique visant une désensibilisation systématique ; de même, on contrecarre la tendance au catastrophisme et à l'hypervigilance par un programme d'éducation ciblant les peurs et les croyances.

### 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 à la phase 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. ☞

**Yvan Campbell, M.Sc.,** kinésiologue.

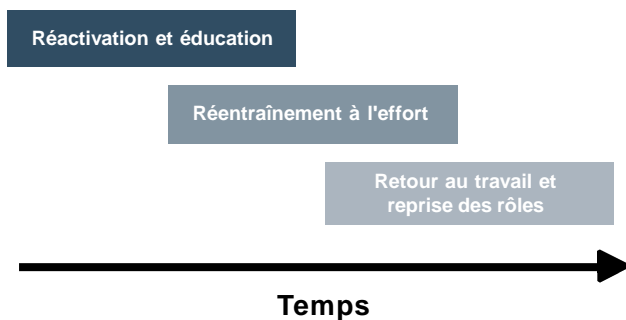


Figure 1 : les phases du processus de la réadaptation au travail.

## Kinésiophobie

On utilise le terme « kinésiophobie » pour définir la peur ou appréhension du mouvement.

La kinésiophobie désigne le processus par lequel des facteurs physiques, psychologiques et sociaux interagissent les uns sur les autres et engagent l'individu dans un « comportement d'évitement des tâches physiques ». En effet, certaines personnes après s'être blessées et avoir souffert en arrivent à craindre le pire. La peur d'aggraver la blessure, de recréer ou d'augmenter une douleur déjà présente les pousse à éviter certains mouvements, ce qui, avec le temps, accroît leur incapacité.

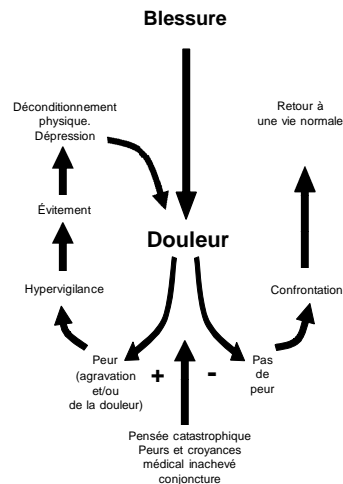


Figure 2 : la kinésiophobie (adapté de Vlaeyen, 1995)

La baisse du niveau d'activités, consécutive à cette peur et combinée aux craintes liées à la convalescence et à l'arrêt du travail, engendre le fameux syndrome de déconditionnement physique et le syndrome dépressif, ce qui accroît encore plus l'incapacité et la douleur. L'individu est alors entraîné dans le cercle vicieux de la douleur chronique. ☞

Kori, S.H., Miller, R.P., Todd, D.D., (1990) Kinésiophobie: A new view of chronic pain behavior. *Pain Management*, Jan/Feb, 35-43.

Vlaeyen, J.W.S., Kole-Snijders, A.M.J., Rotteveel, A.M., Ruesink, R., Heuts, P.H.T.G. (1995a). The role of fear of movement/ (re)injury in pain disability. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 5(4), 235-252.

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.

# Après la kinésiophobie : l'ergophobie !

Le déconditionnement physique causé par la crainte et l'évitement du mouvement est un phénomène de mieux en mieux documenté dans le milieu de la réadaptation en contexte de douleur chronique. Généralement, une intervention bien dosée d'éducation, de réactivation et de désensibilisation progressive donne des résultats significatifs : la personne reprend avec une certaine confiance un niveau d'activités physiques permettant de sortir du cercle vicieux de la maladie.

Mais qu'en est-il de la reprise du travail ?

L'objectif du retour au travail demeure, dans certains cas, bien plus complexe en termes de défi thérapeutique. Pourquoi avons-nous l'impression que certains travailleurs dont la condition physique a bénéficié de progrès nettement suffisants ne se sentiront jamais prêts, confiants ou favorables à la reprise progressive de leur emploi pré-lésionnel ?

Face à l'ergophobie, que l'on peut définir comme l'appréhension ou la crainte du travail, l'intervenant est donc souvent amené à devoir sortir des sentiers battus pour explorer bien au-delà de la barrière physique de l'individu. L'intervenant doit alors trouver une façon d'identifier et de comprendre les perceptions du travailleur, ses raisonnements et, surtout, il doit être en mesure d'établir le lien causal avec les comportements conscients et, parfois même, inconscients de celui-ci.

Le présent article n'ayant pas la prétention d'énumérer tous les facteurs sous-jacents à l'ergophobie, en voici toutefois quelques exemples fréquemment observés :

- Perception que le travail est malsain pour la santé.
- Perception d'un manque de reconnaissance du milieu de travail face à la lésion et à ses conséquences.
- Perception d'un manque de reconnaissance de la part de l'employeur (souvent exacerbée par le processus médico-légal de contestation).
- Perte de confiance en ses capacités.
- Attentes d'efficacité personnelle trop élevées ou irréalistes.
- Sentiment de gêne ou de honte face aux collègues de travail.
- Crainte d'être un poids pour les collègues.
- Sentiment d'avoir été oublié ou remplacé.
- Compétition entre les employés,
- Conflits / insatisfactions au travail.
- Craintes de perdre le nouvel équilibre ou la qualité de vie récemment acquis.
- Besoin de réparation des pertes subies non comblé (conflit psychique).

Dans les cas où l'accident de travail fut traumatisant, l'aspect phobique prend parfois des proportions pathologiques (syndrome de stress post-traumatique), nécessitant alors une intervention psychothérapeutique de désensibilisation systématique. Parfois, l'accident de travail devient le catalyseur d'un moment de remise en question existentielle sur le plan des aspirations professionnelles. Le travailleur désirant être réorienté sans justification liée aux conséquences directes de l'événement accidentel devra alors être confronté à sa responsabilité d'assumer ses choix de vie. ☹

**Philippe de Passillé**, B.Sc., ergothérapeute interdisciplinaire.

## Catastrophisme

La façon dont une personne interprète ou se représente sa maladie et sa douleur joue un rôle important sur la genèse du phénomène de la kinésiophobie, sur ses comportements et dans l'adoption d'habitudes saines (Coutu, 2008).

Le catastrophisme est la tendance à amplifier les dangers relatifs à un diagnostic et à interpréter d'une façon excessivement dramatique les sensations corporelles, incluant la douleur. Selon certains auteurs (Picavet & Vlaeyen, 2002), le catastrophisme serait un précurseur de la kinésiophobie et de l'hypervigilance.

Un haut niveau de catastrophisme est donc un obstacle en réadaptation au travail et commande une intervention de rassurance et d'éducation.

Coutu, M.F.(2008). Que pensent nos patients de leur douleur et de leur incapacité. Médecin du Québec, Vol. 43, num. 9.

Sullivan, M.J.L., Bishop, S., Pivik, J. (1995). The pain catastrophising scale: development and validation. Psychological Assessment, 7, 524-532.

## Hypervigilance

L'hypervigilance est une attention et une sensibilité démesurée aux sensations corporelles, qui souvent nourrit la pensée catastrophique des individus vivant l'expérience de la douleur. Un haut niveau d'hypervigilance peut être contré par une intervention basée sur l'éducation, la rassurance et une expérience positive d'activité physique.

McCracken LM., (1997). Attention to pain in person with chronic pain, a behavioral approach. Behavior Therapy, 28: 271-284

## Ergophobie

Appréhension ou crainte du travail. Ce concept est relativement nouveau en réadaptation au travail, et des outils cliniques sont présentement en développement à l'Institut de kinésiologie du Québec, à l'initiative de Philippe de Passillé.

### Clinique de kinésiologie

de l'Institut de kinésiologie du Québec  
1010, rue Saint-Laurent, Longueuil, Qc, J4K 1C8

**514-754-3475**

Marc Bétournay, B.Sc. KIN      Mélanie Faucher, B.Sc. KIN  
Yvan Campbell, M.Sc. KIN      Anik Villemure, B.Sc. KIN



**Philippe de Passillé**  
ergothérapeute

Prévention  
Réadaptation  
Maintien

Intervention en milieu de vie réel

Téléphone: 514-994-3602

phildep@videotron.ca



# *l'équipe*

interdisciplinaire en réadaptation au travail



○ **approche écosystémique**

intervention à domicile

accompagnement en milieu de travail

○ **qualité des interventions**

professionnels expérimentés

méthodes basées sur les données  
scientifiques les plus récentes

interventions taillées sur mesure

prise en charge rapide

○ **résolution de problématiques complexes**

douleur chronique

kinésiophobie (peur de bouger)  
ergophobie (appréhension du travail)

obstacles psychosociaux

**Nous faisons équipe avec vous !**

Ergothérapie	Ergonomie	Kinésiologie	Psychologie
Travailleur	Conseiller en réadaptation	Médecin traitant	Employeur