

FAIRE DE LA DOULEUR UNE ALLIEE

A – Programme détaillé

DUREE

Deux jours en présentiel :

- 14 heures de formation

NOMBRE DE STAGIAIRES

- Minimum : 8 (sauf cas exceptionnels)

- Maximum : 20

FORMATEUR

Laurent ROUSSEAU – Masseur-Kinésithérapeute

1) OBJECTIFS

La compréhension et la prise en charge de la douleur ont profondément évoluées 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 des neurosciences. Ce stage permettra également de repenser le bilan et le traitement du patient douloureux et plus généralement, d'améliorer la relation avec les patients douloureux. La formation utilise des mises en situation simulées.

Contenu :

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

Objectifs généraux :

Le participant sera capable après une analyse de la pratique actuelle et des recommandations de :

- 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 la formation, le professionnel aura la maîtrise :

- Des savoirs actualisés de la physiologie, physiopathologie des processus douloureux
- Des particularités de la douleur aux différents âges de la vie
- De l'entretien et de l'examen du patient et des indicateurs utilisables pour évaluer la dimension « douleur »

- Des critères permettant de définir la typologie douloureuse et les conséquences fonctionnelles, professionnelles, personnelles ou sociales
- De l'entretien motivationnel et des principes de l'alliance thérapeutique
- De l'élaboration du diagnostic et de la prise en charge jusqu'à sa réalisation
- De la construction du traitement de la douleur en tenant compte des différentes dimensions bio-psycho-sociales
- Des effets contextuels
- De l'éducation du patient et/ou de son entourage

2) RESUME

Premier jour : 9h00-12h30 & 13h30-17h00

- *Présentation générale de la formation, du formateur et des participants*

Contenus :

9h-10h30

- *Éléments de compréhension de la douleur*

- La douleur est un signal en réponse à la perception d'une menace
- Notion de menace
- Que prendre en compte dans la notion de menace ?
- Une menace pour qui ? Comment ? Pourquoi ?
- La théorie de la neuromatrice
- La nociception : données physiologiques
- Intégrer les données physiologiques de la nociception dans l'exercice du kinésithérapeute
- Reconnaître la nociception
- Transduction, conduction, transmission, perception et modulation (données simplifiées accès possible à des compléments approfondis dans les documents joints)
- La sensibilisation et les applications en kinésithérapie
- Définitions et physiologie simplifiée de la sensibilisation (accès possible à des compléments approfondis dans les documents joints)
- Périphérique (les pathologies identifiées en rapport avec la sensibilisation périphérique)
- Centrale (les pathologies identifiées en rapport avec la sensibilisation centrale)

- *Les définitions de la douleur*

- Suivant l'origine présumée (IASP)
- Nociceptive
- Neuropathique
- Nociplastique
- Dysfonctionnelle
- Suivant la durée
- Aiguë
- Chronique
- Les particularités selon l'âge
- Les personnes âgées
- Les enfants

10h30-12h30

- *Atelier 1 : Écouter le patient*

Après avoir écouté le récit d'un patient, les participants répondront à ces questions :

- Quelles informations ont été détectées ou repérées ?
- Quelle est la première impression sur la douleur ?



**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



- Repérez les métaphores utilisées par le patient
Nous voyons ensemble les réponses de chacun et discutons de la suite à donner.

- *Discussion et proposition d'un arbre décisionnel pour la suite*

- L'écoute réflexive
- Les techniques d'écoute
- La technique du vélo
- Les critères de choix
- Que faire des informations collectées ?
- Comment les analyser ?
- Quelles pertinences ?
- Faire une première évaluation
- Nociceptive ? Pourquoi ?
- Neuropathique ? Pourquoi ?
- Dysfonctionnelle ? Pourquoi ?
- Mixte ? Pourquoi ?
- L'arbre décisionnel – Synthèse de la première approche
- Les axes de décision
- La démarche diagnostique kinésithérapique
- Validité des choix
- Orientations à prendre
- Le choix des bilans

Après-Midi

13h30-15h

- *Les bilans - Pourquoi Comment ?*

- Principes
- Objectifs
- Les biais
- Les pièges
- Ce qui influence les bilans
- Que recherche t-on ?
- Intensité
- Sensations
- Handicap
- Fonction
- Impact
- Retentissement : fonctionnel ; professionnel ; personnel ; sportif
- Les bénéfices secondaires
- Le diagnostique (DN4)
- L'auto-évaluation (quelle évaluation et pourquoi, intérêts et limites)

Unidimensionnelle

- . EN
- . EVA (adulte enfant)
- . EVS
- . Les visages
- . Les jetons
- . La topographie...

Multidimensionnelle

- . Plus orientée douleur chronique



DEVIENT



- . Évaluation des versants
 - Sensori Discriminatif (QDSA première partie)
 - Émotionnelle et affectif (MPQ)
 - Cognitif (FABQ)
 - Comportemental (CSQ)
 - . Échelle de qualité de vie (SF35)
- Les hétéro-évaluations (analyse des modifications comportementales et physiologiques liées à la douleur (mimique, fréquence des plaintes, attitudes motrices)
 - Sujet âgé, confus, dément : DOLOPLUS, MMS...
 - Enfants : OPS, DEGR...

15h-17h

- Atelier 2 : « Bilanter » le patient

Suite au premier atelier, chacun essaiera de déterminer quels bilans pourront être mis en place, et pourquoi ?

Chacun pourra exposer le cas d'un patient qu'il aura en soin et pourra faire le même exercice.

- L'entretien motivationnel

- Les grands principes
- Les objectifs
- Entretien motivationnel, kinésithérapie et douleur

- L'alliance thérapeutique

- Les grands principes
- Les objectifs
- Entretien motivationnel, kinésithérapie et douleur

Objectifs de la première journée :

Le professionnel aura la maîtrise :

- De l'entretien et de l'examen du patient et des indicateurs utilisables pour évaluer la dimension « douleur »
- Des critères permettant de définir la typologie douloureuse et les conséquences fonctionnelles, professionnelles, personnelles ou sociales
- De l'entretien motivationnel et des principes de l'alliance thérapeutique
- De l'élaboration du diagnostic et de la prise en charge jusqu'à sa réalisation

Deuxième jour : 9h00-12h30 & 13h30-17h00

Contenus :

9h-9h30

- Débriefing de la journée 1, retour sur les EPP

9h30-10h30

- Identifier les croyances et les attentes du patient
- Identifier les croyances pour estimer le décalage entre le contenu des messages et ce que pense le patient
- Essayer de mettre en perspective ce décalage
- Discuter de l'impact de ces croyances le niveau de douleur ressenti
- Faire exprimer les attentes pour discuter de la cohérence de ces attentes
- Négocier des objectifs raisonnables et cohérents

10h30-12h30

- Atelier 3 : Mener l'entretien

Toujours avec les mêmes groupes, les kinésithérapeutes essayeront de développer les résultats obtenus la veille auprès de leur patient. L'objectif étant de commencer à envisager un traitement et des objectifs clairs et partagés.

- En utilisant les principes de l'entretien motivationnel et de l'alliance thérapeutique, la première « mission » est de présenter les résultats avec un début de traitement
Exemple : « Votre douleur est mixte (nociceptive et neuropathique), et dans ce cas, et au regard des bilans, l'orientation du traitement nous mènera à la fois vers une prise en charge d'exercice et de mobilisation. Au préalable je vais vous expliquer comment et pourquoi la douleur existe, ce qui vous permettra de mieux comprendre le traitement proposé ».

Cette affirmation ne sera pas nécessairement en adéquation avec les croyances du patient qui venait chercher autre chose.

- Dans un deuxième temps et afin d'engager le patient dans son traitement, renseigner les croyances et les attentes du patient

Cette phase est essentielle car elle conditionne pleinement la suite. Il sera nécessaire d'identifier le décalage existant entre ce que le patient croit et attend avec ce que l'entretien et les bilans font ressortir.

L'exercice porte donc sur la façon d'amener le patient à partager ces informations.

- Mise en place des traitements

- Choisir et justifier de ses traitements
Que recherche t'on ?
Le traitement est l'aboutissement de l'analyse de la situation
- La douleur est Bio Psycho Sociale
Action sur le Bio
Action sur le Psycho
Action sur le Social
- La modulation
Les afférences
L'intégration
La perception
Le comportement, les émotions les pensées
- Co-construire le traitement
Douleur aiguë
Douleur chronique
Le contrat de bonne santé
- Adapter ses traitements
Le patient au cœur du dispositif
La progression
L'impuissance apprise
L'observance
Objectiver les résultats
Réévaluer et reprogrammer

13h30-15h

- Atelier 4 : Les traitements

L'objectif de l'exercice sera de proposer des exercices cohérents et de mettre en place à la fois une progression et une intégration fonctionnelle de ces exercices en fonction du patient. Cette phase requiert une bonne connaissance du patient. De plus dans le cadre de l'observance, les exercices proposés à domicile seront adaptés au patient et discutés pour avoir une chance d'être réalisés.

- Proposer une voie logique et argumenter au patient, pour aboutir à un traitement, tout en respectant et en valorisant son engagement et sa participation. L'objectif de cet atelier est de mettre en place en co-construisant un traitement logique.
Pour cet exercice, il sera demandé de ne pas utiliser les verbes « devoir et falloir », de même que le mot « mais » qui en fonction du contexte pourra être remplacé par « et ». L'observateur essaiera de comptabiliser l'utilisations de ces mots.

- Définir les modalités de réalisation de ces exercices, au cabinet, au domicile, au travail, pendant les loisirs...
Toujours dans un souci de partage des responsabilités dans l'élaboration du traitement, la mise en place du traitement sera aussi précise et personnalisée que possible.

- L'effet contextuel

- Définition de l'effet contextuel
Où, comment, pourquoi ?
- Placebo et kinésithérapie
Intérêt et limite de l'effet placebo en kinésithérapie
- Mise en place
Comment potentialiser ses traitements ?
Modalité et éthique
- Les résultats et ce que l'on peut en attendre
Évaluer le patient :
 - Ses attentes
 - Ses croyances
 - Le contexte
 - Le conditionnement
- Évaluer la part de l'effet contextuel dans l'efficacité (le modèle BioPsychoSocial ?).

15h-16h

- Atelier 5 : Intégrer l'effet placebo

Imaginer dans les groupes et suite à la mise en place des traitements, quelles pourraient être les façons de mettre en place l'effet contextuel, en respectant l'éthique, le projet du patient et la ligne directrice établie auparavant. Donner quelques exemples concrets (attitude, discours, exercice...)

- Les messages utiles

La douleur est une production du cerveau ; La douleur n'est pas le reflet de la lésion ;
La nociception n'est pas la douleur ; Les voies de la douleur n'existent pas...

- Les intérêts de ces messages
- Les difficultés pour faire passer ces messages
- La douleur n'est pas le reflet de la lésion
- Les difficultés pour faire passer ces messages
- Les croyances du patient face à ces messages
- Métaphores et histoires au service de ces messages
- Stratégies à envisager
- Ce que le patient a à gagner en s'appropriant ces informations
- Les éléments utiles dans la prise en charge de la douleur

- L'éducation

- Principes
Utiliser le langage du patient
Adapter le message
Respecter une progressivité
Limiter le nombre d'information
Savoir choisir les étapes et les respecter
- Métaphores et histoires
Les principes des métaphores, pourquoi ça fonctionne
Les bonnes métaphores pour les bons messages
Quelques exemples
- Messages et stratégie
Choisir les bonnes informations au bon moment
Tous les messages seront utiles et en rapport avec les croyances et attentes du patient.

- L'éducation, comment faire ?
Les modalités
Individuelle comment pourquoi ?
En groupe intérêts et limites

16h-17h

- Atelier 6 : Faire passer les messages
Toujours avec les mêmes groupes, l'idée de cet atelier est de choisir une idée pertinente pour le patient, afin d'essayer d'améliorer sa situation douloureuse. Une fois choisie, de manière individuelle ou collective, on commence le travail pour présenter l'idée et tenter de la faire accepter par le patient.
Il sera nécessaire de bien observer les débats et de noter les mots, attitudes, mimiques, qui auraient posé problème.

Synthèse

Objectifs de la deuxième journée :

Le professionnel aura la maîtrise :

- Des savoirs actualisés de la physiologie, physiopathologie des processus douloureux
- Des particularités de la douleur aux différents âges de la vie
- De l'entretien et de l'examen du patient et des indicateurs utilisables pour évaluer la dimension « douleur »
- Des critères permettant de définir la typologie douloureuse et les conséquences fonctionnelles, professionnelles, personnelles ou sociales
- De l'entretien motivationnel et des principes de l'alliance thérapeutique
- De l'élaboration du diagnostic et de la prise en charge jusqu'à sa réalisation
- De la construction du traitement de la douleur en tenant compte des différentes dimensions bio-psycho-sociales
- Des effets contextuels
- De l'éducation du patient et/ou de son entourage

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 présente 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

Introduction

1. Andrew R, Derry S, Taylor RS, Straube S, Phillips CJ. The costs and consequences of adequately managed chronic non-cancer pain and chronic neuropathic pain. *Pain Pract.* 2014 Jan;14(1):79-94. doi: 10.1111/papr.12050. Epub 2013 Mar 6.
2. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain.* 2008 Jun;136(3):380-7. Epub 2007 Sep 20.
3. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain.* 2006 May;10(4):287- 333. Epub 2005 Aug 10.
4. Communiqué de presse, Le coût de l'impact sociétal de la douleur pour l'UE estimé à 441 milliards d'euros par an. « Des experts discutent d'une politique de santé pour aborder les coûts engendrés par la douleur chronique et l'incapacité de travail »
5. Danet S. L'état de santé de la population en France suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique -rapport 2011. Sous la direction de Sandrine Danet, Directrice de la publication : Anne-Marie Brocas Coordination éditoriale: Élisabeth Hini Relecture: Lucile Olier 212-213.
6. Enquête PainSTORY (Pain Study Tracking Ongoing Responses for a Year), septembre 2009.
7. Reid, Kim & Harker, Julie & Bala, Malgorzata & Truyers, Carla & Kellen, Eliane & Elsiene Bekkering, Geertruida & Kleijnen, Jos. (2011). Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: Narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Current medical research and opinion.* 27. 449-62. 10.1185/03007995.2010.545813.
8. Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. La Douleur Chronique : Une Maladie. Manifeste pour améliorer l'offre de soins en France Document élaboré par La Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD)
9. van Hecke O, Torrance N, Smith BH. Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. *Br J Anaesth.* 2013 Jul;111(1):13-8. doi: 10.1093/bja/aet123.

Chapitre 1 : Éléments de compréhension de la douleur

10. Bouhassira D, Calvino B. Douleurs : physiologie, physiopathologie et pharmacologie. Rueil-Malmaison Arnette 2009
11. Butler D, Moseley GL. Explain Pain Supercharged, Noigroup Publications, Adelaïde, Australia, 2017
12. Butler D, Moseley GL. Explain Pain, Noigroup Publications, Adelaïde, Australia, 2003 réédité en 2013
13. Ewan St. John Smith Gary R. Lewin Nociceptors: a phylogenetic view *J Comp Physiol A* (2009) 195:1089–1106 DOI 10.1007/s00359-009-0482-z
14. Fields HL. Neurophysiology of pain and pain modulation. *Am J Med.* 1984 Sep 10;77(3A):2-8.

15. Garcia-Larrea L, Peyron R. Pain matrices and neuropathic pain matrices: a review. *Pain*. 2013 Dec;154 Suppl 1:S29-43. doi: 10.1016/j.pain.2013.09.001. Epub 2013 Sep 8.
16. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull*. 2007 Jul;133(4):581-624.
17. Grégoire S, Muller E, Marchand F. Structures et mécanismes cérébraux impliqués dans les aspects émotionnels et cognitifs de la douleur Douleurs : Evaluation - Diagnostic – Traitement, Volume 11, Issue 4, September 2010, Pages 182-193. <https://doi.org/10.1016/j.douler.2010.07.001>
18. Howard L. Fields Is there a facilitating component to central pain modulation? [https://doi.org/10.1016/1058-9139\(92\)90030-G](https://doi.org/10.1016/1058-9139(92)90030-G)
19. Iannetti GD, Mouraux A. From the neuromatrix to the pain matrix (and back). *Exp Brain Res*. 2010 Aug;205(1):1-12. doi: 10.1007/s00221-010-2340-1. Epub 2010 Jul 6.
20. Laurent B. Douleur chronique : son retentissement émotionnel et cognitif. In *Analysis* (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.inan.2016.12.009>
21. Le Bars D, Adam F. Nocicepteurs et médiateurs dans la douleur aiguë inflammatoire Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, Volume 21, Issue 4, April 2002, Pages 315-335. (doi.org/10.1016/S0750-7658(02)00592-0)
22. Marchand S. Le phénomène de la douleur 2° édition. Montréal Chenelière Éducation 2009
23. Meeus M, Nijs J. Central sensitization: a biopsychosocial explanation for chronic widespread pain in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome *Clin Rheumatol* (2007) 26:465–473 DOI 10.1007/s10067-006-0433-9
24. Melzack R. Evolution of the neuromatrix theory of pain. The Prithvi Raj Lecture: presented at the third World Congress of World Institute of Pain, Barcelona 2004. *Pain Pract*. 2005 Jun;5(2):85-94.
25. Melzack R. From the gate to the neuromatrix. *Pain*. 1999 Aug;Suppl 6:S121-6.
26. Mendell LM. Constructing and deconstructing the gate theory of pain. *Pain*. 2014 Feb;155(2):210-6. doi: 10.1016/j.pain.2013.12.010. Epub 2013 Dec 12.
27. Morris R, Cheung O, Stewart A, Maxwell D. Spinal dorsal horn neurone targets for nociceptive primary afferents: do single neurone morphological characteristics suggest how nociceptive information is processed at the spinal level. *Brain Res Brain Res Rev*. 2004 Oct;46(2):173-90.
28. Moseley GL, Arnst A. The context of a noxious stimulus affects the pain it evokes. *Pain* 133 (2007) 64–71
29. Nijs J, Apeldoorn A, Hallegraeff H, Clark J, Smeets R, Malfliet A, Girbes EL, De Koning M, Ickmans K. Low back pain: guidelines for the clinical classification of predominant neuropathic, nociceptive, or central sensitization pain. *Pain Physician*. 2015 May-Jun;18(3):E333-46.
30. Peyron R, Laurent B, García-Larrea L. Functional imaging of brain responses to pain. A review and meta-analysis (2000). *Neurophysiol Clin*. 2000 Oct;30(5):263-88.
31. Pohl M. Sensibilisation nociceptive centrale : systèmes de signalisation cellulaire et moléculaire. Douleurs : Evaluation - Diagnostic – Traitement, Volume 15, Issue 2, April 2014, Pages 44-51 <https://doi.org/10.1016/j.douler.2014.02.001>
32. Price DD. Psychological and neural mechanisms of the affective dimension of pain. *Science*. 2000 Jun 9;288(5472):1769-72.
33. Purves D, Augustine GJ, Fitzpatrick D, Hall WC, La Mantia AS, White LE, Neuroscience, Editions de Boeck 4° Edition, 2011
34. Smart KM, Blake C, Staines A, Doody C. The Discriminative validity of "nociceptive," "peripheral neuropathic," and "central sensitization" as mechanisms-based classifications of musculoskeletal pain. *Clin J Pain*. 2011 Oct;27(8):655-63. doi: 10.1097/AJP.0b013e318215f16a.
35. Sprenger C, May A, Büchel C, Gozlan L. (2015). Douleur contre douleur: le principe des contrôles inhibiteurs diffus induits par stimulation nociceptive. *Douleur et Analgésie*. February 2015. 10.1007/s11724-015-0406-3.
36. van den Broeke EN. Central sensitization and pain hypersensitivity: Some critical considerations. Version 1. F1000Res. 2018 Aug 21;7:1325. doi: 10.12688/f1000research.15956.1. eCollection 2018.

Chapitre 2 : Les définitions de la douleur

37. Attal N, Bouhassira D. Stratégies d'évaluation des douleurs neuropathiques. In: *EMC Neurologie*; 2010 [17-035-A-68].

38. Bennett RM. Pain management in fibromyalgia. *Pain Manag* 2016;6:313–6.
39. Bragard D., Decruynaere C. Évaluation de la douleur : aspects méthodologiques et utilisation clinique In: EMC kinésithérapie- Médecine physique-Réadaptation; 2010 [26-008-A-02].
40. Haute Autorité de Santé, Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient en ligne : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_732257/fr/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient
41. Haute Autorité de Santé. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire en ligne : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_540915/fr/evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique-chez-l-adulte-en-medecine-ambulatoire
42. IASP International Association for the Study of Pain, Classification of Chronic Pain, Second Edition (Revised) en ligne : <http://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/Content.aspx?ItemNumber=1673>
43. Martinez V, Attal N, Bouhassira D, Lanteri-Minet M. Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. *Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur. Douleur Evaluat Diag Trait* 2010;11:3–21.
44. Pitance L, Piraux E, Lannoy B, Meeus M, Berquin A, Eeckhout C, et al. Cross cultural adaptation, reliability and validity of the French version of the central sensitization inventory. *Man Ther* 2016;25:e57ee169.
45. Smart KM, Blake C, Staines A, Doody C. The discriminative validity of "nociceptive" "peripheral neuropathic" and "central sensitization" as mechanisms-based classifications of musculoskeletal pain. *Clin J Pain* 2011;27:655–63.

Chapitre 3 : Discussion et proposition d'un arbre décisionnel pour la suite

46. Csillika A, Paillet C. L'écoute réflexive : un nouvel usage en psychothérapie, spécificités de l'entretien motivationnel. *Journal de thérapie comportementale et cognitive* (2013) 23, 181—187
47. Cungi C, L'alliance thérapeutique, Paris éditions Retz, 2006
48. Mirabel-Sarron C, Vera L. L'entretien en thérapie comportementale et cognitive, Collection: Les ateliers du praticien, Paris éditions DUNOD 2014 –
49. Simon D, Traynard PY, Bourdillon F, Gagnayre R, Grimaldi A. Éducation thérapeutique Prévention et maladies chroniques 3ème édition. Issy-les-Moulineaux Elsevier Masson 2013
50. Golay A, Lagger G, Giordan A. Comment motiver le patient à changer ? Paris : Maloine 2009
51. William R. Miller, Stephen Rollnick. L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement- 2e édition. Paris : Inter Édition ; 2013.

Chapitre 4 : Les bilans en lien avec la douleur

52. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire en ligne : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_540915/fr/evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique-chez-l-adulte-en-medecine-ambulatoire
53. Boureau F, Luu M. Les méthodes d'évaluation des douleurs cliniques. *Doul et anal* 1988;1:65–73.
54. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Breivik Hals EK, et al. Assessment of pain. *Br J Anaesth* 2008;101:17–24.
55. Chaory K, Fayad F, Rannou F, Lefèvre-Colau MM, Fermanian J, Revel M, Poiradeau S. Validation of the French version of the fear avoidance belief questionnaire. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2004 Apr 15;29(8):908-13.
56. Dansie EJ, Turk DC. Assessment of patients with chronic pain. *Br J Anaesth* 2013;111:19–25.
57. French D, Noël M, Vigneau F, French J, Chantal P, Evans R. (2005). L'Échelle de dramatisation face à la douleur PCS-CF: Adaptation canadienne en langue française de l'échelle Pain Catastrophizing Scale. *Revue canadienne des sciences du comportement*. 37. 181-192. 10.1037/h0087255.
58. Fritz JM, George SZ, Delitto A. The role of fear-avoidance beliefs in acute low back pain: relationships with current and future disability and work status. *Pain* 2001;94:7–15.

59. Hill JC, Dunn KM, Lewis M, Mullis R, Main CJ, Foster NE, et al. A primary care back pain screening tool: identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis Rheum* 2008;59:632–41.
60. Hill JC, Whitehurst DGT, Lewis M, Bryan S, Dunn KM, Foster NE, et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STaRT Back): a randomised controlled trial. *Lancet* 2011;378:1560–71.
61. Hudes K, The Tampa Scale of Kinesiophobia and neck pain, disability and range of motion: a narrative review of the literature. *J Can Chiropr Assoc.* 2011;55(3):222–32.
62. Katz J, Melzack R. Measurement of pain. *Surg J North Am* 1999;79:231–52.
63. Marty M, Blotman F, Avouac B, Rozenberg S, et al. Validation de la version française de l'échelle de Dallas chez les patients lombalgiques chroniques. *Rev Rhum* 1998;65:139–47.
64. Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ, Group the "Decade of the FW". Early identification and management of psychological risk factors ("Yellow Flags") in patients with low back pain: a reappraisal. *Phys Ther* 2011;91:737–53.
65. Nonclercq O, Berquin A. Predicting chronicity in acute back pain: validation of a French translation of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Ann Phys Rehabil Med.* 2012 May;55(4):263–78. doi: 10.1016/j.rehab.2012.03.002. Epub 2012 Mar 27.
66. Pergolizzi J, Ahlbeck K, Aldington D, Alon E, Coluzzi F, Dahan A, et al. The development of chronic pain: physiological CHANGE necessitates a multidisciplinary approach to treatment. *Cur Med Res Opin* 2013;29:1127–35.
67. Pincus T, Smeets RJE, Simmonds MJ, Sullivan MJL. The fear avoidance model disentangled: improving the clinical utility of the fear avoidance model. *Clin J Pain* 2010;26:739–46.
68. Pincus T, Vogel S, Burton AK, Santos R, Field AP. Fear avoidance and prognosis in back pain: a systematic review and synthesis of current evidence. *Arthritis Rheum* 2006;54:3999–4010.
69. Site Pick Up Tool : <http://pickuptool.neura.edu.au/>
70. Sullivan MJ, Bishop SR, Pivik J. The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychol Assess* 1995;7:524.
71. Traeger AC, Henschke N, Hübscher M, Williams CM, Kamper SJ, Maher CG, et al. Estimating the risk of chronic pain: development and validation of a prognostic model (PICKUP) for patients with acute low back pain. *PLOS Med* 2016;13:e1002019.
72. Trudelle P. (2010). L'échelle fonctionnelle spécifique au patient, un vrai couteau suisse du praticien pressé. *Kinésithérapie, la Revue.* 10. 10.1016/S1779-0123(10)74956-1.
73. Williams CM, Hancock MJ, Maher CG, McAuley JH, Lin CWC, Latimer J. Predicting rapid recovery from acute low back pain based on the intensity, duration and history of pain: a validation study: validation of a prediction rule for low back pain. *Eur J Pain* 2014;18:1182–9.
74. Yvanes-Thomas M, Calmels P, Béthoux F, Richard A, Nayme P, Payre D, Laurent B. Validity of the French-language version of the Quebec back pain disability scale in low back pain patients in France. *Joint Bone Spine.* 2002 Jun;69(4):397–405.

Chapitre 5 et 6 : L'entretien motivationnel et l'alliance thérapeutique

75. Aguerre C, Bridou M, Laroche F, Csillik A, Jensen M. Spécificités de l'entretien motivationnel dans le cadre d'une prise en charge cognitivo-comportementale de la douleur chronique. *Encephale* 2014;41:1–6.
76. Csillika A, Paillet C. L'écoute réflexive : un nouvel usage en psychothérapie, spécificités de l'entretien motivationnel. *Journal de thérapie comportementale et cognitive* (2013) 23, 181—187
77. Cungi C, L'alliance thérapeutique, Paris éditions Retz, 2006
78. Golay A, Laguerre G, Giordan A. Comment motiver le patient à changer ? Paris : Maloine 2009
79. Littell J, Heather G. (2002). Stages of change. A critique. *Behavior modification.* 26. 223–73. 10.1177/0145445502026002006.
80. Mirabel-Sarron C, Vera L. L'entretien en thérapie comportementale et cognitive, Collection: Les ateliers du praticien, Paris éditions DUNOD 2014 –
81. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot.* 1997 Sep-Oct;12(1):38–48.

82. Prochaska JO1, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. Prog Behav Modif. 1992;28:183-218.
83. Simon D, Traynard PY, Bourdillon F, Gagnayre R, Grimaldi A. Éducation thérapeutique Prévention et maladies chroniques 3ème édition. Issy-les-Moulineaux Elsevier Masson 2013
84. William R. Miller, Stephen Rollnick. L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement- 2e édition. Paris : Inter Édition ; 2013.

Chapitre 7 : Identifier les croyances et les attentes du patient

85. Bénézech, Jean-Pierre. (2015). La douleur : un modèle biopsychosocial pour tous les malades. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. 16. 10.1016/j.douleur.2015.06.007.
86. Cedraschi C, Allaz AF, Pigué V. Le rôle des représentations de la maladie et de la douleur dans la relation patient-thérapeute, Doul. et Analg. 2, 91-95, 1998
87. Cedraschi C, Pigué V, Allaz AF. Réponse placebo : l'alliance thérapeutique au risque des attentes et des expériences Douleur analg. (2014) 27:221-224
88. Cedraschi, C., Pigué, V., Luthy, C. et al. Douleur et culture : quelques questions de méthode liées à la mesure de la dimension culturelle Doul. et analg. (2004) 17: 77.
89. Christine Cedraschi Quels facteurs psychologiques faut-il identifier dans la prise en charge des patients souffrant de lombalgies ? Qu'en est-il de l'anxiété et de la dépression ? Quelles peurs et quelles représentations constituent-elles des écueils ? Revue du Rhumatisme 78 (2011) S70-S74
90. Corbière M, Zaniboni S, Coutu MF, Franche RL, Guzman J, Dawson K, Yassi A. Evaluation of the fear-avoidance model with health care workers experiencing acute/subacute pain, PAIN 152 (2011) 2543–2548
91. Françoise Laroche, Les mots, les pensées et les comportements-pièges des patients et de leurs médecins Revue du Rhumatisme 76 (2009) 522–528
92. Gatchel RJ, Neblett R, Kishino N, Ray CT, Fear-Avoidance Beliefs and Chronic Pain J Orthop Sports Phys Ther 2016;46(2):38-43.
93. Johan W.S. Vlaeyen, Steven J. Linton Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on PAIN 153 (2012) 1144–1147
94. Leeuw M., Goossens M, Linton SJ, Crombez G, Boersma K, and. Vlaeyen JWS, The Fear-Avoidance Model of Musculoskeletal Pain: Current State of Scientific Evidence Journal of Behavioral Medicine, Vol. 30, No. 1, February 2006 DOI: 10.1007/s10865-006-9085-0
95. Morel V, Pickering G. Impact de la douleur sur les processus cognitifs chez l'homme Douleur analg. (2013) 26:11-16
96. O'Keeffe, Mary & Cullinane, Paul & Hurley, John & Leahy, Irene & Bunzli, Samantha & O'Sullivan, Peter & O'Sullivan, Kieran. (2015). What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. Physical therapy. 96. 10.2522/ptj.20150240.
97. Sullivan MJ, Thorn B, Haythornthwaite JA, Keefe F, Martin M, Bradley LA, Lefebvre JC. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. Clin J Pain. 2001 Mar;17(1):52-64.
98. Vlaeyen JW, Linton SJ: Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. Pain 85: 317-32
99. Vowles, Kevin & Mccracken, Lance & Eccleston, Christopher. (2008). Patient Functioning and Catastrophizing in Chronic Pain: The Mediating Effects of Acceptance. Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association. 27. S136-43. 10.1037/0278-6133.27.2(Suppl.).S136.
100. Zusan, Max. (2013). Belief Reinforcement: One Reason Why Costs for Low Back Pain Have Not Decreased. Journal of multidisciplinary healthcare. 6. 197-204. 10.2147/JMDH.S44117.

Chapitre 8 : Mise en place des traitements

101. Bialosky JE, Bishop MD, Price DD, Robinson ME, George SZ. The mechanisms of manual therapy in the treatment of musculoskeletal pain: a comprehensive model. Man Ther 2009;14:531–8.
102. Boersma K, Linton SJ. Expectancy, fear and pain in the prediction of chronic pain and disability: a prospective analysis. Eur J Pain 2006;10:551.

103. Boesch E, Bellan V, Moseley GL, Stanton TR. The effect of bodily illusions on clinical pain: a systematic review and meta- analysis. *Pain* 2016;157:516–29.
104. Bowering KJ, Butler DS, Fulton IJ, Moseley GL. Motor imagery in people with a history of back pain, current back pain, both, or neither. *Clin J Pain* 2014;30:1–19.
105. Bowering KJ, O'Connell NE, Tabor A, Catley MJ, Leake HB, Moseley GL, et al. The effects of graded motor imagery and its components on chronic pain: a systematic review and meta- analysis. *J Pain* 2013;14:3–13.
106. Buccino G, Solodkin A, Small SL. Functions of the mirror neuron system: implications for neurorehabilitation. *Cogn Behav Neurol* 2006;19:55–63.
107. Childs JD. A clinical prediction rule to identify patients with low back pain most likely to benefit from spinal manipulation: a validation study. *Ann Intern Med* 2004;141:920.
108. Choi BKL, Verbeek JH, Wai-San Tam W, Jiang JY. Exercises for prevention of recurrences of low-back pain (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2010;20:CD006555.
109. Dahm KT, Jamtvedt G, Hagen KB, Brurberg KG. Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute low-back pain and sciatica. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;16:CD007612.
110. de Souza NS, Martins ACG, Bastos VHDV, Orsini M, Leite MAA, Teixeira S, et al. Motor imagery and its effect on complex regional pain syndrome: an integrative review. *Neurol Int* 2015;7:58–61.
111. Dionne F, Blais M-C, Monestès J-L. Mieux vivre avec la douleur chronique grâce à la thérapie d'acceptation et d'engagement. *Sante Ment Que* 2013;38:131.
112. Eccleston C, Hearn L, Acdc W. Psychological therapies for the management of chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database of Syst Rev* 2015.
113. Eccleston C, Palermo TM, Williams AC, Lewandowski A, Morley S, Fisher E, et al. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database of Syst Rev* 2014.
114. Ellingson LD, Koltyn KF, Kim JS, Cook DB. Does exercise induce hypoalgesia through conditioned pain modulation? *Psychophysiology* 2014;51:267–76.
115. Evans DW. Mechanisms and effects of spinal high-velocity, low-amplitude thrust manipulation: previous theories. *J Manipulative Physiol Ther* 2002;25:251–62.
116. Fardo F, Allen M, Jegindo EME, Angrilli A, Roepstorff A. Neurocognitive evidence for mental imagery-driven hypoalgesic and hyperalgesic pain regulation. *Neuroimage* 2015;120:350–61.
117. Hanscom DA, Brox JI, Bunnage R. Defining the role of cognitive behavioral therapy in treating chronic low back pain: an overview. *Glob Spine J* 2015;5:496–504.
118. Hayden J, van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BW. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;20:CD000335.
119. Heneweer H, Picavet HSJ, Staes F, Kiers H, Vanhees L. Physical fitness, rather than self-reported physical activities, is more strongly associated with low back pain: evidence from a working population. *Eur Spine J* 2012;21:1265–72.
120. Heneweer H, Staes F, Aufdemkampe G, Van Rijn M, Vanhees L. Physical activity and low back pain: a systematic review of recent literature. *Eur Spine J* 2011;20:826–45.
121. Henschke N, Rwig O, Mw VT, Jws V, Morley S, Wjj A, et al. Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2010.
122. Hunot V, Moore TH, Caldwell DM, Furukawa TA, Davies P, Jones H, et al. "Third wave" cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;10:CD008696.
123. Koltyn KF, Brellenthin AG, Cook DB, Sehgal N, Hillard C. Mechanisms of exercise-induced hypoalgesia. *J Pain* 2014;15:1–11.
124. Kroll HR. Exercise therapy for chronic pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2015;26:263–81.
125. Laroche F, Roussel P. Douleur Chronique et Thérapies comportementales et cognitives, éditions In Press 2012
126. Leboeuf-Yde C, Lanlo O, Walker BF. How to proceed when evidence-based practice is required but very little evidence available? *Chiropr Man Therap* 2013;21–4.
127. Linder M, Michaelson P, Röijezon U. Laterality judgments in people with low back pain – a cross-sectional observational and test-retest reliability study. *Man Ther* 2016;21:128–33.

128. Lluch Gírbés E, Meeus M, Baert I, Nijs J. Balancing "hands-on" with "hands-off" physical therapy interventions for the treatment of central sensitization pain in osteoarthritis. *Man Ther* 2015;20:349–52.
129. López-de-Uralde-Villanueva I, Muñoz-García D, Gil-Martínez A, Pardo-Montero J, Muñoz-Plata R, Angulo-Díaz-Parreño S, et al. A systematic review and meta-analysis on the effectiveness of graded activity and graded exposure for chronic non-specific low back pain. *Pain Med* 2016;17:172–88.
130. Lunde LK, Koch M, Hanvold TN, Waersted M, Veiersted KB. Low back pain and physical activity – a 6.5 year follow-up among young adults in their transition from school to working life. *BMC Public Health* 2015;15:1115.
131. Macedo LG, Saragiotto BT, Yamato TP, Costa LOP, Menezes Costa LC, Ostelo RWJG, et al. Motor control exercise for acute non-specific low back pain. *Cochrane Database of Syst Rev* 2016.
132. McCracken LM, Morley S. The psychological flexibility model: a basis for integration and progress in psychological approaches to chronic pain management. *J Pain* 2014;15:221–34.
133. Meeus M, Hermans L, Ickmans K, Struyf F, Van Cauwenbergh D, Bronckaerts L, et al. Endogenous pain modulation in response to exercise in patients with rheumatoid arthritis, patients with chronic fatigue syndrome and comorbid fibromyalgia, and healthy controls: a double-blind randomized controlled trial. *Pain Pract* 2014;15:98–106.
134. Mills S, Torrance N, Smith BH. Identification and management of chronic pain in primary care: a review. *Curr Psychiatry Rep* 2016;18:22.
135. Monticone M, Cedraschi C, Ambrosini E, Rocca B, Fiorentini R, Restelli M, et al. Cognitive-behavioural treatment for sub- acute and chronic neck pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2015.
136. Morley S, Williams A. New developments in the psychological management of chronic pain. *Can J Psychiatry* 2015;60:168– 75.
137. Moseley GL, Gallace A, Spence C. Is mirror therapy all it is cracked up to be? Current evidence and future directions. *Pain* 2008;138:7–10.
138. Moseley GL. Graded motor imagery is effective for long-standing complex regional pain syndrome: a randomised controlled trial. *Pain* 2004;108:192–8.
139. Nijs J, Kosek E, Van Oosterwijck J, Meeus M. Dysfunctional endogenous analgesia during exercise in patients with chronic pain: to exercise or not to exercise? *Pain Physician* 2012;15: ES205–13.
140. Nijs J, Lluch Gírbés E, Lundberg M, Malfliet A, Sterling M, Lluch Gírbés E, et al. Exercise therapy for chronic musculoskeletal pain: innovation by altering pain memories. *Man Ther* 2015;20:216–20.
141. Olaya-Contreras P, Styf J, Arvidsson D, Frennered K, Hansson T. The effect of the stay active advice on physical activity and on the course of acute severe low back pain. *BMC Sports Sci Med Rehabil* 2015;7:19.
142. Pickar JG. Neurophysiological effects of spinal manipulation. *Spine J* 2002;2:357–71.
143. Richmond H, Hall AM, Copsey B, Hansen Z, Williamson E, Hoxey-Thomas N, et al. The effectiveness of cognitive behavioural treatment for non-specific low back pain: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2015;10:1–20.
144. Rösner S, Willutzki R, Zgierska A. Mindfulness-based interventions for substance use disorders (Protocol). *Cochrane Database of Syst Rev* 2015.
145. Scott W, Hann KEJ, McCracken LM. A comprehensive examination of changes in psychological flexibility following acceptance and commitment therapy for chronic pain. *J Contemp Psychother* 2016;46:1–10.
146. Smart KM, Wand BM, O'Connell NE. Physiotherapy for pain and disability in adults with complex regional pain syndrome (CRPS) types I and II. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;2016.
147. Steiger F, Wirth B, De Bruin ED, Mannion AF. Is a positive clinical outcome after exercise therapy for chronic non-specific low back pain contingent upon a corresponding improvement in the targeted aspect(s) of performance? A systematic review. *Eur Spine J* 2012;21:575–98.
148. The Graded Motor Imagery Handbook, G. Lorimer Moseley, Davis S Butler, Timothy B. Beames, Thomas J. Giles Noigroup Publications, Adelaide, Australia, 2012
149. Vigotsky AD, Bruhns RP. The role of descending modulation in manual therapy and its analgesic implications: a narrative review. *Pain Res Treat* 2015;2015:1–11.

150. Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain* 2012;153:1144–7.
151. Vrana A, Hotz-Boendermaker S, Stämpfli P, Hänggi J, Seifritz E, Humphreys BK, et al. Differential neural processing during motor imagery of daily activities in chronic low back pain patients. *PLoS One* 2015;10:1–18.
152. Walz AD, Usichenko T, Moseley GL, Lotze M. Graded motor imagery and the impact on pain processing in a case of CRPS. *Clin J Pain* 2013;29:276–9.
153. Williams A, Eccleston C, Morley S, Williams ACDC, Eccleston C, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Data- base of Syst Rev* 2012.
154. Zgierska AE, Burzinski CA, Cox J, Kloke J, Singles J, Mirgain S, et al. Mindfulness meditation-based intervention is feasible, acceptable, and safe for chronic low back pain requiring long- term daily opioid therapy. *J Altern Complement Med* 2016;22:610–20.

Chapitre 9 : L'effet contextuel

155. Benedetti F, Carlino E, Pollo A. How Placebos Change the Patient's Brain. *Neuropsychopharmacology Reviews* (2011) 36, 339–354
156. Benedetti F. Placebo and the new physiology of the doctor-patient relationship. *Physiol Rev* 2013;93:1207–46.
157. Benedetti F. Placebo and the new physiology of the doctor-patient relationship. *Physiol Rev* 93: 1207–1246, 2013 doi:10.1152/physrev.00043.2012
158. Bialosky JE, Bishop MD, George SZ, Robinson ME. Placebo response to manual therapy: something out of nothing? *J Man Manip Ther.* 2011 Feb;19(1):11-9. doi: 10.1179/2042618610Y.0000000001.
159. David A. Stonea,b, William B. Stasonb, Ted J. Kaptchuka, Peter Goldmana. Do medical devices have enhanced placebo effects? *Journal of Clinical Epidemiology* 53 (2000) 786–792
160. Effet Placebo, Mécanismes neurobiologiques et intérêts thérapeutiques Données actuelles, à partir d'une revue de la littérature, Iena Messica, éditions Universitaires Européennes 2011
161. Fabrizio Benedetti, Helen S. Mayberg, Tor D. Wager, Christian S. Stohler, and Jon-Kar Zubieta. Neurobiological Mechanisms of the Placebo Effect. *The Journal of Neuroscience*, November 9, 2005 • 25(45):10390 –10402
162. Fanget G. L'effet placebo en kinésithérapie, les connaissances actuelles et leurs répercussions sur la pratique. *Kinésithér Scient* 2018;594:23-34
163. Hartman SE. Why do ineffective treatments seem helpful? A brief review. *Chiropractic & Osteopathy* 2009, 17:10 doi:10.1186/1746-1340-17-10
164. Kaptchuk TJ, Friedlander E, Kelley JM, Sanchez MN, Kokkotou E, Singer JP, Kowalczykowski M, Miller FG, Kirsch I, Lembo AJ. Placebos without deception: a randomized controlled trial in irritable bowel syndrome. *PLoS One.* 2010 Dec 22;5(12):e15591. doi: 10.1371/journal.pone.0015591.
165. Kaptchuk TJ, Miller FG. Placebo Effects in Medicine. *N Engl J Med.* 2015 Jul 2;373(1):8-9. doi: 10.1056/NEJMp1504023.

;

Chapitre 10 et 11 : Les messages utiles et L'éducation

166. Chou R. Reassuring patients about lowback pain. *JAMA Intern Med* 2015;314:23–4.
167. Dupeyron A, Ribinik P, Gélis A, Genty M, Claus D, Hérisson C, et al. Education in the management of low back pain: literature review and recall of key recommendations for practice. *Ann Phys Rehabil Med* 2011;54:319–35.
168. Engers AJ, Jellema P, Wensing M, van der Windt DAWM, Grol R, van Tulder MW. Individual patient education for low back pain. *Cochrane Database of Syst Rev* 2008.
169. Engers AJ, Jellema P, Wensing M, van der Windt DAWM, Grol R, van Tulder MW. Individual patient education for low back pain. *Cochrane Database of Syst Rev* 2008.
170. 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.
171. Geneen LJ, Martin DJ, Adams N, Clarke C, Dunbar M, Jones D, et al. Effects of education to facilitate knowledge about chronic pain for adults: a systematic review with meta-analysis. *Syst Rev* 2015;4:132.
 172. Gross A, Forget M, St George K, Fraser MHM, Graham N, Perry L, et al. Patient education for neck pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;4.
 173. Louw A, Diener I, Butler DS, Puentedura EJ. The effect of neuroscience education on pain, disability, anxiety, and stress in chronic musculoskeletal pain. *Arch Phys Med Rehabil* 2011;92:2041–56.
 174. Louw A, Puentedura E. Therapeutic Neuroscience Education, 2013 International Spine and Pain Institut (USA)
 175. Louw A, Zimney K, O'Hotto C, Hilton S. The clinical application of teaching people about pain. *Physiother Theory Pract* 2016;32:385–95.
 176. Louw A, Zimney K, Puentedura EJ, Diener I. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: a systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract* 2016;3985:1–24.
 177. Louw A. Why do I Hurt ? 2013 International Spine and Pain Institut (USA)
 178. Miller J, MacDermid JC, Walton DM, Richardson J. Chronic pain self-management support with pain science education and exercise (COMMENCE): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2015;16:462.
 179. Miller J, MacDermid JC, Walton DM, Richardson J. Chronic pain self-management support with pain science education and exercise (COMMENCE): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2015;16:462.
 180. Moseley GL, Butler DS. Fifteen years of explaining pain: the past, present, and future. *J Pain* 2015;16:807–13.
 181. Moseley GL, Painful Yarns Metaphors and stories to help understand the biology of pain Noigroup Publications, Adelaïde, Australia, 2010
 182. Nijs J, Paul van Wilgen C, Van Oosterwijck J, van Ittersum M, Meeus M. How to explain central sensitization to patients with "unexplained" chronic musculoskeletal pain: practice guidelines. *Man Ther* 2011;16:413–8.
 183. Ramond-Roquin A, Bouton C, Gobin-Tempereau AS, Airagnes G, Richard I, Roquelaure Y, et al. Interventions focusing on psychosocial risk factors for patients with non-chronic low back pain in primary care – a systematic review. *Fam Pract* 2014;31:379–88.
 184. Traeger AC, Moseley GL, Hübscher M, Lee H, Skinner IW, Nicholas MK, et al. Pain education to prevent chronic low back pain: a study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open* 2014;4:e005505.

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

Cf page suivante

Kinésithérapie et Douleur : Une vision moderne ...

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

Comprendre la douleur pour mieux la gérer

Vous devez cocher une case en face de chacune des propositions faites dans ce document :

- O = OUI, la réponse est conforme

- N = NON, la réponse est non conforme

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

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 fait une évaluation de la douleur en terme d'intensité ?	☐	☐	☐
02 - Avez vous cherché à déterminer les types de douleur, aiguë, sub-aiguë, chronique?	☐	☐	☐
03 - Avez-vous fait une cartographie de la douleur ressentie, en vous référant aux zones de douleurs projetées?	☐	☐	☐
04 - Avez vous interrogé votre patient sur ses croyances à propos de la douleur?	☐	☐	☐
05 - Avez vous parlé avec votre patient de l'utilité de la douleur?	☐	☐	☐
06 - Avez vous fixé un objectif de disparition totale des douleurs avec votre patient?	☐	☐	☐
07 - Lors de l'étude des examens complémentaires du patient, avez vous mis en parallèle la douleur ressentie et ce que vous montrent ces examens?	☐	☐	☐

Une fois la première séance et le BDK réalisé. Quelle est votre pratique tout au long de vos séances?	OUI	NON	NC
08 - Vous servez vous de l'intensité de la douleur comme critère objectif de l'amélioration de votre patient?	☐	☐	☐
09 - La douleur ressentie par votre patient vous sert elle de guide dans l'intensité de votre traitement?	☐	☐	☐
10 - Abordez vous la physiologie de la douleur avec votre patient?	☐	☐	☐
11 - Faites vous participer votre patient à l'élaboration de son traitement?	☐	☐	☐
12 - Votre patient a t'il conscience de sa capacité à agir sur sa douleur en dehors de la prise de médicaments?	☐	☐	☐
13 - Avez vous conscience de l'effet placebo lié à chaque traitement mis en place?	☐	☐	☐
14 - Concernant l'effet placebo, mettez vous tout en œuvre pour potentialiser cet effet au cours de vos séances?	☐	☐	☐
15 - Etes-vous en accord avec cette affirmation : "Le cerveau produit 100% des douleurs"?	☐	☐	☐
16 - Seriez vous en mesure de prendre tout une séance pour parler avec votre patient de ses douleurs et de leurs origines?	☐	☐	☐
17 - Si une mobilisation entraine une douleur, même assez intense, abandonnez vous cette mobilisation?	☐	☐	☐
18 - Donnez vous au cours de vos séances des instructions strictes d'interdiction de mouvement?	☐	☐	☐
19 - Demandez vous à votre patient de tenir un "carnet de bord" de ses activités quotidiennes en rapport avec ses douleurs?	☐	☐	☐

La douleur chronique étant une pathologie très longue à maîtriser, la fin d'une série de séance de kinésithérapie ne coïncide que trop rarement avec la disparition totale des douleurs. Quelles sont vos pratiques face à la douleur en fin de traitement?	OUI	NON	NC
20 - Donnez vous des conseils par rapport à la gestion des éventuelles crises douloureuses en dehors de la prise de médicaments?	☐	☐	☐
21 - Elaborez vous une fiche pour expliquer la physiologie de la douleur?	☐	☐	☐