



MARGUERITE DONTENWILLE

ANTHONY HALIMI

CHLOÉ JARROIR

MARGOT MOULIN



Guide d'éducation à la douleur

Première version

Remerciements

Pour leur relecture attentive, nous remercions chaleureusement Robin VERVAEKE, Benjamin HENG, Yvan SONJON et Théo CHAUMEIL.

Pour la richesse des échanges ayant pu participer à la rédaction de ce guide, nous remercions les membres du groupe facebook du GI Douleur.

Table des Matières

07

Cadre théorique

73

**Conseils
généraux**

23

**Modalités
d'application**

83

**Ressources sur
la douleur**

33

**Outils et
contenus des
séances**



MARGUERITE DONTENWILLE

Kinésithérapeute et étudiante en master de Santé Publique à Paris-Saclay. Membre de KinéFACT.

Pas de lien d'intérêt à déclarer.



ANTHONY HALIMI

Kinésithérapeute et formateur en formation initiale et continue dans le domaine de la douleur. Membre de KinéFACT.

Il a reçu des rémunérations d'Axomove, une application de prescription d'exercices et d'organismes de formation.



CHLOÉ JARROIR

Kinésithérapeute et réalisatrice d'une étude qualitative interrogeant 6 kinésithérapeutes réalisant de l'éducation à la douleur.

Pas de lien d'intérêt à déclarer.



MARGOT MOULIN

Kinésithérapeute et réalisatrice d'une étude qualitative interrogeant 13 kinésithérapeutes réalisant de l'éducation à la douleur.

Pas de lien d'intérêt à déclarer.

L'équipe du guide

Préambule

Ce guide est adressé aux thérapeutes désireux d'utiliser l'éducation à la douleur en soins. Si vous êtes un·e patient·e présentant des douleurs, sachez que ce livret peut vous apporter quelques connaissances, mais restez conscient·e qu'il n'est pas réalisé à votre intention et qu'il ne fait pas office de conseil médical.

Le guide s'appuiera en grande partie sur deux études qualitatives menées par Chloé Jarroir et Margot Moulin, et non publiées à l'heure actuelle.

Comment utiliser ce guide

Les parties sont indépendantes les unes des autres, c'est à dire que vous pouvez par exemple commencer par lire les conseils généraux avant de lire les outils et contenus des séances.

Vous trouverez ici :

- des explications sur pourquoi utiliser l'éducation dans "cadre théorique",
- des éléments de bilan dans "modalités d'application",
- des métaphores et exemples de discussions dans "outils et contenus des séances",
- des indications pratiques dans "conseils généraux" et
- du contenu pour en apprendre plus dans "ressources sur la douleur"

Cadre Théorique

9

Définition

13

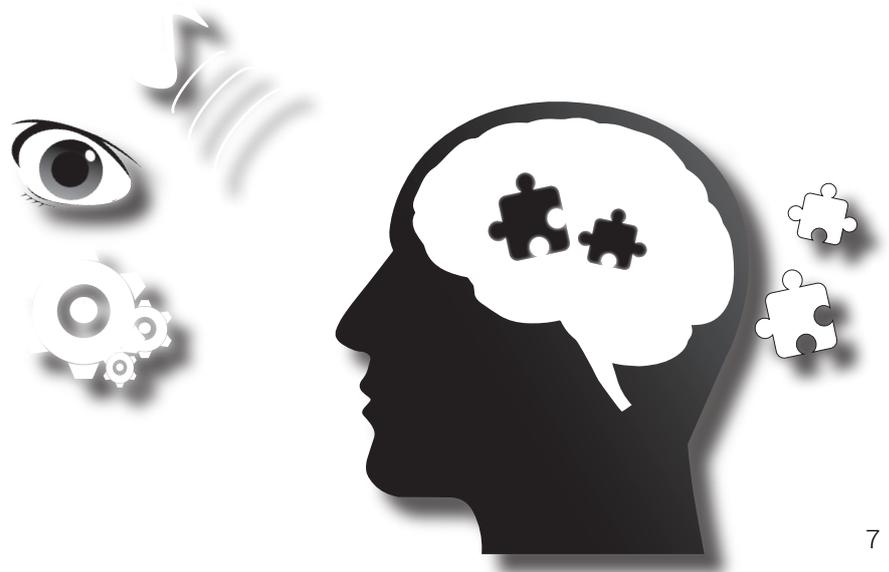
Les effets dans la littérature

20

Se positionner, pratique Evidence-Based et éducation à la douleur

22

Le choix du nom





Nous pensons que comprendre le cadre théorique dans lequel s'inscrit le traitement, permet de mieux comprendre les objectifs de celui-ci.

Cette compréhension pourrait nous permettre d'utiliser plus facilement notre expertise afin d'adapter le mieux possible nos soins aux patient·es.

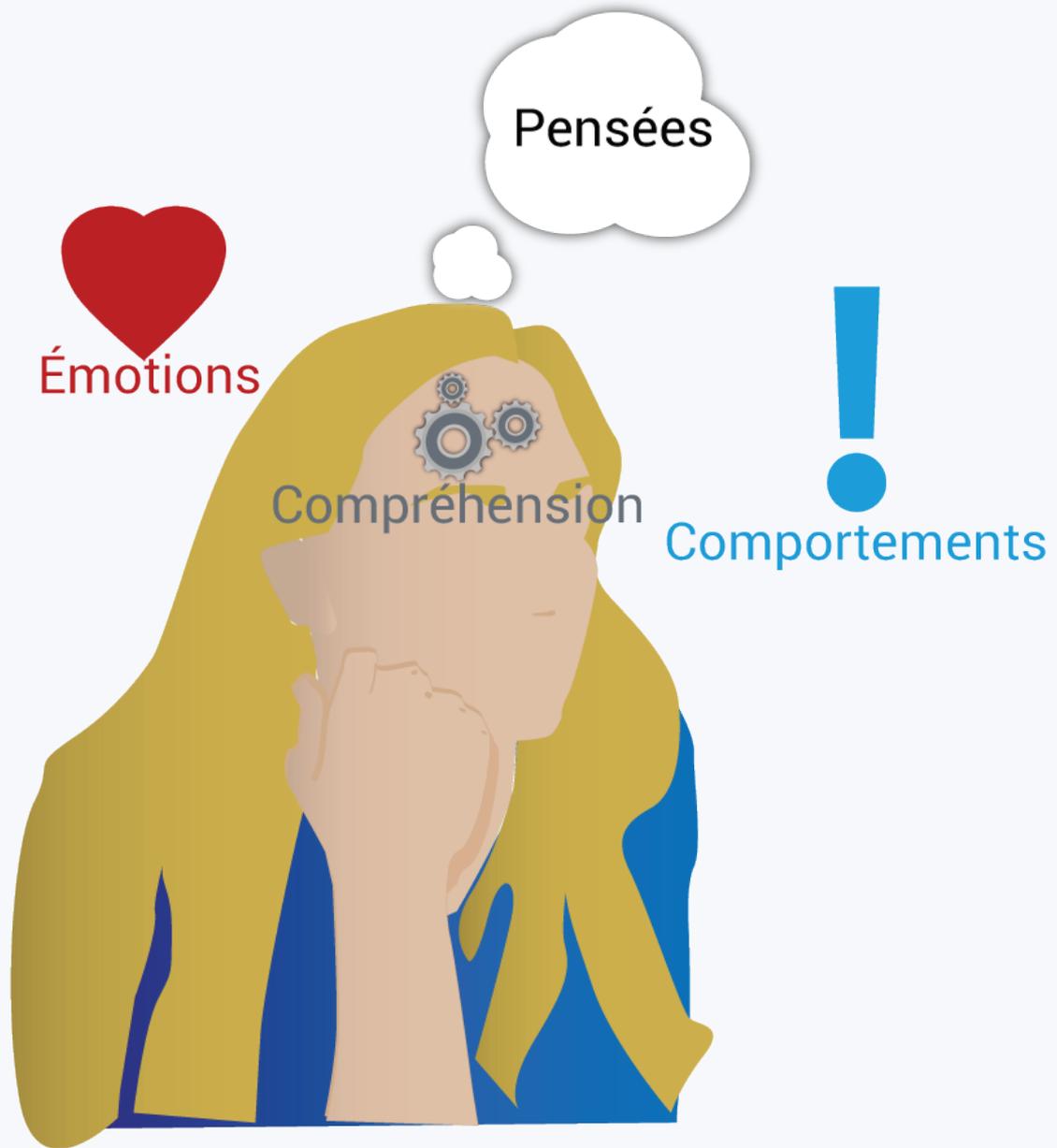
Cadre théorique : Définition

L'éducation à la douleur abordée ici est issue des travaux de Louis Gifford dans les années 90 (Louw et al., 2016). Il est difficile d'en donner une définition, car aucun consensus ne semble avoir été réalisé jusqu'à présent.

Moseley et Butler proposent de la définir comme étant l'ensemble des

interventions éducatives visant à changer la compréhension de ce qu'est la douleur, ce à quoi elle sert, et quels en sont les mécanismes sous-jacents (Moseley & Butler, 2015). Ils expliquent en outre qu'il s'agirait d'un véritable cadre théorique pour comprendre les approches de traitement de la douleur, en plus d'être une approche en elle-même.





**L'éducation à la douleur
est conçue pour changer la
compréhension de la douleur**

Différence avec les TCCE

Puisqu'il s'agit d'une approche basée sur la communication, elle est parfois amalgamée avec les **Thérapies Cognitives, Comportementales et Émotionnelles (TCCE)** appliquées à la prise en soin des douleurs persistantes. Il semblerait pourtant que les cibles du traitement soient différentes.

Imaginez que vous ayez une certaine compréhension de ce qu'est la douleur. Lorsque cette **compréhension** est soumise à un événement, elle peut générer des **pensées**, des **comportements** ou des **émotions**. Par exemple, penser que « douleur signifie blessure » risque de vous encourager à éviter de bouger lorsque vous avez mal.



Compréhension

Vous **comprenez** que douleur signifie blessure.



Pensées

Peut-être que des **pensées** automatiques surgiront lorsque vous aurez mal : « Mon corps est fragile », « Il faut que je me repose » ou bien « C'est en train d'empirer ».



Émotions

Peut-être qu'à chaque moment douloureux, en pensant vous blesser, vous aurez de la peur, du désespoir ou d'autres **émotions** qui surgiront.



Comportements

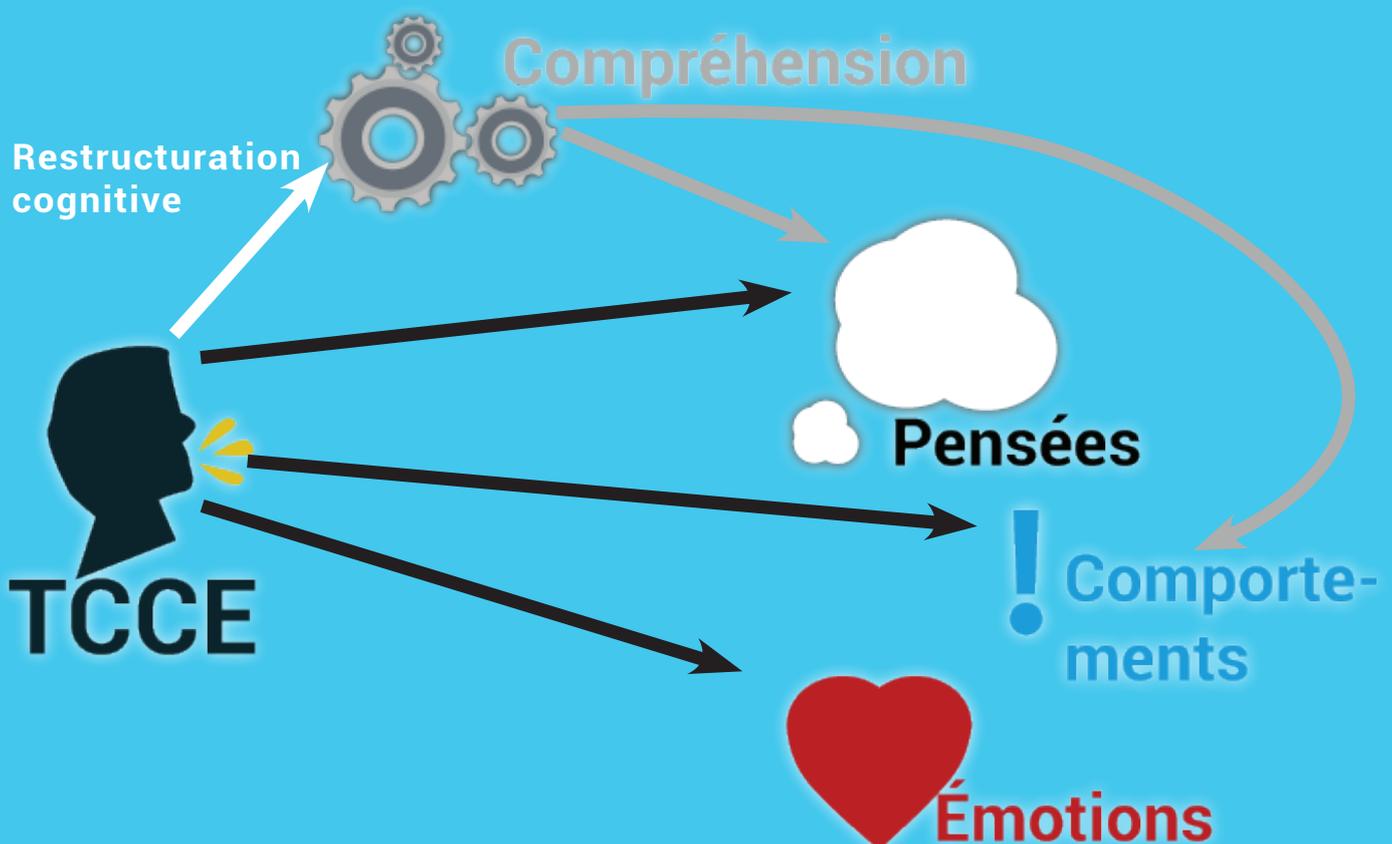
Et peut-être que ces pensées et émotions s'accompagneront ou seront précédées de **comportements**, peut-être que vous vous mettez au repos, que vous éviterez de bouger et augmenterez votre temps sédentaire.

ÉVITEMENT D'ACTIVITÉS
ENDURANCE DANS LA DOULEUR
PRISE DE MÉDICAMENTS
ETC...



Là où la cible de **l'éducation à la douleur** est le changement conceptuel dans la compréhension de la douleur, les TCCE sont le plus souvent utilisées pour changer les pensées, comportements et émotions associés à celle-ci.

Toutefois, il est vrai que dans la restructuration cognitive, qui fait partie des TCCE, le changement de croyance fondamentale est parfois utilisé. Cependant, cela est toujours fait dans une optique de changement de pensées ou de comportements, et sans explications physiologiques (Clark, 2013).



Ndir : Devant les résultats peu favorables de la littérature, des auteurs comme Louw déclarent que le but de l'éducation est de changer les comportements et que c'était juste mal compris.

Cadre théorique : Les effets dans la littérature

Vous pourrez probablement en apprendre plus sur le sujet lors de la parution de la revue exploratoire (française) de Adenis et Gosselin (Adenis & Gosselin, 2021). L'éducation à la douleur dans la littérature a vécu un énorme tournant en 2019 avec la publication des études de Traeger et coll (Traeger et al., 2019) et celle de Watson et coll (Watson et al., 2019).

Avant ces publications, penser que la manière de se représenter pourquoi nous avons mal est un facteur important, directement impliquée dans la douleur et sa persistance était beaucoup plus plausible. Ainsi, les premiers à avoir réalisé un essai clinique sur l'éducation à la douleur

en tant qu'intervention expliquaient pourquoi l'éducation à la douleur était un traitement potentiel avec une certaine plausibilité. Leur idée était de dire qu'il existe beaucoup d'exemples expérimentaux dans lesquels l'intensité de la douleur était modifiée par des suggestions. Cela pouvait alors impliquer **qu'une partie de la douleur de nos patient-es était due aux suggestions**, issues de la culture ou des mots et comportements de certaines personnes de notre entourage. Changer ces suggestions en expliquant comment la douleur fonctionne pouvait alors avoir un effet (Moseley & Butler, 2015).

Par exemple, lorsque l'on applique une barre très froide sur la peau, cela fait plus mal quand nous suggérons qu'en réalité elle est très chaude (Arntz & Claassens, 2004).

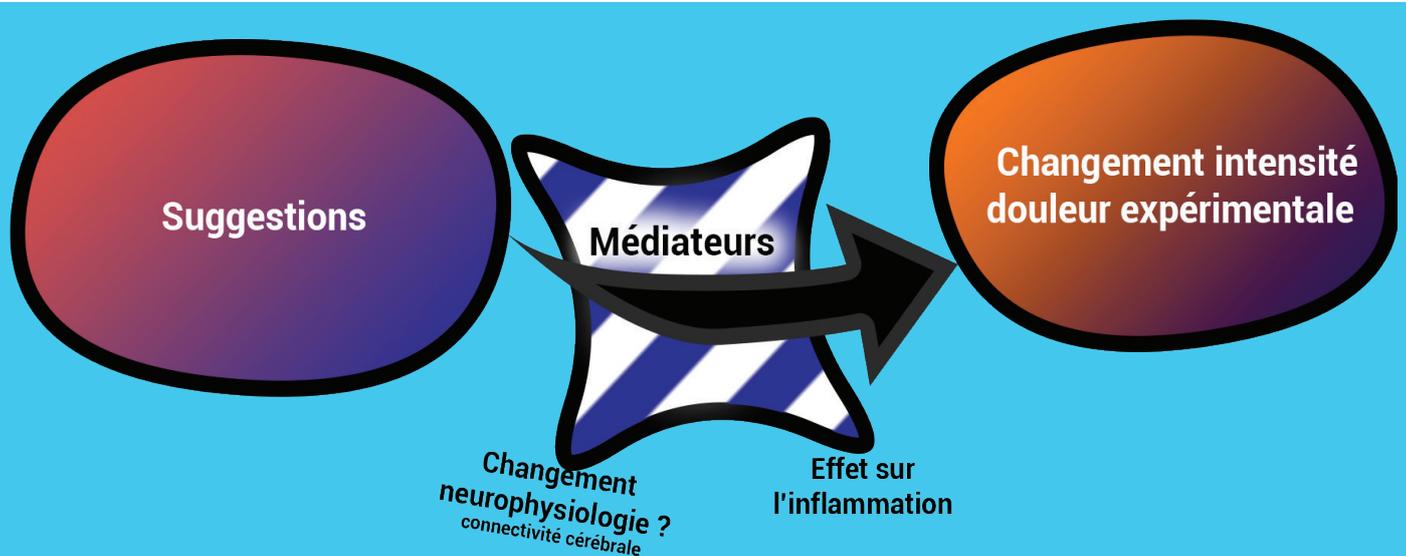




Imaginez donc qu'un-e patient-e ayant des douleurs lombaires persistantes pense que ses douleurs viennent de son disque pincé.

Il serait ainsi intéressant de se questionner sur l'impact que peut avoir le fait de visualiser son disque comme "écrasé", lorsqu'on est patient-e et déjà douloureux.

Plusieurs médiateurs (la manière dont cela agit) peuvent être impliqués, comme par exemple des **changements dans la neurophysiologie**, et notamment dans la **connectivité cérébrale** (Ploner et al., 2010). Les pensées et les émotions ayant des effets probables sur **l'inflammation**, la compréhension de la douleur pourrait peut-être également exercer un rôle par ce biais.



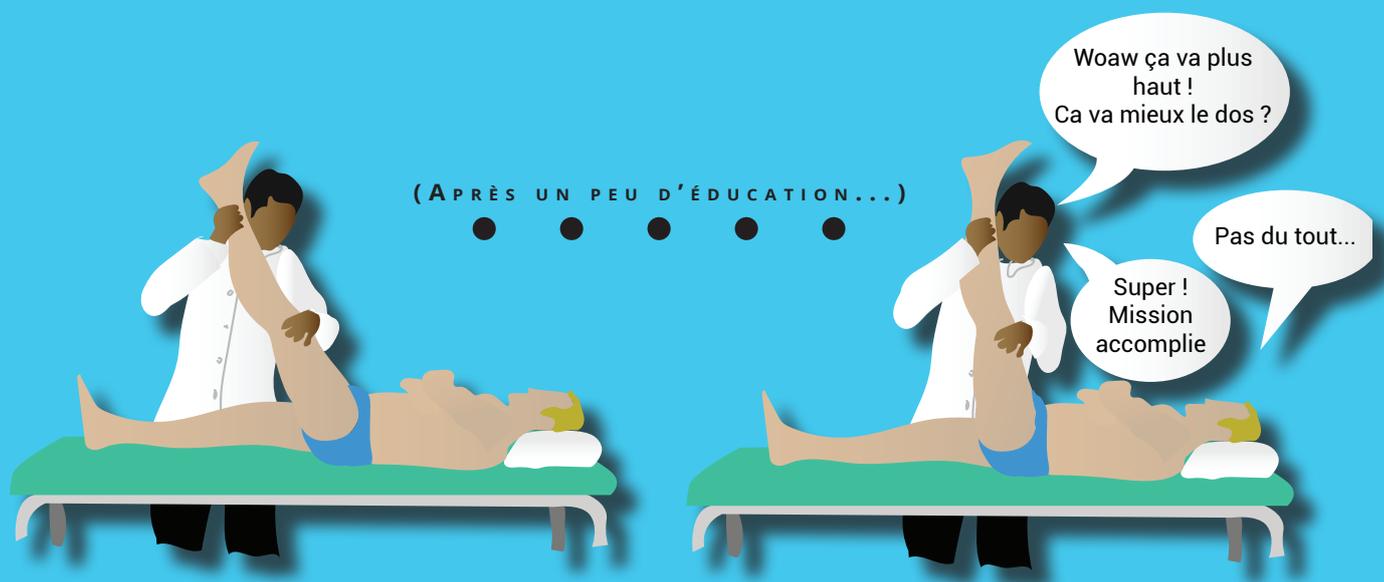
Un problème de l'éducation à la douleur est que beaucoup d'auteurs publiant sur le sujet ont aussi contribué à la création ou au développement de la méthode. Il existe au moins 3 grandes influences, l'influence australienne du **NOIGroup** et de **Moseley** (qui ne fait pas partie du **NOIGroup**, mais tisse avec eux des liens très étroits), l'influence américaine de **Louw et Puentedura**, et enfin l'influence belge de **Pain In Motion**, menée par **Jo Nijs**.

Le problème de ces contributions, c'est que **l'effet d'allégeance** (Luborsky et al., 1999) pourrait expliquer une grande partie des effets

observés à ce jour. L'effet d'allégeance, c'est le fait que les cliniciens et les chercheurs, lorsqu'ils sont investis dans une approche thérapeutique d'une manière ou d'une autre, ont tendance à trouver une plus large taille d'effet en faveur de leur traitement que pour le groupe comparateur.

Cet effet est à **distinguer de la malhonnêteté intellectuelle des auteurs**. En effet, ce phénomène étant inconscient, il est possible de trouver des résultats bien meilleurs **en restant tout à fait honnête**.

Il est fréquent de lire des déclarations (trop) peu étayées dans la littérature. Par exemple, il a été publié le fait que l'éducation à la douleur permet de désensibiliser le système nerveux, et qu'il s'agit, par conséquent, d'une meilleure option de combiner cela à la thérapie manuelle (Louw, Nijs, et al., 2017), tout ceci en se basant sur **une étude qui n'a pas montré d'intérêt sur l'intensité de la douleur lombaire ou de jambe, mais... Sur le Straight Leg Raise (Lasègue)** (Louw, Farrell, et al., 2017). Cette déclaration avait déjà été faite 2 ans plus tôt dans un autre papier, (Lluch Girbés et al., 2015) alors qu'une étude de 2004 (Moseley, 2004) nous fournissait déjà les mêmes résultats, c'est-à-dire **pas de changement dans l'intensité de la douleur mais un simple changement d'amplitude dans le SLR**, avec en prime une information sur l'absence de changement dans la fonction des patient·es.



Si nous prenions les études au pied de la lettre, il serait possible de conclure simplement de ces données que l'éducation à la douleur pourrait être employée pour les patient·es venant nous voir avec comme objectif une augmentation de leur capacité à tendre la jambe en étant allongé, mais pas pour les patient·es souhaitant une réduction de leur douleur ou une augmentation de leurs capacités fonctionnelles.

En revenant à la revue mixte de Watson (Watson et al., 2019), **l'éducation, seule, ne semble pas avoir des effets cliniquement significatifs sur la douleur et la fonction.** La significativité clinique minimale (MCID) était déterminée à 10%. On peut toutefois voir des effets jugés cliniquement significatifs sur **l'échelle de catastrophisme de la douleur (PCS)** et sur **l'échelle TAMPA de kinésiophobie (TSK)**.

La méta-analyse de Watson & coll. a été faite même si elle n'était pas recommandée étant donné **la très grande hétérogénéité statistique** des études (Deeks et al., 2021). qui pourrait s'expliquer à la fois par l'hétérogénéité des populations (des patient·es avec des lombalgies persistantes, de la fibromyalgie, des SDRC,...) mais aussi peut-être par l'hétérogénéité des méthodes d'éducation (plusieurs sessions, une session unique, en groupe, en individuel...).

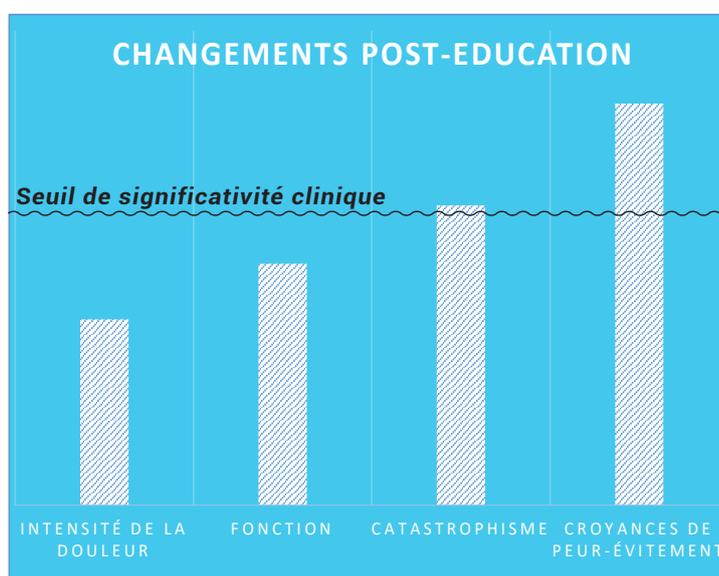


Figure 1 : Effets éducation selon Watson 2019

PRÉCISIONS

La PCS, censée mesurer le **catastrophisme**, semble plutôt mesurer les inquiétudes ou la détresse, selon certain·es chercheur·se·s (Crombez et al., 2020). La TSK est censée mesurer la **kinésiophobie** (peur irrationnelle du mouvement). Pourtant, les résultats d'une étude (Caneiro et al., 2018) pourraient contredire cela. Dans cette étude, il était montré des images de personnes dans différentes positions. Lorsqu'il était demandé aux sujets de l'étude de dire instantanément si la position était dangereuse ou

pas, le score du TSK n'était pas mis en lien avec le sentiment implicite que la flexion lombaire mettait en danger, ce qui pourrait être un bon indicateur de kinésiophobie. Le TSK pourrait simplement correspondre aux croyances de peur-évitement (Lundberg et al., 2011). Cela a une implication directe sur la pertinence de l'éducation, car les croyances de peur-évitement amènent à penser que la douleur signifie que nous sommes blessé, et que nous sommes mis en danger par le mouvement.

Tegner et collègues (Tegner et al., 2018) ont trouvé des effets légèrement supérieurs en restreignant la revue systématique à la lombalgie. L'hétérogénéité a grandement diminué malgré des méthodes d'éducation différentes, laissant supposer que la grande hétérogénéité trouvée dans la revue systématique de Watson ne venait pas des méthodes, mais plutôt des populations de patient·es investiguées.

Ceci dit, mieux vaut ne pas conclure quoique ce soit de la revue de Tegner. En fait, un des rares essais cliniques inclus (Ryan et al., 2010) comparait l'exercice combiné à de l'éducation et des TCCE, par rapport à de l'éducation et des TCCE seules... Cela veut donc dire que cet essai évaluait les effets de l'exercice et non pas de l'éducation, ce qui est gênant puisque cette étude tirait la taille d'effet vers le haut (cf figure 2 ci-dessous)..

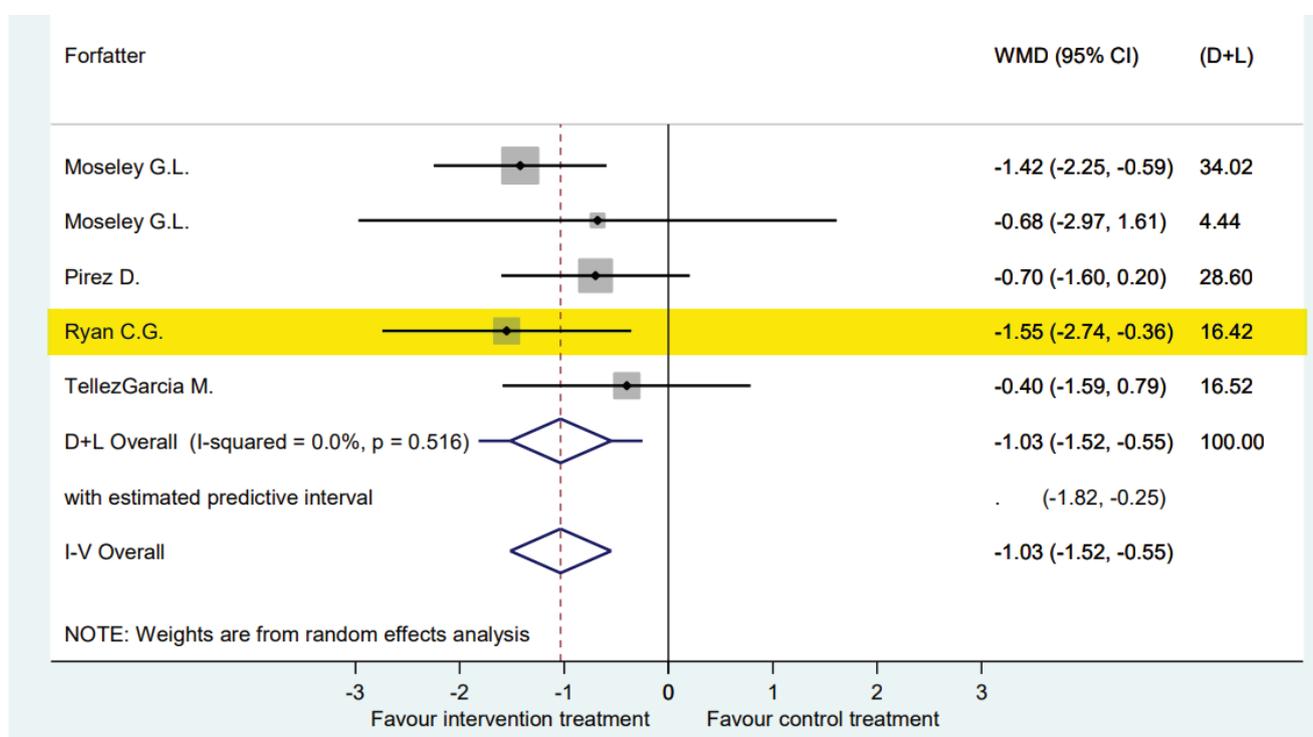


Figure 2 : Forest Plot de Tegner 2018

intensité douleur à 3 mois

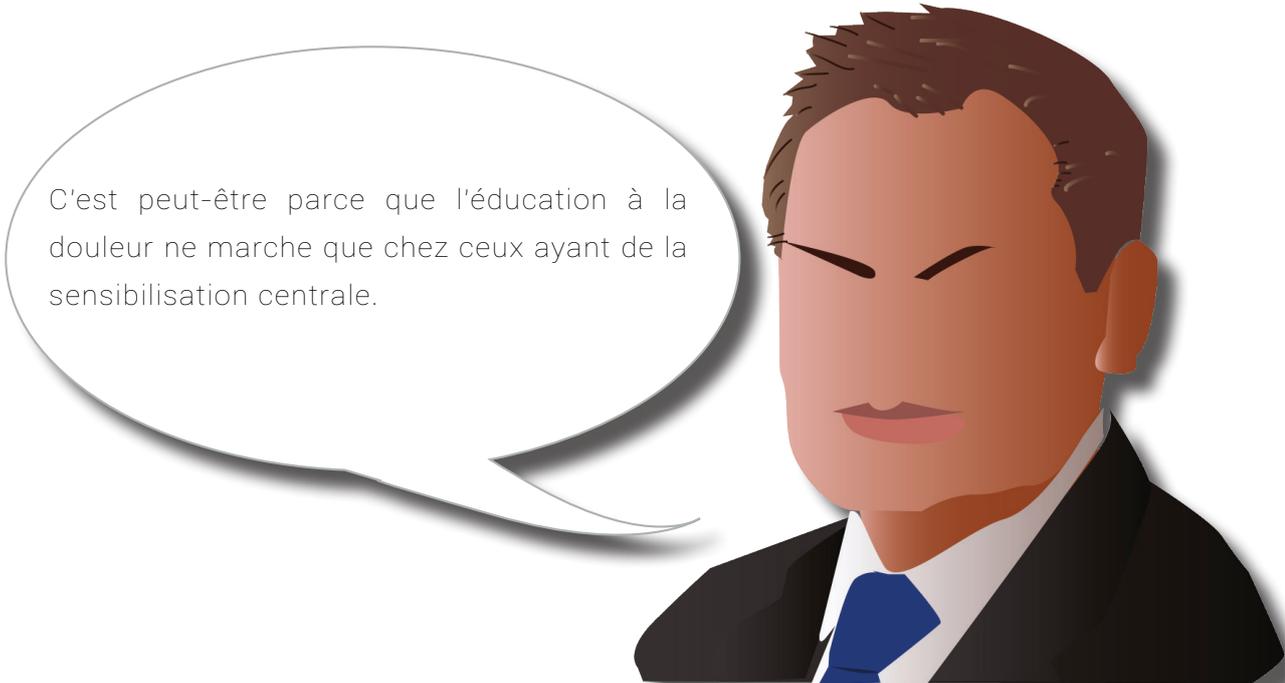
On aura bientôt plus de revues systématiques sur l'éducation à la douleur que d'essais cliniques à inclure dedans, puisqu'une autre revue est parue en 2021 (Bülow et al., 2021). Celle-ci était bien plus large encore que celle de Watson, puisqu'elle intégrait toutes les douleurs musculo-squelettiques, là où Watson n'incluait que les études concernant des patient·es ayant des douleurs chroniques. Encore une fois, la conclusion est la même, ce qui n'est pas surprenant étant donné que 61% des études étaient déjà présentes dans la revue précédente. On y trouve toujours une grande hétérogénéité, pour des **effets faibles sur l'intensité de la douleur et sur l'incapacité.**

Wood et Hendrick ont fait plusieurs autres comparaisons dans leur revue qui sont intéressantes pour nous (Wood & Hendrick, 2019). Par exemple, ils ont voulu voir les effets de l'éducation pas en tant que traitement isolé, mais **en tant qu'ajout à la kinésithérapie** pour la lombalgie persistante. À court terme des bénéfices sur l'incapacité sont retrouvés, mais qui ne semblent pas cliniquement significatifs. Notons que pour obtenir ces effets, ils ont inclus l'étude de Vibe-Fersum et coll. (Vibe Fersum et al., 2013) qui ne portait pas sur l'éducation mais sur la Thérapie Fonctionnelle Cognitive, qui est un peu différente, vu que le changement conceptuel ne fait pas partie de la thérapie.

Un point important à noter est que Wood et Hendrick n'utilisaient pas les mêmes critères de significativité que Watson même s'ils utilisaient les mêmes échelles : il était question de changement dans les points des échelles pour les premiers et d'un pourcentage de changement pour les seconds. Dans Wood et Hendrick 2019, il était considéré qu'observer un minimum de 5,5 points de différence sur

l'échelle TAMPA était cliniquement significatif, tandis que pour l'étude de Watson 2019 il fallait observer un changement d'au moins 10% du score global. Les effets de l'éducation rapportés par Wood et Hendrick sur les croyances de peur-évitement/la kinésiophobie n'étaient plus considérés comme cliniquement significatifs. Les effets sur le catastrophisme n'étaient pas statistiquement significatifs.

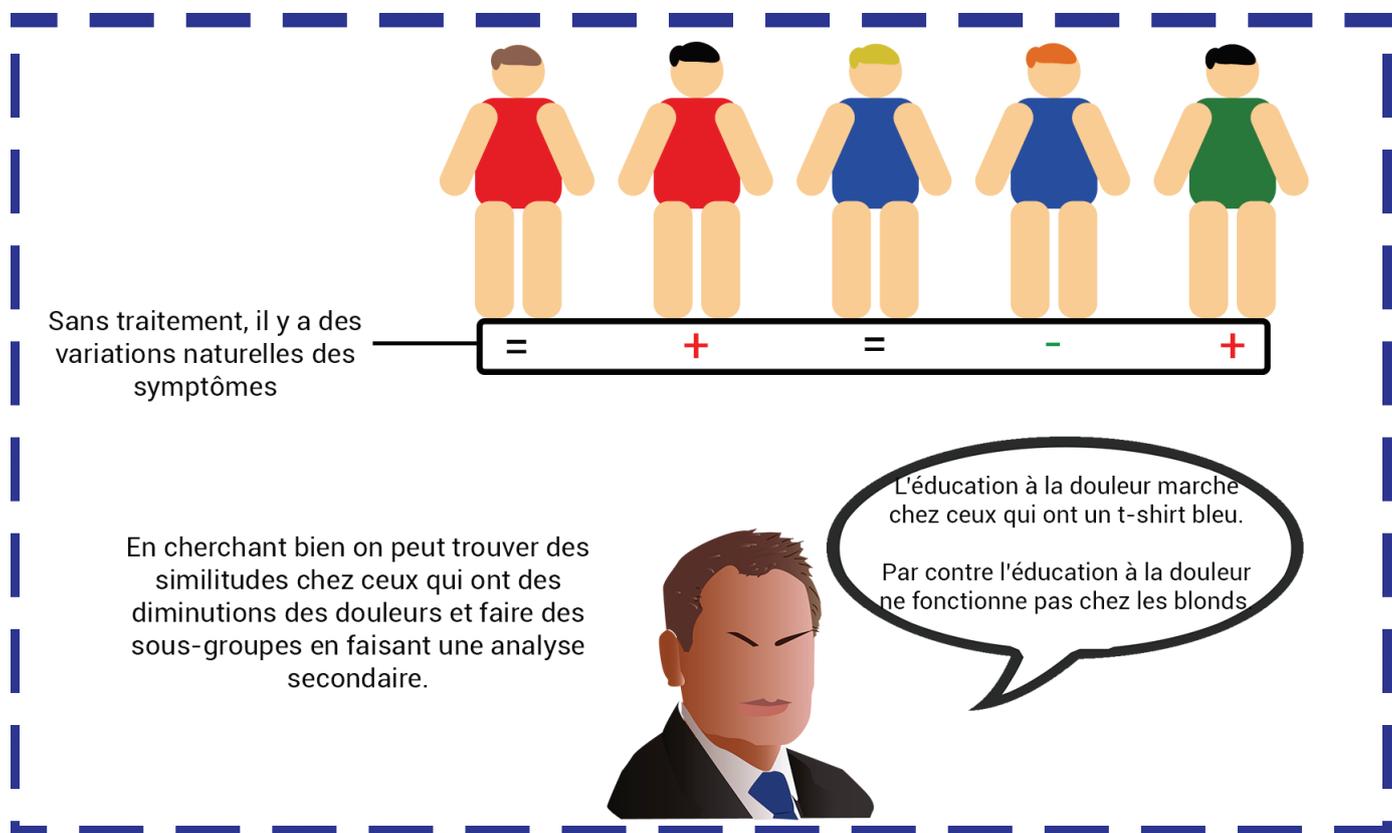
Il y avait vraiment très peu d'études dans les méta-analyses de Wood.

A stylized illustration of a man with short brown hair, wearing a dark suit, white shirt, and blue tie. He has a serious expression. A large white speech bubble with a grey drop shadow is positioned to his left, containing text.

C'est peut-être parce que l'éducation à la douleur ne marche que chez ceux ayant de la sensibilisation centrale.

En réflexion sur cela, il est possible de postuler que certaines personnes répondent à l'éducation, **et d'autres non.**

C'est justement les critiques qui ont émergé à la sortie de la revue de Watson et coll. C'est pour cette raison que l'équipe a refait une méta-analyse (Watson et al., 2021). Dans cette revue systématique, les auteurs ont cherché à repérer à quel point les résultats variaient entre les personnes. Un nombre trop faible d'études rapportait l'écart-type, et il était recommandé pour l'analyse d'avoir au moins 5 études. Ils n'ont donc pu analyser que les variations de l'incapacité (car il y avait tout juste 5 études). Les scores des individus variaient de l'ordre de 0,7/10, ce qui n'est pas très pertinent cliniquement. Pour l'instant il n'est pas possible de conclure dessus, mais l'hypothèse de sous-groupes de patient·es répondeurs est pour l'instant trop pauvre en éléments pour être soutenue et ne pourra peut-être jamais l'être.



Cadre théorique : Se positionner, pratique Evidence-Based

Si n'importe quelle thérapie avait des résultats similaires, il serait évident de dire qu'elles ne valent pas la peine de s'investir dedans. Ce qui est un peu différent pour l'éducation à la douleur, c'est **qu'elle est utilisable sans prendre de temps de séance** et sans surcoût pour le-la patient·e. Il est faisable, par exemple, de discuter avec le-la patient·e pendant un autre

soin, ou bien se servir d'une expérience qu'iel vient de faire pour créer un changement dans sa manière de concevoir la douleur avec de simples questions. Nous pouvons donner un livret, faire lire une infographie, conseiller un site internet... Bref vous l'aurez compris, cela peut être utilisé **en complément** d'un traitement ayant de bonnes preuves d'efficacité.



Qui sait, la faible amélioration clinique observée dans les études pourra peut-être se cumuler avec d'autres facteurs, si les mécanismes d'amélioration ne sont pas similaires.

Il est par contre probablement peu recommandé,

en l'absence d'attentes particulières des patient·es, d'engager une séance d'éducation formelle. Prendre du temps qui pourrait être employé à des traitements plus efficaces serait peut-être un mauvais choix.



CAUTION!

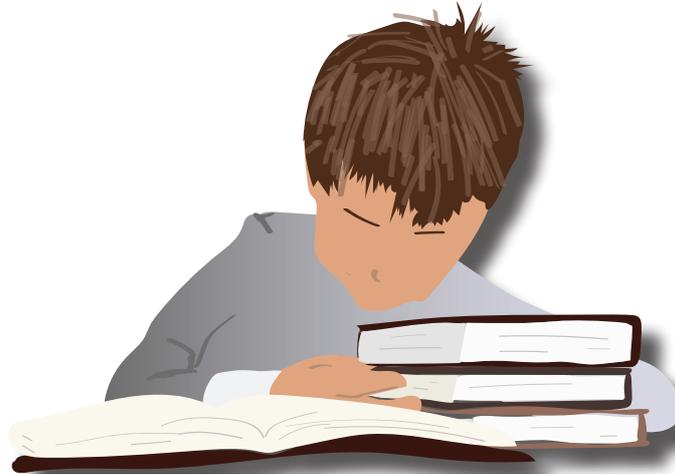
La limite à ce raisonnement, ce sont les **potentiels effets indésirables**. Oui, même l'éducation peut avoir des effets indésirables. En ce qui concerne l'éducation à la douleur, les seuls effets indésirables indiqués dans la littérature étaient présents dans de la recherche qualitative. Ainsi, certaines personnes semblaient se sentir stigmatisées (Wijma et al., 2018). Une femme a même indiqué avoir vécu une expérience très désagréable, puisqu'on lui a conseillé d'éviter les choses associées à sa douleur. Le problème était que, selon elle, sa fille faisait partie des déclencheurs de sa douleur (King et al., 2018).

L'éducation à la douleur, si elle est utilisée, doit donc être amenée **sans gêner les autres traitements** et avec prudence pour l'alliance thérapeutique.

Les résultats de la littérature indiquent **qu'il est acceptable de ne pas faire d'éducation à la douleur du tout**. Toutefois, **recevoir des informations personnalisées sur le traitement, adaptées à leurs vies et valeurs, ainsi que des stratégies d'auto-gestion**, fait partie des **attentes** des patient·es identifiées de manière récurrente (Lim et al., 2019).



Cadre théorique : Le choix du nom



Le choix du terme d'éducation à la douleur n'a pas été aisé et pose problème. Pour coordonner les différents chercheurs sur le sujet, Louw, Puentedura et Zimney ont utilisé la phrase d'« expliquer la douleur aux patient·es ». Finalement, ils ont proposé de parler **d'éducation aux neurosciences de la douleur** (Louw et al., 2016).

Nous pensons que se limiter simplement à « expliquer » n'est pas suffisant pour atteindre l'objectif de créer un changement de concept dans la douleur. Si nous ne faisons qu'expliquer comme dans un cours magistral, nous risquons de nous retrouver dans la même situation qu'avec certain·es patient·es dans les études de King et collaborateurs (King et al., 2016, 2018). Dans ces études, certain·es patient·es avaient entendu le discours mais ne changeaient pas leur manière de voir la douleur.

Le terme éducation fait débat. En effet, même si sa définition consiste à simplement décrire l'ensemble des moyens employés pour obtenir des facultés, ce terme est beaucoup associé à la manière d'enseigner dans les écoles. Ainsi,

nous imaginons volontiers une personne en position haute, qui donne sa connaissance à une autre personne ou groupe de personnes qui ne font que recevoir.

Cela contraste avec la position active que la personne « éduquée » est censée avoir dans la constitution de ses connaissances et dans les approches patient-centré et patient-partenaire, la première faisant consensus actuellement.

Il existe le terme de « découverte guidée » (Lavigne, 2012) qui est en fait un type bien précis d'enseignement. Celui-ci met l'apprenant au centre de la démarche, c'est lui qui découvre, et le thérapeute n'est, par conséquent, plus qu'un guide. Nous avons toutefois conservé le terme d'éducation pour faciliter la compréhension par tous du contenu du guide lorsqu'il sera diffusé.

Nous n'avons pas utilisé les expressions comprenant les mots « sciences », « neurosciences » ou « neurophysiologie » puisque dans l'éducation, vous verrez, il y a certains éléments qui ne font pas partie de ces champs.

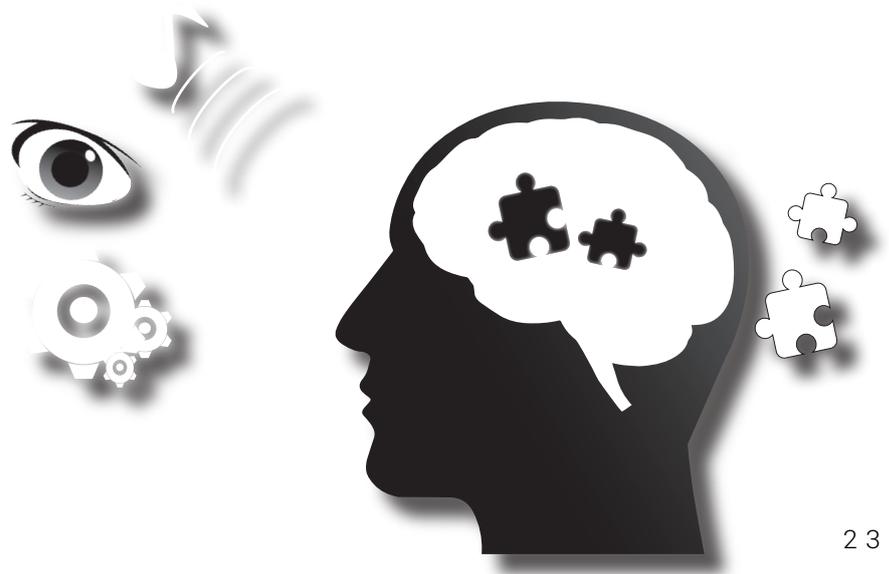
Modalités D'application

24

Quand proposer l'éducation
à la douleur

26

Évaluation biopsychosociale

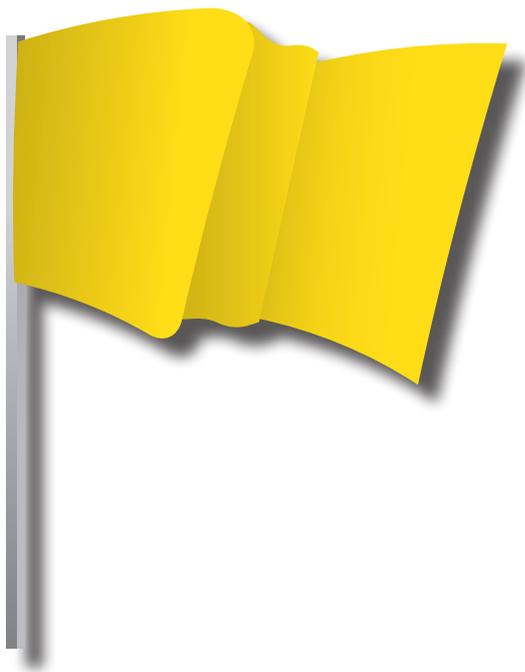


Modalités d'applications :

Quand proposer l'éducation à la douleur

Les données suivantes sont issues des entretiens menés par Chloé Jarroir et Margot Moulin auprès de kinésithérapeutes ayant été considéré·e·s comme "expert·e·s" dans le domaine de la douleur par les deux enquêtrices, avec toute la problématique liée à la qualification d'experts (Gøtzsche & Ioannidis, 2012).

La majorité des kinésithérapeutes interrogé·e·s proposent de l'éducation à la douleur :



- s'ils relèvent l'existence de **drapeaux jaunes** chez leur patient·e (croyances de peur-évitement, catastrophisme, inquiétudes,...)
- si leur patient·e présente une **douleur persistante** (= chronique)

Certain·es évoquent également la nécessité de tenir compte :

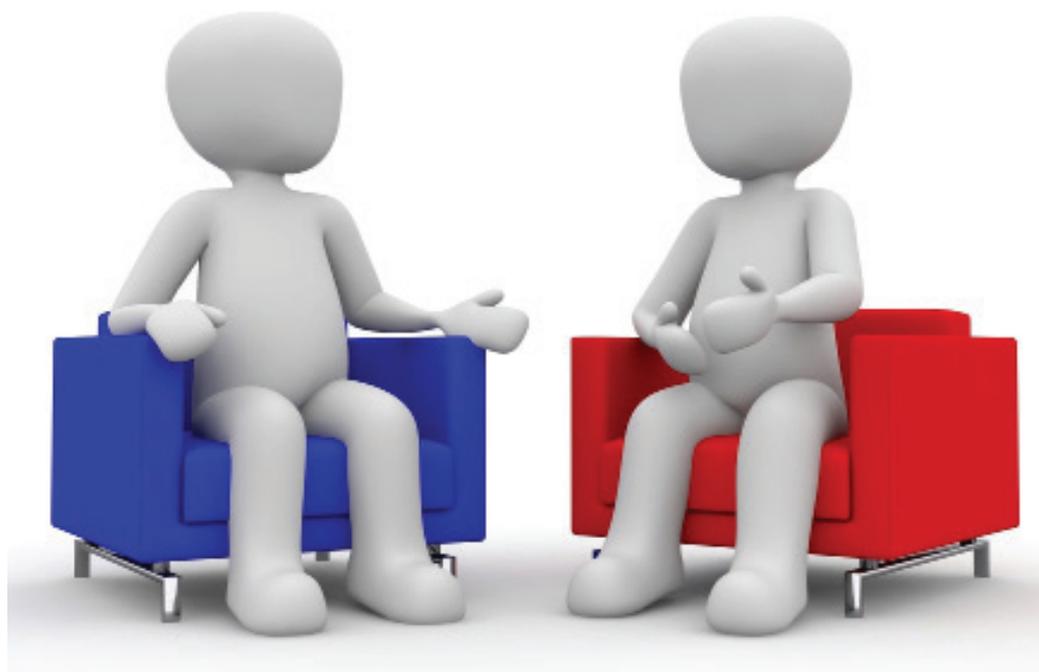
- des **attentes** du·de la patient·e
- du **consentement** du·de la patient·e

Dans l'étude qualitative de Horler, les participants ont expliqué que l'éducation représentait le pilier central dans leur prise en charge des patient·es lombalgiques. Selon eux la question était plutôt de savoir **comment** utiliser l'éducation plutôt que de savoir **quand** l'utiliser (Horler et al., 2020).

Méthodologie des études qualitatives

Les études menées par Chloé Jarroir et Margot Moulin ont respectivement permis le recueil de données auprès de 6 et de 13 masseurs-kinésithérapeutes libéraux exerçant sur le territoire français, pratiquant tous l'éducation à la douleur dans leur exercice quotidien.

Dix-neuf entretiens semi-directifs ont ainsi été menés. Leurs retranscriptions intégrales suivies d'analyses thématiques ont permis d'extraire et de regrouper les données qualitatives sous forme de différents thèmes et idées émergentes.



Le but était ainsi de **refléter au mieux la pratique actuelle de ces MK**, mais aussi de **mettre en lumière les points importants**, et notamment les éléments facilitateurs, en rapport à **l'intégration d'éducation à la douleur au sein de séances de masso-kinésithérapie**.

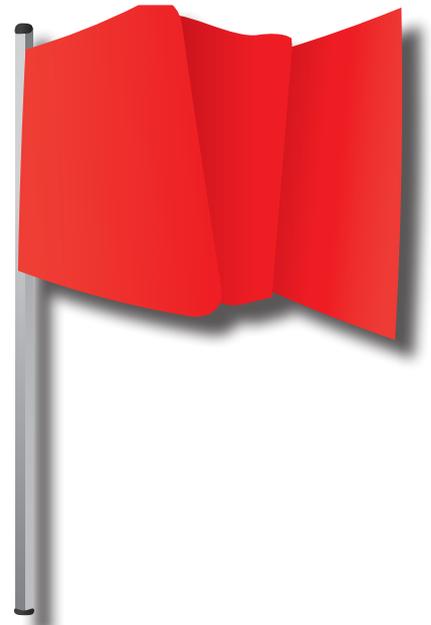
Modalités d'applications : Évaluation biopsychosociale

Avant de proposer de l'éducation à la douleur, la première étape est de réaliser une évaluation biopsychosociale du·de la patient·e (King et al., 2018).

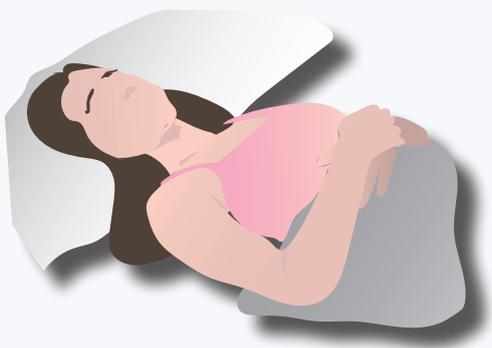
Tous les kinésithérapeutes interrogés réalisent un bilan individuel durant 30 minutes à 1 heure. Ils expliquent évaluer les facteurs biomédicaux, psychologiques et sociaux, mais également l'hygiène de vie des patient·es, ainsi que leurs attentes envers la prise en charge kinésithérapique.

Evaluation physique et biomédicale

- Drapeaux rouges
- Comorbidités, médicaments, antécédents
- Facteurs aggravants/améliorants de la douleur
- Tests neurologiques
- Evaluation du comportement du·de la patient·e pendant le mouvement
- Palpation et tests manuels*, notamment pour valider les attentes du·de la patient·e



*Certains tests manuels peuvent s'avérer être peu reproductibles mais auraient un rôle contextuel important concernant les attentes des patient·es envers le·la kinésithérapeute. Cela peut servir, au-delà de l'élaboration de notre bilan, à rassurer le·la patient·e sur cet aspect "physique", améliorer son adhésion à notre traitement, et jouer un rôle dans l'alliance thérapeutique.



Evaluation de l'hygiène de vie

- Sommeil
- Activité physique et loisirs
- Style de vie (alcool, tabac)
- Stress

Evaluation psychosociale

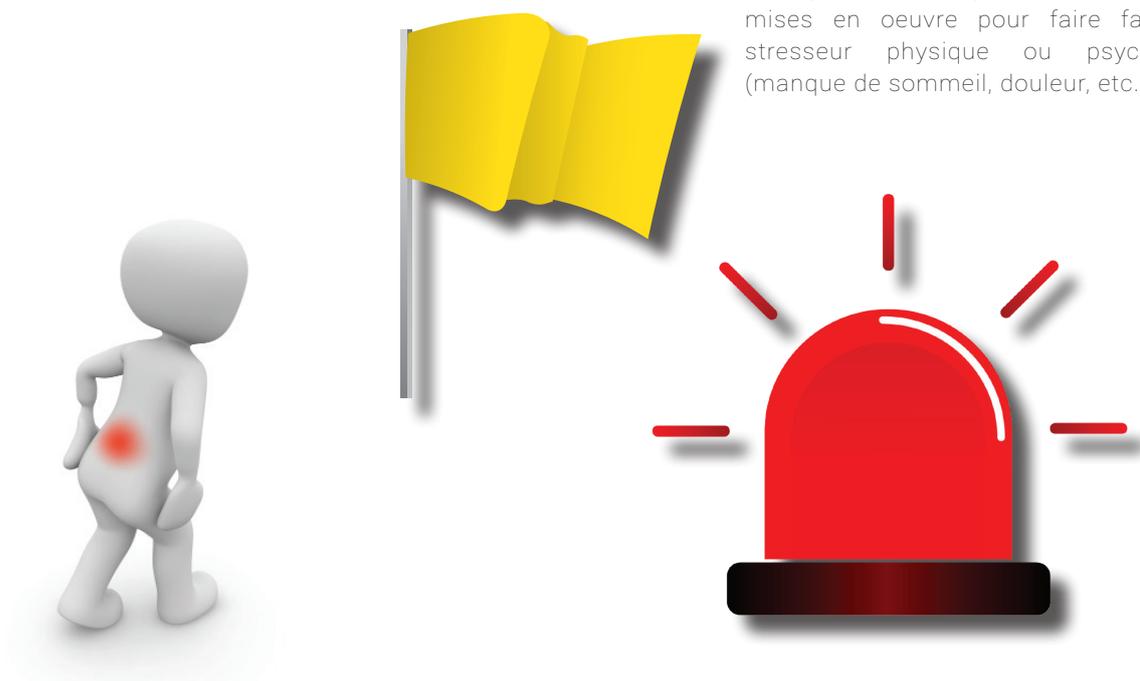
Dans les entretiens qualitatifs de Margot MOULIN et Chloé JARROIR, les facteurs considérés à évaluer étaient :

- **Croyances sur la douleur**
- **Évitement** de la douleur ou endurance à la tolérance des sensations douloureuses
- **Catastrophisme**
- **Stratégies de coping***
- **Retentissement social**

Auxquels il serait possible d'ajouter éventuellement ceux-ci, étant donné la littérature :

- **Inflexibilité psychologique**
- **Faible sentiment d'auto-efficacité** à la douleur / à l'exercice
- **Attentes** envers la thérapie
- Présence d'**anxiété**

*Comportements, pensées ou émotions mises en oeuvre pour faire face à un stressor physique ou psychologique (manque de sommeil, douleur, etc...)



Dans l'étude de Horler, les kinésithérapeutes expliquent la nécessité d'explorer les multiples dimensions du monde de la personne : son **histoire**, ses **sentiments**, ses **connaissances**, sa **vie sociale**, ses **perceptions**, ses **croyances**, ses **pensées**, ses **comportements**, ses **préoccupations**, ses **attentes** et sa **fonction physique**" (Horler et al., 2020).

Evaluation psychosociale (suite)

Il est alors nécessaire de **poser des questions**, de préférence **ouvertes** (une question à laquelle nous ne pouvons pas répondre par "oui" ou par "non") afin d'explorer toutes ses dimensions et lui permettre de **raconter son histoire**.

Par exemple, en demandant au·à la patient·e : « *Comment ça se passe à votre travail ?* » (Horler et al., 2020).



L'**entretien motivationnel**, l'**écoute active**, ou encore les **reflets** peuvent être utilisés pour établir une bonne **alliance thérapeutique** avec le·la patient·e et **explorer ces dimensions**. Une façon simple d'utiliser le reflet peut être de répéter ce que dit la personne à certains moments, en reformulant plus ou moins l'idée exprimée.

Pour plus d'informations au sujet de l'entretien motivationnel, qui a été évoqué par plusieurs de nos participants, vous pouvez consulter cet e-learning gratuit du BMJ ou bien les ressources présentes sur ce site.

Laisser le·la patient·e s'exprimer, **en évitant de le couper**, et communiquer en adoptant une **attitude empathique, positive et bienveillante** constituent une base importante dans l'évaluation biopsychosociale et la prise en charge.

L'évaluation peut également être réalisée par le biais de questionnaires (**Questionnaire d'Orebro, Start Back, Roland Morris, TAMPA Scale of Kinesiophobia, PSFS...**) mais les kinésithérapeutes que nous avons interrogés n'en n'utilisaient **que rarement, privilégiant le dialogue** avec leur patient·e.

Les listes à cocher peuvent avoir **certains impacts psychologiques et émotionnels**. Leur utilisation devrait donc se faire après avoir obtenu le **consentement du·de la patient·e**.

Par exemple :

« Ce que vous dites pourrait faire penser aux symptômes d'une dépression. Qu'en pensez-vous ? Si c'est le cas, un traitement adapté pourrait venir compléter notre rééducation et améliorer encore plus les résultats, voulez-vous qu'on essaye un questionnaire pour savoir s'il est pertinent d'évaluer ça avec un médecin ? »

« Ce questionnaire peut m'indiquer un facteur contribuant à vos douleurs, souhaitez-vous y répondre pour faciliter votre traitement ? »



Il convient également **d'adopter des précautions d'usage**. C'est à dire qu'il est évident que connaître le contenu et s'assurer de **pouvoir gérer tout ce qui en découle** est essentiel avant de proposer un questionnaire.

Toutefois, ces outils pourraient peut-être être utilisés comme base pour un kinésithérapeute **débutant**, ou qui aurait **du mal à aborder certaines notions** avec le-la patient·e, constituant une trame à suivre. Ils peuvent aussi être utilisés pour transmettre un bilan avec des éléments objectivés.

Inventaire de sensibilisation Centrale.

INVENTAIRE DE SENSIBILISATION CENTRALE: PARTIE A

| <i>Veillez indiquer pour chaque situation la proposition la plus adaptée</i> | Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Toujours |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. J'ai la sensation d'un sommeil non récupérateur quand je me réveille le matin | <input type="checkbox"/> |
| 2. Je ressens des raideurs et des douleurs musculaires | <input type="checkbox"/> |
| 3. Je fais des crises d'angoisse | <input type="checkbox"/> |
| 4. Je grince ou serre les dents | <input type="checkbox"/> |
| 5. J'ai des problèmes de diarrhée et/ou de constipation | <input type="checkbox"/> |
| 6. J'ai besoin d'aide pour effectuer mes activités quotidiennes | <input type="checkbox"/> |
| 7. Je suis sensible aux fortes lumières | <input type="checkbox"/> |
| 8. Je me fatigue très facilement lorsque je suis actif physiquement | <input type="checkbox"/> |
| 9. Je ressens des douleurs partout dans le corps | <input type="checkbox"/> |
| 10. J'ai des maux de tête | <input type="checkbox"/> |
| 11. Je ressens une gêne à la vessie et/ou des brûlures lorsque j'urine | <input type="checkbox"/> |



Figure 3 : Exemple de questionnaire : extrait de l'Inventaire de Sensibilisation Centrale

Source : <http://www.kinefact.com/ressources-cliniques/>

C'est aussi souvent à partir de ces questionnaires que sont établies les études attestant de l'importance des facteurs psychologiques et sociaux, ceux-ci n'évaluant parfois pas en réalité la construction psychologique qu'ils sont censés évaluer. Par exemple, le score au Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) semble influencer les résultats de la rééducation des patient·es ayant une lombalgie (Wertli et al., 2014). Ce questionnaire étant conçu pour évaluer

les croyances de peur-évitement, il semble donc intéressant d'évaluer ces croyances chez les patient·es. Pourtant, le FABQ ne semble, en réalité, pas évaluer ces croyances, mais plutôt les attentes des patient·es envers leur guérison (Aasdahl et al., 2020). Cela veut dire qu'en évaluant les croyances de peur-évitement sans questionnaire, on n'aurait peut-être pas saisi ce qui semble avoir de l'importance pour le traitement (c'est à dire ici les attentes).

Une fois que **les dimensions physiques, biologiques, psychologiques et sociales** ont été évaluées, que le·la kinésithérapeute a pu explorer le monde du·de la patient·e, il doit donner **du sens** à ces informations afin de délivrer une éducation **personnalisée** et **adaptée**.

Ce processus se répète **tout au long de la prise en charge**.

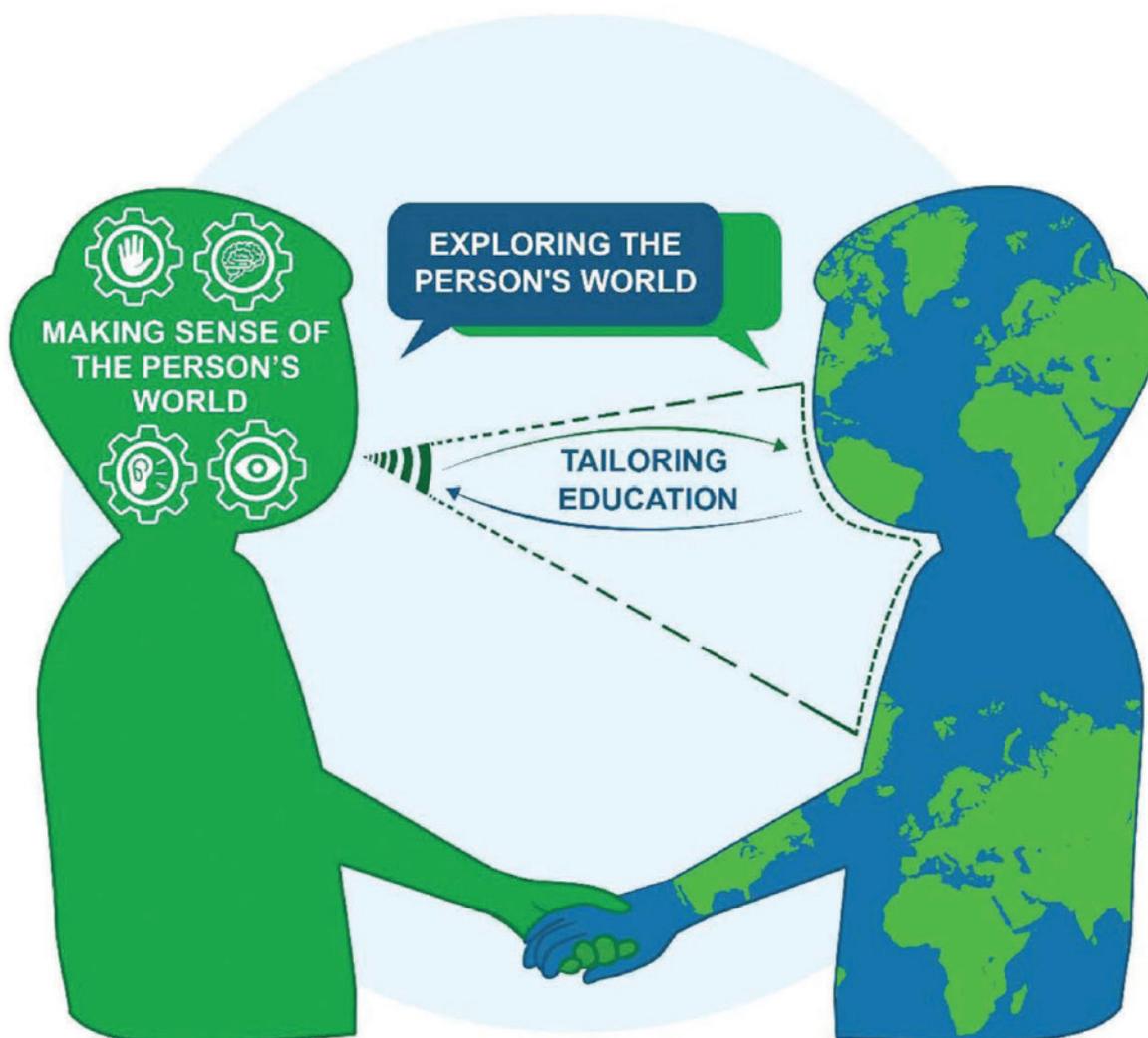
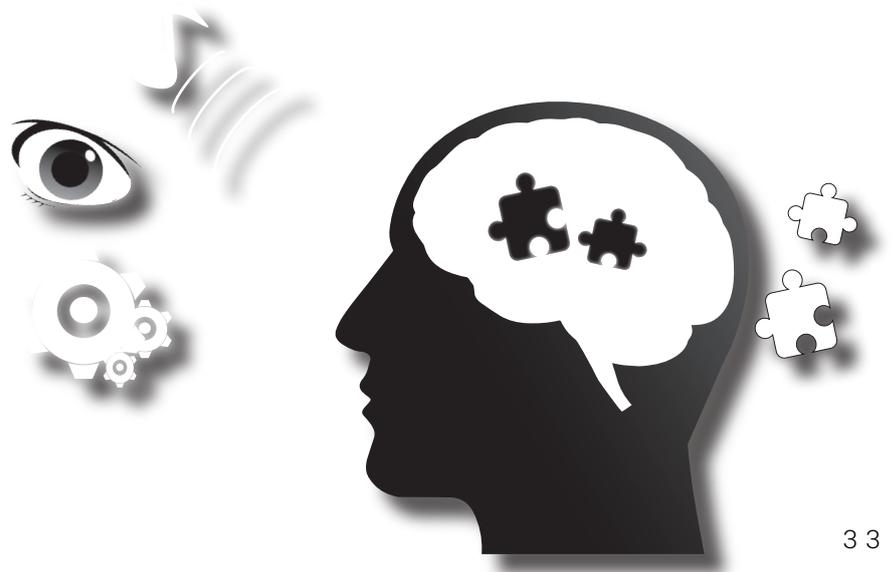


Figure 4 : Modèle conceptuel d'éducation personnalisée (Horler et al., 2020)

Outils et contenu

Des séances

- 36** Douleur n'est pas égale à blessure
- 46** Sensibilisation et influences multifactorielles
- 59** Réentraîner le système de la douleur
- 64** Lier le patient aux outils
- 65** Cas clinique et mise en pratique des outils





Tout au long du processus, des **concepts clés** vont être abordés et seront à intégrer par le-la patient·e. Afin d'illustrer ou compléter ces propos, des **supports** peuvent être utilisés.

Ces supports peuvent prendre des formes variées : métaphores, infographies, livrets, vidéos... Le choix de leur utilisation sera fonction du·de la patient·e, de son vécu, de son niveau de compréhension, et aussi des facteurs que l'on a identifiés comme importants à aborder en tant que thérapeute.

Nous avons regroupé ici les principaux concepts à intégrer, ainsi que des outils utilisés par des kinésithérapeutes effectuant de l'éducation à la douleur. **Ces outils ont été classés en trois concepts :**



Le premier concept explore la notion que **la douleur n'est pas forcément égale à la blessure.**



Le second explore la présence possible d'une **sensibilisation**, mais aussi la présence de **nombreux facteurs** pouvant jouer un rôle dans le ressenti de la douleur.



Et enfin, le dernier concept aborde le **réentraînement du système de la douleur.**

Afin de mieux illustrer l'utilisation de ces outils en pratique, un cas clinique a été ajouté après le développement de ces trois concepts. S'en suivront quelques conseils généraux relatifs à la mise en place de l'éducation à la douleur.

Liste des outils présentés

Douleur n'est pas égale à blessure

| | |
|---|----|
| Le non-corrélation entre les résultats d'imagerie et la douleur | 36 |
| Réflexions concernant les résultats d'imagerie | 37 |
| La bouteille de Coca-Cola™ et les mentos™ | 38 |
| L'anecdote de la surfeuse et du requin | 39 |
| Test-retest et modulation de la douleur | 40 |
| Imagerie mentale symptomatique | 41 |
| Violation des attentes | 42 |
| Changement de repères pour effectuer un mouvement | 44 |
| Faire le mouvement devant le·la patient·e | 45 |

Sensibilisation et influences multifactorielles

| | |
|---|----|
| La métaphore de l'alarme | 46 |
| La métaphore de l'alumette dans la station service | 47 |
| L'orteil dans le coin de table | 48 |
| La métaphore de la coupe de Lehman | 49 |
| La métaphore du père de famille | 50 |
| La métaphore du PDG de l'entreprise | 51 |
| Les chaussettes thérapeutiques | 52 |
| La métaphore de l'écharde | 53 |
| S'occuper de la douleur c'est comme un régime | 54 |
| La mayonnaise de Laurent FABRE | 55 |
| La douleur et l'évitement d'un mouvement ou d'une situation | 56 |
| Les DIMs et les SIMs | 58 |

Réentraîner le système de la douleur

| | |
|------------------------------|----|
| La métaphore du marathon | 59 |
| La métaphore de la pharmacie | 60 |
| Les exercices | 61 |
| Le corps s'adapte | 62 |
| Le toblerone thérapeutique | 63 |

Outils et contenu des séances : Douleur n'est pas égale à blessure

La non-corrélation entre certains résultats d'imagerie et la douleur

Bien souvent, des patient·es arrivent à leur première consultation avec des imageries (scanners, radios, IRM...) peu rassurantes, et des comptes-rendus pouvant être perçus comme des plus alarmants.

Rassurer le·la patient·e quant à ces résultats en lui expliquant que certain·es d'entre eux sont également retrouvés chez une grande partie de la population asymptomatique, et qu'il peut tout simplement s'agir d'une évolution "normale" du corps avec l'âge et le temps par exemple, peut donc constituer une étape importante de la prise en charge.

Pour illustrer ces propos, il existe de nombreuses infographies. Un exemple a été placé ci-dessous.

Prévalence à l'imagerie de signes dégénératifs de la colonne lombaire chez des personnes asymptomatiques *.

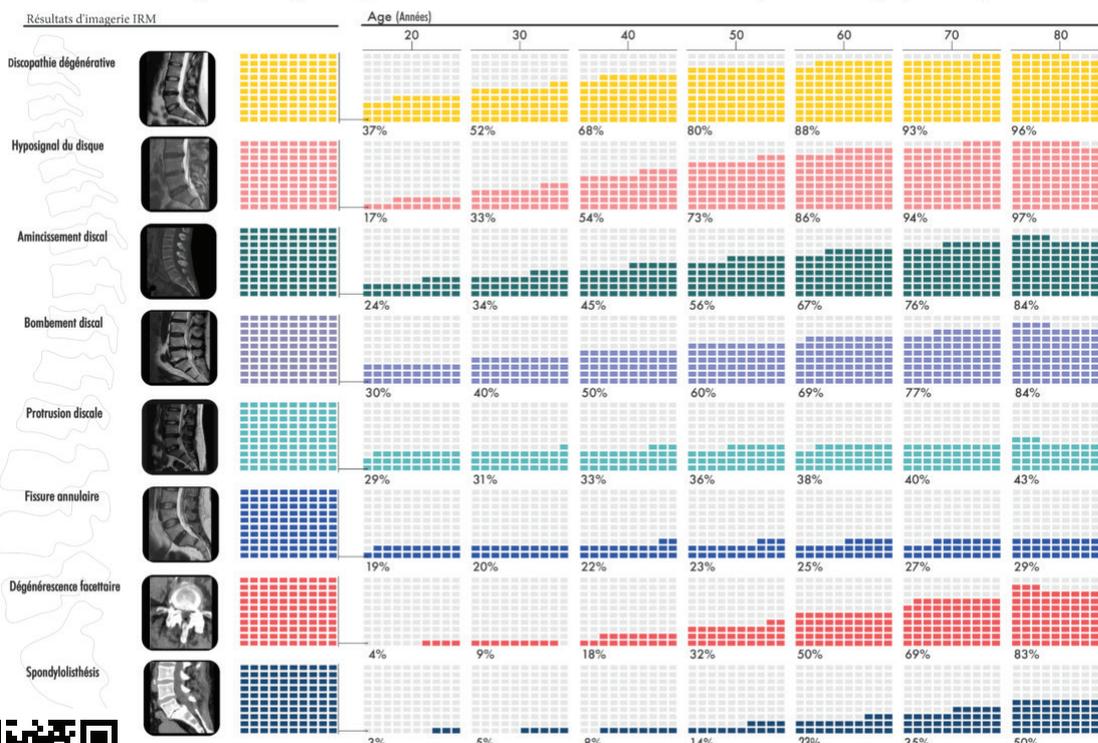


Figure 5 : Exemple d'infographie à propos des résultats d'imagerie

Disponible sur <http://www.kinefact.com/nos-infographies/>

Parfois, une réaction du-de la patient-e concernant ces informations, sera de dire "C'est bien mais moi j'ai mal". C'est à ce moment qu'il est intéressant de l'interroger, par exemple en disant "C'est vrai, et je ne le nie pas. À votre avis, pourquoi je vous partage ça ?" ou bien "Comment savoir cela pourrait-il vous aider ?" L'idée va être d'amener le-la patient-e à comprendre que les signes d'imagerie ne l'empêchent pas de guérir.

Réflexions concernant les résultats d'imagerie

Il arrive souvent que le-la patient-e associe deux situations, sa douleur et ses résultats d'imagerie, alors qu'elles ne sont **pas systématiquement en lien**. En voulant donner à tout prix un sens à sa douleur, il est possible qu'il-elle identifie ces fameux résultats d'imagerie comme étant « la seule et unique cause possible de ses douleurs ».

Nous pouvons alors le-la questionner sur différents points : « *Que vous amène-t-il à penser que ce sont les signes d'imagerie qui sont la cause de vos douleurs ?* » ou « *Combien de temps selon-vous faut-il pour que votre arthrose, hernie discale, x... apparaisse ?* ».

L'idée de cette question est que la personne se rende compte que le processus n'est pas arrivé du jour au lendemain. Ainsi, s'il y a une discordance avec l'apparition de ses douleurs cela pourrait lui permettre de se rendre compte de la non corrélation.

« *Se pourrait-il que l'imagerie soit la même de l'autre côté, mais pour autant qu'aucune douleur ne se soit développée ?* »



Si nous prenons l'exemple d'une personne n'ayant pas de douleurs, mais à qui nous montrerions des imageries alarmantes d'une partie de son corps qui serait catégorisée comme étant "dégradée" ou "fortement blessée", n'est-il pas possible que cette personne ait peur, commence à adopter certains comportements d'hypervigilance, et

développe finalement des douleurs ?

Cette réflexion a pour but de **faire prendre conscience au-la patient-e qu'il n'y a pas que les résultats d'imagerie qui comptent**, et que la douleur s'inscrit dans **un ensemble incluant de nombreuses dimensions** (biopsychosociales).

La bouteille de Coca-Cola™ et les mentos™

Une bonne analogie pour aider la personne à comprendre la nature multifactorielle, c'est l'analogie du Coca et du Mentos (marche aussi avec le bicarbonate de soude et le vinaigre). Si le-la patient·e n'est pas familier avec la réaction que ça produit, vous pouvez lui montrer [cette vidéo](#) (cf QR code ci-dessous).

« L'arthrose/la hernie discale/la tendinite seule ne fait rien. C'est comme le Coca, pour avoir une réaction, il faut des Mentos. Nous ne pouvons peut-être pas retirer le Coca, mais nous pouvons retirer vos Mentos. À votre avis, quels Mentos avez-vous ? »

Et c'est à ce moment que nous pouvons aborder les facteurs possibles pour aider le-la patient·e "troubles du sommeil", "stress au travail", "fatigue", "médicaments opioïdes",...



Figure 6 : Illustration d'un mélange de Mentos et de Coca

L'anecdote de la surfeuse et du requin

Bethany Hamilton a 13 ans quand elle est attaquée par un requin-tigre alors qu'elle est en train de surfer. Elle parvient tout de même à nager et regagner le rivage. C'est seulement lorsqu'elle est hospitalisée qu'elle se rend compte qu'elle a perdu son bras, aucune douleur n'a été ressentie auparavant. Elle témoigne : « J'étais juste sous le choc et je n'ai ressenti aucune douleur. Heureusement car les choses ne se seraient pas passées aussi bien si j'avais eu mal. »

On voit dans cet exemple que cette surfeuse a expérimenté une blessure extrêmement grave, sans pour autant ressentir de douleur. Vous pouvez donc demander au·à la patient·e « Comment pourrions-nous expliquer cela ? ». Le questionnement qui en découlera pourra l'amener vers la réciproque de « Douleur n'est pas égale à blessure » c'est-à-dire « la **blessure n'est pas toujours égale à douleur** ».



Test-retest et modulation de la douleur

L'idée est de faire tester un mouvement douloureux pour **objectiver la sensation**.

Nous pouvons faire un exercice avec une articulation très éloignée de celle qui fait mal au·à la patient·e (ex: le genou s'il·si elle a mal à l'épaule, ou inversement). La diminution de la douleur lors du retest permet de lui expliquer **qu'avec de l'exercice**, on peut **agir de manière globale sur les seuils de douleur**.



Exemple : faire faire au·à la patient·e un exercice assez contraignant ou cardio (ex: le squat, du gainage contre un mur, du vélo d'appartement, etc.), puis lui refaire tester le même mouvement douloureux après cet effort. Si une modulation des symptômes apparaît, c'est-à-dire que le mouvement "test" douloureux devient moins désagréable, cela permet de démontrer que la même douleur peut s'exprimer différemment avant et après un simple exercice. Et pourtant, l'anatomie ne change pas entre les deux.

Bonus : Si vous utilisez un exercice à distance avec succès, par exemple faire faire la chaise contre un mur pour diminuer une douleur cervicale, vous faites même comprendre que les effets ne sont pas mécaniques.

Imagerie mentale symptomatique

Si vous vous sentez un peu courageux·se ou que vous en avez déjà l'expérience, le meilleur exemple que l'on puisse avoir du fait que la douleur n'est pas forcément liée à un dommage dans les tissus, c'est de faire de la modulation de symptômes... par l'esprit. Eh oui ! Nous pouvons tout à fait prendre une vidéo de dentiste qui passe sa fraise,

le son devrait suffire à vous faire sentir quelque-chose dans les dents. Eh bien, pour les personnes très douloureuses, c'est pareil : même imaginer des mouvements peut déjà être douloureux. Comment faire ? Il suffit de décrire le mouvement au·à la patient·e et celui-ci n'aura qu'à l'imaginer.



Figure 7 : Imagination d'un test de mise en tension du nerf médian ULNT1

Exemple :

« Je vais vous demander d'imaginer qu'il y a un verre d'eau devant vous. Sans bouger, vous allez simplement imaginer que vous allez le saisir dans votre main, puis que vous pliez votre coude, que vous portez le verre à la bouche, et que maintenant vous pouvez prendre une gorgée avant de simplement tendre le coude pour le reposer.

Bien, maintenant vous pouvez le faire avec votre autre main. Saisissez le verre dans votre esprit, faites un mouvement de flexion de coude, portez le verre en direction de votre bouche. Quand il y est vous pouvez imaginer le geste de boire une gorgée, puis que vous allez enfin reposer le verre.

Si vous l'avez fait, vous aurez peut-être constaté une différence entre votre main dominante et l'autre. »

Pour le·la patient·e, il y aura juste à reproduire un geste normalement douloureux ou même un test de mise en tension nerveuse comme les ULNT en imagerie mentale. Cela permet parfois de déclencher des symptômes.

Violation des attentes

Pour certain·es kinésithérapeutes interrogés, il est essentiel de faire vivre au·à la patient·e le message qu'ils souhaitent lui faire passer.

Lorsqu'un·e patient·e est anxieux à l'idée de réaliser un mouvement, qu'il évite de le faire par peur de la douleur ou de se blesser, il peut être

intéressant de l'y confronter. Cette stratégie se nomme la violation des attentes, car il existe une discordance entre ce que le·la patient·e craint d'expérimenter (douleur, blocage...) et ce qu'il se passe en réalité.



Figure 8 : Illustration d'une violation des attentes après un soulevé d'objets

La personne pense qu'en se penchant son dos va exploser, mais en le faisant, se rend compte que tout va bien.

CONSEILS PRATIQUES

1. Demander au-à la patient-e ce qu'iel pense qu'il va se passer.
2. Lui demander s'iel est d'accord pour essayer.
3. Lui demander ce qu'il s'est passé et si c'était ce qu'iel imaginait.
4. Si c'était difficile, lui proposer de souffler et de se détendre et de recommencer en soufflant voir si ça l'aide.
5. Lui demander s'il-si elle peut recommencer.
6. Après quelques répétitions, lui demander ce qu'il se passe.

Après avoir fait ceci, **la douleur peut peut-être devenir de moins en moins forte au fur et à mesure**, lui demander ce qu'iel en conclut pour l'amener à reconsidérer ses conceptions.

Si la douleur **devient de plus en plus forte**, faire une petite pause et lui demander comment ça évolue après la pause. Si **ça revient au niveau initial**, lui demander "Comment pourrait-on faire pour pouvoir en faire plus à votre avis ?" peut l'aider à comprendre qu'**en s'entraînant, ça peut l'améliorer**.

Si par contre **la douleur reste augmentée après**, difficile de s'en servir pour une éducation utile. Vous pouvez toujours dire que vous venez d'obtenir des informations précieuses sur l'irritabilité au mouvement.

Si **la douleur stagne** au cours des répétitions, lui demander ce qu'il elle en conclut pour pouvoir l'amener à se rendre compte qu'iel peut bouger dans la douleur sans s'aggraver.

Changement de repères pour effectuer un mouvement

Prenons l'exemple d'un·e patient·e qui ne voudrait pas plier son dos pour aller toucher ses pieds, ou aurait peur d'amener son dos en flexion. Il est possible de l'asseoir sur la table et de lui demander d'aller chercher ses pointes de pieds, ou encore de l'allonger sur le dos et lui demander de ramener ses genoux à lui. Si tout se passe bien

lors de cette action, cela permet de lui démontrer qu'il s'agit en fait du même mouvement, simplement effectué dans un contexte différent. Le but est ensuite de le rassurer et de lui montrer qu'il peut réaliser ce mouvement "sans danger", puisqu'il n'a ressenti aucune douleur en le réalisant autrement que dans le contexte qui lui faisait peur.

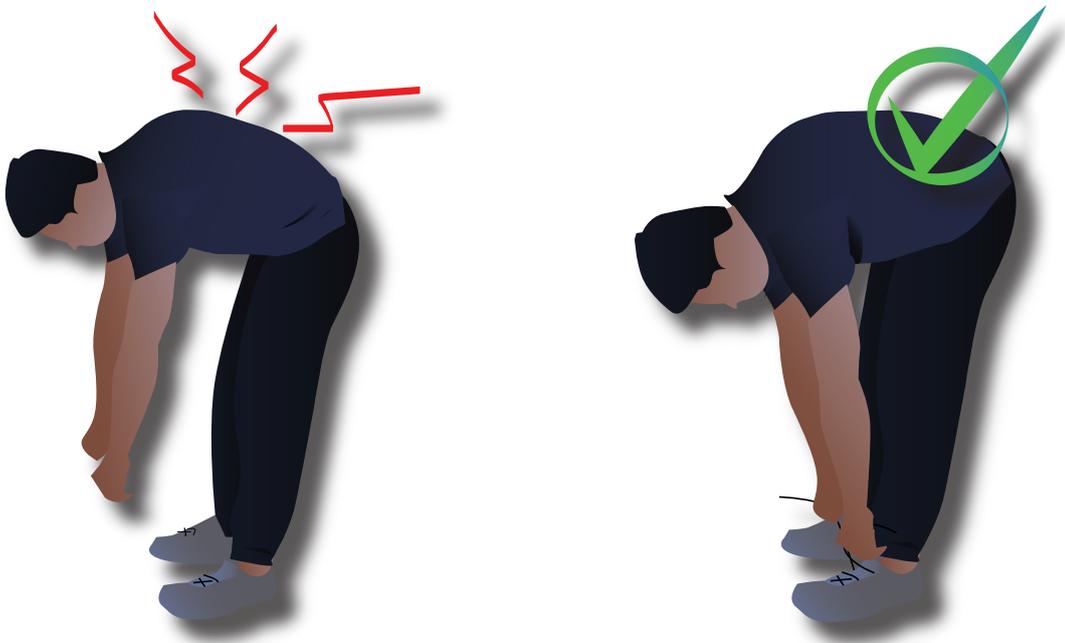


Figure 9 : Illustration que le même mouvement, dans un contexte différent, peut-être ressenti différemment (se pencher VS faire ses lacets)

Cette violation des attentes se fait donc en se servant d'une distraction.

Des dizaines de distraction existent pour plusieurs mouvements :

- Faire des squats pour faire de la flexion d'épaule.
- Éviter un bâton pour faire de l'extension lombaire.
- Utiliser un fauteuil tournant en fixant un point pour faire de la rotation cervicale.
- Ramasser un ballon, refaire ses lacets,... Pour faire de la flexion lombaire.

...

Faire le mouvement devant le·la patient·e

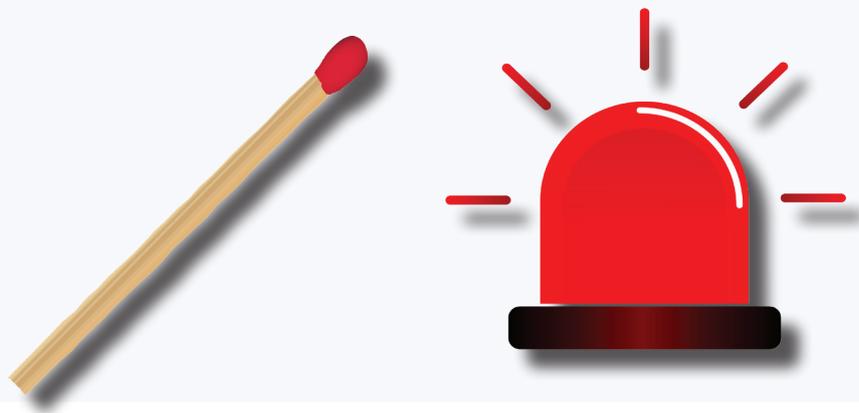
Une autre expérience proposée consiste à réaliser nous-même le mouvement craint par le·la patient·e devant lui (par exemple soulever un poids en étant penché en avant, se faire craquer une articulation,...). Cette vision du mouvement peut suffire à augmenter leur propre douleur. Par cette expérience, il est possible de leur faire sentir qu'une variation de la douleur n'est pas toujours liée à des facteurs physiques tels que le mouvement.



Outils et contenu des séances : Sensibilisation et influences multifactorielles

Le système nerveux, qui crée la douleur, peut être sensibilisé et influencé par de nombreux facteurs. Ce système est modulable, il est capable d'adaptation. Il s'agit pour nous d'un concept clé sur lequel il peut être intéressant de faire réfléchir la·le patient·e. Encore une fois, nous pouvons nous aider de plusieurs outils afin de l'amener vers cette nouvelle conceptualisation de la douleur.

La métaphore de l'alarme



« La douleur fonctionne comme une alarme à incendie. Elle a pour but de vous faire réagir et de vous protéger. Parfois cette alarme peut se dérégler, devenir trop sensible. Si vous craquez une allumette, votre alarme à incendie n'est pas censée se déclencher. Si c'est le cas, ce n'est pas qu'il y a un incendie chez vous, mais bien que votre alarme est trop sensible. Il en est de même pour la douleur. »

Et pour que le·la patient·e fasse sa reconceptualisation, il est intéressant de **l'impliquer avec des questions** comme « Si votre alarme incendie est trop sensible, qui appelez-vous quand elle sonne ? ». Le but est de faire faire un parallèle au·à la patient·e, par des séries de questions successives, entre appeler le réparateur d'alarme et se désensibiliser.

Métaphore de l'allumette dans la station service

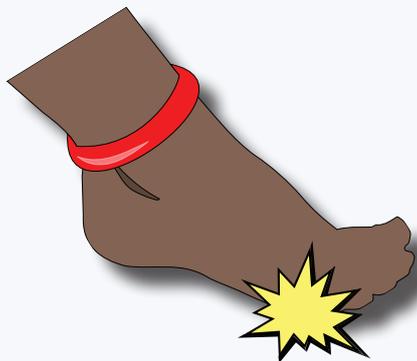
« Quand on craque une allumette, on n'obtient pas du tout le même résultat si on le fait dans une station-essence ou sous la pluie. »

Le but est de découvrir si le·la patient·e est plutôt une pluie d'été apaisante, ou bien une station essence prête à exploser.

(Emprunté au Dr Rani Lill Anjum)



L'orteil dans le coin de table



« Si je me cogne l'orteil dans le coin de la table un jour où je suis en pleine forme, je suis heureux de recevoir du monde à la maison, et que je passe une super journée, je ne vais pas réagir de la même façon que si je me cogne l'orteil dans le coin de la table après une journée horrible où je me suis fâché avec ma femme, où je me suis disputé avec mon boss, où j'ai mal dormi, et où en plus je suis fatigué. Ça pourrait presque me faire pleurer ! »

(Issue d'un des entretiens du mémoire de Chloé Jarroir)

DOULEUR

LE CONTEXTE EST ROI

@dr.caleb.burgess

VERVAEKE
Robin



Coupure



- Douleur **intense**
- Effet **direct** sur le travail / rôle dans la vie
- Inquiétude **croissante**
- Une blessure similaire à l'avenir pourra être **plus douloureuse**

Blessure **identique**
Personne **différente**
Occupation **différente**
Priorité **différente**

**CONTEXTE
DIFFÉRENT**

- Douleur **minime**
- Effet **minimal** sur le travail / rôle dans la vie
- **Aucune** inquiétude
- Une blessure similaire ne sera probablement **pas plus douloureuse** que la première

Figure 10 : L'importance du contexte

Disponible sur : <http://www.kinefact.com/nos-infographies/>

Cela permet d'expliquer au·à la patient·e que pour un même stimulus douloureux, le vécu et l'intensité dépendront du contexte et des émotions ressenties.



La métaphore de la coupe de Lehman



Les facteurs contenus dans la coupe peuvent s'accumuler, et quand la coupe est pleine elle peut déborder, pouvant concourir à l'apparition de douleur. Il y a deux possibilités : agrandir la coupe, et/ou diminuer les facteurs qui sont dans celle-ci.



Figure 11 : Une coupe bien remplie

Idée issue du livret "Recovery Strategies" de Greg Lehman

La métaphore du père de famille

« C'est un père de famille qui rentre chez lui après sa journée de travail et qui trouve ses deux enfants en train de se quereller. Il leur explique patiemment qu'il ne faut pas se chamailler, et tout rentre dans l'ordre. Quelques jours plus tard, le même père de famille rentre de sa journée de travail qui s'est très mal passée, il s'est disputé avec son patron et ses collègues. En plus de cela, il y a eu des bouchons sur la route. En arrivant il trouve ses enfants qui se chamaillent. Il se met en colère et commence à crier. A l'origine il y a le même stimulus : deux enfants qui se chamaillent. Pourtant la réaction du père est totalement différente. »

(Tirée du livret de Greg Lehman - Recovery Strategies)



Cette expérience de pensée peut être extrapolée à la douleur, car certains facteurs comme la fatigue, le stress, l'anxiété peuvent la moduler.

La métaphore du PDG de l'entreprise



Dans cette métaphore, le corps est comparé à une **entreprise**. Le cerveau est le **PDG** et les autres parties du corps sont les **différents départements**. Dans cette entreprise tout fonctionne bien.

« Le PDG fait des contrôles hebdomadaires au département financier (qu'on pourrait par exemple imaginer comme le dos). Et puis un jour, il y a un petit problème dans le département financier. Le PDG va aller voir une fois. Il va y retourner le lendemain, pour être sûr. Et puis, il va y retourner le surlendemain. Au fur et à mesure qu'il va y retourner, le département financier va se sentir de moins en moins bien et de plus en plus stressé par le PDG. Les problèmes qui étaient petits vont devenir de plus en plus gros. Après quelque temps, le PDG va se dire : "Si le département financier a des problèmes depuis trois semaines, probablement que les autres départements aussi !" Donc il va faire des contrôles au département commercial. Au lieu d'aller voir le dos, il va aller voir aussi les cervicales et puis la hanche, les genoux, etc... Au fur et à mesure, la douleur qui initialement était un simple lumbago peut prendre des proportions incroyables, et se généraliser à d'autres zones du corps »

(Empruntée à Mike Stewart)

Les chaussettes thérapeutiques pour expliquer le rôle de l'attention

« Sentez-vous vos chaussettes ? Les sentiez-vous avant que je vous pose la question ? Si vous ne sentiez pas les chaussettes avant que je vous en parle, maintenant que je les évoque, vous ne sentez plus qu'elles. Il en va de même pour la douleur, plus vous allez vous focaliser dessus, plus vous allez la sentir. » Évidemment, si le·la patient·e ne porte pas de chaussettes, vous pouvez utiliser l'exemple de n'importe quel élément qu'il porte (vêtement, bijou, lunettes).

Lorsque vous vous servez de cet outil, il existe un risque que le·la patient·e se sente accusé·e d'être responsable de sa douleur. C'est un sujet à amener avec prudence.



Pour mitiger ces risques, vous pouvez par exemple, après consentement du·de la patient·e, **apposer votre main** sur lui·elle et lui demander d'ignorer votre main. C'est très difficile, voire impossible. Pourquoi ? Parce que cette information est « saillante », c'est quelque chose à traiter en priorité par le cerveau. Si nous décidions de faire du mal à notre patient·e, cela serait bien mieux qu'il soit au courant instantanément de ce que nous faisons, d'où l'attention maintenue.

Cette « distraction » par la main du thérapeute pourrait même expliquer une partie des effets de la thérapie manuelle (Cerritelli, Chiacchiaretta, Gambi, & Ferretti, 2017).

De manière similaire, ce n'est pas quelque chose de volontaire de traiter la douleur comme une priorité, mais c'est quelque chose qui semble commun dans des pathologies douloureuses persistantes (Otti et al., 2013).

La métaphore de l'écharde pour expliquer la focalisation et la résilience

« Imaginons que je suis en randonnée, et que j'ai une petite écharde qui s'est plantée dans mon pied et qui me gêne. J'ai plusieurs solutions : je peux arrêter de marcher, mais je n'avance pas dans ma randonnée, je ne peux pas profiter du paysage et je ne peux pas rentrer chez moi. Ou bien je marche mais je me focalise sur l'écharde qui me gêne, je ne pense qu'à ça, je ne vais pas profiter du paysage et de la balade. Ou alors, je sais que l'écharde est là, elle me gêne mais j'essaye d'en faire abstraction, et j'essaye de me focaliser sur d'autres choses, des choses positives, des choses qui me motivent, des choses qui vont me permettre de finir ma randonnée et rentrer jusqu'à chez moi. »



Avec ce genre de métaphores, nous commençons à intégrer des notions d'acceptation de la douleur, de flexibilité psychologique et de comment cela peut améliorer la fonction pour une même intensité douloureuse.

S'occuper de sa douleur c'est comme un régime

« Imaginez que vous vouliez maigrir. Vous vous mettez à manger beaucoup de légumes. Il y a des chances que ce comportement soit une bonne première étape vers la perte de poids. Mais si vous vous pesez juste après l'avoir fait, vous n'aurez pas perdu de poids tout de suite, peut-être même que vous en aurez pris un peu.

Pour la douleur, c'est similaire, si vous cherchez tout de suite après avoir mis en place un nouveau comportement sain si votre douleur a diminué, vous serez peut-être déçu, et ça ne vous aidera pas à savoir si ça marche à long terme, car les effets ne seront pas représentatifs à ce moment-là. »



La mayonnaise de Laurent Fabre

« La douleur c'est comme une mayonnaise. Quand on a mis trop de moutarde, on ne peut pas en retirer, par contre on peut rajouter de l'huile. »

En plus du côté multifactoriel, c'est aussi une bonne manière pour proposer au·à la patient·e de se focaliser sur l'augmentation de la fonction plutôt que sur la disparition de la douleur ou juste sur l'acceptation de celle-ci pour arrêter de lutter. Il est impossible de retirer la moutarde, et parfois il est impossible de retirer la douleur, mais ce n'est pas pour autant que le goût ne peut pas (re)devenir agréable.



La douleur et l'évitement d'un mouvement ou d'une situation

Si l'on repense à une situation vécue qui avait été désagréable, il est possible que l'on risque d'avoir mal en faisant le même geste ou en se retrouvant dans la même situation (Shimo et al., 2011). Le conditionnement entre la douleur et certains **éléments contextuels est une hypothèse qui est plausible scientifiquement.**

Dans la théorie initiale du conditionnement classique, Pavlov s'était appuyée sur le fait que faire sonner une cloche en donnant un steak à un chien, finissait par créer une association. De ce fait, la cloche suffisait à faire saliver le chien. Mais en répétant, l'association diminuait et le chien finissait par ne plus saliver avec juste le son de cloche (Meulders, 2020).

Si l'hypothèse du conditionnement entre un mouvement et la douleur était vraie, pourquoi à force de répéter le mouvement, l'association ne finit pas par disparaître ? La réponse pourrait tout simplement être : parce que les gens ne font pas ce mouvement douloureux, ils l'évitent ! C'est le modèle de peur-évitement de Vlaeyen.

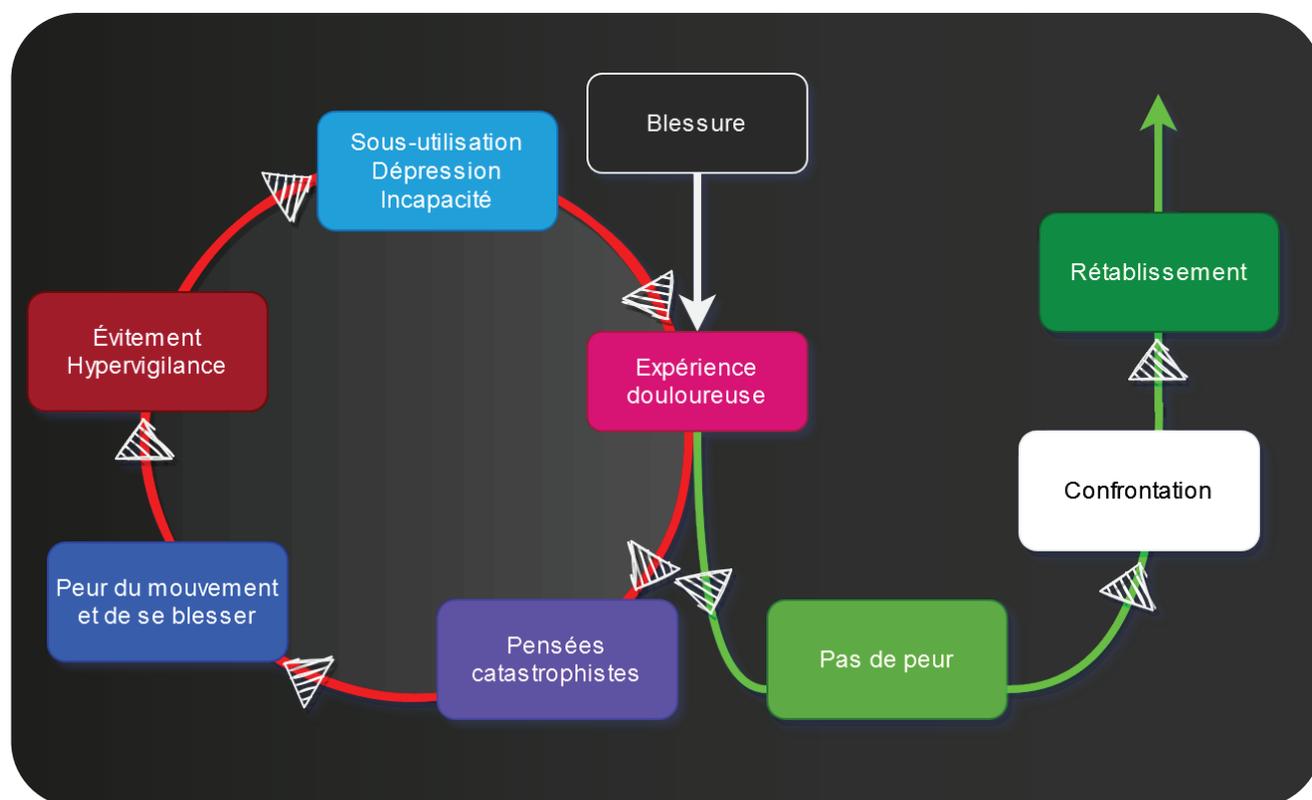
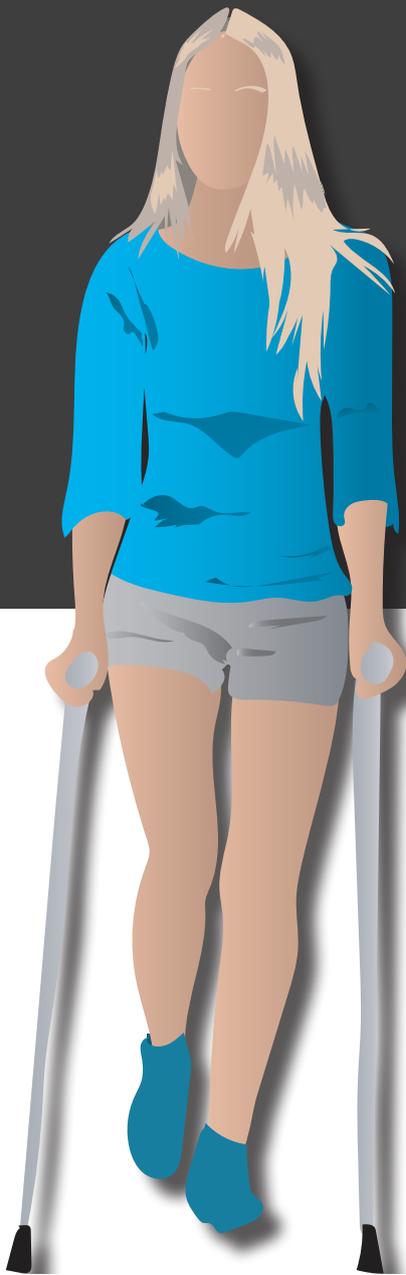


Figure 12 : Modèle de peur-évitement de Vlaeyen (Leeuw et al., 2007)



Faire expérimenter au·à la patient·e un mouvement dans un contexte différent (c.f. : partie sur la violation des attentes) peut lui permettre de faire prendre conscience de cela.

Exemple : Un·e patient·e boîte en marchant. Vous le·la faites marcher à reculons, iel ne boîte plus. Il est possible que ce soit parce qu'iel n'a pas associé la marche à reculons avec la douleur contrairement à la marche en avant.

(Idée initiale de David Poulter)



NdlR : Ces idées sont encore débattues aujourd'hui. Bien qu'il existe des preuves d'hyperalgésie induite par le conditionnement, nous n'avons pas de preuve directe de douleur induite par celui-ci. C'est une manière plausible d'expliquer ce qu'il se passe dans l'étude de Shimo (Shimo et al., 2011) et est cohérent avec la théorie de la douleur bayésienne (Tabor et Burr, 2019).

Toutefois, le modèle de peur-évitement semble mieux expliquer la perte de fonction que la douleur elle-même (Crombez et al., 1999) et l'évitement est donc probablement important à adresser, que le conditionnement de la douleur soit une réalité ou non.

Les DIMS et les SIMs

Abréviations anglophones de Danger In Me (**DIMs**) et Safety In Me (**SIMs**), cet outil a pour but de classer dans ces deux catégories toute une série d'éléments vécus par le·la patient·e dans son quotidien. Par exemple, certaines activités peuvent être associées à quelque-chose de **positif**, et être ainsi perçues comme un **indicateur crédible de sécurité**, tandis que d'autres peuvent être associées à quelque-chose de **néгатif**, et être perçues comme un **indicateur crédible de danger**.

NdIR : L'hypothèse de plusieurs auteurs est que la douleur est une réponse au danger perçu. Cette hypothèse n'est pas unique, et d'autres personnes voient en fait la douleur comme une réponse à la charge allostatique.

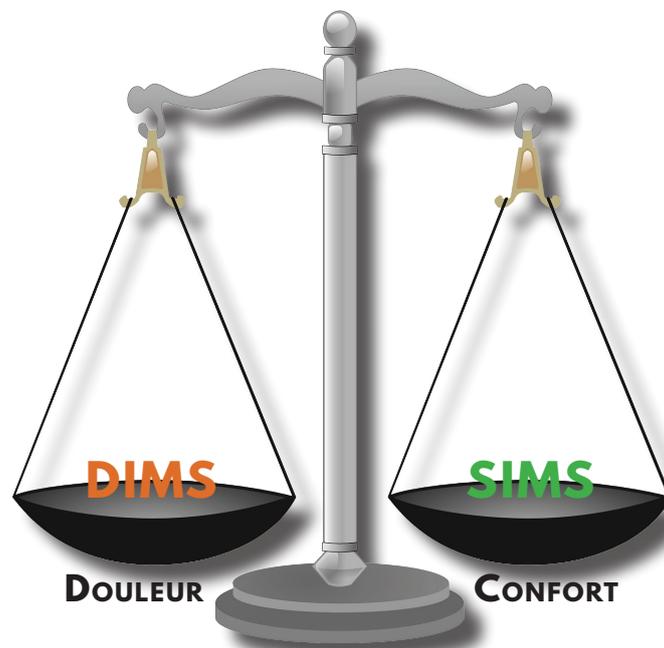


Figure 13 : Illustration du principe des SIMs et DIMs qui font peser plus vers le confort ou plus vers la douleur

Le but de cet outil est d'identifier quels éléments sont vécus "négativement" par le·la patient·e, et peuvent par conséquent contribuer défavorablement à ses symptômes, et ceux qui, au contraire, ont plutôt un impact positif. On peut ensuite se poser la question : "Est-il possible de basculer certains éléments de la catégorie "DIMs" vers la catégorie "SIMs" ? Si oui, comment ?".

Exemple : « *Courir est mauvais pour mon dos et tasse mes vertèbres.* » (DIMs). Après discussion avec son·sa kinésithérapeute, le·la patient·e a appris que courir pourrait permettre de renforcer ses disques (Belavý et al., 2017) et d'améliorer la musculature de son dos, il·elle fait donc dans un objectif de renforcement de son corps et y prend plaisir (SIM).

Outils et contenu des séances : Réentraînement du système de la douleur

La métaphore du marathon

« Un sportif qui va courir un marathon ne va pas se lancer dans un 20km dès le premier entraînement. Il va courir un peu, presque tous les jours, progressivement pour que ses tissus s'adaptent à la contrainte. Eh bien votre [articulation X] c'est pareil, il faut vous entraîner tous les jours ou du moins régulièrement, et surtout progressivement, afin qu'elle résiste de mieux en mieux aux contraintes de votre quotidien. »



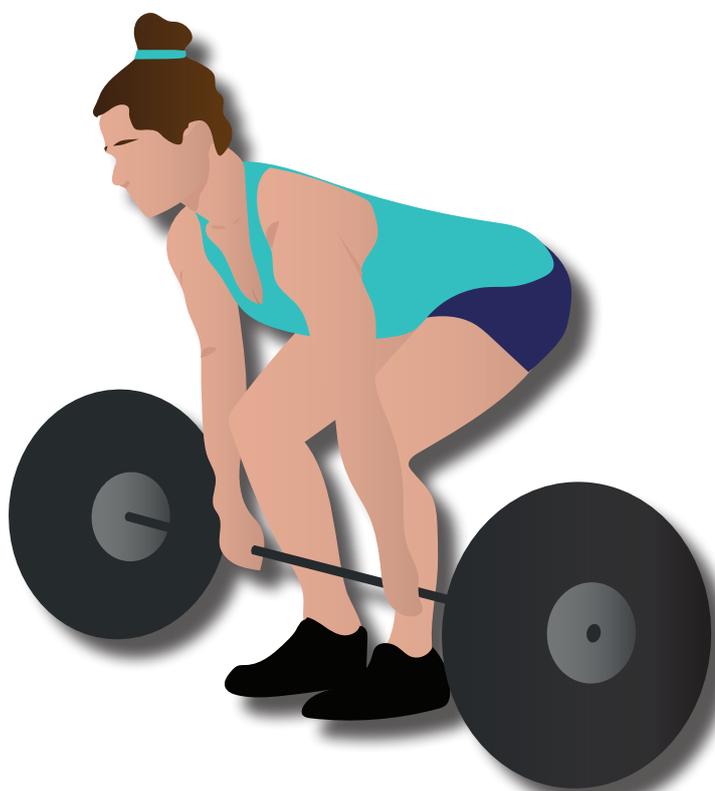
La métaphore de la pharmacie

« Le corps est naturellement comme une pharmacie, car il produit de nombreuses hormones et molécules qui permettent de réguler la plupart de nos douleurs et de nos sensations. Le sommeil permet d'en produire certaines, d'autres sont formées lorsque l'on fait des activités que l'on aime, d'autres encore, comme l'endorphine, lors de certaines activités physiques. La pharmacie de notre corps est un bon élément dans lequel puiser en premier lieu. »



Les exercices

De nombreux exercices peuvent être réalisés aux cours des séances et être poursuivis par le·la patient·e en autonomie. Il peut être judicieux de faire faire certains mouvements aux patient·es pour donner confiance dans le mouvement, d'utiliser des exercices de type « exposition graduelle », de mettre en place un programme de remise en charge progressive, ou encore d'expliquer au·à la patient·e les principes de la Quantification du Stress Mécanique (QSM) (« Quantification du stress mécanique », s. d.).



Ces **exercices** peuvent constituer une **base d'outils** donnée au·à la patient·e, dans laquelle il pourra piocher par la suite pour se soulager.

Cela pourrait contribuer à changer son **locus of control** (nouvelles stratégies de coping) **et à la réalisation de ses exercices**, à le rendre moins dépendant de sources externes de soulagement, et/ou encore à le rendre **plus actif et autonome** dans sa prise en charge.

NdlR : La quantification du stress mécanique est le terme introduit, démocratisé et rendu pratique par la Clinique du Coureur. C'est une manière d'appliquer les données sur la charge allostatique et l'adaptation au stress qui ont commencé à faire leur apparition fin des années 80. Lorsque vous évoquerez cela avec vos patient·es, n'oubliez pas de parler du fait que les stressseurs non-physiques ont aussi leur rôle. Une course de 5 km à 12 km/h en étant anxieux et concentré sur sa cheville ne génère vraisemblablement pas la même réponse physiologique que la même distance à la même vitesse en se sentant bien et détendu.

Le corps s'adapte

« La peau de vos mains est-elle identique à celle de vos pieds ? »

Cette question ridicule peut vous permettre d'introduire l'adaptation des tissus aux contraintes et à la charge : « Eh bien, il semblerait qu'en plus de la peau, tous les tissus du système neuro-musculo-squelettique ou presque s'adaptent aux contraintes ». De quoi se sentir plus à l'aise à l'idée de bouger.

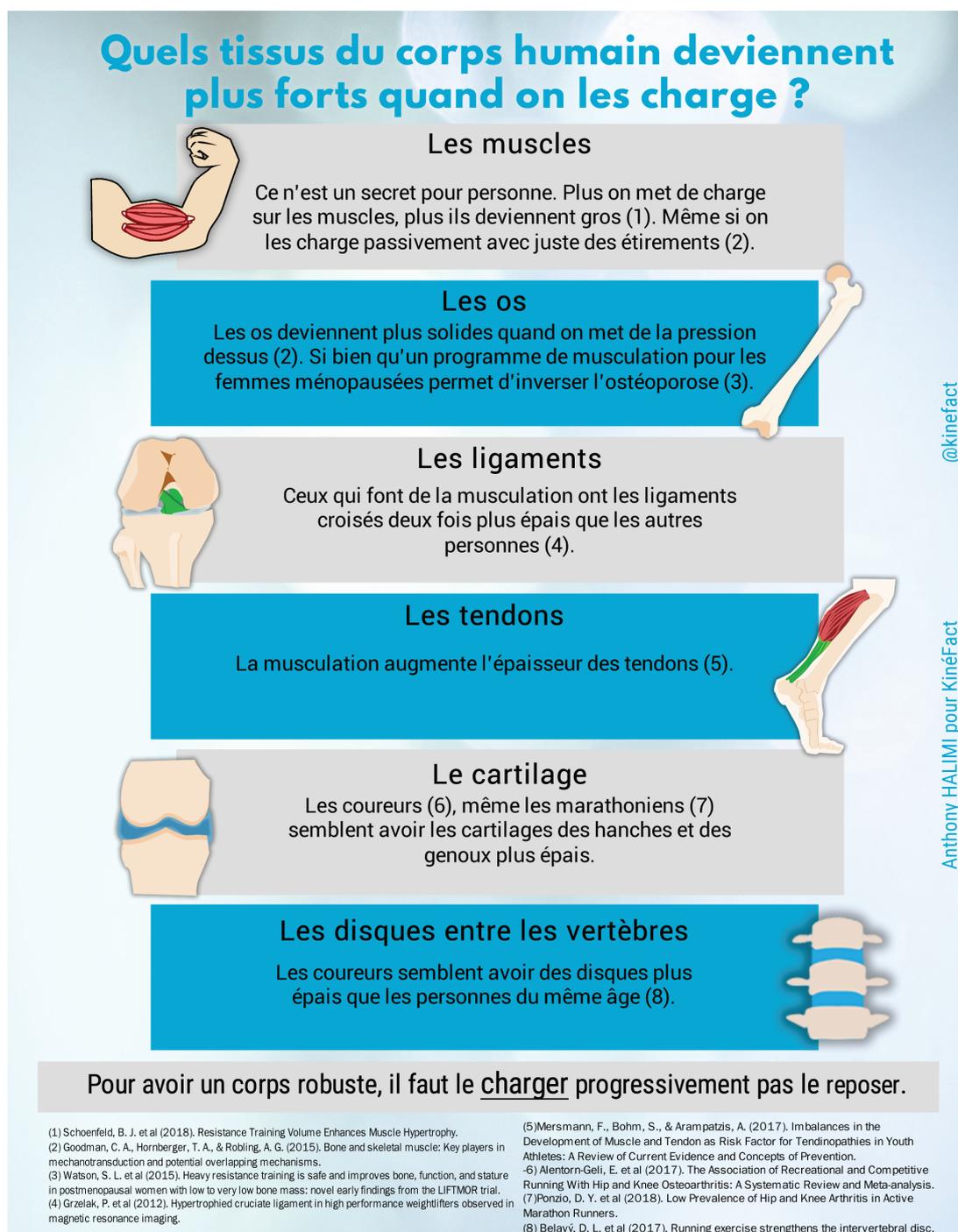


Figure 14 : Infographie "La charge renforce"

Disponible sur : <http://www.kinefact.com/nos-infographies/>

Le tobleron thérapeutique

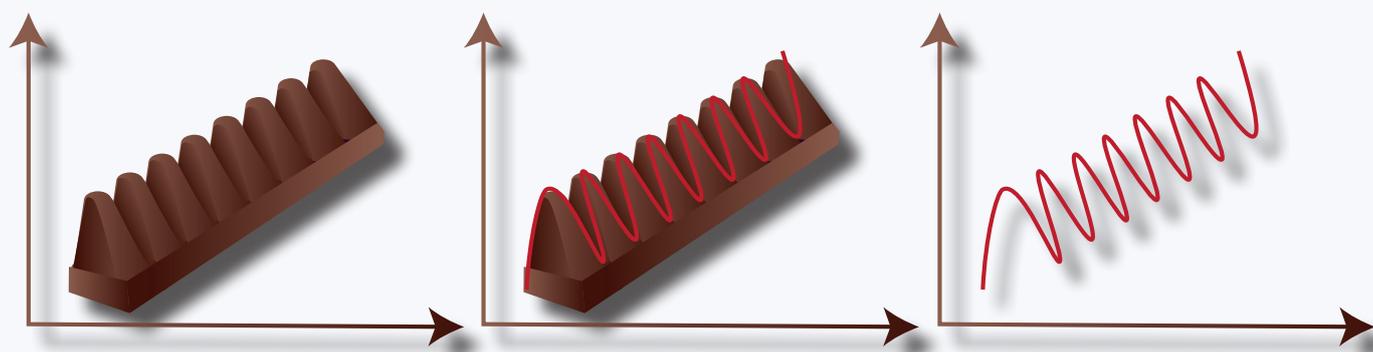


Figure 15 : Évolution telle un tobleron

Cette métaphore peut être utilisée pour expliquer au·à la patient·e qu'il est normal d'avoir des **variations de symptômes**, et des moments où la douleur réapparaît. L'important est de garder en vue **la progression globale**.

« Le tobleron, dirigé vers le haut, illustre bien la variation des symptômes au fur et à mesure du temps. En théorie, on aimerait que cette évolution soit linéaire. Pourtant, en pratique, ça fait plutôt des vagues : ça monte, puis ça redescend un peu, pour remonter ensuite davantage, et ainsi de suite. L'important, c'est de garder à l'esprit qu'il y a une amélioration globale, donc qu'on se dirige vers du mieux. »

[Cette vidéo](#) peut vous faciliter l'utilisation.



Outils et contenu des séances : Lier le patient aux outils

Nous vous disions plus tôt que pour faire l'éducation, réaliser un bilan BioPsychoSocial était un prérequis, mais pourquoi ?

En fait, cela permet **d'adapter les outils** utilisés aux besoins des patient·es. Voilà un tableau non-exhaustif à **utiliser avec discernement**, puisque l'éducation n'est évidemment pas le seul outil à employer pour aider au mieux les patient·es, et que la situation de chaque personne est unique.

| Facteurs BPS | Outils proposés |
|--|--|
| Croyances de peur-évitement | <ul style="list-style-type: none"> • Violation des attentes • Réflexions sur les résultats d'imagerie • Imagerie mentale symptomatique • Bouteille de Cola et Mentos • Métaphore de l'alarme • "La coupe est pleine" |
| Attentes négatives et catastrophisme (impuissance) | <ul style="list-style-type: none"> • Modulation de symptômes • Informations basiques sur le pronostic |
| Faible auto-efficacité à la douleur (ne pas se sentir capable de faire les choses malgré la douleur) | <ul style="list-style-type: none"> • Violation des attentes • Métaphore de l'alarme • Exposition/Quantification du stress • La mayonnaise de Fabre • S'occuper de sa douleur c'est comme un régime |
| Coping par évitement | <ul style="list-style-type: none"> • Toblerone thérapeutique • La douleur et l'évitement d'une situation • S'occuper de sa douleur c'est comme un régime • Les DIMS et le SIMS • Le marathon |
| Catastrophisme (amplification) | <ul style="list-style-type: none"> • Toblerone thérapeutique • S'occuper de sa douleur c'est comme un régime • Informations basiques sur le pronostic • La pharmacie • Le corps s'adapte |
| Hyperalgésie disséminée (Les personnes sont plus sensibles à plusieurs endroits de leur corps) | <ul style="list-style-type: none"> • Le PDG d'entreprise • Le père de famille • La métaphore de l'alarme • L'exercice |
| Catastrophisme (ruminations) et hypervigilance | <ul style="list-style-type: none"> • Les chaussettes thérapeutiques • Le PDG d'entreprise • Les DIMS et les SIMS • S'occuper de sa douleur c'est comme un régime • Le marathon |

Tableau 1 : Facteurs biopsychosociaux et outils associés

Outils et contenu des séances : Cas clinique et mise en pratique des outils

Le but de ce cas clinique est de mettre en pratique les outils évoqués ci-dessus. Il est évident que ces outils sont à adapter en fonction du patient qui se trouvera en face de nous, avec ses caractéristiques et ses attentes propres. Tous les outils n'ont évidemment pas pour vocation d'être utilisés dans chaque prise en charge, et chacun de ces exemples peut être modifié et/ou adapté pour mieux correspondre aux hobbies et aux valeurs du patient reçu en soins, afin que cela fasse sens pour lui.

Josiane a 77 ans, et elle vient nous consulter au cabinet pour une problématique de douleurs persistantes dans le bas du dos, qui dure maintenant depuis plusieurs mois. En entrant dans la salle, on observe qu'elle a une démarche hésitante et lente, et qu'elle s'assoit très précautionneusement sur la chaise que nous mettons à sa disposition. Elle pose alors directement sur la table **ses trois radios du dos, ainsi que l'IRM** qu'elle a dû faire quelques semaines auparavant, sur conseil de son médecin traitant.

Lorsqu'on lui demande comment sont apparues ses douleurs, elle évoque une



journée d'efforts à déplacer ses lourds pots de fleurs du jardin à la cave pour l'hiver, et l'apparition d'une douleur lancinante à la fin de la journée. C'était en octobre, il y a maintenant 6 mois. Depuis, la douleur la gêne à l'assise, lorsqu'elle se lève et parfois même la nuit, mais surtout **l'empêche de réaliser certains gestes quotidiens**, "parce que si je recommence à porter et à faire des bêtises avec mon dos, **je ne ferai qu'empirer la situation**". La douleur ressemble à une "barre dans le dos", ne descend pas dans les fesses ou les membres inférieurs.

L'interrogatoire et les imageries réalisées permettent d'exclure une lombalgie spécifique.

Depuis, elle n'ose pas reprendre le jardinage chez elle de **peur de se blesser encore**, doit s'asseoir pour faire la cuisine sur de longues périodes car la position debout prolongée en statique réveille ses douleurs, et elle a pris une femme de ménage pour l'aider à la maison. C'est son mari qui promène leur petit chien, Caramel, car elle ne se sent plus capable de faire de longues balades avec lui. **Toutes ces activités étaient anodines pour elle auparavant, et cela l'inquiète.**

Comment pourrions-nous aider cette patiente avec les outils dont nous disposons ?



Au cours du bilan initial, il est possible de commencer par discuter avec la patiente de **ses croyances et de l'idée qu'elle se fait de la douleur**. Josiane pense que "quelque-chose s'est déplacé dans son dos" lors de ses ports de charges lourdes. De plus, les radios ont montré de l'arthrose entre ses vertèbres lombaires, et les résultats de l'IRM présentent "une discarthrose étagée avec protrusions discales sur les étages L3-L4, L4-L5 et L5-S1". Josiane ne sait pas vraiment ce que cela veut dire.

Outils

Nous pouvons discuter avec Josiane du **principe de discordance radio-clinique** (p. 36), grâce à des infographies et en reprenant les compte-rendus de ses imageries avec elle. Nous pouvons également lui proposer de lui expliquer les termes utilisés dans le compte-rendu de ses imageries et ainsi engager une discussion à ce sujet (p. 37). Nous pouvons ainsi lui faire comprendre que sa douleur n'est pas forcément égale à une lésion. Pour mieux illustrer le concept, pourquoi ne pas lui raconter **l'anecdote de la surfeuse et du requin** (p. 39) ?

Josiane a peur de bouger son dos et de se baisser depuis quelques mois maintenant.

Outils

Nous pouvons utiliser la **modulation de la douleur** (p. 40) après l'interrogatoire, afin de lui montrer que la douleur peut être ressentie différemment sans pour autant qu'il n'y ait de changement anatomique dans le dos. Nous pouvons par exemple lui proposer pour cela de faire « la chaise » contre un mur. Nous pourrions nous servir de cette modulation pour créer une **violation des attentes** (p. 42).

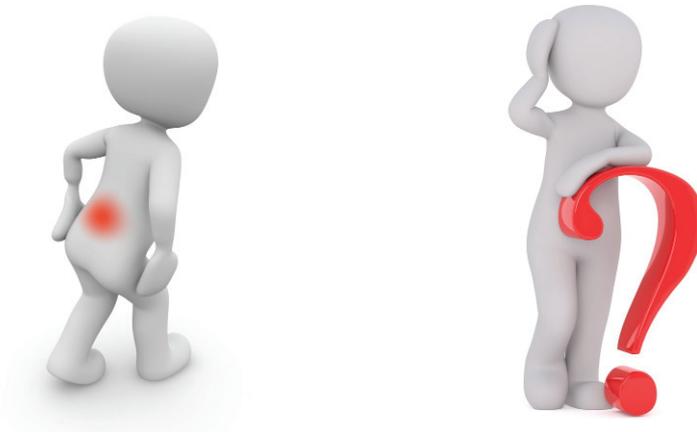


Si se pencher en flexion lui fait peur, nous pouvons faire de l'exposition progressive par exemple en la couchant sur le dos sur une table et en lui faisant ramener ses jambes à elle : changement de repères pour effectuer un mouvement (p. 44), puis lui montrer le mouvement d'aller chercher ses pieds en le faisant nous-même : faire le mouvement devant le·la patient·e (p. 45).



Enfin, et après ces deux démonstrations, nous pourrions lui demander ce qu'elle pense qu'il se passera si elle se penche en avant. Puis lui proposer de tenter de faire le mouvement elle-même, afin qu'elle observe les sensations ressenties dans la zone douloureuse lorsqu'elle reprend un mouvement évité depuis des mois (p. 56). Nous insistons également sur le fait que le mouvement de se pencher en avant n'a pas forcément été le seul facteur intervenant dans la création du lumbago, et que **la douleur est plus une question de sensibilité** (p. 46) qu'une punition de ses "mauvais gestes". Nous précisons à la patiente que nous reviendrons sur les différents facteurs potentiellement en jeu dans le vécu de sa douleur lors des prochaines séances.

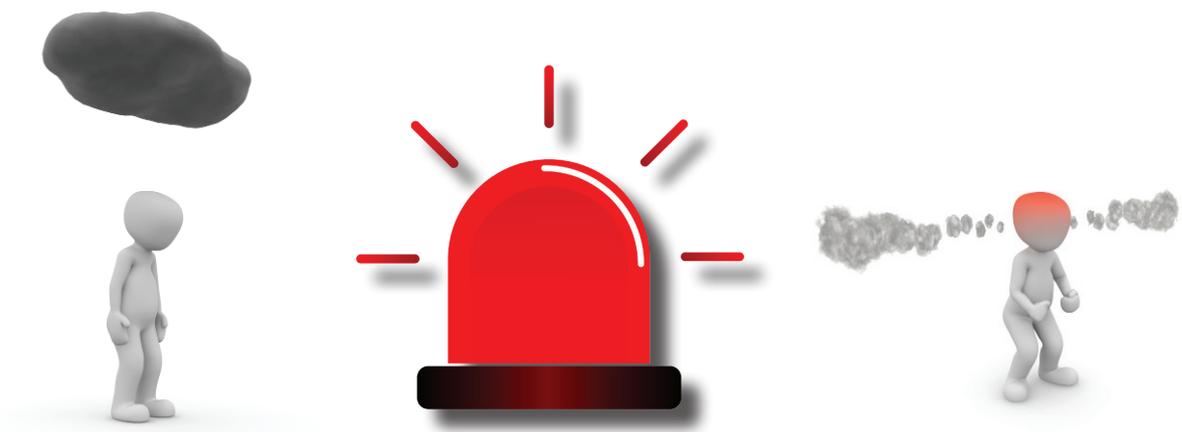
Après l'interrogatoire et les différents tests de mouvements pour montrer à la patiente que "douleur n'est pas égale à blessure", nous la revoyons une semaine plus tard. Nous lui avons conseillé de reprendre progressivement les mouvements évités jusqu'à présent, notamment en flexion lombaire, pour qu'elle reprenne confiance en elle et recommence tranquillement à bouger son dos. Josiane revient en ayant appliqué la consigne, mais elle ne comprend pas pourquoi son dos est toujours aussi sensible : "Chaque fois que je bouge un peu trop violemment pour faire un geste anodin du quotidien, paf la douleur revient ! Comment est-ce possible si rien n'est cassé à l'intérieur ?"



Outils

Nous pouvons proposer à Josiane **la métaphore de l'alarme** (p.46), afin de lui expliquer que la sensibilité d'une zone est multifactorielle, et ne dépend pas que de son anatomie.

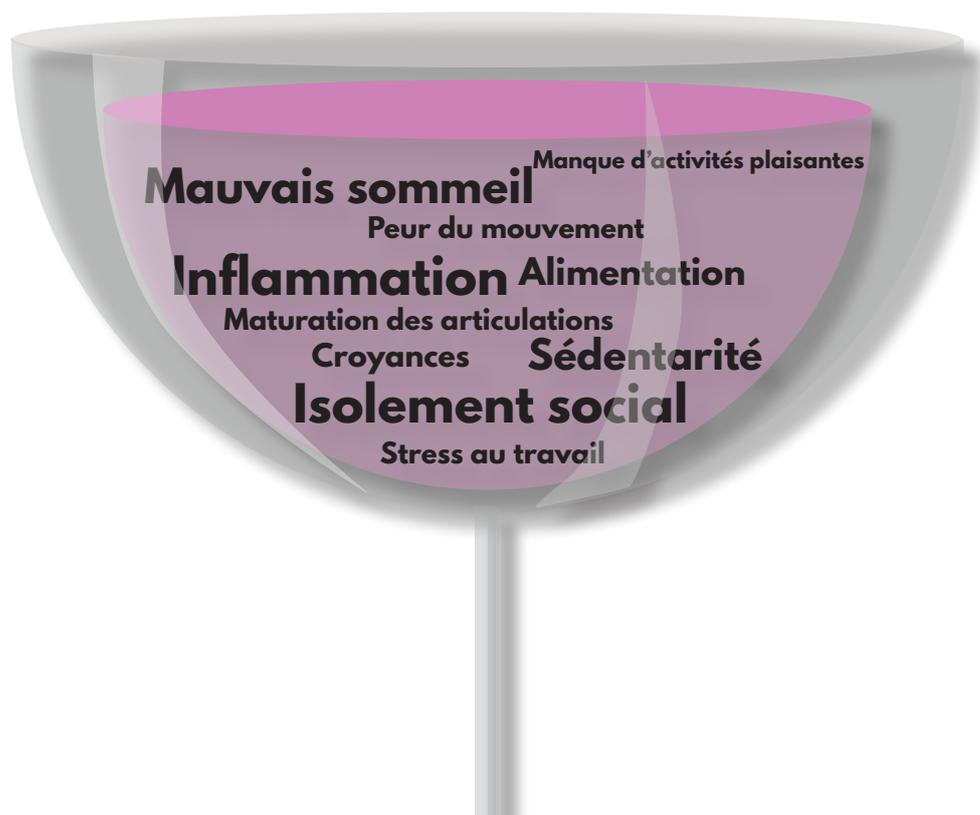
Josiane perd alors un peu contenance, et nous explique que son moral a nettement baissé depuis quelques temps. Elle est plus irritable, a tendance à se mettre rapidement en colère, ou à avoir des idées pessimistes quant à son autonomie et son futur.



Outils

Nous pouvons utiliser **la métaphore de "l'allumette et de la station-service"**, ou encore **"de l'orteil sur le coin de la table"** (p.47/48) : interchangeables selon le·la patient·e et ce qui fait sens pour lui·elle ainsi que son contexte de vie avec "le PDG" (p. 51) ou encore "le père de famille" (p.50). La patiente peut ainsi comprendre comment la douleur peut plus ou moins impacter son quotidien, mais également comment son humeur peut affecter ses sensations.

Nous décidons de donner un outil à Josiane pour mieux gérer tous les facteurs qui participent à sa douleur dans sa vie.



Outils

"La coupe de Greg Lehman" (p.49) et/ou **"la mayonnaise de Laurent Fabre"** (p.55). Nous discutons avec la patiente, afin d'identifier les facteurs qui lui posent problème dans son quotidien, et qui ont tendance à "remplir la coupe", et ceux qui lui permettent de l'agrandir, ou bien ce qui pourrait "diluer la mayonnaise", afin de la rendre meilleure. L'outil **"les DIMs et les SIMs"** (p.58) peut également convenir pour "classer" les différents facteurs et éléments de sa vie quotidienne. Cet outil est utilisable au cabinet, à remplir avec la patiente, ou bien comme exercice à faire chez elle entre deux séances.

Lors de la troisième séance avec Josiane, celle-ci nous dit avoir du mal à ne plus penser à la douleur lorsqu'elle arrive. Tant qu'elle réussit à faire une activité qu'elle aime, tout va bien, mais dès que la douleur réapparaît, elle ne peut plus s'en défaire.

Outils

“Les chaussettes thérapeutiques” (p.52) et/ou **“la métaphore de l'écharde dans le pied”** (p.53). Le but est de lui expliquer que l'attention qu'elle porte à sa douleur peut être un facteur qui entretient celle-ci. Les solutions proposées peuvent s'orienter autour de l'acceptation de la présence de sensations douloureuses, et de ne pas s'empêcher de réaliser les activités importantes dans sa vie malgré cela. On peut également chercher avec elle d'autres outils qui lui permettraient de moins penser à sa douleur lorsque celle-ci l'entête, comme une balade avec son chien, ou encore des exercices de respiration et de relaxation.



Quatrième séance avec Josiane, qui se sent à présent bien plus libre de ses mouvements. Elle a commencé à reprendre ses activités, mais ressent toujours régulièrement des douleurs dans le bas de son dos. Nous souhaitons lui proposer quelques outils pour réentraîner progressivement son système de la douleur, et si possible lui permettre de diminuer ses sensations douloureuses sur le long terme.

Outils

“La métaphore du marathon” (p.59), **“la pharmacie”** (p.60). Nous expliquons à Josiane les principes de la **Quantification du Stress Mécanique (QSM)**, et nous lui proposons pour expérimenter cela des exercices progressifs. Enfin, nous pouvons lui montrer la vidéo du **toblerone thérapeutique** (p.63), afin de lui expliquer que la douleur pourra revenir de temps en temps, et que les symptômes sont évolutifs en fonction de son humeur, ou encore des différentes situations auxquelles elle va faire face au cours du temps.



Le but est **d'autonomiser** Josiane dans la mise en place de ses exercices et des outils qu'elle a à présent à disposition. Ils sont utilisables lorsqu'elle ressent à nouveau des symptômes, ou bien pour s'entraîner de manière à espacer, puis peut-être faire disparaître ceux-ci à terme.

Conseils Généraux

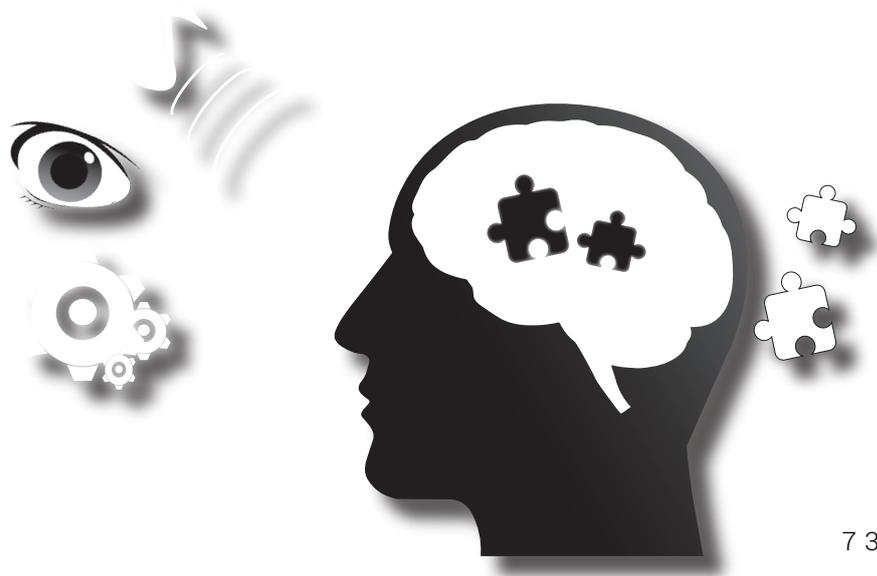
concernant la mise en pratique
de l'éducation à la douleur

74

Les conseils

77

Résumé des études
qualitatives



Conseils généraux : Les conseils

En amalgamant, le **contenu des études qualitatives** de Chloé Jarroir et de Margot Moulin, ainsi que **les données des études qualitatives présentes dans la recherche**, nous avons tiré quelques conseils sur l'attitude à adopter pour la mise en pratique de l'éducation à la douleur.

Par souci de transparence, nous avons ajouté à cette partie les résumés complets des études qui nous ont permis de délivrer ces conseils, ainsi que le lien établi entre la littérature et le conseil pratique.

- Adopter une **attitude bienveillante, rassurante, empathique, positive, motivante** et **être à l'écoute du·de la patient·e** tout au long du processus. La première impression est importante pour le·la patient·e (Wijma et al., 2018). Montrer au·à la patient·e que nous le croyons.
- Laisser le·la patient·e **raconter sa propre histoire** (Watson et al., 2019).
- Utiliser des termes et des mots **simples**, facilement compréhensibles. Permettre au·à la patient·e d'expliquer sa douleur à son entourage, lui proposer du vocabulaire pour l'exprimer.
- L'éducation n'est pas quelque-chose que l'on apporte passivement au·à la patient·e, mais quelque-chose que l'on construit **AVEC** le·la patient·e. Son avis doit être consulté régulièrement, et on doit lui proposer, s'il le veut, de faire des expériences. Nous sommes le coach qui guide, c'est le·la patient·e « le joueur vedette qui brille sous les projecteurs ».
- Amener les notions **progressivement** et les distiller au fur et à mesure des séances, plutôt que de vouloir tout expliquer d'un coup et faire des séances entières « d'éducation » (qui peuvent être rébarbatives et/ou inefficaces).
- Prendre le temps, **vérifier au fur et à mesure la compréhension** du·de la patient·e, faire à son rythme (Wijma et al., 2018).



- Faire **reformuler** la personne au sujet de sa compréhension. Exemple : « Comment avez-vous compris ces éléments ? En quoi pensez-vous que cela peut s'appliquer à votre cas ? ». Si besoin, nous pourrions **répéter** les informations **de manière(s) différente(s)**, ou bien les compléter.
- Poser des questions pour aider le·la patient·e à **faire le lien entre sa nouvelle connaissance et l'application concrète** à son problème. Exemple : "Comment ce que vous venez d'apprendre peut vous aider ?"
- Utiliser **métaphores**, anecdotes, exemples véritables, **infographies**, vidéos pour illustrer nos propos → des outils en lien avec le·la patient·e et ses problématiques.
- Focaliser le·la patient·e sur des **objectifs fonctionnels** plutôt que sur ses douleurs, ne pas centrer l'éducation sur la nociception (King et al., 2018).
- Coupler les explications avec des **exercices concrets** (exposition graduelle, remise en charge progressive, Quantification du Stress Mécanique, mouvements, activité physique adaptée...) ou tout autre outil que l'on juge adapté, en prenant en compte les **attentes** du·de la patient·e.
- Donner des exercices à faire à la maison, engager le·la patient·e dans sa prise en charge, lui faire prendre conscience que "les clés sont entre ses mains" et que c'est à lui d'être **actif** et autonome.
- Ne pas oublier d'aborder le·la patient·e dans sa **globalité**, de lui faire part de l'importance d'avoir une bonne hygiène de vie (sommeil, alimentation, gestion du stress...). Des outils de méditation, de relaxation, d'auto-hypnose (ou autre) peuvent être amenés.
- Aborder **l'acceptation** pour les personnes pour qui c'est pertinent.



- Éventuellement proposer une prise en charge **pluridisciplinaire** selon le besoin et la volonté du·de la patient·e, ce qui peut lui permettre de mieux comprendre les principes d'un accompagnement bio-psycho-social (psychologue, assistante sociale...).



- Il s'agit d'un processus où l'on se heurte parfois à des **croyances très ancrées** venant du·de la patient·e lui·elle-même, ou même d'autres professionnel·le·s de santé. Dans ce cas, il n'est pas forcément utile (et sûrement plutôt délétère) de chercher à se confronter trop violemment à celles-ci, notamment pour l'alliance thérapeutique avec le·la patient·e lui·elle-même.
- Tel un puzzle, les croyances et les représentations du·de la patient·e peuvent être fortement imbriquées les unes avec les autres. Il ne s'agit donc pas de chercher à tout déconstruire d'un seul coup, mais plutôt de voir avec lui **quels sont les éléments importants** sur lesquels nous pouvons jouer, afin de l'aider au mieux dans la compréhension de ses douleurs ainsi que des solutions possibles à apporter.



- Une fois un facteur important identifié, il nous semble essentiel de faire **s'écarter** le·la patient·e de la notion de « **cause unique** », et d'évoquer le fait qu'il en existe très certainement plusieurs. La sensibilité peut en constituer un, mais il en existe très probablement d'autres (King et al., 2018). Cela ne signifie donc pas de nier le biomédical, puisqu'il peut s'agir d'un facteur important, mais peut-être (et même, très certainement) que d'autres facteurs participent aux douleurs.

Conseils généraux : Résumé complet des études qualitatives

Il y aura ici des redondances avec la partie précédente, du fait que celle-ci s'est bâtie en partie sur les éléments de la recherche qualitative qui va être résumée ici. Ce que nous avons retenu pour le guide sera indiqué en gras.

Leake 2021

Dans cette étude qualitative, des patients ont été interrogés après avoir vécu de l'éducation à la douleur individuelle. Dans le recueil, il apparaît ce que les patients **ont aimé apprendre** sur la douleur.

- **La douleur ne veut pas dire que le corps se blesse**
 - « La charge renforce les tissus » était l'argument le plus convaincant pour un participant
 - « J'ai arrêté de m'inquiéter parce que je sais que je ne me blesse pas »
 - « J'ai fait les choses que j'aimais faire en sachant qu'elles ne me feront pas de mal et elles font de moins en moins mal »
 - « Apprendre cela a déclenché des changements de mon comportement »
- **Les pensées, les émotions et les expériences influencent la douleur**
 - La douleur c'est bien plus que les tissus
 - La douleur protège de bien plus qu'une blessure
 - « Toutes mes pensées et croyances peuvent créer ma douleur »
 - « Tout le stress, les maladies dans ma vie et les inquiétudes rendent mon système de la douleur sensible »
- **Je peux réentraîner mon système de la douleur surprotecteur**
 - « Mon cerveau est mon problème pas mon bras »
 - « Entraîner ma douleur vers la normale a beaucoup de sens »
 - « C'est vraiment à moi de jouer et je dois réentraîner mon cerveau à bien fonctionner »

Résumé des études qualitatives

King 2016

Dans cette étude qualitative, l'objectif était de faire une interprétation de la reconceptualisation de la douleur par les patients.

- La reconceptualisation fonctionne à des degrés variables
 - "C'est à cause de l'hypersensibilité"(Reconceptualisation réussie)
 - "C'est dégénératif et ça ne s'améliorera pas avec l'âge" (échec de la reconceptualisation)
 → **Accepter la variabilité et adapter l'éducation au-à la patient-e.**
- Les croyances pré-éducation influencent le changement conceptuel
 - Certain-es changent vraiment même avec des idées basées sur les tissus
 - « Je ne veux pas l'accepter, je ne peux pas supporter de l'accepter. »
 → **Évaluer les croyances avant et le changement après.**
- La reconceptualisation dans un but de bénéfices cliniques
 - La validation de l'expérience = pourquoi la douleur dure
 - Une manière de gérer la douleur (« Le stress joue, donc quand ça ne va pas je fais de la relaxation »)
 - Changement de comportement (moins de peur-évitement)
 - Certain-es trouvent ça inutile
 → **L'importance de la validation implique de donner des exemples correspondant à la situation clinique du patient. Il peut être intéressant de donner de nouvelles stratégies de *coping* et de faire comprendre l'importance des émotions et de l'humeur. Les gens doivent arriver à la compréhension qu'ils peuvent bouger même si cela fait mal.**

Résumé des études qualitatives

Robinson 2016

Dans cette étude qualitative, l'idée était d'investiguer le processus par lequel les patients donnaient du sens à leur propre expérience après une séance d'éducation de groupe ayant duré 2 heures.

- Pertinence et bénéfices perçus
 - 2 patients ne trouvent pas de bénéfices ni que c'est pertinent pour eux.
 - **Pas de longue session non désirée.**
 - Savoir que la douleur n'empire pas nécessairement
 - « Ce n'est pas adapté à la partie de mon corps. Elle ne pouvait pas répondre à mes questions. »
 - **Laisser la place au·à la patient·e de s'exprimer et faire le lien avec sa situation (le mieux serait qu'il fasse le lien lui-elle-même).**
 - La phrase d'un·e participant·e qui ne trouvait pas de bénéfice : « Je me cogne l'orteil, la douleur s'en va, pourquoi ça ne part pas pour mon dos ? »
 - **Donner des explications (qui sont acceptées) qui valident la présentation clinique précise.**

Résumé des études qualitatives

King 2018

Dans cette étude qualitative, des questions ont été posées une semaine avant et 3 semaines après l'éducation. Elles concernaient les croyances des patient·es sur la nature, la cause et leurs expériences de leurs douleurs.

- Degré de reconceptualisation
 - Certain·es persistent dans leurs visions, par exemple : « ça écrase le nerf »
 - **Demander au·à la patient·e ce qui déclenche ses douleurs, puis éducation adaptée.**
 - Certain·es parlent de messages qui remontent.
 - **Ne pas centrer l'éducation sur la nociception.**
- Pertinence pour la personne
 - Un participant a compris la théorie mais explique encore sa pathologie avec un vocabulaire biomédical.
 - **Faire formuler à la personne comment ça s'applique à son cas.**
 - Un participant n'a pas eu l'opportunité d'expliquer sa situation, la chirurgie l'a aidé un peu à faire disparaître les fourmillements, donc ça ne correspondait pas 100% à son cas.
 - **Faire s'écarter de la notion de cause unique. Il y a plusieurs facteurs, la sensibilité en est un mais il en existe peut-être d'autres.**
- Importance des croyances préalables
 - Certain·es sont opposé·es à d'autres explications alternatives au biomédical, surtout s'ils ont déjà eu des bénéfices de thérapies qui utilisaient ce modèle
 - **Ne pas nier le biomédical. C'est un facteur, mais peut-être que d'autres sont plus accessibles.**
 - L'acceptation de la douleur est importante dans la vie, pour apprendre à la gérer pour avoir une vie plus gérable en elle-même.
 - **Aborder l'acceptation pour les personnes pour qui c'est pertinent.**

Résumé des études qualitatives

Wijma 2018

Dans cette étude qualitative, une théorie ancrée a été utilisée pour théoriser quelle expérience les patient·es avaient de l'éducation à la douleur. Cela a été complété par un *focus group* faisant intervenir des professionnel·les de santé. Ici seront repris les 4 thèmes ayant émergés de la théorie ancrée.

1. Les prérequis

- Donner l'impression que le·la patient·e a pu raconter toute son histoire (Une anamnèse de 3 heures avait été menée)
- Intégrer le psychologue faisait plus accepter la vue BPS
- La première impression du·de la professionnel·le est importante (empathique, amical, ouvert, gentil, détendu, spontané, bon écoutant, devient familier rapidement,...)

→ **Faire que les gens se sentent à l'aise et les écouter assez pour avoir une idée globale de leur histoire.**

2. Une éducation à la douleur compréhensible

- Explication des mécanismes étape par étape, d'une manière claire, à un rythme adapté.
- La répétition était perçue comme importante. Cheminement du·de la patient·e dans l'étude : consultation avec un généraliste (10 min) → livret à consulter pendant 2 semaines → anamnèse (3h) → session d'éducation un mois après
- Les dessins et métaphores sont illustratifs
- Rendre les patient·es capables d'expliquer leurs douleurs aux autres
- Le fait qu'il y avait deux professionnel·le·s augmentait la crédibilité des propos (renforcement du discours)

→ **Expliquer en plusieurs fois, avec des métaphores et des images, et adopter un langage simple qui permet au·à la patient·e de réexpliquer à l'entourage.**

Résumé des études qualitatives

Wijma 2018

(2ème partie)

Dans cette étude qualitative, une théorie ancrée a été utilisée pour théoriser quelle expérience les patient·es avaient de l'éducation à la douleur. Cela a été complété par un focus group faisant intervenir des professionnel·les de santé. Ici seront repris les 4 thèmes ayant émergés de la théorie ancrée.

3. Les résultats de l'éducation à la douleur selon les patient·es

- Cela a permis de trouver une cause et une solution
- Prise de conscience de l'influence des comportements, émotions et perceptions sur leur douleur
- Plus de conscience du corps et des comportements
- Gagner du contrôle sur les symptômes
- Tranquillité d'esprit : La douleur est réelle
- Moins de symptômes ou une meilleure manière de les gérer.

→ **Diriger l'éducation pour que les patient·es puissent aller vers ces résultats.**

4. Scepticisme

- Doutes sur le diagnostic
- Cause physique toujours recherchée pour certain·es

→ **Prendre en compte le scepticisme du·de la patient·e et essayer de l'impliquer dans ce que cela signifie pour lui·elle.**

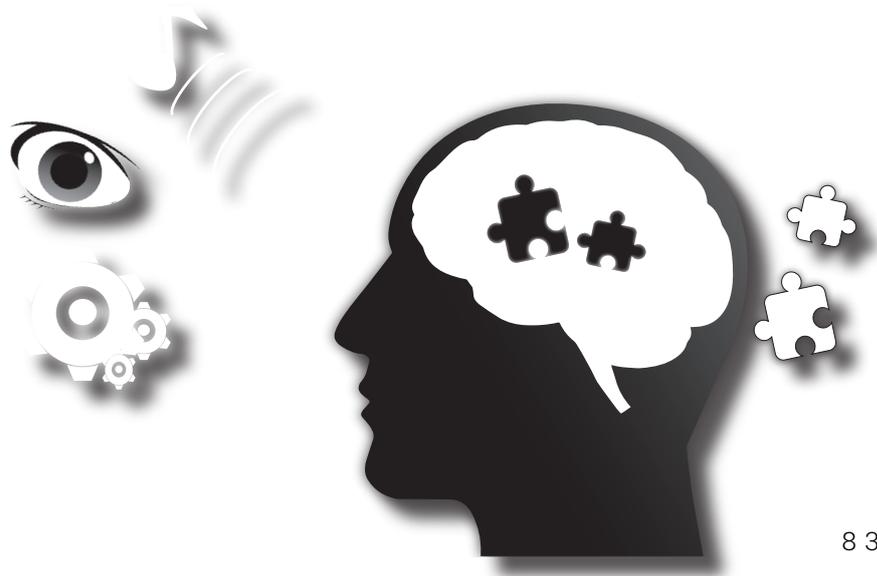
Ressources générales sur la douleur

84 Livres et livrets

86 Infographies

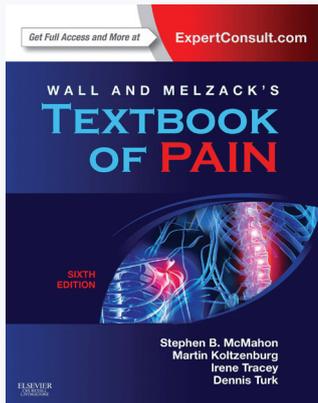
87 Vidéos

88 Sites internet



Ressources générales : Livres et livrets

Textbook of pain



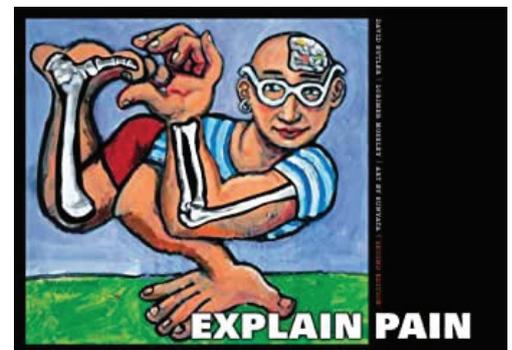
Cet ouvrage de référence aborde de manière très exhaustive la physiologie de la nociception et trace des liens entre les thérapeutiques et pathologies courantes avec la physiologie de celle-ci.

ISBN : 9780702040592

Écrit par Moseley et Butler, Explain Pain est le livre de référence utilisé dans les études menées sur la PNE. Il s'agit d'un manuel pour les professionnel·le·s de santé mais également pour les patient·es, expliquant les mécanismes de la douleur d'une manière très cognitiviste ne collant pas forcément avec les études parues depuis 2019 (changer la manière de concevoir sa douleur ne semble pas forcément se traduire par des réductions significatives de l'intensité de la douleur).

L'ouvrage est paru en septembre 2021 sous une traduction officielle en français. Pour les plus aguerris, la version *Explain Pain Supercharged* constitue un socle bien plus fourni d'informations toujours sous un abord cognitiviste.

Explain pain



ISBN : 9780648022749

Le programme de rétablissement Recovery Stratégies de Greg Lehman



Ce guide, destiné aux patient·es, aborde notamment les grands principes de la douleur et les messages clés importants pour les personnes ayant des douleurs.

Il ne suit pas un schéma d'édition classique et est téléchargeable gratuitement en plusieurs langues, dont le français, sur [le site suivant](#).



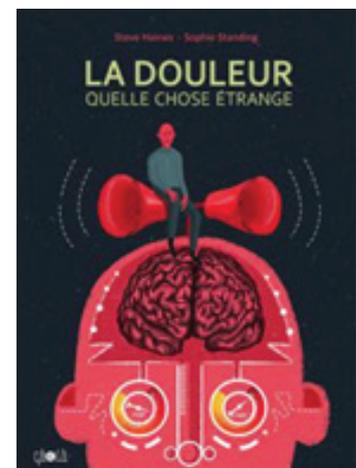
La douleur, quelle chose étrange

Cette bande-dessinée, très courte et destinée au grand public, illustre la douleur de manière très compréhensible.

Attention toutefois, les mécanismes de la douleur sont très simplifiés.

La douleur persistante devient simplement, selon l'auteur, le résultat d'un système nerveux sensibilisé. En réalité, nous ne savons pas dans quelle mesure ce mécanisme entre en jeu et il en existe probablement bien d'autres, par exemple faisant intervenir le système immunitaire.

Il reprend également le concept de neurotag de Explain Pain qui n'a pour l'instant pas été démontré.



ISBN : 9782369902584

Ressources générales : Infographies

Les infographies représentent un moyen simple et imagé de faire passer des notions à un·e patient·e. Par exemple, il est possible de regrouper une série d'infographies pré-sélectionnées **dans un classeur ou une pochette**. Ces infographies pourront alors être choisies et montrées spécifiquement à un·e patient·e, selon sa situation, afin d'illustrer ou d'expliquer les notions abordées. Cela contribuera d'autant plus à personnaliser l'éducation par rapport aux éléments présentés précédemment par le·la patient·e lors du bilan.

L'affichage d'infographies **dans une salle** où elles seront directement visibles par les patient·es peut s'avérer être un bon moyen d'entamer le sujet en éveillant leur curiosité, et en apportant certaines notions sans même les avoir abordées.

Voici quelques sites où vous pourrez trouver des infographies relatives à la douleur

Le site de KinéFact, déjà indiqué à plusieurs reprises dans ce guide

<http://www.kinefact.com/nos-infographies/>



Le site de Anthony HALIMI

<http://halimi-anthony-masseur-kinesitherapeute.fr/infographies/>



Les 4 infographies du CHU de Liège

https://www.chuliege.be/jcms/c2_24284072/fr/clinique-du-dos/la-douleur-chronique



Ressources générales : Vidéos



Pain and Me par Tamar Pincus, sous-titrée en français

<https://www.youtube.com/watch?v=YJNl056gFoI>

Une vidéo poignante pour comprendre l'acceptation de la douleur et son intérêt.



Comprendre la douleur en 5 min

<https://youtu.be/9qJuARzD9d4>



Tame the Beast

<https://youtu.be/ikUzvSph7Z4>



Load vs Capacity

<https://youtu.be/JjimVIgOrxE>



Are your x-ray and MRI results helpful or harmful?

<https://youtu.be/u3EK9h4JQlo>



Why things hurt de Lorimer Moseley

<https://youtu.be/1ylbrkstYtU>



Explain Pain Handbook de Butler et Moseley

<https://youtu.be/VKBMcRRWdSI>



In Between - Pour expliquer les principes d'hypervigilance et d'acceptation

<https://youtu.be/2xp22IYL2uU>

Ressources générales : Sites internet

Retrain pain

Présenté sous la forme de plusieurs diaporamas rapides à visionner (environ 2 minutes chacun), il représente un moyen imagé et simple pour le-la patient·e d'en apprendre plus sur le fonctionnement de sa douleur en général et sur ses symptômes. Il est très centré sur la sensibilité du système nerveux.



COMPRENDRE LA DOULEUR



<https://www.retrainpain.org/>

Le blog d'Antoine Fouré

https://antoinefourre.com/?page_id=266

Le blog d'un kinésithérapeute belge qui contient des choses intéressantes et simplifiées pour les patients.



Comprendre son dos

<https://comprendresondos.fr/>

Le site d'un kinésithérapeute français donnant des tips pour aider les patients à se sortir de leurs douleurs lombaires.



Infomaldedos

<https://www.infomaldedos.ch/>

Ce site internet d'information a pour objectif de présenter des informations fiables et actuelles sur le mal de dos. Son développement s'est fait en plusieurs étapes avec la participation d'étudiants dans le cadre de leur travail de BSc et d'un enseignant de la filière physiothérapie d'une école suisse.



Le mot de la fin

Pour terminer, voici un récapitulatif de quelques concepts-clés qu'il nous semble importants d'intégrer lors de nos prises en charge. Nous les avons listés ci-dessous :

- La douleur n'est pas forcément égale à la blessure, ni au danger.
- Les résultats d'imagerie ne sont pas systématiquement corrélés aux douleurs.
- Si nous commençons à avoir mal aussi en controlatéral, cela ne signifie pas nécessairement que nous sommes en train de se blesser de l'autre côté.
- La présence d'un système sensibilisé peut augmenter les douleurs, mais cela ne veut pas dire que "c'est dans la tête".
- La douleur s'inscrit dans un contexte biopsychosocial propre à chaque individu.
- La douleur est multifactorielle, de nombreux facteurs peuvent l'influencer, en positif ou en négatif. Par conséquent, il existe de nombreux moyens de la moduler.
- Il est possible de bouger, même lorsqu'on a mal. Souvent, ça nous aide.



Nous espérons que la lecture de ce livret vous a été utile. Celui-ci a été le fruit de plusieurs mois de travail. Nous restons bien sûr ouverts à tous commentaires ou suggestions que vous pouvez adresser à l'adresse mail suivante : **halimi.anthony+edudouleur@gmail.com**.

Références

- Aasdahl, L., Marchand, G. H., Gismervik, S. Ø., Myhre, K., Fimland, M. S., & Røe, C. (2020). The Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) Does it Really Measure Fear Beliefs? *Spine*, 45(2), 134–140.
- Adenis, N., & Gosselin, K. (2021). L'éducation à la neurophysiologie de la douleur : protocole pour une revue exploratoire dans le cadre du traitement des patients lombalgiques chroniques. *Kinésithérapie, La Revue*. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2021.01.007>
- Arntz, A., & Claassens, L. (2004). The meaning of pain influences its experienced intensity. *Pain*, 109(1–2), 20–25. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.12.030>
- Belavý, D. L., Quittner, M. J., Ridgers, N., Ling, Y., Connell, D., & Rantalainen, T. (2017). Running exercise strengthens the intervertebral disc. *Scientific Reports*, 7, 45975.
- Bülow, K., Lindberg, K., Vaegter, H. B., & Juhl, C. B. (2021). Effectiveness of Pain Neurophysiology Education on Musculoskeletal Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pain Medicine*. <https://doi.org/10.1093/pm/pnaa484>
- Caneiro, J. P., O'Sullivan, P., Lipp, O. v., Mitchinson, L., Oeveraas, N., Bhalvani, P., Abrugiato, R., Thorkildsen, S., & Smith, A. (2018). Evaluation of implicit associations between back posture and safety of bending and lifting in people without pain. *Scandinavian Journal of Pain*. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2018-0056>
- Cerritelli, F., Chiacchiarretta, P., Gambi, F., & Ferretti, A. (2017). Effect of Continuous Touch on Brain Functional Connectivity Is Modified by the Operator's Tactile Attention. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11, 368.
- Clark, D. A. (2013). Cognitive Restructuring. In *The Wiley Handbook of Cognitive Behavioral Therapy: Vol. I* (pp. 1–22). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118528563.wbcbt02>
- Crombez, G., Vlaeyen, J. W., Heuts, P. H., & Lysens, R. (1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*, 80(1–2), 329–339.
- Crombez, G., de Paepe, A. L., Veirman, E., Eccleston, C., Verleysen, G., & van Ryckeghem, D. M. L. (2020). Let's talk about pain catastrophizing measures: An item content analysis. *PeerJ*, 2020(3), e8643. <https://doi.org/10.7717/peerj.8643>
- Deeks JJ, Higgins JPT, Altman DG (editors). Chapter 10: Analysing data and undertaking meta-analyses. In: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.2 (updated February 2021). Cochrane, 2021. Available from www.training.cochrane.org/handbook.
- Gøtzsche, P. C., & Ioannidis, J. P. A. (2012). Content area experts as authors: helpful or harmful for systematic reviews and meta-analyses? *BMJ*, 345(v01 1), e7031
- Horler, C., Hebron, C., Martyn, K. (2020). Personalizing education: The clinical reasoning processes of physiotherapists using education for the treatment of people with chronic low back pain. *Physiotherapy Theory and Practice*, DOI: 10.1080/09593985.2020.1765437

- King, R., Robinson, V., Elliott-Button, H. L., Watson, J. A., Ryan, C. G., & Martin, D. J. (2018). Pain reconceptualisation after pain neurophysiology education in adults with chronic low back pain: A qualitative study. *Pain Research and Management*, 2018. <https://doi.org/10.1155/2018/3745651>
- King, R., Robinson, V., Ryan, C. G., & Martin, D. J. (2016). An exploration of the extent and nature of reconceptualisation of pain following pain neurophysiology education: A qualitative study of experiences of people with chronic musculoskeletal pain. *Patient Education and Counseling*, 99(8), 1389–1393. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.03.008>
- Lavine, R. A. (2012). Guided Discovery Learning. *Encyclopedia of the Sciences of Learning*, 1402–1403. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1428-6_526
- Leeuw, M., Goossens, M. E. J. B., Linton, S. J., Crombez, G., Boersma, K., & Vlaeyen, J. W. S. (2007). The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: Current state of scientific evidence. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(1), 77–94.
- Lim, Y. Z., Chou, L., Au, R. T., Seneviwickrama, K. M. D., Cicuttini, F. M., Briggs, A. M., Sullivan, K., Urquhart, D. M., & Wluka, A. E. (2019). People with low back pain want clear, consistent and personalised information on prognosis, treatment options and self-management strategies: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 65(3), 124–135. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2019.05.010>
- Lluch Gírbés, E., Meeus, M., Baert, I., & Nijs, J. (2015). Balancing “hands-on” with “hands-off” physical therapy interventions for the treatment of central sensitization pain in osteoarthritis. *Manual Therapy*, 20(2), 349–352. <https://doi.org/10.1016/j.math.2014.07.017>
- Louw, A., Farrell, K., Landers, M., Barclay, M., Goodman, E., Gillund, J., McCaffrey, S., & Timmerman, L. (2017). The effect of manual therapy and neuroplasticity education on chronic low back pain: a randomized clinical trial. *Journal of Manual and Manipulative Therapy*, 25(5), 227–234. <https://doi.org/10.1080/10669817.2016.1231860>
- Louw, A., Nijs, J., & Puentedura, E. J. (2017). A clinical perspective on a pain neuroscience education approach to manual therapy. *Journal of Manual and Manipulative Therapy*, 25(3), 160–168. <https://doi.org/10.1080/10669817.2017.1323699>
- Louw, A., Puentedura, E. “Louie” J., & Zimney, K. (2016). Teaching patients about pain: It works, but what should we call it? In *Physiotherapy Theory and Practice* (Vol. 32, Issue 5, pp. 328–331). Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.1080/09593985.2016.1194669>
- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M., Berman, J. S., & Schweizer, E. (1999). The Researcher’s Own Therapy Allegiances: A “Wild Card” in Comparisons of Treatment Efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(1), 95–106. <https://doi.org/10.1093/clipsy.6.1.95>
- Lundberg, M., Grimby-Ekman, A., Verbunt, J., & Simmonds, M. J. (2011). Pain-Related Fear: A Critical Review of the Related Measures. *Pain Research and Treatment*, 2011, 1–26. <https://doi.org/10.1155/2011/494196>
- Meulders, A. (2020). Fear in the context of pain: Lessons learned from 100 years of fear conditioning research. *Behaviour Research and Therapy*, 103635.
- Moseley, G. L. (2004). Evidence for a direct relationship between cognitive and physical change during an education intervention in people with chronic low back pain. *European Journal of Pain*, 8(1), 39–45. [https://doi.org/10.1016/S1090-3801\(03\)00063-6](https://doi.org/10.1016/S1090-3801(03)00063-6)

- Moseley, G. L., & Butler, D. S. (2015). Fifteen Years of Explaining Pain: The Past, Present, and Future. *The Journal of Pain*, 16(9), 807–813. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.05.005>
- Otti, A., Guendel, H., Wohlschläger, A., Zimmer, C., & Noll-Hussong, M. (2013). Frequency shifts in the anterior default mode network and the salience network in chronic pain disorder. *BMC Psychiatry*, 13, 84.
- Ploner, M., Lee, M. C., Wiech, K., Bingel, U., & Tracey, I. (2010). Prestimulus functional connectivity determines pain perception in humans. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 107(1), 355–360. <https://doi.org/10.1073/pnas.0906186106>
- Quantification du stress mécanique. (s. d.). Consulté le 25 octobre 2021, à l'adresse <https://lacliniqueducoureur.com/quantification-du-stress-mecanique/>
- Ryan, C. G., Gray, H. G., Newton, M., & Granat, M. H. (2010). Pain biology education and exercise classes compared to pain biology education alone for individuals with chronic low back pain: A pilot randomised controlled trial. *Manual Therapy*, 15(4), 382–387. <https://doi.org/10.1016/j.math.2010.03.003>
- Shimo, K., Ueno, T., Younger, J., Nishihara, M., Inoue, S., Ikemoto, T., ... Ushida, T. (2011). Visualization of Painful Experiences Believed to Trigger the Activation of Affective and Emotional Brain Regions in Subjects with Low Back Pain. *PLoS One*, 6(11), e26681.
- Tabor, A., & Burr, C. (2019). Bayesian Learning Models of Pain: A Call to Action. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 26, 54–61.
- Tegner, H., Frederiksen, P., Esbensen, B. A., & Juhl, C. (2018). Neurophysiological Pain Education for Patients with Chronic Low Back Pain. *Clinical Journal of Pain*, 34(8), 778–786. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000594>
- Traeger, A. C., Lee, H., Hübscher, M., Skinner, I. W., Moseley, G. L., Nicholas, M. K., Henschke, N., Refshauge, K. M., Blyth, F. M., Main, C. J., Hush, J. M., Lo, S., & McAuley, J. H. (2019). Effect of Intensive Patient Education vs Placebo Patient Education on Outcomes in Patients With Acute Low Back Pain. *JAMA Neurology*, 76(2), 161. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2018.3376>
- Vibe Fersum, K., O'Sullivan, P., Skouen, J. S., Smith, A., & Kvåle, A. (2013). Efficacy of classification-based cognitive functional therapy in patients with non-specific chronic low back pain: A randomized controlled trial. *European Journal of Pain*, 17(6), 916–928. <https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2012.00252.x>
- Watson, J. A., Ryan, C. G., Atkinson, G., Williamson, P., Ellington, D., Whittle, R., Dixon, J., & Martin, D. J. (2021). Inter-Individual Differences in the Responses to Pain Neuroscience Education in Adults With Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *The Journal of Pain*, 22(1), 9–20. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2020.03.006>
- Watson, J. A., Ryan, C. G., Cooper, L., Ellington, D., Whittle, R., Lavender, M., Dixon, J., Atkinson, G., Cooper, K., & Martin, D. J. (2019). Pain Neuroscience Education for Adults With Chronic Musculoskeletal Pain: A Mixed-Methods Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Pain*, 20(10), 1140.e1–1140.e22. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2019.02.011>
- Wertli, M. M., Rasmussen-Barr, E., Held, U., Weiser, S., Bachmann, L. M., & Brunner, F. (2014). Fear-avoidance beliefs—a moderator of treatment efficacy in patients with low back pain: a systematic review. *The Spine Journal: Official Journal of the North American Spine Society*, 14(11), 2658–2678.

- Wijma, A. J., Speksnijder, C. M., Crom-Ottens, A. F., Knulst-Verlaan, J. M. C., Keizer, D., Nijs, J., & Van Wilgen, C. P. (2018). What is important in transdisciplinary pain neuroscience education? A qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 40(18), 2181–2191.
- Wood, L., & Hendrick, P. A. (2019). A systematic review and meta-analysis of pain neuroscience education for chronic low back pain: Short-and long-term outcomes of pain and disability. *European Journal of Pain*, 23(2), 234–249. <https://doi.org/10.1002/ejp.1314>

L'éducation à la douleur est une approche thérapeutique assez jeune. Depuis ces dernières années, le nombre de publications évaluant cette pratique s'est considérablement accru. Toutefois, au-delà de la validité de cette technique, les informations cruciales qui nous manquent souvent sont la manière de l'appliquer en pratique.

Ce guide pratique est destiné à répondre à ces besoins.

Ce guide d'éducation à la douleur est né de la collaboration entre Chloé Jarroir, Margot Moulin et KinéFACT, un groupe de kinésithérapeutes partageant des informations scientifiques sans but lucratif.



**Réutilisation autorisée, sous
couvert de citation.**