

KINESITHERAPIE ET DOULEUR 2 : "DES SOLUTIONS PERSONNALISEES ET PERTINENTES POUR NOS PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES"

A – Programme détaillé

DUREE

Deux jours en présentiel :
- 14 heures de formation

NOMBRE DE STAGIAIRES

- Minimum : 8 (sauf cas exceptionnels)
- Maximum : 25

FORMATEUR

Laurent ROUSSEAU – Masseur-Kinésithérapeute

PRE-REQUIS

Il est nécessaire d'avoir fait le 1^{er} niveau pour pouvoir intégrer cette 2^e partie.

1) OBJECTIFS

La compréhension et la prise en charge rééducative des syndromes douloureux chroniques ont évolué profondément et très rapidement ces dernières années, notamment sous l'impulsion de la recherche française et internationale. La visée de ce stage est de permettre une remise à jour complète des savoirs et savoir-faire afin de les rendre conformes aux connaissances actuelles et d'améliorer l'efficacité des soins.

Dans la lutte contre la douleur, le kinésithérapeute conformément à la définition inscrite dans la Loi (L4321-1) : « La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement : 1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ; 2° Des déficiences ou altérations des capacités fonctionnelles. [...] le masseur-kinésithérapeute met en œuvre des moyens manuels, instrumentaux et éducatifs, et participe à leur coordination. »

Contenu :

Théorique (cognitif, conceptuel), technologique et pratique (Voir infra)

Objectifs généraux :

La prise en charge de la douleur est une réalité quotidienne pour les MK : l'intention générale du projet, du point de vue de la pratique libérale et institutionnelle, est d'améliorer la prise en charge des patients douloureux chroniques.

A l'issue de la formation, le participant sera capable après une analyse de la pratique actuelle et des recommandations de :

- Réaliser des tests et évaluations simples et rapides, recommandés et validés par l'HAS et ensuite d'améliorer leur prise en charge avec une approche globale, novatrice et mieux adaptée.
- Contribuer à améliorer l'offre de soins et leur accès par des prestations pertinentes, réalisées par un plus grand nombre de professionnels.

- Mobiliser, en situation de soins, différents savoirs et capacités conformes aux données actuelles de la science et aux publications et recommandations de l'HAS :

- savoir de connaissances ;
- savoir de techniques pratiques ;
- savoir-faire opérationnel ;
- savoir relationnel.

- Analyser et évaluer un patient, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique

- Concevoir et conduire un projet thérapeutique kinésithérapique, adapté au patient et à sa situation (incluant la dimension éducative)

- Concevoir, mettre en œuvre et évaluer la prise en charge kinésithérapique

- Intégrer l'aspect économique dans sa réflexion au quotidien lors des prises en charge des patients.

Objectifs spécifiques :

A l'issue de ce stage, le stagiaire sera en capacité de :

- Compléter la formation « niveau 1 » par une approche plus globale, au sein d'une équipe pluri disciplinaire. Cette formation peut se faire en mono-professionnel mais également en pluri-professionnel
- Maîtriser des connaissances de base sur le traitement médical, et aura approfondi ses connaissances fondamentales sur les phénomènes physiologiques de la chronicisation de la douleur.
- Savoir réaliser et utiliser un Bilan Diagnostique Kinésithérapique (BDK), pour réajuster ses traitements
- Savoir évaluer et tracer la nécessité et les objectifs de rééducation via le BDK
- Maîtriser les instruments de mesure et d'évaluation de la douleur et de ces conséquences
- Savoir élaborer et mettre en œuvre un traitement coordonné
- Appréhender le rôle de chaque professionnel de santé susceptible d'intervenir dans le long parcours de nos patients douloureux chroniques.

2) RESUME

Premier jour : 9h00-12h15 & 13h45-18h00

8h30 : Accueil des participants (30 minutes)

9h00 **Évaluation des améliorations des pratiques liées aux pré-requis déjà maîtrisés, Tour de table et retour d'expérience (1 heures 30)**

Au cours de la **formation de niveau 1**, les stagiaires ont été initiés aux nouvelles connaissances en matière de douleur, et ont été invités à intégrer ce corpus de connaissances dans leur pratique professionnelle, afin d'en modifier à la fois le diagnostic posé quant à la douleur de leurs patients, et de choisir de manière efficiente le traitement est les techniques adaptées à la situation. Dans le cadre de cette mise en application du contenu du **niveau 1**, ce tour de table est nécessaire pour évaluer le niveau d'intégration de chaque participant et de percevoir l'utilité de poursuivre cet apprentissage, pour continuer de progresser dans cette prise en charge du patient douloureux complexe.

Pause (15mn)

Retour sur les grands principes abordés dans la première formation et approfondissement (1 heures 30)

10h45 La sensibilisation centrale constitue l'un des phénomènes physiologiques les plus importants dans la compréhension de la douleur chronique. Cet approfondissement permettra d'envisager une prise en charge plus précise du patient douloureux complexe. (30 mn)

11h15 Retour sur les concepts novateurs étudiés dans la partie 1 (neuromatrice attente perception...) pour assoir et progresser dans les comportements à adopter face au patient douloureux complexe). (1h00)

12h15 DÉJEUNER-REPRISE À 13h45

Prise en charge globale des patients douloureux complexes selon le modèle Bio Psycho Social (2 heures 30)

13h45 Présentation (1h00)

Le retentissement de la douleur chronique est la préoccupation principale des patients douloureux complexes. Les conditions de douleurs chroniques comme la fibromyalgie ou la lombalgie chronique, ne répondent pas aux traitements médicaux habituels, et leur prise en charge relève d'un abord global ou les cognitions les comportements et les émotions sont à analyser très précisément.

Dans le cadre de cette formation, nous aborderons ce volet psycho social afin de l'intégrer dans la pratique quotidienne du kinésithérapeute se trouvant confronté à ces patients.

Comment intégrer ces notions dans une prise en charge kinésithérapique?

14h45 Les atouts de la Masso-Kinésithérapie (20mn)

Dans ce chapitre nous mettrons en parallèle les particularités de la profession de masseur kinésithérapeute qui peuvent faciliter cette prise en charge. Empathie, organisation, formation, accès à l'activité physique, sont des atouts indiscutables dans cette prise en charge.

15h05 Aider le patient à devenir acteur de son traitement (30mn)

Autour d'exemples concrets de patients porteur de pathologies habituelles, nous travaillerons sur des scénarios visant à rendre le patient acteur de sa santé, et notamment pour favoriser l'observance de son traitement.

Les moyens

15h35 L'analyse fonctionnelle (20mn)

Recherche des comportements à risque (impuissance apprise, attribution causale, distorsion cognitive, flexibilité). Rendre l'activité physique possible en modulant ces comportements.

Déterminer la ligne de base, pour permettre au patient de s'exercer de manière appropriée.

Évaluer en permanence pour réajuster (les outils de l'évaluation). Proposer le suivi du patient.

15h55 Comportement et mouvement (20mn)

La kinésiophobie ou la douleur opérante. Explication et découverte du modèle peur évitement

Pause (15mn)

Jeux de rôles (1h30) Mettre en pratique les outils et moyens

16h30 A la recherche des distorsions cognitives (30mn)

17h00 A la recherche des étapes du changement (30mn)

17h30 Mise en place des 4 R (10mn)

Reconceptualiser

Reformuler

Résumer

Renforcer

17h40 A la recherche des croyances erronées, des peurs, des comportements préjudiciables (20mn)

18h00 FIN DE LA PREMIÈRE JOURNÉE

Objectifs de la première journée :

- Approfondir les connaissances et les compétences de prise en charge des patients douloureux (aigus et chroniques) par une approche plus globale au sein d'une équipe pluri disciplinaire. Cette formation peut se faire en mono-professionnel mais également en pluri-professionnel
- Maîtriser des connaissances de base sur le traitement médical, et aura approfondi ses connaissances fondamentales sur les phénomènes physiologiques de la chronicisation de la douleur.
- Savoir réaliser et utiliser un Bilan Diagnostique Kinésithérapique (BDK), pour réajuster ses traitements :
- Savoir évaluer et tracer la nécessité et les objectifs de rééducation via le BDK
- Savoir élaborer et mettre en œuvre un traitement coordonné

Deuxième jour : 8h45-12h30 & 13h30-17h15

Quelques notions de bases sur les traitements médicaux de la douleur aiguë et chronique (1h00)

8h45 Ce chapitre permet de faire le point sur la prise en charge médicamenteuse de la douleur. Il n'est pas question de prescription, mais bien d'avoir un corpus de connaissance permettant une meilleure communication interprofessionnelle.

Des bilans pour évaluer et réévaluer (1h00)

9h45 Dans ce chapitre, nous revenons en détail sur l'évaluation, ses objectifs et sa mise en place. Le caractère Bio Psycho Social de la douleur que souligne l'HAS, nous invite à évaluer la douleur et ses implications dans ses différents paramètres, l'intensité n'étant qu'un des paramètres à évaluer. Nous nous attacherons à élargir ces évaluations sur l'impact fonctionnel au travers de l'évaluation du mouvement, sur les peurs liées au mouvement (syndrome peur évitement), ainsi que les croyances, les attitudes face à la douleur et le retentissement. Un autre élément à évaluer est le risque de chronicisation de la douleur en matière de lombalgie. Cette évaluation simple et rapide permettra de mettre en place des stratégies adaptées pour limiter ce risque majeur.

Le catastrophisme avec le PCS
Les croyances et les peurs avec le FABQ
Les stratégies de coping avec le CSQ
Les attitudes face à la douleur avec le SOPA
La kinésiophobie avec le TAMPA SCALE OF KINESIOPHOBIA
La chronicisation avec le The Keele STarT Back Screening Tool

Pause (15mn)

Utilisation des outils d'éducation aux neurosciences de la douleur (1h30)

11h00 Ce chapitre est consacré à la mise en place concrète de l'éducation à la douleur. Les principes et la méthode de l'Éducation Thérapeutique (progression adaptée, quelques informations à la fois, alliance thérapeutique...), sont ici repris, afin de permettre au patient de bénéficier au mieux de l'éducation dispensée par le praticien.

Autour d'exemples concrets de patient douloureux complexes, nous cheminerons d'un outil à l'autre (fiches, livret, applications, site internet... afin de personnaliser au mieux notre pratique éducative.

Cette éducation serait vaine s'il n'y avait la participation active du patient, notamment pour l'observance des exercices. Ainsi nous verrons dans ce cadre les possibilités de favoriser l'observance des traitements.

12h30 DÉJEUNER

Ateliers de mise en pratique (2h15)

13h30 Retour sur les évaluations et le retour d'expérience (30mn)
Un nouveau tour de table et une rediscussion des objectifs du stage est proposé.

14h00 Discussion en groupe des conduites à tenir par rapport aux exemples de patients choisis au cours de la formation (30mn)

14h30 Proposition de mise en place d'un modèle éducatif (30mn)

15h00 Mise en pratique en groupe des propositions élaborées (45mn)

Pause (15mn)

Pratiques avancées en matière de douleur en kinésithérapie (30mn)

16h00 Un traitement d'avant-garde en matière pour des conditions de douleurs difficiles : le GMI

16h30 Perspectives pour l'intégration de la profession dans des équipes pluri-professionnelles. (20mn)

16h50 Évaluation finale et débriefing de la formation (25mn)

17h15 FIN DE LA FORMATION

Objectifs de la seconde journée :

- Maîtriser des connaissances de base sur le traitement médical, et aura approfondi ses connaissances fondamentales sur les phénomènes physiologiques de la chronicisation de la douleur.
- Maîtriser les instruments de mesure et d'évaluation de la douleur et de ces conséquences
- Savoir élaborer et mettre en œuvre un traitement coordonné
- Appréhender le rôle de chaque professionnel de santé susceptible d'intervenir dans le long parcours de nos patients douloureux chroniques.

3) METHODOLOGIES

- Analyse des pratiques par grille d'évaluation « pré formation » (**pré-test**)
- Restitution au formateur des résultats de ces grilles d'analyse des pratiques préformation, question par question au groupe et à chaque stagiaire
- Partie présentielle d'une durée de 14 h comportant des échanges sur les résultats de l'évaluation pré-formation (**pré-test**), d'un face à face pédagogique de d'enseignement cognitif, selon les méthodes pédagogiques décrites ci-dessous, principalement centré sur les problèmes ou lacunes révélés par les évaluations.
- Analyse des pratiques par évaluation post formation
- Restitution individuelle au stagiaire de l'impact de la formation sur la pratique professionnelle
- Restitution statistique, au formateur, de l'impact de sa formation sur la pratique

B – Méthodes pédagogiques mises en œuvre

Les différentes méthodes pédagogiques sont employées en alternance, au fur et à mesure du déroulement de la formation :

- **Méthode participative - interrogative** : les stagiaires échangent sur leurs pratiques professionnelles, à partir de cas cliniques et des résultats des grilles pré-formation (pré-test)
- **Méthode expérientielle** : modèle pédagogique centré sur l'apprenant et qui consiste, après avoir fait tomber ses croyances, à l'aider à reconstruire de nouvelles connaissances
- **Méthode expositive** : le formateur donne son cours théorique, lors de la partie cognitive

- **Méthode démonstrative** : le formateur fait une démonstration pratique, sur un stagiaire ou un modèle anatomique, devant les participants lors des TP
- **Méthode active** : les stagiaires reproduisent les gestes techniques, entre eux, par binôme.

Afin d'optimiser la mise en œuvre de ces méthodes, les supports et matériels mis à disposition sont :

- Projection PPT du cours, photocopié et / ou clé USB reprenant le PPT
- Si besoin et en fonction du thème de la formation : tables de pratiques (1 pour 2), tapis, coussins, modèles anatomiques, consommables (bandages, élastiques, etc...).

C – Méthodes d'évaluation de l'action proposée

- Evaluation « pré » (pré-test) et « post formation » (post-test)
- Questionnaire de satisfaction immédiate
- Questionnaire de satisfaction à distance

D – Référence recommandation bibliographie

Articles

1. Aguerre C., Vannier I. & Thoraval G. (2004). Propension au changement et efficacité des prises en charge cognitivo---comportementales de la douleur chronique. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 14(HS), 24---26.
2. Aguerre, C. (2010). Sentiments d'auto---efficacité envers la gestion de la douleur chronique: évaluation, déterminants et impacts. *La lettre de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (S.F.E.T.D.)*, N° 19 (février 2010), p. 2.
3. Aguerre, C., Bridou, M., Laroche, F., Csillik, A., & Jensen, M. (sous presse). Spécificités de l'entretien motivationnel dans le cadre d'une prise en charge cognitivo---comportementale de la douleur chronique. *L'Encéphale*. (article accepté le 19 juillet 2013).
4. Bray H., Moseley GL. Disrupted working body schema of the trunk in people with back pain – *Br J Sports Med*. 2011 Mar;45(3):168---73. doi: 10.1136/bjism.2009.061978.
5. Craig AD. Interoception : the sense of the physiological condition of the body – *Curr Opin Neurobiol*. 2003 Aug;13(4):500---5.
6. Craig AD. Pain Mechanisms: Labeled Lines Versus Convergence in Central Processing – *AD Craig Annu Rev Neurosci*. 2003;26:1-30.
7. Crombez G, Johan W.S. Vlaeyen JWS, Heuts PH, Lysens R. Pain---related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain---related fear in chronic back pain disability - *Pain*. 1999 Mar;80(1-2):329---39.
8. Gallace A, Torta DME, Moseley GL, Iannetti GD. The analgesic effect of crossing the arms --- *Pain*. 2011 Jun;152(6):1418---23. doi: 10.1016/j.pain.2011.02.029. Epub 2011 Mar 26.
9. Gallagher L, McAuley J, Moseley GL. A Randomized---controlled Trial of Using a Book of Metaphors to Reconceptualize Pain and Decrease Catastrophizing in People With Chronic Pain, *Clin J Pain*. 2013 Jan;29(1):20---5. doi:10.1097/AJP.0b013e3182465cf7.
10. Jammet L., Aguerre C., Laroche F., Guy---Coichard C., Rostain S. (2010). Prise en charge comportementale et cognitive de la fibromyalgie : programme multimodal en groupe : une étude pilote. XXXIIIèmes Journées Scientifiques de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive (A.F.T.C.C.), Paris, 10---11 décembre 2010.

11. Jammet, L. F., Aguerre, C., Laroche, F., Guy---Coichard, C., & Rostaing, S. (2013). Mieux vivre avec la fibromyalgie via un dispositif thérapeutique cognitivo---comportemental: Étude du cas clinique «Mme L.». *Journal de Thérapie Comportementale & Cognitive*, 23(3), 142--- 152.
12. Laroche F., Jammet L., Aguerre C., Guy---Coichard C., Rostaing---Rigattieri S & Perrot S. (2007). Effet des thérapies cognitives et comportementales associées aux exercices sur la qualité de vie de la fibromyalgie. *Revue du Rhumatisme*, 74(10---11), 1148---1149.
13. Laroche F., Jammet L., Guy---Coichard C., Aguerre C., Perrot S. & Rostaing---Rigattieri S. (2007). TO66 Thérapie comportementale et cognitive de la fibromyalgie : étude pilote au centre d'évaluation et de traitement de la douleur Saint---Antoine de Paris, *Douleurs : Evaluation, diagnostic, traitement*, 8(1), 96.
14. Lluch Gírbés E, Nijs J, Torres Cueco R, Carlos López Cubas C. Pain Treatment for Patients With Osteoarthritis and Central Sensitization - *Physical Therapy*, 2013; 93:842---851.
15. Moseley GL Brhyn L, llowiecki M, Solstad K, Hodges PW. The threat of predictable and unpredictable pain: Differential effects on central nervous system processing? --- G.Lorimer Moseley, *Aust J Physiother.* 2003;49(4):263-7.
16. Moseley GL, Nicholasand MK, Hodges PW. Does anticipation of back pain predispose to back trouble? *Brain.* 2004 Oct;127(Pt 10):2339---47.
17. Moseley GI, Zalucki N, Birklein F, Marinus J, Van Hilten Jj, Luomajoki H. Thinking About Movement Hurts: The Effect of Motor Imagery on Pain and Swelling in People With Chronic Arm Pain - *Arthritis Rheum.* 2008 May 15;59(5):623-31. doi: 10.1002/art.23580.
18. Moseley GL. Ability of patients to understand neurophysiology. *J Pain.* 2003 May;4(4):184---9.
19. Moseley GL. Intensive neurophysiology education in chronic LBP. *Clin J Pain.* 2004 Sep- Oct;20(5):324-30.
20. Moseley GL. Reconceptualising Pain According To Modern Pain Science. *Physical Therapy Reviews* Volume 12 Issue 3 (01 September 2007), pp. 169-178
21. Neblett R, Cohen H, Choi YH,. Hartzell MM, Williams M, Mayer TG, Gatchel RJ, The Central Sensitization Inventory (CSI): Establishing Clinically---Significant Values for Identifying Central Sensitivity Syndromes in an Outpatient Chronic Pain Sample *J Pain.* 2013 May;14(5):438---45. doi: 10.1016/j.jpain.2012.11.012. Epub 2013 Mar 13.
22. Nijs J, Torres-Cueco R, van Wilgen P, Lluch Gírbés E, Struyf F, Roussel N, Van Oosterwijck J, Daenen L, Kuppens K, Vanderweeën L, Hermans L, Beckwée D, Voogt L, Clark J, Moloney N, Meeus M. Applying Modern Pain Neuroscience in Clinical Practice: Criteria for the Classification of Central Sensitization Pain. *Pain Physician* 2014; 17:447---457
23. Nijs J, Van Houdenhoved B, Oostendorpe RA, Recognition of central sensitization in patients with musculoskeletal pain: Application of pain neurophysiology in manual therapy practice *Manual Therapy* 15 (2010) 135---141
24. Nijs J, van Wilgen CP, Van Oosterwijck J, van Ittersum M, Meeus M. How to explain central sensitization to patients with 'unexplained' chronic musculoskeletal pain: Practice guidelines, *Manual Therapy* 16 (2011) 413e418
25. Ophoven E. Analyse fonctionnelle de la douleur chronique. *Douleur et Analgésie* December 1999, Volume 12, Issue 4, pp 273-279
26. Pohl M. Sensibilisation nociceptive centrale : systèmes de signalisation cellulaire et moléculaire, *Douleurs : Evaluation -Diagnostic – Traitement* Volume 15, Issue 2, April 2014, Pages 44---51.



**MAISON
DES
KINES**
INK FORMATION

Institut National de la Kinésithérapie
www.maisondeskines.com

> 3, rue Lespagnol - 75020 Paris
tél. : 01 44 83 46 71

secretariat@ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 116 30 75



Livres

1. Butler D, Moseley GL. Explain Pain, Noigroup Publications, Adelaïde, Australia, 2003
2. Cungi C. L'alliance thérapeutique, Paris éditions Retz 2006.
3. Golay A, Lagger G, Giordan A. Comment motiver le patient à changer ? Paris : Maloine, 2009,
4. Joules RV et Beauvois JL. Petit traité de manipulation à l'intention des honnêtes gens, Grenoble éditions des Presses Universitaires de Grenoble 2002
5. Laroche F, Roussel P. Douleur Chronique et Thérapies comportementales et cognitives, Paris, éditions In Press 2012
6. Messica I, Effet Placebo, Mécanismes neurobiologiques et intérêts thérapeutiques Données actuelles, à partir d'une revue de la littérature, Saarbrücken éditions Universitaires Européennes 2011
7. Mikolajczak M, Quoidbach J, Kotsou I, Nelis D. Les compétences émotionnelles, Collection: Psycho Sup, Dunod 2014
8. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel - 2e éd. Aider la personne à engager le changement, Paris, Inter Editions, 2013
9. Mirabel-Sarron C, Vera L L'entretien en thérapie comportementale et cognitive, Collection: Les ateliers du praticien, Paris éditions DUNOD 2014
10. Moseley GL, Butler DS, Beames TB, Giles TJ. The Graded Motor Imagery Handbook, Noigroup Publications, Adelaïde, Australia, 2012
11. Purves D, Augustine GJ, Fitzpatrick D, Hall WC, La Mantia AS. White LE. Neuroscience, Bruxelles Editions de Boeck 4° Edition, 2011

E – Grille d'évaluation pré-test / post-test (pré et post-formation)

Cf page suivante



DEVIENT



KINESITHERAPIE ET DOULEUR NIVEAU 2

Nom :	Phase :	Patient :	Date :	Formulaire :
-------	---------	-----------	--------	--------------

DES SOLUTIONS PERSONNALISEES ET PERTINENTES POUR NOS PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES

Vous devez cocher une case en face de chacune des propositions faites dans ce document, en fonction de vos connaissances actuelles :

- O = OUI, la réponse est conforme

- N = NON, la réponse est non conforme

- NC = non concerné, ne pas cocher (valide une réponse fausse)

Vous n'avez pas eu de patient au cours des 2 derniers mois, ou vous n'avez pas d'expérience pour cette pathologie : répondez quand même par OUI ou NON en fonction de vos connaissances actuelles.

Un patient arrive avec une prescription médicale. Quelle a été votre pratique lors de la première séance concernant l'abord de la douleur ?	OUI	NON	NC
01 - Avez-vous pris connaissance du traitement médicamenteux de votre patient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 - Avez-vous interrogé ce patient au sujet du traitement médicamenteux, et de la fonction de ces médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 - Une première séance sans avoir touché le patient vous paraît-elle être une vraie séance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 - Au cours de votre première séance, abordez-vous la physiologie de la douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 - La sensibilisation centrale est un phénomène décrit dans beaucoup de douleur d'origine musculo-squelettique. Pensez-vous que sa connaissance pourrait aider votre patient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 - Avez-vous sensibilisé votre patient au fait qu'il est le principal acteur de sa guérison ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 - Dans le cadre d'une douleur aiguë, vous paraît-il intéressant de partager des informations sur la douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Une fois la première séance et le BDK réalisé. Quelle est votre pratique tout au long de vos séances ?	OUI	NON	NC
08 - Réservez-vous un moment d'échange avec votre patient à chaque séance pour aborder la douleur d'un point de vue théorique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 - Vos séances comportent-elles un volet comportemental ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - La mise en place d'une auto-gestion est fondamentale dans l'abord moderne du patient. Intégrez-vous obligatoirement cette notion dans la construction de vos traitements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Fixez-vous des objectifs pour chaque séance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - L'alliance thérapeutique doit être mise en place dans chaque séance. Vous semble-t-il intéressant de vérifier si elle est toujours en place, à chaque séance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - Certaines habitudes comme le tabagisme sont préjudiciables pour la cicatrisation des tissus lésés. Vous sentez-vous concernés pour aborder cela au cours d'une séance, en insistant sur ce facteur délétère ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	NC
14 - L'abord comportemental est une technique validée dans la gestion de la douleur chronique. La kinésithérapie peut-elle être complémentaire de cette vision ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - La douleur est complexe et d'origine multifactorielle. Abordez-vous d'emblée et systématiquement tous les volets de la douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 - La douleur chronique nécessite souvent un changement de comportement. Des étapes sont à respecter. Prenez-vous le soin de faire régulièrement le point dans ces étapes du changement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - Les connaissances sur la douleur sont importantes à partager. Gardez-vous un petit temps pour partager avec votre patient à ce sujet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - Les croyances erronées sont une source bien identifiée de distorsions cognitives. Faites-vous régulièrement le point avec votre patient sur ces croyances ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 - Afin de faire un point régulier avec votre patient, demandez-vous à votre patient de tenir un "carnet de bord" de ses activités quotidiennes en rapport avec ses douleurs, afin de déterminer précisément une ligne de base ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>