

RAPPORT D'EXPERTISE KINÉSIOLOGIQUE

Assisté par intelligence artificielle

Suite à l'analyse de votre IRM — Colonne lombaire

15 janvier 2026

PATIENT	TREMBLAY, Michel • DDN : 14 mars 1961 (64 ans) • Dossier : 2025-LB-0847 — <i>données fictives</i>
RÉFÉRENT	Dr Martin Laliberté, omni praticien
RÉGION ANALYSÉE	Colonne lombaire
EXAMEN DE RÉFÉRENCE	IRM Colonne lombaire du 18 novembre 2025 — Dre Sophie Archambault

Sommaire exécutif

En bref : M. Michel Tremblay, 64 ans, présente une lombalgie chronique évoluant depuis plus de 3 ans, avec irradiation intermittente dans le membre inférieur droit (sciatalgie L4-L5). L'IRM lombaire du 18 novembre 2025 confirme une discopathie dégénérative sévère en L4-L5 avec hernie discale paramédiane droite en contact avec la racine L5, ainsi qu'une arthrose facettaire bilatérale aux niveaux L3-L4 et L4-L5. Après plus de trois années d'évolution douloureuse, une composante nociplastique — c'est-à-dire une hypersensibilisation du système nerveux central — est cliniquement probable et doit être intégrée à la prise en charge.

Pourquoi la douleur persiste-t-elle ?

Quatre mécanismes s'alimentent mutuellement et expliquent la persistance de la douleur.

① **Source nociceptive** — Hernie discale L4-L5 paramédiane droite avec contact sur la racine nerveuse L5, et arthrose facettaire bilatérale L3-L4 et L4-L5. Ces structures compriment et irritent les terminaisons nerveuses, générant un signal douloureux local et irradiant.

② **Déconditionnement physique** — Capacité maximale ↓ → effort relatif pour les AVQ ↑ → douleur ↑ → évitement ↑. Cercle vicieux auto-entretenu. M. Tremblay a réduit significativement ses activités physiques depuis 3 ans, ce qui a accentué ce mécanisme.

③ **Sensibilisation centrale probable** — Après plus de 3 ans d'évolution douloureuse, le système nerveux central a probablement été remodelé par l'exposition prolongée à la

douleur. Il amplifie les signaux douloureux de façon disproportionnée — même pour des stimuli habituellement inoffensifs.

Constats principaux

1. Discopathie dégénérative sévère en L4-L5 avec hernie discale paramédiane droite contact de la racine L5 — source principale de la lombalgie et de la sciatalgie droite.
2. Arthrose facettaire bilatérale L3-L4 et L4-L5 avec rétrécissement foraminaux modéré — source secondaire de douleur mécanique en extension lombaire.
3. Déconditionnement physique significatif suite à 3 ans de réduction des activités — mécanisme amplificateur central de la douleur.
4. Profil psychométrique Évitant dominant (POAM-P/F : Évitant 31/40) avec kinésiophobie élevée (TSK-17 : 48/68, 78e centile) — la désensibilisation progressive par exposition contrôlée au mouvement est la priorité numéro un du programme.

Recommandation kinésiologique

Programme de réadaptation en trois phases : (1) reconditionnement cardiovasculaire progressif par marche thérapeutique contrôlée, dosé au point d'inflexion de la douleur (PID) ; (2) renforcement des stabilisateurs lombaires profonds et des muscles péripélviens ; (3) progression fonctionnelle vers les activités de la vie quotidienne. Toutes les phases intègrent la gestion de la douleur à l'effort comme paramètre de charge central.

Le détail complet de l'analyse, des résultats d'imagerie et du programme d'exercices est présenté dans les sections qui suivent.

1. Informations du patient

Nom	TREMBLAY, Michel
Date de naissance	14 mars 1961 (64 ans)
Dossier	2025-LB-0847
Médecin référent	Dr Martin Laliberté, omnipraticien
Examen de référence	IRM Colonne lombaire du 18 novembre 2025
Radiologue	Dre Sophie Archambault
Clinicien rédacteur	Yvan Campbell, M.Sc., CSCS, Kinésiologue

2. Contexte clinique

M. Michel Tremblay, 64 ans, est retraité ancien technicien en construction. Il est référé par son médecin de famille, le Dr Martin Laliberté, dans le cadre d'une lombalgie chronique évoluant depuis 38 mois, accompagnée d'une sciatgie intermittente irradiant jusqu'à la cuisse et au mollet droits.

La douleur lombaire, initialement d'apparition insidieuse, s'est progressivement intensifiée. M. Tremblay rapporte une douleur atteignant 8/10 lors des périodes d'exacerbation et descendant à 3/10 dans ses meilleurs moments, sur les 3 dernières semaines. Il décrit également une sensation de brûlure intermittente le long du trajet sciatique droit, compatible avec une composante neuropathique.

Intensité de la douleur — 3 dernières semaines (échelle VAS 0-10)



0 = aucune douleur · 10 = douleur maximale imaginable · Période de référence : 3 dernières semaines

Incapacité fonctionnelle — Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ)

Questionnaire	Score obtenu	Score maximal	Interprétation
Roland Morris (RMDQ)	14	24	Incapacité fonctionnelle élevée
Seuil cliniquement significatif	≥ 7	—	Au-dessus du seuil — impact majeur sur les AVQ

Le RMDQ (Roland Morris Disability Questionnaire) est un questionnaire validé mesurant l'impact de la lombalgie sur les activités de la vie quotidienne. Un score de 14/24 témoigne d'une limitation fonctionnelle importante : M. Tremblay rapporte de la difficulté à se pencher, rester assis prolongément, monter les escaliers, dormir confortablement et effectuer de nombreuses tâches quotidiennes sans douleur.

Depuis l'apparition de la douleur, M. Tremblay a cessé la marche prolongée, le jardinage et ses sorties régulières. Il rapporte une perturbation significative du sommeil (3 à 4 réveils nocturnes). Il a reçu deux séries de 10 séances de physiothérapie (2022 et 2023), avec soulagement partiel transitoire. Aucune infiltration corticostéroïde à ce jour. Pas d'antécédent chirurgical lombaire.

Objectif de la référence : évaluation kinésiologique approfondie et élaboration d'un programme d'exercices thérapeutiques adapté à la condition de M. Tremblay, fondé sur l'analyse de l'imagerie médicale assistée par intelligence artificielle.

3. Résultats de votre IRM — Colonne lombaire

3.1 Constatations générales

L'IRM lombaire réalisée le 18 novembre 2025 par Dre Sophie Archambault montre une discopathie dégénérative à prédominance L4-L5, avec perte de signal discal et réduction de hauteur. Une hernie discale paramédiane droite en L4-L5 est en contact étroit avec la racine nerveuse L5. On note également une arthrose facettaire bilatérale aux niveaux L3-L4 et L4-L5, avec rétrécissement foraminal modéré.

3.2 État des structures — tableau détaillé

Niveau	Structure	Constataion radiologique	Signification clinique
L3-L4	Disque	Discopathie dégénérative modérée, perte de signal T2	Disque dégénéré : perte progressive d'hydratation et de capacité d'amortissement
L3-L4	Facettes	Arthrose facettaire bilatérale, rétrécissement foraminal léger	Dégénérescence des petites articulations postérieures — source de douleur mécanique
L4-L5	Disque	Discopathie sévère, effacement de hauteur discale, hernie paramédiane droite	Disque très dégénéré avec saillie vers le canal rachidien côté droit
L4-L5	Racine L5	Contact de la hernie avec la racine nerveuse L5 droite	Irritation du nerf responsable de la douleur et des fourmillements dans la jambe droite
L4-L5	Facettes	Arthrose facettaire bilatérale, rétrécissement foraminal modéré	Source de douleur additionnelle en extension lombaire
L5-S1	Disque	Discopathie légère à modérée, sans hernie	Dégénérescence discale débutante, sans

Niveau	Structure	Constataion radiologique	Signification clinique
			compression nerveuse identifiée

3.3 Comprendre les atteintes

Votre IRM montre deux types d'atteintes distinctes qui coexistent et contribuent ensemble à votre douleur.

La discopathie dégénérative : chaque vertèbre est séparée de la suivante par un disque intervertébral — un coussin cartilagineux qui absorbe les chocs et permet le mouvement. Avec le temps, ce disque perd de l'eau, se déshydrate et s'aplatit. C'est ce qu'on appelle la discopathie dégénérative. En L4-L5, ce processus est avancé.

La hernie discale : lorsque le disque est très dégénéré, sa partie centrale peut faire saillie vers l'extérieur — comme de la confiture qui s'échappe d'un bûgnet. En L4-L5, cette saillie est orientée vers la droite et touche la racine nerveuse L5. C'est cette compression qui explique la douleur et les fourmillements irradiant dans votre jambe droite — le phénomène qu'on appelle sciatalgie (douleur le long du nerf sciatique).

L'arthrose facettaire : la colonne vertébrale est également stabilisée par de petites articulations à l'arrière de chaque vertèbre, appelées facettes articulaires. L'arthrose facettaire en L3-L4 et L4-L5 signifie que ces petites articulations présentent une dégénérescence, similaire à celle du cartilage d'un genou arthrosique. Elles sont une source de douleur mécanique, surtout lors des mouvements d'extension du dos.

Conclusion en langage accessible : Votre dos souffre à deux niveaux distincts. En L4-L5, un disque très dégénéré a laissé s'échapper une partie de son contenu qui appuie sur un nerf — c'est ce qui cause la douleur dans votre jambe droite. Aux deux niveaux (L3-L4 et L4-L5), les petites articulations arrière présentent également une dégénérescence et contribuent à la douleur locale dans le bas du dos. Ces deux atteintes sont bien réelles et documentées — et elles répondent favorablement à un programme d'exercices bien conçu.

4. Évaluation psychométrique

En complément de l'analyse de l'imagerie médicale, deux questionnaires cliniques validés ont été administrés. Ces outils mesurent la façon dont la personne réagit à sa douleur dans le temps — une information que l'IRM ne peut pas fournir, mais qui oriente directement la conception du programme d'exercices.

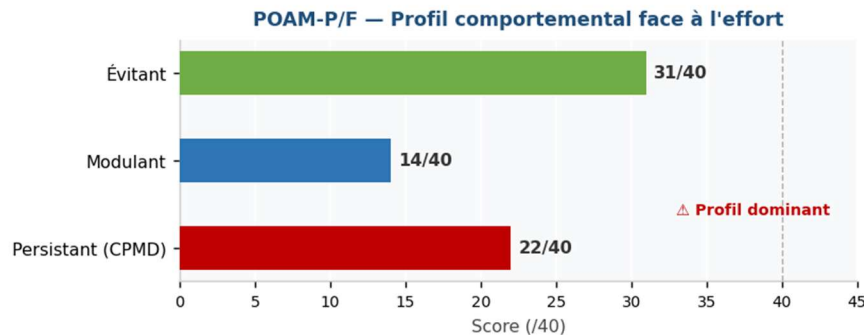
4.1 POAM-P/F — Profil comportemental face à l'effort

Le POAM-P/F (échelle de persistance, d'évitement et de modulation face à la douleur) évalue comment une personne gère l'effort physique lorsqu'elle souffre. Il mesure trois stratégies comportementales :

- **Profil Persistant (CPMD)** : continuer malgré la douleur, en ignorant les signaux du corps. Entraîne une sensibilisation progressive du système nerveux central.
- **Profil Évitant** : réduire les activités par crainte d'aggraver. Mène au déconditionnement et à l'hypokinésie algègène.
- **Profil Modulant** : adapter son niveau d'activité selon les signaux du corps. C'est le profil cible à développer.

Dimension	Score obtenu	Score maximal	Interprétation
Score Persistant (CPMD)	22	40	Dans la moyenne
Score Modulant	14	40	Sous la moyenne
Score Évitant	31	40	⚠ Profil dominant
Profil dominant	ÉVITANT	—	Voir note clinique

Note clinique — profil Évitant dominant : M. Tremblay obtient un score Évitant de 31/40, nettement supérieur aux deux autres profils. Ce comportement consiste à réduire ou éviter les activités physiques par crainte d'aggraver la douleur ou de se blesser. Il mène au déconditionnement progressif et à l'hypokinésie algègène : moins on bouge, plus l'effort relatif augmente pour les mêmes tâches, et plus la douleur s'amplifie. La désensibilisation progressive par exposition contrôlée au mouvement — toujours au PID — est la stratégie centrale du programme.



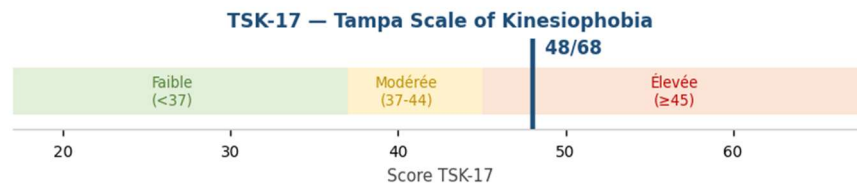
4.2 TSK-17 — Tampa Scale of Kinesiophobia

Le TSK-17 mesure la peur du mouvement (kinésiophobie — du grec « kinésis », mouvement, et « phobos », peur). Score de 17 à 68. Seuil modéré : ≥ 37 ; seuil élevé : ≥ 45 .

Indicateur	Score	Interprétation	Centile Sullivan (2004)	Centile Campbell (2004)
TSK-17	48 / 68	Kinésiophobie modérée	78e centile	76e centile

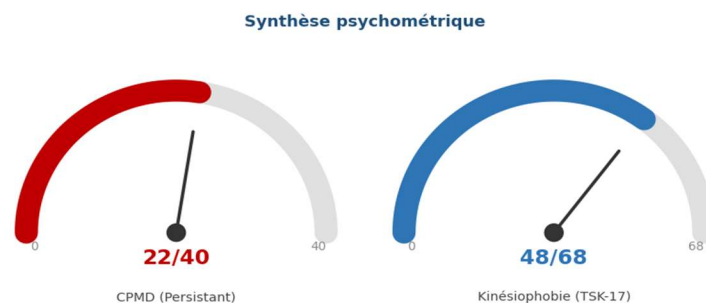
Indicateur	Score	Interprétation	Centile Sullivan (2004)	Centile Campbell (2004)
Seuil modéré	≥ 37	—	—	—
Seuil élevé	≥ 45	—	—	—

Interprétation clinique TSK-17 : Avec un score de 48/68 (78e centile), M. Tremblay présente une kinésiophobie élevée. Il rapporte une crainte marquée que le mouvement aggrave sa condition ou provoque une blessure. Cette kinésiophobie est cliniquement cohérente avec son profil Évitant dominant au POAM-P/F : M. Tremblay réduit ses activités par peur du mouvement, ce qui entretient son déconditionnement et amplifie la douleur. La désensibilisation progressive par exposition contrôlée est la stratégie prioritaire.



4.3 Synthèse psychométrique

Dimension	Résultat	Implication pour le programme
Comportement face à l'effort (POAM-P/F)	ÉVITANT dominant (31/40)	Désensibilisation progressive par exposition contrôlée
Kinésiophobie (TSK-17)	48/68 — 78e centile	Exposition graduelle au mouvement, toujours au PID
Profil global	Évitant + kinésiophobie élevée	Progression lente, réassurance par l'expérience du mouvement sans douleur



5. Ce que cela signifie pour vous

5.1 Pourquoi ressentez-vous ces symptômes ?

Vos symptômes s'expliquent par trois mécanismes de douleur qui coexistent et interagissent.

Composante nociceptive (douleur par lésion tissulaire) : la discopathie et l'arthrose facettaire génèrent un signal douloureux local continu depuis les structures atteintes de votre colonne. C'est la composante « structurale » de votre douleur.

Composante neuropathique (douleur nerveuse) : la compression de la racine L5 par la hernie discale produit des douleurs de type brûlure, fourmillements ou chocs électriques irradiant dans la jambe droite. Cette composante est caractéristique d'une irritation nerveuse directe.

Composante nociplastique probable — sensibilisation centrale : Après plus de 3 ans d'évolution douloureuse, une modification progressive des circuits de traitement de la douleur dans le système nerveux central est attendue. Ce phénomène — appelé douleur nociplastique ou sensibilisation centrale — signifie que le système nerveux central est devenu hypersensible : il amplifie les signaux douloureux indépendamment de l'état réel des structures anatomiques. C'est pourquoi certaines douleurs persistent ou s'intensifient même en l'absence de nouvelle lésion. Le programme kinésiologique, en respectant le PID et en activant les mécanismes analgésiques endogènes par le cardio, agit directement sur cette composante.

5.2 Activités et fonctions potentiellement affectées

- Marche prolongée et déplacements : douleur lombaire et sciatique limitant la tolérance à la marche
- Station debout prolongée : charge discale maintenue, aggravation des symptômes après 15-20 minutes
- Flexion antérieure : modulée par le PID comme tout autre mouvement. La littérature montre que la hernie discale se résorbe spontanément dans la majorité des cas (jusqu'à 96 % pour les hernies séquestrées — Chiu et al.). Aucune restriction de mouvement n'est prescrite : c'est le PID qui guide l'amplitude et la charge.
- Sommeil : douleur nocturne et réveils fréquents affectant la qualité de récupération
- Jardinage et activités de loisir : abandon progressif contribuant au déconditionnement

6. Options thérapeutiques

Option conservatrice (kinésiologique) : Programme de réadaptation progressif par l'exercice, fondé sur l'analyse de l'imagerie et la gestion du PID. C'est l'option prioritaire recommandée à ce stade. Les données probantes indiquent qu'à 4 ans, les résultats du traitement conservateur rejoignent ceux de la chirurgie pour la hernie discale lombaire.

Possibilité chirurgicale : En présence d'un déficit neurologique progressif (faiblesse, troubles sphinctériens) ou d'un échec du traitement conservateur après 6 à 12 mois, une discectomie L4-L5 ou une fusion lom-baire pourraient être envisagées comme options. Il appartient

exclusivement au chirurgien orthopédiste ou neurochirurgien de déterminer l'indication chirurgicale selon son évaluation clinique complète.

7. Votre programme en kinésiologie

7.1 Gestion de la douleur à l'effort — point d'inflexion de la douleur (PID)

Le point d'inflexion de la douleur (PID) est le seuil à partir duquel la douleur commence à augmenter durant l'effort physique. C'est le paramètre de charge prioritaire en réadaptation — supérieur aux séries, répétitions ou charge utilisée. Chaque séance est calibrée pour maintenir l'effort sous ce seuil. Si votre douleur dépasse ce seuil pendant un exercice, c'est le signal d'arrêter ou de réduire l'effort — jamais de le forcer.

Pourquoi est-ce si important ? Le bombardement nociceptif.

Lorsqu'un effort physique dépasse le PID de façon répétée, un bombardement d'influx nerveux nociceptifs est envoyé vers la moelle épinière. Ce bombardement abaisse progressivement les seuils d'activation des neurones de la corne postérieure — ils deviennent de plus en plus sensibles. C'est le mécanisme de l'hyperalgésie : la même activité physique devient plus douloureuse à chaque séance suivante.

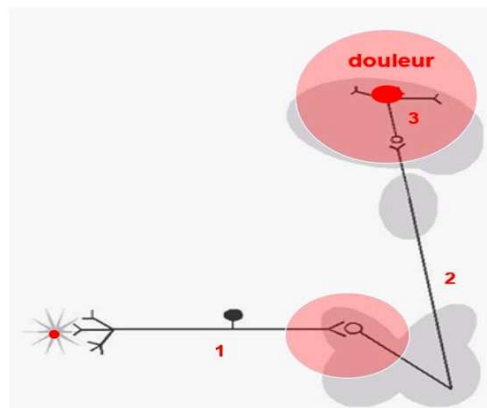


Figure 1 : Un bombardement d'influx nerveux nociceptifs provenant de la périphérie entraîne une hypersensibilisation centrale qui perdure dans le temps et contribue au phénomène d'hyperalgésie⁽⁶⁾ chronique.

Figure 1 : Bombardement nociceptif — un influx soutenu depuis la périphérie entraîne une hypersensibilisation centrale durable.

Le PID en pratique — comment l'identifier ?

Au cours d'un exercice, la douleur reste stable jusqu'à un certain point, puis commence à augmenter. C'est ce moment précis — le point d'inflexion — qui doit être repéré et respecté. L'échelle visuelle analogique (VAS 0-10) est l'outil utilisé pour le détecter.

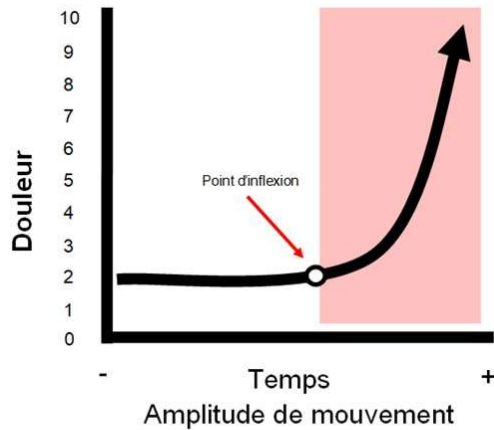


Figure 2 : Le point d'inflexion de l'intensité de la douleur est le point où l'intensité de la douleur augmente durant un exercice ou un effort physique quelconque.

Figure 2 : Le PID est le point où la douleur commence à augmenter durant un effort physique.

Ce qui se passe selon que le PID est respecté ou non

☑ PID respecté — Désensibilisation

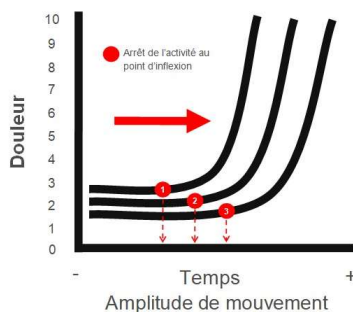


Figure 4 : Le respect du point d'inflexion (séance 1) et la diminution du bombardement nociceptif de la corne postérieure qui en résulte entraîne une prolongation de l'intervalle avant l'apparition de celui-ci dans les séances subséquentes (séances 2 et 3) pour les efforts cycliques et un accroissement de l'amplitude de mouvement indolore ou isalgique pour les mouvements acycliques.

Le PID se déplace vers la droite : la même activité devient progressivement moins douloureuse.

☒ PID non respecté — Hyperalgésie

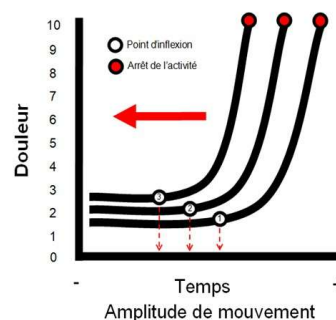


Figure 3 : Le non respect du point d'inflexion (séance 1) et l'hyperalgésie qui en résulte entraîne une réduction du temps avant l'apparition de celui-ci dans les séances subséquentes (séances 2 et 3) pour les efforts cycliques et une réduction de l'amplitude de mouvement indolore ou isalgique pour les mouvements acycliques.

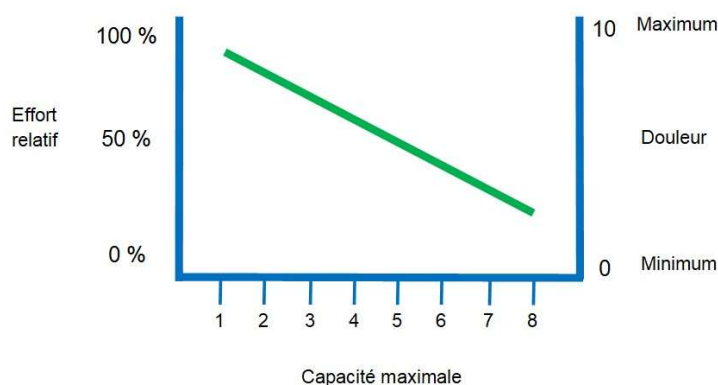
Le PID se déplace vers la gauche : la même activité devient progressivement plus douloureuse.

⚠ Note spécifique à votre profil Évitant : Votre profil POAM-P/F indique un comportement d'évitement du mouvement par crainte de la douleur. Le programme va progressivement vous réexposer au mouvement de façon contrôlée — toujours sous le PID. Chaque séance réussie sans douleur réentraîne votre système nerveux à tolérer le mouvement. C'est exactement l'inverse de l'évitement qui, lui, entretient et amplifie la douleur.

7.2 Architecture du programme — principes directeurs

L'objectif du programme est d'augmenter la capacité physique maximale afin de réduire l'effort relatif requis pour les activités quotidiennes — et ainsi réduire la douleur associée. Chaque exercice est sélectionné pour son indice de transfert élevé vers les gestes de la vie réelle. La progression suit un patron ondulatoire — le système de progression ondulatoire (SPO) — intégrant automatiquement des périodes de récupération physiologique.

Le principe en langage simple : En augmentant votre capacité physique, chaque activité de votre quotidien demandera moins d'effort relatif à votre corps — et par conséquent, produira moins de douleur.

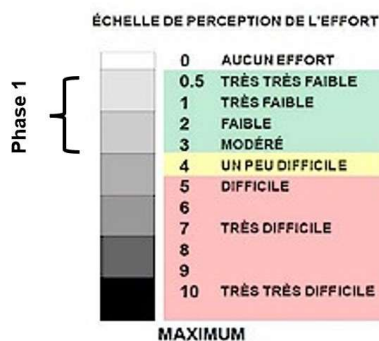


Plus la capacité maximale augmente, moins chaque activité quotidienne coûte d'effort relatif — et moins elle produit de douleur.

Réserve fonctionnelle : L'objectif à long terme n'est pas seulement que vous puissiez faire vos activités sans douleur — c'est que vous disposiez d'une marge de sécurité suffisante pour les jours difficiles, sans rechuter. Plus cette réserve fonctionnelle est grande, moins la douleur est présente au quotidien, et meilleure est la résilience face aux variations de la condition.

7.3 Entraînement des filières énergétiques (cardio)

Phase 1 — Marche thérapeutique contrôlée (Zone 2) :

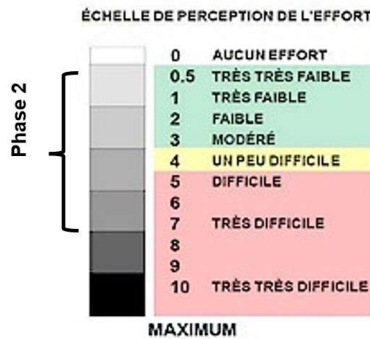


Échelle de Borg modifiée — Zone Phase 1 : intensité 0,5 à 3 (effort modéré, conversation encore possible).

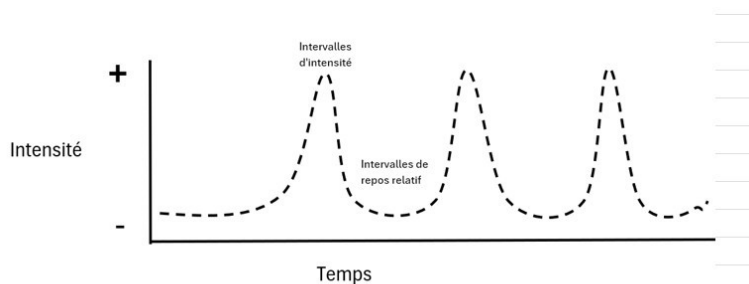
- Modalité de premier choix : marche à intensité modérée (3 sur l'échelle de Borg modifiée 0-10), en continu, jusqu'à 25 minutes, toujours au PID
- Première séance : presque trop facile — ne pas chercher à atteindre 20-25 minutes d'emblée
- Si le PID est atteint avant la durée cible : réduire l'allure ou prendre une courte pause, puis reprendre si la douleur revient au niveau de base
- Critère de passage en Phase 2 : maintenir 20-25 minutes en continu à intensité Borg 0,5-3 de façon confortable et répétée

Phase 2 — Marche par intervalles (introduction progressive) :

- Alternier des intervalles de marche rapide ou en légère déclivité (Borg 4-6) avec des intervalles de marche lente (Borg 0,5-3)
- Débuter avec 3 intervalles de 30 secondes — progression cyclique : 3 → 4 → 5 → 6 intervalles
- Lorsque 6 intervalles de 30 sec sont réalisés facilement : passer à 3 intervalles de 1 minute, et recommencer la progression



Échelle de Borg modifiée — Phase 2 : intervalles d'intensité à 4-6, récupération à 0,5-3.



L'objectif de la phase 2 est d'introduire la notion d'intensité. Il s'agit d'alterner des intervalles de haute intensité (4-6) avec des intervalles de basse intensité (0,5-3)

Phase 2 : alternance d'intervalles d'intensité (Borg 4-6) et d'intervalles de récupération (Borg 0,5-3).

Phase 1 — Micro 01 : initiation à la stabilisation et à la proprioception

- Demi-squat bilatéral (0 à 45° de flexion genou) — co-active grand fessier, quadriceps et stabilisateurs lombaires profonds (multifides, transverse) en coordination intermusculaire et en chaîne cinétique fermée, avec un indice de transfert élevé vers les AVQ. L'activation synergique obtenue en squat est cliniquement supérieure aux exercices d'isolation en quadrupède, qui favorisent de plus l'irritation facettaire. Arrêt systématique au PID.

- Flexion plantaire bilatérale debout — renforce les mollets et favorise la pompe vasculaire des membres inférieurs
- Test proprioceptif unipodal (yeux ouverts) — évaluation et rééducation de l'équilibre

Phase 2 — Micro 02 : renforcement progressif

- Flexion plantaire bilatérale debout, puis unilatérale — renforce les mollets et favorise la pompe vasculaire des membres inférieurs
- Demi-squat progressif jusqu'à 60° selon tolérance au PID
- Marche thérapeutique contrôlée — exercice fonctionnel de référence, dosé au PID en tout temps

Phase 3 — Micro 03+ : progression fonctionnelle

- Squat progressif jusqu'à 90° — active le grand fessier, les quadriceps et les stabilisateurs lombaires profonds en coordination intermusculaire et en chaîne cinétique fermée. Emphase sur la phase excentrique (tempo 2-1-4). Arrêt au PID.
- Squat sumo (abducteurs + rotateurs externes en coordination) — dosé au PID
- Marche en terrain variable — coordination avancée et adaptation neuromusculaire
- Exercices de transfert AVQ : se lever d'une chaise, monter et descendre des escaliers, ramasser un objet au sol — tous calibrés au PID, avec progression de la vitesse et de la charge

Objectif fonctionnel cible (Roland Morris) : Score actuel : 14/24. Objectif à 3 mois : descendre sous 10/24. Objectif à 6 mois : descendre sous 7/24 (seuil cliniquement significatif). Chaque point gagné correspond à une activité quotidienne récupérée. C'est l'indicateur le plus concret de votre progrès.

7.5 Analyse d'imagerie médicale assistée par intelligence artificielle

L'élaboration de ce programme s'appuie sur les conclusions de Dre Sophie Archambault, radiologiste, intégrées en profondeur avec l'assistance de l'intelligence artificielle. Cette approche permet une lecture structurée et exhaustive des données radiologiques — niveau exact de la discopathie, localisation de la hernie, racine nerveuse identifiée, état des facettes et des foramens — permettant de personnaliser le programme d'exercices avec une précision qu'une approche conventionnelle ne peut atteindre.

8. Précautions importantes à respecter dès maintenant

En présence d'une hernie discale avec contact radiculaire et d'une arthrose facettaire, certains signes nécessitent une attention immédiate.

- **Contactez votre kinésologue si vous remarquez une aggravation des fourmillements, une faiblesse nouvelle dans le pied ou la jambe droite, ou une perte de contrôle urinaire ou intestinale — ces symptômes doivent être évalués sans délai.**
- **Votre profil POAM-P/F indique un comportement d'évitement du mouvement (Évitant dominant). L'évitement entretient le déconditionnement et amplifie la douleur à long terme. Le programme vous réexpose progressivement au mouvement — toujours sous le PID. Chaque séance réussie sans douleur est une victoire neurologique.**

- **Ne jamais dépasser votre point d'inflexion de la douleur (PID) lors des exercices. La douleur est votre baromètre — pas votre adversaire à vaincre. Travailler dans la douleur n'accélère pas la guérison : c'est l'inverse.**
- **Les mouvements de flexion antérieure lombaire ne sont pas interdits — ils sont modulés par le PID comme tout autre mouvement. Si la flexion provoque une augmentation de la douleur au-delà de votre PID, réduisez l'amplitude ou la charge. Le PID, et non l'évitement du mouvement, est le seul paramètre de modulation.**
- **La marche effectuée pour les activités de la vie quotidienne (courses, déplacements) ne remplace pas la marche thérapeutique contrôlée du programme — qui est une intervention clinique structurée, dosée et progressive.**

9. Mot du kinésologue

M. Tremblay,

Trois ans. C'est long — et je veux que vous sachiez que je comprends ce que ça représente. Trois ans à moduler votre vie autour de la douleur, à renoncer au jardinage, aux sorties, à des nuits complètes. Trois ans à chercher des réponses. Ce rapport est une première réponse sérieuse à ce que vous vivez.

Ce que l'analyse de votre IRM et de vos questionnaires révèle, c'est une image complète et cohérente. Votre douleur a une source structurale claire — la hernie discale L4-L5, l'arthrose facettaire — mais elle est aussi amplifiée par un système nerveux qui a appris, au fil du temps, à sonner l'alarme trop fort et trop souvent. Et vos questionnaires nous montrent quelque chose d'important : vous êtes quelqu'un qui évite le mouvement par crainte d'aggraver sa condition — une réaction humaine et compréhensible après trois ans de douleur. Mais cet évitement, paradoxalement, entretient et amplifie la douleur sur le long terme. La grande priorité de votre programme sera de vous réexposer progressivement au mouvement — de façon contrôlée, toujours sous votre seuil de douleur. Chaque séance réussie sans douleur réentraînera votre système nerveux à faire confiance à votre corps.

La science est claire là-dessus : l'exercice bien dosé, régulier et progressif est l'un des outils les plus puissants contre la douleur chronique lombaire. Pas parce qu'il « détruit » la hernie — mais parce qu'il renforce les structures qui la stabilisent, réduit l'effort relatif requis pour chaque activité du quotidien, et active les mécanismes naturels d'antalgie de votre cerveau. Votre Roland Morris de 14/24 montre l'ampleur de la limitation aujourd'hui — et il me donnera, à chaque évaluation, une mesure objective de votre récupération.

Je ne vous promets pas que ce sera rapide. Je vous promets que c'est possible, que le programme est conçu spécifiquement pour vous, et que chaque petit progrès — deux minutes de marche de plus, une nuit un peu moins interrompue, un tour de jardin sans avoir à s'asseoir — est une victoire réelle. Avancé doucement, mais avancé régulièrement. C'est la seule chose que je vous demande.

Je suis à votre disposition à chaque étape. N'hésitez pas à me contacter à yvanc@yvanc.com ou au 514 754-3475.

Trois options s'offrent à vous : Premièrement, une consultation individuelle peut être organisée pour vous expliquer en détail le contenu de ce rapport, répondre à vos questions et vous aider à bien comprendre votre condition et votre programme. Deuxièmement, si vous souhaitez que je sois votre kinésologue traitant, je peux établir avec vous le protocole d'exercices précis adapté à votre profil — et assurer l'encadrement complet de votre prise en charge, que ce soit en personne ou en visioconférence, partout au Québec. Troisièmement, si vous préférez être suivi par un professionnel de la réadaptation en contexte de douleur chronique près de chez vous, je peux vous référer à un intervenant certifié IRDC (Intervenant en Réadaptation en contexte de Douleur Chronique). Contactez-moi pour discuter de la formule qui vous convient le mieux.

Qu'est-ce qu'un intervenant certifié IRDC ? La certification IRDC (Intervenant en Réadaptation en contexte de Douleur Chronique) est décernée par l'Institut de kinésiologie du Québec. Elle est obtenue à l'issue d'une formation intensive de 4 journées couvrant la neurophysiologie de la douleur, la psychologie de la douleur chronique, l'évaluation de la kinésiphobie et des comportements de persistance, l'architecture d'un programme de réadaptation par l'exercice en contexte de douleur persistante, et la gestion interdisciplinaire de la douleur. Les professionnels certifiés IRDC — kinésologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes — se distinguent par leur capacité à établir un protocole d'exercices précis et adapté aux facteurs physiques ET psychosociaux propres à chaque patient souffrant de douleur chronique.



Yvan Campbell, M.Sc., CSCS, Kinésologue

Professeur adjoint de clinique, Université de Montréal

Clinique de la douleur — Hôpital du Haut-Richelieu

15 janvier 2026

Lexique des termes utilisés dans ce rapport

Termes kinésiologiques

Point d'inflexion de la douleur (PID) : Seuil à partir duquel la douleur commence à augmenter durant un effort physique. Paramètre de charge prioritaire en réadaptation.

Charge maximale isoalgique (CMI) : Charge maximale n'entraînant pas d'augmentation de douleur pendant l'effort, après celui-ci, ou dans les heures qui suivent.

Hypokinésie algègène : Augmentation de la douleur causée par le déconditionnement physique. Moins on bouge, plus l'effort relatif augmente pour les mêmes tâches.

Hyperkinésie algègène : Augmentation de la douleur causée par un excès d'effort ou d'activité physique dépassant le point d'inflexion.

Effort relatif : Rapport entre l'exigence d'une tâche et la capacité physique maximale de la personne. Plus la capacité maximale augmente, plus l'effort relatif requis pour la même tâche diminue — et moins elle produit de douleur.

Réserve fonctionnelle : Écart entre la capacité physique maximale et les exigences des activités quotidiennes. Plus cette réserve est grande, moins la douleur est présente au quotidien et meilleure est la résilience lors des mauvaises journées.

Indice de transfert : Rapport entre les gains obtenus à l'entraînement et leur traduction réelle en amélioration des activités quotidiennes.

Système de progression ondulatoire (SPO) : Méthode de progression de l'entraînement permettant une évolution graduelle et sécuritaire de la charge, avec repos physiologique intégré.

Proprioception : Capacité du système nerveux à percevoir la position et les mouvements du corps dans l'espace.

Termes radiologiques et anatomiques

Douleur nociceptive : Causée par une lésion tissulaire réelle et observable. Diminue normalement lorsque la lésion guérit.

Douleur neuropathique : Causée par une atteinte du système nerveux. Se manifeste par des brûlures, chocs électriques, engourdissements ou fourmillements irradiant dans un membre.

Douleur nociplastique : Survient lorsque le système nerveux central devient hypersensible. Le cerveau amplifie les signaux douloureux indépendamment de l'état des structures anatomiques. Phénomène neurobiologique réel — appelé sensibilisation centrale.

Discopathie dégénérative : Dégénérescence du disque intervertébral — perte progressive d'hydratation, de hauteur et de capacité d'amortissement.

Hernie discale : Saillie du nucleus pulposus (partie centrale du disque) à travers l'annulus fibrosus (enveloppe du disque). Peut comprimer une racine nerveuse adjacente.

Arthrose facettaire : Dégénérescence des articulations postérieures de la colonne (facettes articulaires). Analogue à l'arthrose d'un genou ou d'une hanche.

Rétrécissement foraminal : Réduction de l'espace par lequel les racines nerveuses sortent de la colonne (foramen intervertébral). Peut comprimer ou irriter la racine nerveuse correspondante.

Sciatalgie : Douleur irradiant le long du trajet du nerf sciatique, généralement depuis le bas du dos jusqu'à la jambe. Ici causée par la compression de la racine L5.

Racine nerveuse L5 : L'une des racines nerveuses lombaires. Sa compression produit une douleur irradiant à l'arrière et à la face extérieure de la cuisse, du mollet et du pied.

Kinésiophobie : Peur du mouvement par crainte d'aggraver la douleur ou de se blesser. Mesurée par le TSK-17.

Comportement de persistance malgré la douleur (CPMD) : Tendance à continuer une activité physique malgré l'augmentation de la douleur. Entraîne une hypersensibilisation progressive du système nerveux central.

Avis important : Le présent rapport constitue une analyse kinésiologique fondée sur les conclusions de professionnels de la santé habilités (radiologistes, médecins spécialistes) et vise exclusivement à établir la nature et les orientations d'une prise en charge en kinésiologie. Il ne constitue en aucun cas un diagnostic médical, lequel relève exclusivement de médecins et de professionnels de la santé autorisés à cet effet. L'interprétation des résultats d'imagerie médicale présentée dans ce rapport est réalisée aux seules fins de planification d'un programme d'exercices thérapeutiques et de réadaptation kinésiologique.