

Activités

23-1 | 2026

Nouveaux enjeux, nouvelles pratiques pour former au travail par la simulation

Varia

Douleurs chroniques et limitations fonctionnelles après un accident : la reprise de l'activité aux confluent d'une mobilisation de stratégies personnelles et des acquis de la réadaptation

Chronic pain and functional limitations after an accident: return to activity at the crossroads of personal strategies and rehabilitation benefits

JOSIANE MBARGA, CARLA RIBEIRO, CLAUDE PICHONNAZ, FRANÇOIS LUTHI
ET CHRISTINE FAVRE

<https://doi.org/10.4000/16213>

Résumés

Français English

Lorsqu'il est grave d'un point de vue lésionnel, l'accident peut être source de nombreuses conséquences dont l'irruption de la douleur et l'apparition de limitations fonctionnelles. Dans un effet domino, ces dernières affectent à leur tour la réalisation des activités du quotidien et conduisent les personnes à se réinventer afin de pouvoir établir une certaine continuité avec leur vie antérieure. Cet article, basé sur des entretiens semi-directifs et des observations en ateliers professionnels auprès de personnes ayant subi un traumatisme orthopédique et participant à un programme de réadaptation à composante professionnelle, a pour objectif d'explorer les stratégies qu'elles ont mises en œuvre pour reprendre leurs activités. Les analyses, effectuées par une équipe interdisciplinaire composée d'anthropologues, sociologue, physiothérapeutes, psychologue et médecin spécialiste en réadaptation, montrent que ces personnes ont développé, avant leur participation au programme, des stratégies personnalisées afin de réaliser l'activité en tenant compte de leurs limitations physiques et en gérant la douleur. Par la suite, le séjour en réadaptation a permis d'accéder à de nouveaux apprentissages, contribuant ainsi à renforcer les capacités, parfois en remettant en cause le savoir expérientiel antérieur. Les connaissances, conseils et outils acquis en réadaptation ont renforcé les capacités d'adaptation à la situation et favorisé la reprise ou une meilleure gestion de l'activité, bien que ces effets ne se traduisent pas systématiquement par une réinsertion professionnelle effective, du fait des facteurs liés à l'état de santé des personnes ou au système de réinsertion professionnelle en général.

When an accident is severe in terms of injuries, it can have multiple consequences, including the onset of pain and functional limitations. Adomino effect takes place, affecting the activities of daily life and leading people to reinvent themselves in order to establish some degree of continuity with their previous lives. The aim of this article, based on semi-structured interviews and observations of vocational workshops with people undergoing rehabilitation with a vocational component following an orthopaedic trauma, is to explore the strategies they used to resume their activities. The analyses, carried out by an

interdisciplinary team comprised of anthropologists, a sociologist, physiotherapists, a psychologist, and a doctor specialising in rehabilitation, show that, prior to their participation in the programme, these people developed personalised strategies for carrying out the activity, taking into account their physical limitations and while managing their pain. Subsequently, the rehabilitation stay provided access to new learning, thereby helping to strengthen skills and sometimes challenging previous experiential knowledge. The knowledge, advice and tools acquired during rehabilitation strengthened their ability to adapt to the situation and encouraged them to resume or better manage their activity, although these effects did not systematically translate into effective professional reintegration, due to factors related to their state of health or to the professional reintegration system in general.

Entrées d'index

Mots-clés : accident, douleur chronique, limitations fonctionnelles, activité, réadaptation

Keywords: accident, chronic pain, functional limitations, activity, rehabilitation

Texte intégral

Introduction

- 1 Lorsqu'il provoque des lésions graves, l'accident, compris comme un événement soudain susceptible de causer des dommages corporels ou matériels, engendre généralement des conséquences multiples. Celles-ci incluent des transitions professionnelles, des répercussions socio-économiques, ainsi qu'une diminution de la qualité de vie (Daubas-Letourneux, 2012 ; Vuistiner *et al.*, 2015 ; Labra & Lynch, 2019). L'impact est d'autant plus significatif quand l'accident induit des douleurs chroniques et des limitations fonctionnelles persistantes entraînant une interruption de l'activité dont la reprise nécessite un processus de réadaptation qui varie considérablement d'un individu à un autre.
- 2 Dans un article dans lequel il faisait un essai critique de la genèse du concept d'activité, Yves Schwartz (2007) a mis en évidence la difficulté de le définir tant il suscite de nombreux questionnements, du fait qu'il couvre des champs divers, autant épistémologique et pratique qu'historique et éthique. En effet, issue d'un ancrage multidisciplinaire, la notion d'activité est polysémique et plurielle. De manière générale, elle désigne « ce que le sujet fait au monde et ce qu'il se fait en faisant », ainsi que « l'ensemble des processus de transformation du monde (physique, mental, social, et souvent les trois à la fois) dans lesquels se trouve engagé un sujet dans ses rapports avec son environnement, et en même temps les transformations de lui-même s'opérant à cette occasion » (Barbier, 2011, p. 15). Dans les travaux de psychologie du travail et d'ergonomie, l'activité est considérée comme éminemment sociale et culturelle. Dans un rapport dialectique entre les individus agissant sur leur environnement tout en étant influencés par ce dernier, de même que dans une interaction qui façonne à la fois ses aspects individuels et collectifs, l'activité est un processus complexe et dynamique, se déroulant dans un contexte social et matériel spécifique (Leontiev, 1981 ; Clot, 1999). Caractérisée par des tensions, des conflits et des transformations au fil du temps, en réponse aux exigences auxquelles sont confrontés les individus dans leur environnement, elle revêt deux dimensions principales : une dimension productive par laquelle le sujet agissant transforme le réel, ses activités étant orientées vers la réalisation des tâches, l'accomplissement de projets, l'atteinte de buts en situation et de motifs (Leontiev, 1981, Rabardel, 2005 ; Gras Gentiletti *et al.*, 2022 ; Roger *et al.*, 2023) ; une dimension constructive par laquelle le sujet se développe, maintient, ajuste ou s'approprie des ressources et accroît ses compétences (Rabardel, 2005 ; Gras Gentiletti *et al.*, 2022). L'analyse de ce qu'est l'activité nécessite alors de prendre en considération tout ce que développe un sujet dans une situation donnée, à savoir ses actes extériorisés, mais aussi ses valeurs, les hypothèses qu'il pose, les décisions qu'il prend dans ce qu'il fait et ce qu'il se retient de faire, la gestion de sa charge de travail, de la fatigue, du stress, ses interactions avec autrui dans les situations de travail (Connac & Rusu, 2021). Ce type d'analyse implique nécessairement de distinguer l'activité de la tâche. Tandis que cette dernière détermine à la fois ce que le sujet doit accomplir, la nature du travail à réaliser, ses objectifs, sa finalité, ainsi que les conditions de réalisation (Leplat & Pailhous, 1977 ; Leplat, 2004 ; Roger *et al.*, 2023), l'activité correspond à la représentation que l'acteur s'en fait et à la diversité des procédures qu'il met en œuvre pour exécuter la tâche qui lui est confiée, quand

bien même il pourrait ne pas y parvenir (Clot, 1999 ; Leplat, 2004 ; Connac & Rusu, 2021 ; Bobillier Chaumon, 2021).

3 Dans le domaine de la psychologie clinique et de la réadaptation, le cadre conceptuel de référence pour l'étude de l'activité est celui de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), qui la définit comme étant « l'exécution d'une tâche ou le fait pour une personne de faire quelque chose » (OMS, 2001, p. 14). Cette définition peut être critiquable du fait de son caractère purement fonctionnaliste parce qu'ancrée dans une opposition simpliste « je peux / je ne peux pas » (Bournaud & Gouédard, 2021, p. 289). Cependant, elle reste communément admise en réadaptation, cette dernière étant focalisée sur la restauration des capacités fonctionnelles, comprises comme des aptitudes qui permettent aux personnes de se mouvoir et de réaliser l'activité dans un but de participation (OMS, 2001). En effet, contrairement à une approche ergonomique classique, où l'exécution d'une activité conduit à une production et à une transformation de l'environnement de l'individu, la réadaptation met l'accent sur l'incitation du sujet à effectuer ou à reprendre le mouvement en vue de sa participation à la vie privée, professionnelle et sociale (OMS, 2001). Dans ce cadre, l'activité, par opposition à la sédentarité, désigne tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques requérant une dépense énergétique (OMS, 2025) et inclut autant les activités domestiques, professionnelles que les loisirs et le sport (Depiesse *et al.*, 2016 ; OMS, 2001, 2025). Dès lors, cette étude investiguant le rapport à l'activité de personnes accidentées souffrant de douleurs chroniques et de limitations fonctionnelles a principalement analysé les expériences subjectives des participants dans une perspective fonctionnaliste, bien que des actions avec une finalité de transformation puissent sporadiquement apparaître. Une attention particulière a été portée aux théories relatives aux modèles d'activité tant lors de l'élaboration que de la réalisation de la recherche, puisque ces théories, issues de la psychologie de la douleur et des thérapies cognitivo-comportementales, sont largement mobilisées dans les milieux cliniques de réadaptation. En effet, elles offrent un éclairage précieux pour la compréhension des mécanismes psychologiques sous-jacents à l'expérience de la douleur et à leur impact sur l'engagement dans les activités. Elles permettent ainsi de mieux saisir la manière dont les individus souffrant de douleurs chroniques se situent par rapport à l'activité, telle que conceptualisée dans le champ de la réadaptation. À partir de plusieurs questionnaires dont le « Patterns of Activity Measure – Pain » (POAM-P), le Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ), le Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK), trois modèles d'activité (« activity patterns ») ont été identifiés : l'évitement, la modulation et la persistance (Vlaeyen & Linton, 2000, 2012 ; Huijnen *et al.*, 2011 ; Kindermans *et al.*, 2011 ; Cane *et al.*, 2013 ; Nielson *et al.*, 2013, 2014 ; Andrews *et al.*, 2012, 2015 ; Benaim *et al.*, 2017). L'évitement se réfère à la tendance à réduire ou à stopper les activités afin de contrôler, voire d'éviter la douleur (Vlaeyen & Linton, 2000, 2012 ; Cane *et al.*, 2013 ; Andrews *et al.*, 2012, 2015). La modulation consiste à réaliser les activités en les fragmentant en portions plus gérables, à effectuer des pauses, à alterner les activités d'intensité différente ou à les planifier sur une temporalité plus longue. Comprise et enseignée, elle permet aux personnes de s'engager dans des activités régulières et significatives tout en évitant d'exacerber la douleur (Cane *et al.*, 2013 ; Andrews *et al.*, 2012 ; Nielson *et al.*, 2013). Quant à la persistance, aussi appelée endurance ou *overdoing* dans la littérature anglo-saxonne, elle caractérise l'attitude des individus qui poursuivent leurs activités en dépit d'une exacerbation de la douleur, pouvant entraîner une alternance de cycles d'hyperactivité/sous-activité, perçus comme des entraves significatives au processus de guérison (Cane *et al.*, 2013 ; Andrews *et al.*, 2012, 2015 ; Hasenbring *et al.*, 2020). Dans le cadre de la psychologie de la douleur, l'hyperactivité, une caractéristique de la persistance, se définit comme une activité excessive pouvant générer un rebond douloureux et surmener les structures anatomiques tandis qu'à l'inverse, la sous-activité, caractérisée par une réduction de l'activité, entraîne un déconditionnement physique. Au regard de ces effets délétères, de nombreuses études ont démontré que la persistance et l'évitement sont des facteurs déterminants dans le développement et le maintien de la douleur chronique (Kindermans *et al.*, 2011 ; Vlaeyen & Linton, 2012 ; Cane *et al.*, 2013). La modulation, considérée comme la stratégie de gestion de l'activité la plus adaptative, est ainsi largement recommandée dans les milieux cliniques. Il est primordial de préciser qu'au regard des approches cognitivo-comportementales qui en constituent le cadre de référence, il n'existe pas de niveau d'activité universellement applicable pour l'étude des modèles d'activité. Ce niveau est intrinsèquement subjectif, car il dépend de l'expérience vécue par le patient. Il diffère alors non seulement entre les divers modèles d'activité, mais également d'un individu à

l'autre. Des extraits d'entretien permettant d'illustrer les trois modèles d'activité afin de les rendre davantage intelligibles sont fournis en Annexe 1.

4 Dans les travaux relatifs à la douleur chronique et à l'activité, seules quelques recherches investiguent les répercussions de l'accident au long cours, notamment en explorant les variables subjectives susceptibles d'influencer l'aptitude à retourner au travail telles que la perception subjective de la douleur, la perception générale de l'état de santé et l'auto-évaluation de l'état physique (Iakova *et al.*, 2012 ; Luthi *et al.*, 2014 ; Vuistiner *et al.*, 2015 ; Luthi *et al.*, 2018). Peu de travaux s'intéressent également aux stratégies personnelles de patients, entendues comme toute forme de mécanisme, tout moyen (réponse émotionnelle, approche, pratique de réorganisation de la vie quotidienne) ou solution envisagée par un individu pour répondre à une situation qui se pose à lui (Bury, 1982, Charmaz, 1983 ; Corbin & Strauss, 1987 ; Zabalía *et al.*, 2010). Dès lors, en se basant spécifiquement sur une recherche effectuée auprès de personnes souffrant de douleurs chroniques et de limitations fonctionnelles à la suite d'un accident, cet article entend explorer les stratégies qu'elles mobilisent pour faire face à leur situation tout en investiguant les apports potentiels d'un programme de réadaptation dans la tentative d'élaboration d'une continuité entre vie antérieure, présente et future. Plusieurs travaux traitant des effets de ces programmes, en tant qu'outils importants de gestion de la douleur chronique, montrent qu'indépendamment d'une diminution de la douleur, ils contribuent à améliorer les capacités fonctionnelles et favorisent la reprise des activités quotidiennes, notamment par la définition d'objectifs adaptés, partagés avec le patient et par une mise en pratique des outils de modulation acquis, bien que ceux-ci soient difficilement applicables dans la sphère professionnelle (Beaudreuil *et al.*, 2010 ; Demoulin *et al.*, 2010 ; Mbarga *et al.*, 2020 ; Mbarga *et al.*, 2024 ; Ribeiro *et al.*, 2024). Quelles stratégies mobilisent les participants¹ à cette recherche pour concilier la douleur chronique et l'activité ? Quels sont les effets perçus du programme de réadaptation dans la reconquête des capacités à s'engager dans l'activité ? Cet article se propose de répondre à ces questions en mettant en relief la manière dont les ressources internes et externes des individus peuvent potentiellement nourrir l'engagement dans l'activité.

1. Contexte et méthodes

5 Les données de cet article proviennent d'une recherche qualitative dont l'objectif était d'investiguer le rapport à l'activité, ainsi que les pratiques de gestion de la douleur et de l'activité de personnes souffrant de douleurs musculosquelettiques chroniques et de limitations fonctionnelles consécutives à un accident, participant à un programme de réadaptation. L'étude visait également à rechercher les logiques qui orientent les participants vers un ou plusieurs modèles d'activité et à examiner si ces mécanismes sont fixes ou s'ils évoluent, notamment à la suite d'un programme de réadaptation. Après l'approbation de la Commission d'éthique régionale, cette étude a été réalisée, entre septembre 2017 et mars 2021, dans une clinique de réadaptation suisse. L'équipe, interdisciplinaire, comprenait trois chercheuses en sciences sociales (sociologue et anthropologues de la santé), deux physiothérapeutes² expérimentés dans le domaine musculosquelettique, une psychologue en réadaptation et un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation.

1.1 Caractéristiques du programme de réadaptation

6 Il s'agit d'un programme de réadaptation stationnaire. Autrement dit, les patients séjournent toute la semaine à la clinique, hormis le week-end. Il est assuré par une équipe de médecins, physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues et maîtres socioprofessionnels³ et a pour objectif de gérer la douleur et d'améliorer la fonction, l'activité et la participation à la vie sociale, y compris un retour au travail (habituel ou adapté), en utilisant une approche biopsychosociale multidisciplinaire conformément à la pratique recommandée pour les patients souffrant de douleur chronique (Kamper *et al.*, 2015). Quatre séances de thérapie cognitivo-comportementale, des conseils, une formation professionnelle ainsi que des séances de physiothérapie et d'ergothérapie sont proposés. Représentant 80 % des thérapies prodiguées, ces dernières sont organisées en séances individuelles et collectives avec des exercices gradués axés sur l'entraînement de la force et de l'endurance, les étirements, l'équilibre, la marche et les activités physiques adaptées.

- 7 À leur admission, les capacités fonctionnelles des patients sont évaluées au travers de la version française du questionnaire validé POAM-P élaborée par Benaim *et al.* (2017) dont une illustration est fournie en Annexe 2. Tous participent, ensuite, à deux séances d'éducation thérapeutique sur la douleur, intitulées « J'ai mal et je bouge », « comprendre la douleur chronique ». Les patients reçoivent également une brochure dénommée « Mon parcours de réadaptation : j'ai mal et je bouge »⁴ résumant les messages clés relatifs à la gestion de la douleur et de l'activité. Cette brochure encourage autant la personne à aborder ces questions avec son entourage qu'à fixer, en collaboration avec l'équipe thérapeutique, des objectifs personnels et réalistes pendant et après son séjour de réadaptation. Pour chaque patient, un programme comprenant des objectifs axés sur l'activité graduelle avec des stratégies de modulation est développé. Ces objectifs sont régulièrement ajustés au cours des thérapies individuelles et des séances multidisciplinaires hebdomadaires.
- 8 La durée du séjour de réadaptation est de quatre à cinq semaines avec trois à quatre heures de thérapie quotidienne. Comprenant également une composante professionnelle et un réentraînement en vue de la réinsertion au travail, les patients participent, au cours de la deuxième ou troisième semaine de leur séjour, à des ateliers dits professionnels. D'une durée de deux à quatre heures, ces ateliers leur donnent l'opportunité de s'exercer à différentes activités telles que la mécanique, la construction ou l'informatique qui permettaient une appréciation des performances et des aptitudes des patients à réaliser leurs tâches en vue d'évaluer, au terme du séjour en réadaptation, leurs capacités à réintégrer le monde du travail.
- 9 Les tâches proposées au cours des ateliers, le plus souvent à caractère « mécanique » (Roger *et al.*, 2023), sont en lien avec les problématiques pour lesquelles les patients participent à la réadaptation. À titre d'illustrations issues des notes d'observations : Jean (63 ans)⁵, ferblantier souffrant de lésions au pouce et au poignet droits avec des douleurs permanentes, a été amené à monter et à démonter une caisse à boulons ainsi qu'un cube en métal. Cet exercice visait à l'encourager à travailler avec les deux mains et à effectuer des mouvements en amplitude. Frédéric (61 ans), sans qualification formelle, exerçant dans le domaine du chauffage et de la ventilation, atteint d'une fracture du calcanéum, a monté et démonté un cadre métallique posé au sol afin que le maître socioprofessionnel puisse observer ses mouvements, notamment lorsqu'il devait s'agenouiller, s'accroupir, se relever et se déplacer. Lara (39 ans), anciennement horlogère et en reconversion dans le domaine de la bureautique du fait d'une lésion au genou droit rendant difficile le maintien prolongé de positions statiques, a réalisé deux tableaux Excel en suivant des modèles fournis dans un manuel. L'objectif de cette activité était d'évaluer son endurance dans des positions statiques assise et debout.

1.2. Participation à l'étude

- 10 Trente-trois personnes, incluses dans l'étude, ont été sélectionnées au travers de la méthode de l'échantillonnage raisonné (Tong *et al.*, 2007), par des professionnels externes à l'équipe de recherche, à partir des critères d'inclusion suivants : hommes et femmes âgés de plus de 18 ans, ayant des lésions traumatiques orthopédiques mineures à modérées et capables de s'exprimer en français (langue locale). Les personnes ayant des problèmes neurologiques, souffrant d'une dépression modérée à sévère ou de troubles somatoformes douloureux, ont été exclues de l'étude. Tous les participants ont signé un formulaire de consentement éclairé avant l'enquête de terrain.

1.3. Enquête de terrain

- 11 L'étude était basée sur des observations en ateliers professionnels et des entretiens semi-directifs. L'objectif de cette approche duale était de saisir l'expérience subjective des participants en se basant principalement sur des pratiques rapportées, mais également sur des observations, limitées aux ateliers professionnels pendant la réadaptation.
- 12 Dépassant les limites des questionnaires généralement centrés sur des activités standardisées dans l'analyse des modèles d'activité, les observations réalisées lors d'ateliers professionnels permettaient d'enrichir la compréhension de l'identification de ces modèles. En effet, elles offraient une opportunité tangible d'examiner comment les patients s'organisent et accomplissent les tâches qui leur sont assignées dans un cadre qui, bien que structuré, leur laisse une certaine marge de manœuvre pour déployer les stratégies qu'ils jugent les plus

adéquates. Les tâches à réaliser étaient sélectionnées – en fonction de leur pertinence pour la réintégration des patients dans leurs activités professionnelles – par les maîtres socioprofessionnels, qui en définissaient les règles, ainsi que les conditions de réalisation. Pour chaque participant, la sociologue a observé deux tâches effectuées sur une durée de deux heures, sans y participer. En rapport avec la prescription et la mise en œuvre effective des tâches, elle a collecté les données suivantes : temps, gestes effectués, quantité de poids, réactions et expressions corporelles, interruptions et pauses, hésitations, compensations et adaptations, contrôle des mouvements, respiration, évitement de gestes et atteinte des objectifs définis.

- 13 Les entretiens permettaient d'explorer le rapport à l'activité de manière générale et au cours de l'atelier, ainsi que d'approfondir la compréhension de l'expérience subjective de l'accident et du programme de réadaptation. Deux entretiens ont été prévus avec chaque patient, à une année d'intervalle, sur la base de guides élaborés en équipe interdisciplinaire et testés au cours d'une phase exploratoire préliminaire au travail de terrain. Comme cela est courant en recherche qualitative, les guides d'entretien n'étaient pas figés, mais flexibles dans la mesure où ils s'adaptaient à la situation de chaque patient.
- 14 Le premier entretien, d'une durée de 60-90 minutes, a eu lieu immédiatement après l'observation de l'atelier professionnel, ce qui permettait de l'ancrer dans une réalité concrète. Les stratégies de gestion de la douleur et de l'activité, tant durant l'atelier que dans le quotidien, ont été abordées sous un angle pragmatique, en invitant les participants à décrire précisément les moyens employés pour concilier douleur et activité. La seconde partie de l'entretien était centrée sur les circonstances et les conséquences perçues de l'accident, le parcours biographique et thérapeutique, l'expérience et les attentes envers le programme de réadaptation. Le deuxième entretien, de 30-60 minutes, a eu lieu une année après le premier, par téléphone. Il s'est focalisé sur la trajectoire (thérapeutique, personnelle, professionnelle) après la réadaptation, les effets perçus du programme, l'application des outils acquis en réadaptation et les changements dans la gestion de l'activité. Vingt-quatre personnes ont accepté de participer à ce deuxième entretien. Les autres ont décliné par manque d'intérêt, indisponibilité ou désir d'oublier l'accident.
- 15 L'article est principalement basé sur les données recueillies lors des entretiens. Toutefois, les notes d'observations sont occasionnellement mobilisées afin d'enrichir les informations fournies par ces entretiens.

1.4. Analyse des données

- 16 Tous les entretiens effectués ont été intégralement transcrits. Puis les entretiens ont été codés et analysés à l'aide du logiciel d'analyse de contenu MaxQDA. Les codes ont été élaborés en équipe interdisciplinaire et introduits dans le logiciel. Le codage de tous les entretiens a préalablement été effectué par la sociologue et a été revu par l'une des deux anthropologues, les deux physiothérapeutes et la psychologue. L'équipe de recherche s'est ainsi assurée non seulement d'avoir attribué au moins un code à chaque segment du texte, mais également d'avoir mobilisé différents champs disciplinaires dans la préparation du contenu à analyser. L'analyse thématique des données (Paillé & Mucchielli, 2012) qui s'en est suivie a d'abord été effectuée individuellement par deux chercheuses en sciences sociales et deux physiothérapeutes, chacun analysant toutes les thématiques pour la moitié de l'échantillon. Après avoir croisé les regards et dégagé les premières synthèses interdisciplinaires, les thématiques pour le reste de l'échantillon ont été réparties en deux binômes incluant un physiothérapeute et une chercheuse en sciences sociales. La psychologue a analysé toutes les données et ses analyses ont été intégrées aux autres. L'ensemble des analyses a, finalement, été discuté par tous les investigateurs afin d'aboutir à des réflexions transversales. Un processus d'anonymisation a été mis en place au cours de l'analyse des données.

2. Résultats

- 17 Les résultats s'articulent autour de quatre sections. La première présente les caractéristiques sociodémographiques des participants. La deuxième fait une halte sur les conséquences de l'accident. Bien que celles-ci ne constituent pas un axe majeur de l'article, il paraît nécessaire d'évoquer les ruptures de linéarité biographique induites par l'accident afin de mieux saisir le

besoin, éprouvé par les participants, de rétablir une certaine continuité entre leur vie passée, présente et future. La troisième section dévoile les trucs et astuces qu'ils mettent en place pour concilier douleur et activité, tandis que la dernière aborde la question des apports potentiels du programme de réadaptation.

2.1. Caractéristiques sociodémographiques des participants

- 18 La population de l'étude est présentée dans le Tableau 1. Elle reflète celle du contexte de réadaptation étudié du fait qu'elle est en grande majorité masculine et hétérogène en termes de localisation du traumatisme (dos, membres inférieurs, membres supérieurs) et de lésions provoquées par l'accident (déchirures, fractures, tassement vertébral, fasciite plantaire, etc.).

Tableau 1 : Caractéristiques de la population.
Table 1: Characteristics of the population

Sexe (♀ ; ♂)	6 ; 27
Âge (années)	44.9±10.6, min. 19 ; max. 63.5
Circonstances de l'accident	
Accidents dans le cadre de l'activité professionnelle (accidents de travail et/ou sur le parcours pour aller au travail)	19
Accidents lors des activités du quotidien	5
Accidents pendant les loisirs	5
Accidents de circulation	3
Morsure par un animal	1
Temporalité de l'accident au premier entretien	
1-3 ans	29
> 4 ans	4
Situation professionnelle au premier entretien	
Chômage avant l'accident	4
Interruption totale de l'activité et licencié après l'accident	15
Interruption totale de l'activité, avec contrat de travail	7
En emploi, à temps partiel	7
Statut matrimonial	
Mariés	16
Séparés	2
Divorcés	9
Célibataires	6
Formation	
Pas de formation	2
Niveau secondaire	29
Niveau supérieur	2

2.2. Effets perçus de l'accident sur l'activité

- 19 Pour toutes les personnes rencontrées, outre le traumatisme orthopédique auquel elles sont confrontées, l'irruption de la douleur et l'apparition des limitations fonctionnelles constituent indubitablement les attributs tangibles de l'accident. Et c'est par le truchement de ces conséquences majeures que l'accident produit des effets sur l'activité.
- 20 Variable d'une personne à l'autre et parfois chez un même patient, la douleur est décrite comme pouvant être locale ou invasive. De type musculaire, nerveuse ou sous forme de décharge, la douleur est généralement fluctuante, permanente ou intermittente, d'intensité diverse en fonction des mouvements, des activités, du type d'effort, des moments de la journée (matin ou soir) ou des conditions météorologiques.
- 21 Quant aux limitations fonctionnelles, elles apparaissent, dans le discours des patients, comme étant associées à des difficultés à effectuer certains mouvements et à tenir certaines postures, ainsi qu'au manque de force et d'endurance qui affectent le quotidien. Par exemple, Désiré (57 ans) rapporte la perte de mouvement au niveau du poignet et de la main droite ; Rayan (22 ans) rencontre des difficultés de préhension ; Lara (39 ans) ne peut pas plier le genou ; Norbert (29 ans) a de la peine à lever la main droite plus haut que la tête ; Ben (51 ans) n'a pas de force et d'endurance sur les bras et ne peut pas tenir des objets bras tendus ; Eddy (51 ans) a des mouvements des doigts limités en flexion et manque de force pour le serrage et la préhension.
- 22 Du fait de la douleur et des limitations fonctionnelles, la totalité des patients rapporte une réduction plus ou moins importante des activités. Comme d'autres auteurs l'ont mis en évidence, d'importants bouleversements se produisent dans la sphère professionnelle en

situation de chronicité (Nicot & Nicot, 2006 ; Daubas-Letournaux, 2012 ; Waser *et al.*, 2014 ; Monneraud *et al.*, 2016). L'interruption temporaire ou définitive de l'emploi est, en effet, soulignée par tous les patients. Pour les autres sphères de leur vie, l'on constate également des tendances à l'évitement en raison de l'incapacité à réaliser certaines activités (Vlaeyen & Linton, 2012). Dans cette perspective, plusieurs activités sont souvent effectuées dans une visée principalement productive, c'est-à-dire, principalement dans l'idée d'atteindre un but précis, celui de réaliser une tâche indispensable (Leontiev, 1981, Rabardel, 2005 ; Gras Gentiletti *et al.*, 2022). En effet, les participants affirment avoir maintenu les activités basiques et essentielles, liées aux soins de base du corps et parfois au ménage ou à l'éducation des enfants, mais avoir renoncé aux loisirs et, notamment, aux activités sportives : motocross, judo, vélo, course à pied, natation, équitation, ski, jiu-jitsu, moto, escalade, pour ne citer que celles-là. Les activités domestiques qui impliquent des efforts significatifs ou des contraintes posturales (faire les courses, porter des choses lourdes, faire le ménage, nettoyer les vitres, conduire) sont aussi abandonnées.

23 Certaines activités sont interrompues, voire abandonnées parce que les individus pensent qu'elles engendreront de la douleur ou parce qu'elles ont été expérimentées et que cette expérience confirme qu'elles génèrent la douleur. Les participants parlent alors d'une douleur envahissante, omniprésente et la quasi-totalité s'y focalise. À titre d'illustration, Marc (52 ans) évoque un corps à corps avec la douleur dans lequel celle-ci prend toujours le dessus : « j'ai envie, mais après si on... Même si on a envie, la douleur reprend... elle gagne toujours ». Le discours est parfois centré sur le fait que des douleurs constantes et intenses ne peuvent pas être oubliées : « il n'y a pas moyen d'oublier la douleur. Elle est trop forte », disait Albert (38 ans). L'incapacité produite par la douleur ainsi que la peur d'aggraver ou d'empirer leur situation poussent, parfois, certains patients à se soustraire à tout ce qui peut potentiellement leur faire mal – geste, mouvement, posture (Crowe *et al.*, 2010). L'abandon des activités peut parfois aussi être lié à une perte d'envie globale, au manque de motivation et à la baisse de l'humeur, ou encore à la crainte d'un contrôle par les assurances durant la période d'arrêt de travail, certains individus redoutant d'être perçus comme des simulateurs. Le besoin de récupération, la perception d'une certaine fragilité du corps, la focalisation sur l'activité professionnelle qui entrave la reprise des autres activités ou une faible capacité de réactions aux événements imprévus sont également cités comme pouvant affecter la réalisation des activités.

24 En perturbant l'exécution des activités significatives, l'accident entraîne, pour les participants, une rupture dans les manières de faire et d'agir autrefois perçus comme allant de soi. Cette rupture induit, à son tour, des difficultés à assumer le rôle social et familial ou à exercer une fonction productive et contributive à la société (Parsons, 1951 ; Charmaz, 1983 ; Strunin & Boden, 2004). De nombreux patients rapportent que leur existence est désormais marquée par des pertes financières et une dépendance accrue vis-à-vis de leurs proches, même pour des travaux qui étaient auparavant considérés comme élémentaires. Certains évoquent une vie marquée par des conflits familiaux, intrinsèquement liés aux bouleversements qu'ils traversent depuis l'accident. D'autres parlent d'une vie en autarcie, marquée par l'isolement social. En effet, ils choisissent de s'abstenir de toute activité sociale et demeurent chez eux, peu enclins à se déplacer. Ils ont perdu l'envie de rencontrer les autres : « Je suis blasé, je n'ai pas envie. Ça me saoule en fait », affirmait Francis (34 ans). Dans le discours de ces personnes, ces mutations affectent la représentation qu'elles ont d'elles-mêmes et peuvent aboutir, dans certains cas, à des états dépressifs.

2.3. Rapport à l'activité après l'accident : quand apprentissage et ingéniosité font bon ménage

25 Dans cette recherche, il apparaît que le rapport à l'activité est complexe, comme dans des travaux antérieurs (Cane *et al.*, 2013 ; Vlaeyen & Linton, 2012 ; Nielson *et al.*, 2013 ; Andrews *et al.*, 2015). L'évitement, la modulation et la persistance coexistent, tous les trois, chez tous les participants. En effet, un même patient peut adopter chacun des trois modèles d'activité en fonction des circonstances, de l'importance attribuée à l'activité, de ses conséquences anticipées et de son contexte de réalisation (Mbarga *et al.*, 2024). Le discours des patients révèle que, dans la sphère privée, s'ils ont tendance à persister pour les activités fondamentales, indispensables au quotidien, ils sont davantage enclins à éviter les activités considérées comme non fondamentales telles que les loisirs. Dans ce contexte, l'on relève

également que les personnes mobilisent particulièrement la modulation puisqu'elles affirment qu'elles peuvent adapter le rythme auquel elles réalisent les activités à leurs capacités et aménager des pauses lorsque la douleur a tendance à s'exacerber. En milieu professionnel, en revanche, à moins de bénéficier de certaines marges de manœuvre permettant de fragmenter ou d'adapter leurs tâches, les patients rapportent généralement des signes de persistance parce qu'ils se sentent assujettis aux contraintes de ce contexte : gérer le regard des autres, répondre aux exigences de l'employeur, assurer le rôle d'employé fiable et diligent. En effet, dans le contexte professionnel, aux standards de productivité explicites, les personnes sont davantage amenées à fournir un investissement particulier afin de s'y adapter. En contexte de réadaptation, les personnes se montrent aussi généralement persistantes, notamment en raison de leur désir de se conformer, de faire figure de « bons patients » (Parsons, 1951), sachant que leur performance est également évaluée. De plus, l'engagement pendant la réadaptation peut être renforcé par la stimulation fournie par les professionnels de santé, l'appréciation des progrès réalisés, les changements tangibles observés et la volonté d'atteindre des objectifs personnels.

- 26 L'aptitude des patients à mobiliser, en alternance, ces différents modèles d'activité montre qu'ils sont proactifs et témoigne des compétences acquises dans la gestion de leur problème, notamment à travers leur capacité à hiérarchiser et à prioriser les activités, à fragmenter, planifier, alterner les activités d'intensité différentes ou à faire des pauses lorsque cela est possible, à persister intelligemment (c'est-à-dire à savoir s'arrêter avant de dépasser le seuil supportable de la douleur). Elle met aussi en évidence l'étendue de leurs expériences, construites à partir du vécu de la chronicité et des ressources mobilisées pour le maintien de soi en vie (Tourette-Turgis & Pereira Paulo, 2018). L'expérience, « matériau essentiel à une autodidaxie formelle ou informelle en situation pratique » (Gardien, 2017, p. 31), s'illustre non seulement au travers des multiples stratégies que les personnes mobilisent pour faire face à la situation, mais aussi au regard de leurs capacités réflexives :

« Ben moi c'est quand je commence, c'est là que je regarde comment je vais faire. Ça veut dire, je fonce, je regarde : "Ah ça ne va pas.", dans la tête : "On peut faire comme ça." [...] Je vois que ça ne va pas comme ça, je tourne, tac, tac... Je cherche comment c'est plus facile pour moi. Ça veut dire que je me trouve chaque fois des combines pour faire autrement » (Landry, 41 ans).

- 27 L'expérience, acquise sur le moyen et le long terme, révèle non seulement les capacités de l'individu à transformer son environnement, mais aussi ses aptitudes à s'approprier des ressources, à se développer et à améliorer ses compétences (Rabardel, 2005 ; Gras Gentiletti *et al.*, 2022).

2.3.1. Concilier douleur et activité : recherche d'équilibre et adaptation constante

- 28 Chez les personnes rencontrées dans le cadre de cette étude, les conséquences de l'accident, dont les douleurs chroniques et les limitations fonctionnelles, s'inscrivent dans des temporalités longues. Celui-ci, telle une maladie chronique, ne constitue donc pas qu'une parenthèse dans leur vie (Baszanger, 1986 ; Mulot, 2011). Il est certes difficile de poser des limites entre la santé et la maladie, entre le normal et le pathologique, la santé ne se réduisant pas à l'absence de maladie, mais se révélant dans la capacité d'un organisme à maintenir son équilibre interne face aux variations de son environnement, à travers une activité régulée et adaptée (Canguilhem, 1943/1984). Cependant, plusieurs travaux socio-anthropologiques montrent que la maladie chronique induit une rupture biographique, conduisant les individus à la recherche d'une normativité active qui s'exprime par leur engagement dans un processus de « normalisation » (Baszanger, 1986 ; Corbin & Strauss, 1992 ; Bury, 1982, 1991 ; Carricaburu & Ménoret, 2011 ; Mulot, 2011, Charmaz & Rosenfeld, 2016). Ce processus représente un « travail » à travers lequel la personne malade (et ses proches) transforme son quotidien pour vivre "le plus normalement possible" avec et malgré la maladie » (Carricaburu & Ménoret, 2011, p. 100). Ce « travail » se décline sous trois formes : le travail de la maladie comprenant la gestion des symptômes, des traitements et la prévention des crises ; le travail quotidien incluant l'adaptation aux exigences de la vie quotidienne liées à l'activité professionnelle, à l'entretien du ménage, à la prise en charge des enfants et aux loisirs ; le travail biographique focalisé sur la reconstruction de sens et d'identité (Bury, 1991 ;

Carricaburu & Ménoret, 2011 ; Corbin & Strauss, 1992). Dans ce « travail » constant, sous toutes ses formes, les individus sont alors appelés à se réinventer, à réinventer de nouvelles façons de vivre et à s'adapter continuellement à leur nouvelle situation (Herzlich, 1969/2005 ; Birmelé *et al.*, 2008 ; Tourette-Turgis & Pereira Paulo, 2018). Ce processus reflète bien la conception canguilhemienne selon laquelle la santé réside dans la capacité de l'organisme à instituer et ajuster activement son propre environnement. Et l'on remarque, comme dans les travaux de Grzelak *et al.* (2022), que les patients associent constamment différentes stratégies afin de continuer à réaliser un tant soit peu leurs activités. Au-delà de la prise de médicaments, plusieurs approches non pharmacologiques basées sur des stratégies physiques ou cognitives sont énumérées par les patients et synthétisées dans le Tableau 2.

Tableau 2 : Stratégies de gestion de la douleur et de l'activité.

Table 2: Strategies for pain and activity management

Stratégies	Illustrations
Stratégies évoquées lors des entretiens	
Moyens physiques	Faire des bains chauds, user de la glace ou du froid
Distraction et détente	Écouter la musique, regarder un film, lire, passer du temps avec sa famille, faire des activités sportives (marche, natation, vélo), jouer au poker, jardiner, bricoler, se centrer sur les choses positives de la journée, jouer sur son téléphone portable, faire de la relaxation, des respirations ou de la méditation, se faire un automassage, effectuer des étirements
Adaptation des postures	Alterner les positions, alterner repos et mouvement, alterner mouvement et position statique, rechercher les mouvements qui soulagent et trouver des postures confortables, adopter des postures qui visent à préserver le membre souffrant, compenser par l'usage du membre valide
Adaptation de l'environnement	Utiliser un robot pour faire le ménage, réaménager l'espace, utiliser le mobilier (chaise avec roulette) pour se déplacer, adapter son matériel de vélo, adapter le vélo (remplacer le VTT par le vélo électrique), changer de type de roues de vélo
Stratégies cognitives	Planifier, réfléchir à la meilleure manière de réaliser l'activité et trouver des astuces pour y parvenir, évaluer ses capacités en fonction de l'activité
Alternance des activités	Alterner les activités de natures différentes, alterner les activités physiques et moins physiques, alterner les activités qui impliquent le mouvement et celles qui nécessitent de moins bouger
Fragmentation de l'activité	Découper l'activité en plusieurs tâches, étaler l'activité sur la semaine
Augmentation du temps de réalisation de l'activité et diminution de l'intensité	Prendre davantage de temps pour réaliser les activités, diminuer l'intensité et le rythme de l'activité
Repos	Alterner les temps d'activité et de repos, faire des pauses durant l'activité,
Évitement	Interrompre ou éviter les activités source de douleur, éviter les mouvements douloureux
Autres stratégies	Consommer de l'alcool, sortir et crier loin des regards, fumer, « fumer des pétards », consommer du cannabis, faire de l'hypnose, effectuer des exercices, écouter le corps, déléguer les activités que l'on ne peut réaliser
Stratégies de gestion de la douleur et de l'activité observées pendant l'atelier professionnel	
Alternance des mouvements et adaptation des postures	Alterner les positions debout-assis, éviter les positions statiques et les mouvements répétitifs, alterner les tâches (visser-dévisser-ranger le matériel alors que la consigne était de visser toutes pièces, puis de dévisser), compenser (utiliser le membre valide et préserver la zone lésée), soulager le poids de la partie douloureuse, alterner les déplacements et les mouvements, bouger tout le temps, éviter les postures douloureuses (s'asseoir par terre au lieu d'être debout ou rester debout alors qu'une chaise est prévue), écarter les jambes, s'abaisser/trouver la hauteur idéale, pour retrouver un peu de confort, fléchir les genoux pour le port de charges, prendre des appuis
Stratégies cognitives	Prendre un temps de réflexion et anticiper sur les mouvements à exécuter, évaluer les risques et prendre des précautions pour ne pas se faire davantage mal : contrôler, évaluer le poids, la dangerosité, la charge des pièces à utiliser.
Concentration, focalisation sur la tâche	Se concentrer sur l'activité à réaliser, rester centré sur la finalisation de la tâche confiée et oublier la douleur
Repos	Prendre des moments de détente, faire des arrêts et des pauses,
Évitement	Éviter les mouvements et gestes douloureux
Réorganisation de l'environnement	Modifier les consignes de réalisation de l'activité pour pouvoir réussir à exécuter la tâche : mettre la planche de travail à gauche au lieu de droite, ramener les objets plus près pour éviter des déplacements, changer la position du matériel et des outils
Diminution du rythme et de l'intensité de l'activité	Diminuer le rythme et l'intensité, ne pas forcer, respecter ses limites
Autres stratégies	Faire des grandes respirations, faire des étirements, relâcher (monter et descendre un pied sur le support de la chaise poser le genou sur une chaise, s'asseoir un moment)

29 Tout au long des entretiens et pendant les observations, l'on relève que tous les patients cherchent à trouver, en permanence, un équilibre entre la douleur et la réalisation des activités. La recherche d'adaptations constitue ici un enjeu et un défi continu car, souvent, le soulagement procuré par une stratégie est momentané. Les stratégies mobilisées sont alors parfois associées : organisation de l'espace, fractionnement de l'activité, changement fréquent de positions, compensation pour soulager les parties douloureuses, respect des limites peuvent être utilisés de manière concomitante ou successive selon les situations. Ces adaptations, qui varient parfois chez un même patient, sont tributaires des limitations fonctionnelles, des caractéristiques des activités, du degré de difficulté, de l'impact perçu sur la pathologie et de l'intensité des douleurs.

2.3.2. Apprentissage, réflexion et expérimentation à l'œuvre

30 Au-delà des stratégies précédemment énumérées, plusieurs patients ont également fait part de méthodes personnalisées permettant d'effectuer leurs activités quotidiennes différemment au lieu d'abandonner, de garder un certain équilibre entre se forcer et ne pas exagérer. Ainsi, Emmanuel (19 ans) affirme avoir trouvé de nouvelles astuces pour pédaler afin de minimiser l'exacerbation de la douleur. Concernant ses promenades, il privilégie des terrains stables pour préserver son pied ; Ben (51 ans) rapporte qu'il parvient désormais à laver la vaisselle, se doucher et sécher les cheveux en stabilisant son bras lésé et Alain (48 ans) déclare qu'il mouille un linge et exerce une pression avec sa main valide pour parvenir à ouvrir un bocal de confiture. Dans certaines situations, les patients affirment que ces stratégies se mettent en place de manière inconsciente : « ça vient tout seul depuis que j'ai eu l'accident », affirme Mick (40 ans). Mais, dans la majeure partie des cas, elles résultent d'un apprentissage permanent et continu, d'un processus d'élaboration qui peut parfois nécessiter davantage de temps au début, comme l'affirme Simon, 39 ans : « pour chaque chose, ça prend plus de temps la première fois mais une fois que j'ai trouvé la bonne manière de faire, ben après je m'habitue et puis au bout d'un moment, elle rentre quoi ».

31 Les patients soulignent l'importance de la débrouillardise dans la recherche de solutions. Ils insistent également sur la nécessité d'adopter une réflexion personnelle et un esprit d'analyse pour développer des stratégies originales, adaptées aux nombreux paramètres à prendre en compte. La gestion des conséquences de l'accident requiert d'avoir une approche réfléchie qui exige d'anticiper et d'évaluer les risques, d'analyser les modalités d'exécution des activités, ainsi que les options disponibles :

« Je fais les choses totalement intelligemment. Enfin, j'essaie de les faire intelligemment. Donc réfléchir quand je monte l'escabeau, réfléchir quand je me tourne avec une charge [...] Je dois réfléchir à tout ce que je fais, quoi. Je ne peux plus partir tête baissée [...] j'ai dû réapprendre à faire des mouvements intelligents » (Daniel, 48 ans).

« Ça fait partie des plans justement, un petit peu, là, de réfléchir : "Tu dois faire comme ça." ; attention, là, mets un frein, non, là tu fais comme ci... » (Bertrand, 56 ans)

32 Les observations ont également mis en évidence ce processus de réflexion, sous-tendue par une évaluation des risques, prononcée chez certains patients. Par exemple, Daniel (48 ans) prenait un temps de réflexion avant d'effectuer tout mouvement ; il ne faisait pas de mouvement brusque et ne forçait pas. Quant à Simon (39 ans), il contrôlait, évaluait le poids, la dangerosité, la charge des pièces à utiliser pour se préserver. Au cours de l'entretien, lorsqu'il s'est exprimé à ce sujet, il a évoqué la mise en place d'une échelle de dangerosité lui permettant d'évaluer les risques préalablement à l'activité en fonction de critères tels que le poids ou l'aspect tranchant de l'outil.

33 Les stratégies de gestion de la douleur se caractérisent fréquemment par des essais, des tâtonnements et des discontinuités. Dans ce processus de recherche de solutions appropriées pour la réalisation des activités, l'expérimentation ainsi que la compréhension des réactions du corps jouent un rôle essentiel. En effet, de nombreuses personnes rapportent avoir appris à modifier leurs pratiques en fonction de leurs expériences antérieures. La notion de se définir un seuil au-delà duquel il est nécessaire de s'arrêter revêt, ici, une importance particulière. Elle implique une attention soutenue aux sensations corporelles et au degré de douleur, ainsi qu'une écoute attentive des signaux que le corps émet, afin de respecter les limites qu'il impose. Certains patients décrivent ainsi une limite qu'ils ont identifiée, à partir de laquelle ils choisissent de marquer une pause ou d'adopter des mesures préventives pour éviter d'exacerber la douleur.

34 Dans la plupart des cas, les stratégies personnelles mises en œuvre par les patients précèdent leur participation au programme de réadaptation. De nombreuses solutions, élaborées de manière autonome, émergent principalement du savoir profane, car les patients ont souvent été contraints de trouver des moyens d'atteindre leurs objectifs pour gérer simultanément la douleur et l'activité. Toutefois, les stratégies mobilisées découlent également des interactions avec les professionnels, dont les physiothérapeutes et les ergothérapeutes, avant et pendant le séjour en réadaptation. D'après le discours de plusieurs participants, il apparaît que cette période de réadaptation peut contribuer à consolider leur savoir ou à renforcer leurs capacités.

2.4. Effets perçus du programme de réadaptation sur la gestion de la douleur et de l'activité

35 De prime abord, il est important de souligner que le but de la recherche n'était pas d'évaluer le programme de réadaptation en soi, mais d'en explorer l'expérience subjective, du point de vue des participants. En amont de leur participation au programme, les personnes rencontrées affirment s'être fixé quelques objectifs personnels, exprimés lors du premier entretien. De manière récurrente, l'objectif prioritaire était associé à leur désir de retourner au travail, que ce soit dans la profession antérieure ou dans un nouveau métier. Ensuite, plusieurs patients souhaitaient résorber la douleur, bénéficier d'outils et de connaissances pratiques pour mieux la gérer afin de favoriser la reprise de l'activité, gagner de la mobilité et de la force, récupérer les capacités fonctionnelles des membres lésés, améliorer sa qualité de vie et retrouver une certaine normalité.

36 Revisitant leurs attentes à l'égard du programme de réadaptation, au cours des premiers et seconds entretiens, les patients ont mis en évidence la manière dont le programme y a répondu en rapportant les effets perçus d'un point de vue physique, cognitif, professionnel et psychosocial.

2.4.1. Du point de vue physique

37 Au cours du premier entretien, soit pendant le séjour en réadaptation, le discours des participants apparaît particulièrement positif en termes de bienfaits procurés par le programme. De nombreuses personnes rapportent une amélioration subjective, mais palpable, de leur condition, comme dans des travaux précédents relatifs à ce type de programmes (Bontoux *et al.*, 2004 ; Beaudreuil *et al.*, 2010 ; Demoulin *et al.*, 2010 ; Mbarga *et al.*, 2020 ; Pichonnaz *et al.*, 2023). D'aucuns affirment avoir repris des forces, avoir retrouvé des capacités fonctionnelles ou gagné en mobilité : lever plus amplement le bras, bouger mieux, marcher ou courir, monter et descendre les escaliers, gagner en confort, sentir moins de tiraillements au réveil. D'autres rapportent avoir gagné en extension, avoir davantage renforcé leur musculature, s'être sentis plus endurants, avoir retrouvé la confiance en soi et une meilleure estime de soi. Le programme a aussi fréquemment permis de retrouver une meilleure condition physique, d'améliorer le port de charges et d'avoir un mieux-être. Les bénéfices énoncés le sont souvent indépendamment d'une diminution de la douleur, sachant que celle-ci peut parfois être exacerbée pendant la réadaptation du fait de la réactivation ou du caractère intensif des journées pendant le séjour.

38 Une année plus tard, lors du deuxième entretien, le discours paraît davantage contrasté. D'une part, plusieurs des bénéfices énumérés lors du premier entretien sont restés d'actualité au cours du second entretien. Malgré la douleur et les limitations fonctionnelles qui subsistent pour la quasi-totalité des patients, une majorité d'entre eux soutiennent qu'ils parviennent à réaliser des activités qui paraissaient hors de portée avant le programme. Certains participants affirment avoir pu reprendre le travail (emploi antérieur ou nouveau), à temps plein ou à temps partiel, parfois avec des réaménagements de postes et d'autres déclarent être en cours de réinsertion professionnelle. Les uns et les autres évoquent la reprise de plusieurs activités domestiques et de loisirs interrompues auparavant (sport, fitness, bricolage, jardinage, lecture à plat ventre) ou parlent d'une amélioration de leur condition physique de manière générale : « je trouve que je me tiens beaucoup plus droite, que j'ai vraiment amélioré ma condition physique », dit Jeanne (47 ans). Par ailleurs, ils évoquent le rôle primordial des thérapeutes pendant le séjour en réadaptation de manière récurrente. D'abord, plusieurs participants affirment avoir obtenu une légitimation de leur problème, ce qui les a incités à s'engager davantage. Ensuite, ils affirment que les professionnels, en plus de leur fournir les moyens de gérer leurs problèmes, les ont encouragés à vivre de nouvelles expériences, à revisiter leurs expériences passées pour en tirer des enseignements et à rester motivés pour persévérer malgré la douleur et les limitations fonctionnelles, afin d'accomplir des progrès. Ainsi, l'amélioration des capacités physiques au cours du programme ainsi que l'expérience positive de ses efforts ont cristallisé l'investissement de nombreuses personnes et sous-tendu leur rapport à l'activité. Chez plusieurs patients, on retrouve une adaptation plus fine qu'avant le programme, avec une sélection réfléchie des activités qu'il est possible de maintenir, en les ajustant si nécessaire. Une année plus tard, la majorité des participants rapporte toujours tirer des bénéfices de l'application des nouvelles méthodes de gestion de la douleur et de l'activité,

et déclare continuer à mettre en pratique les enseignements reçus. Initialement tournée vers une attente de solution extérieure, une partie des patients relève l'importance de s'investir personnellement dans la gestion du problème. Plusieurs d'entre eux reconnaissent la responsabilité qui leur incombe dans la consolidation des acquis et le maintien des progrès réalisés, bien que quelques-uns rapportent des difficultés à rester observants.

39 D'autre part, neuf patients disent n'avoir pas tiré profit de ce programme de réadaptation. D'aucuns évoquent un état de santé physique qui s'est détérioré du fait des conséquences de l'accident ou des postures de compensation qui ont entraîné des douleurs secondaires (par exemple, au niveau de la hanche ou du dos) ou à cause des comorbidités (insuffisance rénale). D'autres soulignent l'avoir déjà suivi auparavant, mais n'avoir pas atteint les objectifs de réinsertion professionnelle attendus.

2.4.2. Du point de vue cognitif

40 Autant lors des premiers que lors des seconds entretiens, les patients énoncent divers acquis du programme relatifs aux connaissances, conseils et enseignements reçus en termes de gestion de la douleur et de l'activité en général. D'aucuns affirment avoir compris le fonctionnement du corps et la problématique dont ils souffrent. D'autres disent avoir appris à mieux s'organiser, à user du membre défaillant ou à améliorer leurs capacités fonctionnelles, avoir appris des postures, mouvements, exercices et autres astuces permettant de soulager la douleur et de mieux effectuer ses activités. Dans ce sens, Ginette (46 ans) affirme qu'elle a pu « voir ce qu'il faut faire, ce qu'il ne faut pas faire et comment le faire » ; Emmanuel (19 ans) dit avoir appris à masser la zone douloureuse pour la soulager ; Désiré (57 ans) déclare qu'il sait désormais comment s'organiser au mieux pour fonctionner et qu'il a appris à bouger et à maintenir des postures permettant de mieux réaliser les activités ; Aaron (35 ans) affirme avoir appris l'utilité de bouger et de faire l'exercice. Plusieurs déclarent avoir appris à adapter les activités et à écouter son corps pour savoir s'arrêter avant que la douleur ne devienne insupportable. Dans cette optique, Éliane (56 ans) rapporte avoir appris à « mieux doser » l'effort et Lara (39 ans) affirme avoir appris à « forcer juste ».

2.4.3. Du point de vue professionnel

41 Bien que le programme de réadaptation fournisse des moyens de gestion de la douleur et des limitations consécutives à l'accident, les personnes disposent d'une marge de manœuvre parfois étroite dans le contexte professionnel, marqué par les valeurs de performance et de productivité. La reconstruction des parcours professionnels brisés par l'accident n'est donc pas toujours possible. Une année après le début de l'étude, trois types de trajectoires professionnelles ont été observés parmi les 24 patients ayant accepté de participer au second entretien, avec un tiers de participants par catégorie (Ribeiro *et al.*, 2024) :

- Des trajectoires de réinsertion abouties. Ces trajectoires caractérisent l'expérience des personnes qui ont réussi leur parcours de réadaptation. Bien qu'elles doivent encore suivre certaines thérapies, elles ont réussi à reprendre le travail ou ont commencé un apprentissage, malgré des douleurs et limitations résiduelles ;
- Des trajectoires de réinsertion en cours. Réinsertion ou réorientation, stages, réévaluations professionnelles sont les maîtres mots qui caractérisent ces trajectoires. Contrairement aux trajectoires précédentes, celles-ci mêlent des situations dans lesquelles les individus naviguent dans des processus véritablement complexes : ils essaient de concilier leurs aspirations professionnelles avec leurs contraintes de santé. À titre illustratif, Landry (41 ans) et Étienne (42 ans) sont en reconversion professionnelle tout en conservant un emploi à temps partiel, tandis qu'Éliane (56 ans) effectue un retour thérapeutique au travail malgré d'importantes limitations physiques ;
- Des trajectoires d'exclusion. Ce type de trajectoire se caractérise par une faible probabilité de réinsertion professionnelle. Une faible amélioration de l'état de santé physique, des contrats temporaires ou le travail en indépendant avant l'accident, un âge avancé, un soutien insuffisant de la part des employeurs ou des organes de réinsertion rendent le retour sur le marché de l'emploi peu envisageable.

2.4.4. Du point de vue psychosocial

- 42 Du point de vue psychique, certains patients soulignent l'envie d'aller de l'avant. Ils parlent de leur esprit compétitif, leur personnalité de fonceur et évoquent leur bien-être psychique, considéré comme une ressource dans la gestion de la situation. Parlant du programme de réadaptation, ils considèrent qu'il leur a permis de consolider leur confiance en eux. La reprise de l'activité professionnelle ou de certaines activités en famille après le programme apparaît aussi comme étant bénéfique pour leur bien-être psychique. Souvent perçue comme une source de fierté pour l'entourage, elle favorise les relations au sein de la famille. Dans les sphères privée, familiale et sociale, la stabilité et le soutien sont fondamentaux pour les patients. Ils sont considérés comme une source de motivation et d'encouragement pour relever les défis du rétablissement et de la réinsertion, bien que quelques patients, comme Étienne (42 ans), soient toujours confrontés à des difficultés relationnelles. La réintégration sociale reste néanmoins, parfois, entravée par la persistance de la douleur et des limitations, les activités de loisirs étant souvent mises de côté pour répondre aux exigences familiales et professionnelles.
- 43 Pour d'autres patients, l'incertitude relative à la reprise du travail, les relations tendues avec l'employeur, l'expérience et le manque de soutien institutionnel leur font perdre la capacité d'agir et leur autonomie, et ont un impact sur leur santé psychique. Les récits de ces patients révèlent parfois des ruptures psychiques importantes qui les conduisent à solliciter une prise en charge psychiatrique. Certains restent enclins à l'isolement social, après ce programme de réadaptation qu'ils considèrent pourtant comme adapté à leur problématique. Ces derniers évoquent le manque de suivi et rapportent des possibilités de réinsertion limitées, celles-ci étant tributaires du système assurantiel helvétique. En Suisse, il existe plusieurs assurances sociales, couvrant chacune un champ différent : l'assurance maladie de base et l'assurance accident obligatoires couvrent respectivement les frais de traitement liés à la maladie et ceux dus à des accidents, réadaptation médicale incluse. L'assurance accident, couvrant tous les domaines (professionnel, loisir, domestique, accident de la voie publique), assure aussi les pertes de revenus dues aux blessures, pendant toute la durée du traitement, ce qui n'est pas le cas de l'assurance maladie (assurance perte de gain). En cas de dommage permanent, elle peut aussi allouer une rente et une compensation financière (par exemple à la suite de la perte d'un membre). L'assurance chômage couvre les pertes d'emploi non liées à des problèmes de santé ou aux accidents, tandis que l'assurance invalidité (AI) couvre la réinsertion professionnelle ou l'invalidité permanente, mais ne prend pas en charge les mesures médicales. Les droits à une réinsertion par l'AI sont fonction du niveau de formation (retour à une formation professionnelle équivalente, si l'ancien métier ne peut plus être pratiqué) et du salaire (au moment de la maladie ou de l'accident).
- 44 Évoquant un manque de soutien institutionnel ou asséculologique (lié aux assurances, sachant que celles-ci peuvent varier au cours de la trajectoire de l'accident), parce qu'arrivées en fin de droit pour les prestations dont elles bénéficiaient préalablement ou parce qu'elles manquent de qualifications professionnelles antérieures pouvant leur ouvrir les voies vers une potentielle reconversion professionnelle couverte par l'AI, certaines de ces personnes pensent ne plus avoir de pouvoir d'agir et rapportent des situations de précarité sociale et financière. Le discours d'Éliane (56 ans), à ce sujet, est emblématique : « tu es une patiente qui a envie de progresser, qui a envie d'avancer et puis tu te fais enfoncer la tête sous l'eau ». Exprimant une forme de révolte à l'égard des organes de réinsertion et des assurances sociales, elle déplore le fait que les efforts fournis pendant le programme de réadaptation ne puissent pas porter de fruits.
- 45 Concernant les relations entre pairs, tous les participants rapportent que le programme leur permet de développer le sentiment qu'ils sont entre égaux et qu'il est indispensable de faire corps : « on est tous dans le même bateau [...] Il y a comme un côté réconfortant à savoir que l'on n'est pas seul à avoir ce genre de problème », disait Boniface (51 ans). Ce sentiment produit une sorte de nivellement par rapport à leurs incapacités qui constitue la base d'une plateforme solidaire : pas de jugement ni de moqueries entre eux. Certains patients évoquent des remarques désobligeantes, reçues en dehors de la clinique avant de participer au programme, qui témoignent de la difficulté à légitimer son statut de malade lorsque le problème de santé n'est pas forcément visible. Or, pendant leur séjour en réadaptation, la douleur invisible sort de l'ombre grâce à la rencontre avec d'autres personnes ayant connu des traumatismes orthopédiques. Si les récits mettent peu en exergue le partage des astuces pour gérer la douleur et l'activité, ils mettent, en revanche, l'accent sur le fait que le partage

d'expériences implique une confrontation aux limitations des autres qui peut être rassurante, le programme permettant même à certaines personnes de relativiser leur situation : « quand je viens ici et puis je vois les autres accidents, c'est moins grave, on dira. C'est dur, mais c'est moins grave quand même que certains », disait Éliane (56 ans) [comprendre : sa situation personnelle est moins grave en comparaison de celle d'autres participants]. Primordiale pendant le séjour en réadaptation, la relation entre pairs ne s'étend néanmoins pas hors de ce contexte, chaque participant retrouvant son quotidien, dans une aire géographique pas forcément proche de celles des autres.

Conclusion

46 Cette étude est spécifique à des personnes, appartenant à la population active, souffrant de douleurs chroniques et de limitations fonctionnelles à la suite d'un accident pour lesquelles un programme de réadaptation à composante professionnelle est indiqué. En conséquence, les résultats ne s'appliquent qu'à elles. Ils pourraient être complétés par des recherches ultérieures permettant de saisir l'impact de l'accident sur l'engagement dans les activités quotidiennes des personnes sorties du circuit du travail.

47 Les résultats de la recherche ont permis de montrer que l'accident est un événement qui bouleverse la vie et l'expérience subjective des personnes qui en sont victimes. Pour la population de l'étude, la douleur chronique et les limitations fonctionnelles persistantes qui s'ensuivent interrompent le cours de la vie quotidienne, entravent l'accomplissement des rôles sociaux et peuvent conduire à des bifurcations successives des parcours (Bessin *et al.*, 2010), notamment d'un point de vue professionnel. Mais s'ils rapportent avec constance les conséquences de l'accident sur leur engagement dans les activités quotidiennes, incluant le travail, l'entretien du ménage et les loisirs, temporairement ou définitivement interrompues, les participants s'affirment également par la recherche de solutions permettant d'aspirer à rétablir une sorte de continuité entre leur vie passée, présente et future. Ils sont ainsi dépositaires d'un savoir et d'une expérience qui, dans un contexte de démocratie sanitaire (Bureau-Point & Hermann-Mesfen, 2014), valent la peine d'être valorisés dans les milieux de soins, non seulement pour mieux saisir les pratiques et les logiques qui les sous-tendent, mais également pour mieux les prendre en considération lors des offres thérapeutiques.

48 Apprentissage, ingéniosité, débrouillardise constituent le leitmotiv de plusieurs participants dans le processus de reconquête des capacités fonctionnelles et caractérisent principalement les patients ayant des capacités réflexives et d'auto-détermination importantes. Pour ces personnes, au-delà de son aspect productif, puisqu'orienté vers l'atteinte de certains objectifs, l'engagement dans l'activité revêt une dimension particulièrement constructive. En effet, elle fait d'elles des sujets « autrement capables » (Plaisance, 2009) et révèle leur pouvoir d'agir car, « même lorsque les pertes et les blessures ont été particulièrement vulnérantes, par son activité constructive, le sujet peut s'inscrire dans un mouvement de développement » (Rabardel, 2005, p. 25). En parallèle aux ressources internes, les ressources externes (support social et familial, système de santé) constituent un levier important dans la reconquête des capacités et du pouvoir d'agir (Bournaud & Gouédard, 2021 ; Mbarga *et al.*, 2024). En l'occurrence, participer à un programme de réadaptation contribue potentiellement à renforcer la dynamique des personnes, consolider la pratique réflexive, favoriser le partage de stratégies entre pairs et soutenir le processus d'apprentissage et d'adaptation à la nouvelle situation. En effet, le programme de réadaptation peut leur permettre de se doter de moyens supplémentaires d'autogestion de la douleur et de l'activité du fait de l'acquisition des connaissances théoriques et pratiques. Indépendamment d'une amélioration du problème spécifique des personnes, le séjour en réadaptation permet de manière plus globale d'améliorer la condition physique, de consolider le savoir profane et de renforcer les capacités en vue d'un meilleur engagement dans l'activité. Cependant, les outils acquis ne sont pas toujours suffisants pour reconquérir entièrement la vie d'avant. En effet, si le maintien et la reprise de nombreuses activités domestiques et de loisirs sont souvent rapportés, la reconstruction des parcours professionnels brisés par l'accident n'est pas toujours possible. La reprise du travail, un effet attendu du programme de réadaptation par les patients, n'est pas effective pour tous, du fait d'un état de santé incompatible avec les exigences d'un poste de travail, mais aussi d'un soutien asséurologique limité lorsque les personnes arrivent en fin de droit, qu'elles ne bénéficient plus de prestations de la part de l'assurance accident et ne sont pas éligibles par les organes de réinsertion pour bénéficier d'une réorientation professionnelle

financée par l'assurance invalidité. À leur sortie de la réadaptation, une communication efficace entre les équipes pluridisciplinaires (professionnels de la réadaptation, assistants sociaux et agents des organes de réinsertion) est essentielle pour assurer un suivi optimal des patients. Cette collaboration fructueuse entre les différents acteurs permettrait non seulement d'améliorer la continuité des soins, mais aussi de renforcer les liens entre la réadaptation et la réinsertion sociale et professionnelle, facilitant ainsi un retour progressif à la vie active. Il est, en effet, important de transcender la dichotomie entre les niveaux micro et macro des diverses interventions et de renforcer le travail en réseau (Engeström, 2000). Et, c'est à ce titre que, dépassant une approche principalement fonctionnaliste de l'activité, la réadaptation pourrait intégrer les conditions spécifiques dans lesquelles se réalise l'activité une fois que les personnes se retrouvent dans d'autres contextes.

Bibliographie

- Andrews, N. E., Strong, J., & Meredith, P. J. (2012). Activity pacing, avoidance, endurance, and associations with patient functioning in chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 93(11), 2109-2121.
DOI : 10.1016/j.apmr.2012.05.029
- Andrews, N. E., Strong, J., Meredith, P. J., Gordon, K., & Bagraith, K. S. (2015). "It's very hard to change yourself": an exploration of overactivity in people with chronic pain using interpretative phenomenological analysis. *Pain*, 156(7), 1215-1231.
- Barbier, J. M. (2011). *Vocabulaire d'analyse des activités*. Paris : PUF.
- Baszanger, I. (1986). Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue française de sociologie*, 27(1), 3-27.
DOI : 10.2307/3321642
- Beaudreuil, J., Kone, H., Lasbleiz, S., Vicaut, E., Richette, P., Cohen-Solal, M., Lioté, F., de Vernejoul, M.-C., Nizard, R., Yelnik, A., Bardin, T., & Orcel, P. (2010). Efficacité d'un programme de restauration fonctionnelle pour lombalgie chronique : étude prospective sur un an. *Revue du rhumatisme*, 77(3), 291-295.
- Benaïm, C., Léger, B., Vuistiner, P., & Luthi, F. (2017). Validation of the French version of the "patterns of activity measure" in patients with chronic musculoskeletal pain. *Pain Research and Management*, 2017(1), 6570394.
DOI : 10.1155/2017/6570394
- Bessin, M., Bidart, C., & Grossetti, M. (2010). Les bifurcations, un état de la question en sociologie. In M. Bessin, C. Bidart & M. Grossetti (Eds.), *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et aux événements* (pp 23-35). Paris : La Découverte.
- Birmelé, B., Lemoine, M., Le Christ, A. M., & Choutet, P. (2008). Malade : un métier ? À propos de la maladie chronique. *Éthique & Santé*, 5(2), 103-109.
- Bobillier Chaumon, M.-É. (2021). Tâche et activité. In E. Brangier & G. Valléry (Eds.), *Ergonomie : 150 notions clés* (pp. 485-491). Malakoff : Dunod.
- Bontoux, L., Roquelaure, Y., Billabert, C., Dubus, V., Sancho, P. O., Colin, D., Brami, L., Moisan, S., Fanello, S., Penneau-Fontbonne, D., & Richard, I. (2004). Étude du devenir à un an de lombalgies chroniques inclus dans un programme associant reconditionnement à l'effort et action ergonomique. Recherche de facteurs prédictifs de retour et de maintien au travail. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 47(8), 563-572.
DOI : 10.1016/S0168-6054(04)00174-6
- Bournaud, G., & Gouédard, C. (2021). Handicap et pouvoir d'agir. In E. Brangier & G. Valléry (Eds.), *Ergonomie : 150 notions clés* (pp. 288-291). Malakoff : Dunod.
- Bureau-Point, E., & Hermann-Mesfen, J. (2014). Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire. Introduction au dossier. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, (8). DOI : <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1342>
DOI : 10.4000/anthropologiesante.1342
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of health & illness*, 4(2), 167-182.
DOI : 10.1111/1467-9566.ep11339939
- Bury, M. (1991). The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. *Sociology of health & illness*, 13(4), 451-468.
- Cane, D., Nielson, W. R., McCarthy, M., & Mazmanian, D. (2013). Pain-related activity patterns: measurement, interrelationships, and associations with psychosocial functioning. *The Clinical journal of pain*, 29(5), 435-442.
- Canguilhem, G. (1984 [1943]). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF.
DOI : 10.3917/puf.cangu.2013.01
- Carricaburu, D., & Ménoret, M. (2011). *Sociologie de la Santé*. Paris : Armand Colin.
DOI : 10.14375/NP.9782200255237
- Charmaz, K. (1983). Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of health & illness*, 5(2), 168-195.

- Charmaz, K. & Rosenfeld, D. (2016). Chronic Illness. In W. C. Cockerham (Ed.), *The New Blackwell Companion to Medical Sociology* (pp. 312-333). UK : Wiley Blackwell.
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris : PUF.
DOI : 10.3917/puf.clot.2006.01
- Connac, S., & Rusu, C. (2021). Analyse de l'activité de lycéens en situations pédagogiques de travail en groupe. *Activités*, 18(2).
- Corbin, M., Strauss, A. (1988). *Unending Work and Care: Managing Chronic Illness at Home*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Corbin, M. & Strauss, A. (1992). A Nursing Model for Chronic Illness Management Based upon the Trajectory Framework. In P. Woog (Ed.), *The chronic illness trajectory framework – The Corbin and Strauss nursing model* (pp 9-28). New York : Springer Publishing Company.
DOI : 10.1891/0889-7182.5.3.155
- Crowe, M., Whitehead, L., Gagan, M. J., Baxter, G. D., Pankhurst, A., & Valledor, V. (2010). Listening to the body and talking to myself-the impact of chronic lower back pain: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(5), 586-592.
- Daubas-Letourneux V. (2012). Parcours d'accidentés du travail : parcours accidentés ? Inscriptio biographique des accidents du travail dans les parcours et (in)visibilités produites. In A. Thébaud-Mony, V. Daubas-Letourneux, N. Frigul, & N. Jobin (Eds.), *Santé au travail : approches critiques* (pp 185-203). Paris : La Découverte.
- Demoulin, C., Grosdent, S., Capron, L., Tomasella, M., Somville, P. R., Crielaard, J. M., & Vanderthommen, M. (2010). Intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire ambulatoire semi-intensive dans la lombalgie chronique. *Revue du rhumatisme*, 77(1), 68-73.
- Depiesse, F., Grillon, J. L., & Coste, O. (2016). *Prescription des activités physiques : en prévention et en thérapeutique*. Elsevier Health Sciences.
- Engestrom, Y. (2000). Activity theory as a framework for analyzing and redesigning work. *Ergonomics*, 43(7), 960-974.
DOI : 10.1080/001401300409143
- Gardien, È. (2017). Qu'apportent les savoirs expérientiels à la recherche en sciences humaines et sociales ? *Vie sociale*, 20(4), 31-44.
DOI : 10.3917/vsoc.174.0031
- Gras Gentiletti, M., Bourmaud, G., Fréjus, M., & Decortis, F. (2022). Concevoir pour des activités instrumentées par des chatbots. Apports d'une approche de l'activité située et médiatisée pour la conception. *Activités*, 19(1). <https://doi.org/10.4000/activites.7428>
DOI : 10.4000/activites.7428
- Grzelak, S., Bérubé, M., Gagnon, M. A., Côté, C., Turcotte, V., Pelet, S., & Belzile, É. (2022). Pain management strategies after orthopaedic trauma: a mixed-methods study with a view to optimizing practices. *Journal of Pain Research*, 15, 385-402.
- Herzlich, C. (2005 [1969]). *Santé et maladie : Analyse d'une représentation sociale*. Paris : EHESS.
- Hasenbring, M. I., Andrews, N. E., & Ebenbichler, G. (2020). Overactivity in chronic pain, the role of pain-related endurance and neuromuscular activity: an interdisciplinary, narrative review. *The Clinical Journal of Pain*, 36(3), 162-171.
- Huijnen, I. P. J., Verbunt, J. A., Peters, M. L., Smeets, R. J., Kindermans, H. P., Roelofs, J., Goossens, M., & Seelen, H. A. M. (2011). Differences in activity-related behaviour among patients with chronic low back pain. *European Journal of Pain*, 15(7), 748-755.
- Iakova, M., Ballabeni, P., Erhart, P., Seichert, N., Luthi, F., & Dériaz, O. (2012). Self perceptions as predictors for return to work 2 years after rehabilitation in orthopedic trauma inpatients. *Journal of occupational rehabilitation*, 22(4), 532-540.
- Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J., Ostelo, R. W., Guzman, J., & van Tulder, M. (2015). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 350.
- Kindermans, H. P. J., Roelofs, J., Goossens, M. E., Huijnen, I. P., Verbunt, J. A., & Vlaeyen, J. W. S. (2011). Activity patterns in chronic pain: underlying dimensions and associations with disability and depressed mood. *The Journal of Pain*, 12(10), 1049-1058.
- Labra, O., & Lynch, D. (2019). Le soutien social auprès des hommes ayant eu un accident au travail. *La revue française de service social*, 272, 66-73.
- Leontiev, A. N. (1981). *Problems of the development of the mind*. Moscou : Progress.
- Leplat, J. (2004). L'analyse psychologique du travail. *European review of applied psychology*, 54(2), 101-108.
DOI : 10.1016/j.erap.2003.12.006
- Leplat, J., & Pailhous, J. (1977). La description de la tâche : statut et rôle dans la résolution de problèmes. *Bulletin de psychologie*, 31(332), 149-156.
DOI : 10.3406/bupsy.1977.11455
- Luthi, F., Deriaz, O., Vuistiner, P., Burrus, C., & Hilfiker, R. (2014). Predicting non return to work after orthopaedic trauma: the Wallis Occupational Rehabilitation Risk (WORRK) model. *PloS One*, 9(4), e94268.
DOI : 10.1371/journal.pone.0094268

- Luthi, F., Vuistiner, P., Favre, C., Hilfiker, R., & Léger, B. (2018). Avoidance, pacing, or persistence in multidisciplinary functional rehabilitation for chronic musculoskeletal pain: An observational study with cross-sectional and longitudinal analyses. *PLoS One*, *13*(9), e0203329.
- Mbarga, J., Foley, R. A., Pichonnaz, C., & Ancey, C. (2020). Trajectoires de personnes souffrant de lombalgie chronique : ruptures et reconstructions après un programme de rééducation. *Santé publique*, *32*(1), 19-28.
DOI : 10.3917/spub.201.0019
- Mbarga, J., Favre, C., Ribeiro, C., Pichonnaz, C., Ancey, C., Foley, R. A., Leger, B., & Luthi, F. (2024). Beyond activity patterns: the complex process of activity management among individuals with chronic musculoskeletal pain after an orthopaedic trauma. *European Journal of Pain*, *28*(7), 1127-1143.
- Monneraud, L., Brochard, P., Raherison, C., Housset, B., & Andujar, P. (2016). Expérience de maladie chronique et vie professionnelle : les ajustements professionnels des travailleurs atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive. *Sciences sociales et santé*, *34*(1), 39-63.
- Mulot, S. (2011). Vivre et gérer les maladies chroniques. In M. Drulhe & F. Sicot (Eds.), *La santé à cœur ouvert. Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin* (pp 91-112). Toulouse : Presses universitaires du Mirail.
- Nicot, A., & Nicot, P. (2006). Lombalgie chronique et arrêt de travail. Regards croisés patients/médecins. *Médecine*, *2*(4), 180-192.
- Nielson, W. R., Jensen, M. P., Karsdorp, P. A., & Vlaeyen, J. W. (2013). Activity pacing in chronic pain: concepts, evidence, and future directions. *The Clinical journal of pain*, *29*(5), 461-468.
- Nielson, W. R., Jensen, M. P., Karsdorp, P. A., & Vlaeyen, J. W. S. (2014). A content analysis of activity pacing in chronic pain: what are we measuring and why? *The Clinical Journal of Pain*, *30*(7), 639-645.
DOI : 10.1097/AJP.000000000000024
- OMS (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. Genève : OMS.
- OMS (2025). Activité physique. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>, consulté le 26 novembre 2025.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
DOI : 10.24201/es.2013v31n91.126
- Parsons, T. (1951). *The social system*. New York : The Free Press of Glencoe.
- Plaisance, E. (2009). Autrement capables – École, emploi, société : pour l'inclusion des personnes handicapées. Paris : Autrement.
- Pichonnaz, C., Ancey, C., Mbarga, J., & Foley, R. A. (2023). Patients' expectations of physiotherapists before and after an intensive chronic low back pain rehabilitation programme: a qualitative study based on semi-structured interviews and observations. *Disability and Rehabilitation*, *46*(9), 1776-1786.
- Rabardel, P. (2005). Instrument subjectif et développement du pouvoir d'agir. In P. Rabardel & P. Pastré (Eds.), *Modèles du sujet pour la conception. Dialectiques, activités et développement* (pp 11-29). Toulouse : Octarès Éditions.
- Ribeiro, C., Mbarga, J., Pichonnaz, C., Luthi, F., Favre, C., & Foley, R. A. (2024). Configuration of accident trajectories after a rehabilitation programme: on the sharp edge between reintegration and socio-professional exclusion. *Disability and Rehabilitation*, *47*(12), 3019-3029.
DOI : 10.1080/09638288.2024.2405985
- Roger, L., Delgoulet, C., & Bourmaud, G. (2023). Quelle est la place de l'expérience professionnelle des patients dans le travail des ergothérapeutes d'accompagnement au retour à l'emploi ? In *Actes du 57^e Congrès de la SELF*.
- Schwartz, Y. (2007). Un bref aperçu de l'histoire culturelle du concept d'activité. *Activités*, *4*(2).
<https://doi.org/10.4000/activites.1728>
DOI : 10.4000/activites.1728
- Strunin, L., & Boden, L. I. (2004). Family consequences of chronic back pain. *Social science & medicine*, *58*(7), 1385-1393.
DOI : 10.1016/S0277-9536(03)00333-2
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care*, *19*(6), 349-357.
- Tourette-Turgis, C., & Pereira Paulo, L. (2018). Être malade chronique : exercer un métier au service du maintien de soi en vie et transformer son expérience en expertise. *Sisyphus Journal of Education*, *6*(2).
- Vlaeyen, J. W., & Linton, S. J. (2012). Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain*, *153*(6), 1144-1147.
- Vlaeyen, J. W., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, *85*(3), 317-332.
- Vuistiner, P., Luthi, F., Erhart, P., Scholz, S. M., & Dériaz, O. (2015). Subjective perceptions as prognostic factors of time to fitness for work during a 4-year period after inpatient rehabilitation for orthopaedic trauma. *Swiss medical weekly*, *145*.
- Waser, A. M., Lhuilier, D., Huyez-Levrat, G., Brugeilles, F., & Lénéel, P. (2014). Maladies chroniques, handicap et gestion des situations de travail. *Sciences sociales et santé*, *32*(4), 79-106.

Notes

1 L'usage du masculin est privilégié afin d'alléger le texte.



2 Aussi appelés kinésithérapeutes, en France par exemple, les physiothérapeutes aident les personnes à développer, préserver et restaurer un maximum de mouvements et de capacités fonctionnelles tout au long de la vie, en prenant en compte leur bien-être physique, psychologique, émotionnel et social. Ils travaillent dans les domaines de la promotion, de la prévention, du traitement/intervention et de la réadaptation de la santé (<https://world.physio/fr/resources/what-is-physiotherapy>, consulté le 21 août 2024).

3 Le maître socioprofessionnel accompagne les personnes qui présentent des déficiences physiques, sensorielles, motrices, psychiques ou intellectuelles dans diverses activités professionnelles. Ils les préparent à s'intégrer dans le circuit économique ordinaire d'une entreprise ou dans un atelier adapté.

4 Accessible en suivant le lien : https://www.crr-suva.ch/data/secure/676/document/crr_1018_fr.pdf

5 En vue de préserver l'anonymat des personnes rencontrées, les prénoms utilisés sont fictifs.

Table des illustrations

	Titre	Tableau 1 : Caractéristiques de la population. <i>Table 1: Characteristics of the population</i>
	URL	http://journals.openedition.org/activites/docannexe/image/11807/img-1.jpg
	Fichier	image/jpeg, 255k
	Titre	Tableau 2 : Stratégies de gestion de la douleur et de l'activité. <i>Table 2: Strategies for pain and activity management</i>
	URL	http://journals.openedition.org/activites/docannexe/image/11807/img-2.jpg
	Fichier	image/jpeg, 828k

Pour citer cet article

Référence électronique

Josiane Mbarga, Carla Ribeiro, Claude Pichonnaz, François Luthi et Christine Favre, « Douleurs chroniques et limitations fonctionnelles après un accident : la reprise de l'activité aux confluent d'une mobilisation de stratégies personnelles et des acquis de la réadaptation », *Activités* [En ligne], 23-1 | 2026, mis en ligne le 15 avril 2026, consulté le 20 avril 2026. URL : <http://journals.openedition.org/activites/11807> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/16213>

Auteurs

Josiane Mbarga

-  IDREF : <https://idref.fr/155384457>

- **VIAF** : <http://viaf.org/viaf/134248492>

- **ISNI** : <https://isni.org/isni/0000000109417708>

- **BNF** : <http://data.bnf.fr/ark:/12148/cb16232204c>

(auteur de correspondance)

HESAV Haute École de Santé – Vaud, HES-SO Haute École Spécialisée de Suisse occidentale ; Avenue de Beaumont 21, CH 1011, Lausanne, Suisse
josiane.mbarga_AT_hesav.ch

Carla Ribeiro

-  **IDREF** : <https://idref.fr/25365730X>

- **BNF** : <http://data.bnf.fr/ark:/12148/cb170575278>

HESAV Haute École de Santé – Vaud, HES-SO Haute École Spécialisée de Suisse occidentale ; Avenue de Beaumont 21, CH 1011, Lausanne, Suisse
carla.ribeiro_AT_hesav.ch

Claude Pichonnaz

-  **IDREF** : <https://idref.fr/071418938>

- **VIAF** : <http://viaf.org/viaf/210037267>

HESAV Haute École de Santé – Vaud, HES-SO Haute École Spécialisée de Suisse occidentale ; Avenue de Beaumont 21, CH 1011, Lausanne, Suisse
claude.pichonnaz_AT_hesav.ch

François Luthi

- **IDREF** : <https://idref.fr/283284676>

Clinique Romande de Réadaptation, Avenue Grand-Champsec 90 ; CH 1951 Sion
francois.Luthi_AT_crr-suva.ch
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Rue du Bugnon 46, 1011, Lausanne
luthi.francois_AT_chuv.ch

Christine Favre

- **IDREF** : <https://idref.fr/279128118>

Clinique Romande de Réadaptation, Avenue Grand-Champsec 90 ; CH 1951 Sion
christine.favre_AT_psychologie.ch

Droits d'auteur



Le texte seul est utilisable sous licence CC BY-NC-ND 4.0. Les autres éléments (illustrations, fichiers annexes importés) sont susceptibles d'être soumis à des autorisations d'usage spécifiques.