



Avertissement

Ce document est le fruit d'un long travail et a été validé par l'auteur et son directeur de mémoire en vue de l'obtention de l'UE 28, Unité d'Enseignement intégrée à la formation initiale de masseur kinésithérapeute.

L'IFMK de Nancy n'est pas garant du contenu de ce mémoire mais le met à disposition de la communauté scientifique élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : secretariat@kine-nancy.eu

Liens utiles

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122. 4.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2- L 335.10.

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23431>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

RÉGION GRAND EST

INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE NANCY

ÉDUCATION À LA DOULEUR EN KINÉSITHÉRAPIE LIBÉRALE FRANÇAISE - UNE ÉTUDE QUALITATIVE

Sous la direction de Anthony Halimi

Mémoire présenté par **Margot MOULIN**
étudiante en 4^{ème} année de masso-kinésithérapie,
en vue de valider l'UE28
dans le cadre de la formation initiale du
Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute

Promotion 2016-2020.



UE 28 - MÉMOIRE
DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT

Je soussigné(e),**Margot Moulin**.....

Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité. Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni recopié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine et que les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant le conseil de discipline de l'ILFMK et les tribunaux de la République Française.

Fait à Sarreguemines, le ...01/05/2020.....

Signature

REMERCIEMENTS

Je tiens premièrement à exprimer toute ma reconnaissance à Anthony, pour avoir encadré ce mémoire tout au long de son processus avec patience, écoute et bienveillance, qui sont selon moi des qualités humaines indispensables.

De tout cœur, je remercie chacun des participants à cette étude. Merci d'avoir donné de votre temps pour réaliser les entretiens et d'avoir su apporter, pour chacun d'entre vous, des réflexions plus enrichissantes les unes que les autres.

J'exprime également ma gratitude à Mme Muller pour avoir parfaitement assuré son rôle en tant que référente pédagogique IFMK en cette dernière année d'étude, ainsi qu'à l'ensemble de l'équipe de l'IFMK de Nancy pour avoir assuré notre formation en masso-kinésithérapie.

Un grand merci à ma famille, en particulier ma maman, pour ses encouragements et sa confiance, qui m'ont permis de suivre ma vocation alors que je m'en croyais incapable, mon père et ma sœur, pour leur soutien sans faille, ma cousine, Céline, pour avoir supporté mes nombreux appels notamment au cours de ma première année d'étude supérieure.

Au groupe A de la promotion 2016-2020, je vous remercie pour tous ces bons moments partagés et ce chemin parcouru ensemble. Nous avons tous grandi, évolué depuis notre rencontre il y a quatre ans et je suis fière de ce que chacun d'entre vous est devenu et des futurs thérapeutes que vous serez.

A mes amies, Jade, Noémie, Céline, pour leurs conseils, leurs rires et leur soutien. A notre quatuor.

A toutes celles et ceux qui ont relus ce mémoire en partie ou en intégralité avant son rendu, entre autres Pauline, Isabelle et Antoine.

Merci à chaque personne qui a contribué à participer, d'une façon ou d'une autre, à l'élaboration de ce projet.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Education à la douleur en kinésithérapie libérale française – Une étude qualitative

INTRODUCTION : L'éducation à la douleur (ED) est une approche ayant pour but d'aider le patient douloureux à améliorer son état en lui apportant différentes connaissances. Le but de notre étude était de déterminer sous quelles modalités des masseurs-kinésithérapeutes (MK) exerçant en France, sous un mode d'exercice libéral, intégraient cette approche dans leur exercice quotidien.

METHODE : Treize entretiens semi-directifs ont été réalisés avec des MK répondant aux critères de sélection de l'étude. Un guide d'entretien a été élaboré, testé et utilisé lors de ces entretiens. Suite à l'enregistrement et à la retranscription de chaque entretien, une analyse thématique a servi à élaborer les résultats. Le codage des données a été effectué à l'aide du logiciel NVivo12.

RESULTATS : Six thèmes principaux ont été mis évidence : (1) la conception de l'ED par les participants, (2) les critères de mise en place de l'ED, (3) la communication et l'attitude du MK, (4) l'intégration d'ED en séances individuelles et en groupe, (5) les résultats liés à l'ED, (6) les principaux freins pouvant être rencontrés et les solutions proposées par les MK pour y pallier.

DISCUSSION / CONCLUSION : Des éléments facilitateurs ont été mis en évidence tels que l'association d'entretien motivationnel et d'ED. La communication et le comportement du MK semblaient être des points essentiels, associant notamment beaucoup d'écoute et d'empathie. Le principal frein identifié était la présence de discours divergents de la part d'autres professionnels de santé et dans la population générale, pouvant aller à l'encontre du discours tenu lors de l'ED. Il semblerait que l'ED décrite par les MK interrogés s'inscrive dans un cadre clinique spécifique, nécessitant une participation active du patient et ayant pour but d'aboutir à une autonomisation de celui-ci. La prise en charge décrite par les MK permettait finalement de prendre en charge une personne dans sa globalité, en prenant en compte ses différents aspects biopsychosociaux.

MOTS CLES : biopsychosocial, douleur, éducation, kinésithérapie, recherche qualitative.

Pain education in french private physiotherapy practice - A qualitative study

INTRODUCTION: Pain education (PE) is an approach aimed at helping the patient in pain improve his condition by providing him with different knowledge. The purpose of our study was to explore how french physiotherapists (PTs) working in a private practice implement this approach into their daily practice.

METHOD: Thirteen semi-structured interviews were conducted with PTs meeting the study's selection criteria. An interview guide was developed and tested. Then it was used during these interviews. Following the recording and transcription of each interview, a thematic analysis was used to develop the results. Data coding was performed using the Nvivo12 software.

RESULTS: Six main themes were generated: (1) the conception of PE by the participants, (2) the criteria for implementing PE, (3) the communication and attitude of the PTs, (4) the integration of PE in individual and group sessions, (5) the results related to PE, (6) the main obstacles that could be encountered and the solutions proposed by the PTs to overcome them.

DISCUSSION / CONCLUSION: Facilitators were highlighted, such as the association of motivational interviewing and PE. The communication and behavior of the PTs seemed to be fundamental, combining a lot of listening and empathy. The main obstacle was the presence of discourses from other healthcare professionals and in the general population, which may diverge from PE discourse. It seems that the PE described by the PTs interviewed is part of a specific clinical framework, requiring active patient participation and aiming at patient empowerment. The care described by the PTs finally offers the possibility to take care of the person as a whole, taking into account their different biopsychosocial aspects.

KEYWORDS: biopsychosocial, pain, education, physiotherapy, qualitative research.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	1
1.1. Contexte général.....	1
1.2. Concepts autour de la douleur.....	2
1.3. Education du patient à la douleur	4
1.4. Questionnement et objectifs de l'étude.....	5
2. MATERIEL ET METHODES	7
2.1. Stratégie de recherche documentaire.....	7
2.2. Méthode	8
2.2.1. Méthode de mesure	8
2.2.2. Choix de la population à interroger	8
2.2.3. Prise de contact avec la population à interroger.....	8
2.2.4. Méthodologie des entretiens.....	9
2.2.5. Analyse des données.....	10
2.3. Matériel	10
3. RESULTATS.....	11
3.1. Conception de l'ED	12
3.2. Critères de mise en place	18
3.3. Communication et attitude du MK.....	21
3.4. Intégration de l'ED	26
3.4.1. Mise en place en séance individuelle	26
3.4.2. Mise en place en groupe.....	31
3.5. Résultats de l'ED	33
3.6. Principaux freins identifiés et solutions proposées	36
4. DISCUSSION.....	41
4.1. Implications pour la pratique clinique.....	41
4.1.1. Écoute et questionnement lors de l'ED	41

4.1.2. Utilisation de questionnaires	42
4.1.3. Conditions d'application	42
4.1.4. Métaphores, interactions et explications.....	42
4.1.5. Influences des explications et du comportement du MK.....	43
4.1.6. Utilisation de l'ED combinée à de l'EM	44
4.1.7. Une participation active requise.....	44
4.1.8. Une modalité informelle et adaptable	45
4.1.9. Un cadre clinique incluant de l'ED	46
4.1.10. Réflexion éthique et déontologique.....	46
4.2. Limites et forces de l'étude	47
4.3. Perspectives d'approfondissement et ouvertures.....	49
5. CONCLUSION	50

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

LISTE DES ABRÉVIATIONS COURAMMENT UTILISÉES

ED : Education à la douleur

EM : Entretien motivationnel

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP : *International Association for the Study of Pain*

MK : Masseur(s)-Kinésithérapeute(s)

PEC : Prise en charge

SN : Système nerveux

1. INTRODUCTION

1.1. Contexte général

Ces dernières années, les avancées dans le domaine des neurosciences ont permis de faire émerger de nouveaux concepts et pratiques. De plus, la généralisation du modèle biopsychosocial a, elle aussi, contribué à faire évoluer nos modes de pensées vers de nouvelles perspectives, notamment dans le domaine de la douleur et de sa gestion.

La douleur est définie par l'*International Association for the Study of Pain* (IASP) comme étant « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en termes de tels dommages* » (1).

Selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), elle serait le motif de consultation d'environ 2/3 des consultations médicales et environ 30% des adultes souffriraient de douleurs chroniques en France. Ses répercussions pourraient être importantes, notamment sur la qualité de vie, et celles-ci entraîneraient des coûts socio-économiques élevés (2).

Prenant en compte ces différentes constatations, des stratégies ont été créées et mises en place dans le but de mieux prendre en charge le patient douloureux. Nous avons pu voir ainsi apparaître l'avènement de différentes pratiques, pouvant certaines fois s'ajouter ou s'intégrer dans la prise en charge masso-kinésithérapique des patients (3). Parmi ces approches, l'une d'entre elles est apparue il y a tout juste une vingtaine d'années. Il s'agit de l'éducation à la douleur (ED). En voie de développement, cette approche fait aujourd'hui l'objet d'un certain nombre de publications dans le domaine scientifique.

L'objectif principal de ce mémoire sera de répondre à la question suivante : comment des masseurs-kinésithérapeutes (MK) exerçant en France, sous un mode d'exercice libéral, intègrent cette approche d'ED dans leur exercice quotidien ? Pour aboutir à cette problématique, nous poursuivrons cette introduction en développant brièvement quelques concepts autour de la douleur, puis nous parlerons plus précisément de l'ED. Enfin, nous parlerons de la démarche de questionnement de ce travail et des objectifs de celui-ci.

1.2. Concepts autour de la douleur

L'IASP définit différentes formes cliniques de douleur (4) :

- la douleur de type neuropathique, causée par une lésion ou une maladie du système nerveux somato-sensoriel, pouvant être périphérique ou centrale ;
- la douleur d'origine nociceptive, provenant de dommages réels ou menaçant les tissus (non neuronaux), liée à l'activation des nocicepteurs ;
- la douleur de type nociplastique, résultant d'une altération de la nociception malgré le fait qu'il n'y ait ni de lien clairement défini avec des dommages réels ou menaçant les tissus activant les nocicepteurs, ni avec une lésion ou une maladie du système nerveux somato-sensoriel provoquant la douleur.

Les douleurs peuvent aussi être classées par profil évolutif. Ainsi, la douleur aiguë s'opposerait à la douleur chronique de par son apparition récente et transitoire (5). La douleur chronique serait catégorisée comme telle, selon l'IASP, lorsque sa durée est supérieure à trois mois. (6)

La douleur est une perception pouvant être influencée par de nombreux facteurs. En effet, de nombreux éléments seraient en lien avec celle-ci, comme par exemple le contexte, la mémoire et l'expérience passée, les entrées sensorielles en provenance du corps, la nociception, le comportement, la culture, ou encore les circuits attentionnels et affectifs (7).

La douleur serait créée par le cerveau qui traiterait, selon le modèle d'inférences bayésiennes, les différentes informations qu'il reçoit dans son analyse globale, et estimerait ainsi la menace potentielle (8). Ainsi, il semblerait que tout élément crédible reflétant une menace possible des tissus corporels aurait tendance à augmenter la douleur, tandis qu'à l'inverse, tout élément en faveur d'une sécurité relative des tissus pourrait la diminuer (8-10).

Nous savons aujourd'hui que l'expérience douloureuse ne se limite pas à la nociception et va au-delà de ce phénomène (8,11). La nociception, de par ses récepteurs pouvant être sensibles à différents stimulus thermiques, chimiques ou mécaniques, serait un processus physiologique fondamental et continu, transférant des informations vers le cerveau sur ce qui pourrait potentiellement porter atteinte à l'individu (7,12).

Il s'agit d'un phénomène différent de l'expérience douloureuse. En effet, la douleur fait référence à une perception, qui va par conséquent être ressentie et dont nous sommes conscients. Ce n'est pas le cas de la nociception, qui serait un signal électrique inconscient et ferait référence à l'activité de neurones primaires et de leurs projections centrales (7,13).

Ces voies empruntées par la nociception pourraient d'ailleurs être modifiées et devenir « sensibilisées », notamment dans les cas de phénomènes de sensibilisation périphérique et/ou de sensibilisation centrale (14).

Des facteurs cognitifs, émotionnels et comportementaux pourraient être impliqués dans la douleur. Certains de ces facteurs seraient notamment l'anxiété, le catastrophisme, la peur de la douleur, la présence de kinésiophobie, c'est-à-dire la peur d'effectuer certains mouvements, ou encore la présence de stratégies adaptatives dites de *coping* mal adaptées. Il s'agit de facteurs pouvant avoir un impact négatif lorsqu'ils sont présents (7,15–19).

Les attentes concernant la récupération ainsi que le sentiment d'auto-efficacité, encore appelé sentiment d'efficacité personnelle, c'est-à-dire la représentation d'un individu de sa capacité d'agir avec efficacité sur lui-même ou sur d'autres éléments (20) comme par exemple la douleur ou l'exercice, sont d'autres facteurs qui pourraient être en lien avec la douleur et l'incapacité, en les impactant négativement lorsqu'ils sont faibles (21,22).

Des facteurs environnementaux et psychosociaux seraient impliqués dans la sensation douloureuse (15). La HAS décrit d'ailleurs différents « *drapeaux jaunes* » représentant des facteurs de risque de chronicisation de la douleur, dans le cadre de la PEC de la lombalgie commune, qui peuvent s'apparenter à certains des facteurs décrits précédemment. Il s'agit par exemple de la dépression ou une tendance à une « *humeur dépressive* », le stress, l'anxiété, le « *retrait des activités sociales* », des « *attitudes et des représentations inappropriées* » comme « *l'idée que la douleur représenterait un danger ou qu'elle pourrait entraîner un handicap grave* », « *un comportement passif avec attentes de solutions placées dans des traitements plutôt que dans une implication personnelle active* », des « *comportements douloureux inappropriés* » pouvant être liés à la peur comme « *l'évitement* » ou la « *réduction de l'activité* », et les « *problèmes liés au travail* », tel qu'un « *environnement de travail jugé hostile* » (23).

Ainsi, de nombreux facteurs pourraient interagir entre eux et intervenir dans la sensation douloureuse. La douleur s'inscrit donc dans un ensemble biopsychosocial complexe et indissociable (13,15).

1.3. Education du patient à la douleur

Nous avons évoqué précédemment la définition de la douleur. L'éducation, quant à elle, peut être définie telle que la « *formation de quelqu'un dans tel ou tel domaine d'activité ; un ensemble de connaissances intellectuelles, culturelles, morales acquises dans ce domaine par quelqu'un, par un groupe* » (24).

L'ED peut faire référence, selon Moseley et Butler, à un ensemble d'approches éducatives visant à expliquer et faire comprendre au patient les différents aspects biopsychosociaux liés à la production de la douleur tels qu'on les connaît aujourd'hui. Cela peut avoir pour objectif de modifier la conceptualisation du patient de la douleur en général et de ses propres douleurs, mais aussi d'intégrer cela dans son mode de vie général, notamment au sein de ses croyances, comportements ou traitements (10).

Depuis le premier essai contrôlé randomisé de Moseley en 2002 qui incluait de l'ED dans la prise en charge (PEC) de patients souffrant de lombalgies chroniques (25), puis la première version de l'ouvrage « *Explain Pain* » de Moseley et Butler en 2003, un certain nombre de publications au sujet de l'ED ont vu le jour dans la littérature scientifique internationale.

Aujourd'hui, l'ED est un concept présentant différentes dénominations dans la littérature anglophone. L'acronyme « *PNE* » pour « *Pain Neuroscience Education* » est fréquemment utilisé, mais d'autres termes sont possibles (10,26). Il en va de même en langue française. Dans le cadre de ce mémoire, nous avons choisi d'utiliser le terme « éducation à la douleur » car il nous semble être un terme inclusif et couramment employé.

Bien que l'ED concerne la douleur en général (10), elle est fréquemment étudiée dans le cadre de douleurs musculo-squelettiques chroniques avec des effets pouvant notamment être recherchés et mis en évidence sur la douleur, l'incapacité ou des facteurs tels que le

catastrophisme et la kinésiophobie. Ces effets pouvaient varier selon les auteurs et les méthodes mises en œuvre dans les différentes études (27–30).

L'une des dernières revues systématiques avec méta-analyses à ce sujet, publiée par Watson *et al.*, a mis en évidence des effets cliniquement pertinents concernant la kinésiophobie à court terme ainsi que le catastrophisme à moyen terme. Concernant les améliorations de la douleur et de l'invalidité, celles-ci auraient cependant eu une faible pertinence clinique à court et moyen terme au vue des études incluses dans la revue, qui étaient relativement hétérogènes (27).

D'une façon globale, les auteurs s'accordent à dire que l'ED ne devrait pas être utilisée de manière isolée, mais plutôt être combinée à d'autres interventions. Cela permettrait ainsi d'améliorer ses effets sur les différents critères étudiés (10,27,28,30). Selon Wood *et al.*, les effets seraient plus importants lorsque l'ED est associée à de la kinésithérapie (28).

Une revue systématique avec méta-analyse récente a étudié de manière plus spécifique cette association et a ainsi mis en évidence que l'ajout d'ED à de la kinésithérapie traditionnelle améliorerait la douleur et l'incapacité à court et long terme. Malgré une méthodologie critiquable, Marris *et al.* appuyaient alors la conclusion d'autres auteurs sur le fait qu'intégrer de l'ED à des soins de kinésithérapie aurait des effets modérés à importants sur ces deux critères (31).

Par ailleurs, l'une des conclusions de la composante qualitative de l'étude de Watson *et al.* était que la nouvelle conceptualisation du patient de sa douleur, apportée par l'ED, pouvait améliorer sa capacité à faire face à son état (27).

1.4. Questionnement et objectifs de l'étude

La lecture de différentes études parues sur le sujet de l'ED a permis de dégager différents points conseillés lors de sa mise en pratique. Cependant, les résultats des dernières revues systématiques avec méta-analyses, notamment celle de Watson *et al.*, démontrent qu'il existe de nombreuses modalités possibles concernant la mise en place de l'ED en pratique clinique (27,28,31).

Ainsi, bien que certaines modalités puissent être conseillées dans la littérature scientifique à propos de la réalisation pratique d'ED avec le patient, il n'existe pas de réel consensus à ce sujet et cela demeure un choix du thérapeute, pouvant dépendre de sa propre expérience clinique et bien sûr du patient.

De plus, Marris *et al.* évoquaient dans leur étude la nécessité concernant les recherches futures de mettre en œuvre des études qualitatives visant à déterminer les barrières et les éléments facilitateurs lors de la mise en place d'ED en pratique clinique (31).

Ce sont ces différents éléments qui nous ont amené à nous poser la question principale suivante, dont découlent différents questionnements : quelles sont les modalités d'utilisation de l'ED en pratique clinique ? Et plus précisément, comment des MK exerçant en France sous un mode libéral intègrent-ils l'ED dans leur exercice ? Quelle conception ont-ils de l'ED ? Dans quelles conditions décident-ils de la proposer aux patients ? Sur quels supports se basent-ils ? Quels autres traitements masso-kinésithérapiques sont-ils mis en œuvre autour de cette éducation ? Comment les résultats de l'ED sont évalués par les MK et quels sont-ils ? Quels sont les freins, les limites et les barrières existants par rapport à cette pratique ? Et lorsqu'ils sont présents, comment les MK réagissent-ils à ces freins ?

Nous pensons qu'il existe des points importants lors de la mise en place d'ED et des similitudes entre les praticiens qui proposent cette éducation. Nous supposons également qu'il existe des similitudes et des différences avec les données présentes dans la littérature scientifique. Nous émettons aussi l'hypothèse qu'il existe un certain nombre de freins et de difficultés par rapport à cette mise en place et qu'il peut être complexe de pallier à ces freins. Il existe néanmoins probablement des éléments permettant de faciliter cette approche et de mieux l'intégrer dans sa pratique clinique.

L'objectif de cette étude sera donc de répondre à ces différentes interrogations et hypothèses à travers l'analyse de la pratique de MK proposant de l'ED dans leur exercice.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1. Stratégie de recherche documentaire

Les bases de données interrogées ont été les suivantes : Pubmed, PEDro, Cochrane Library, Science Direct, Kinédoc. Le moteur de recherche Google Scholar a également été interrogé.

Les références retenues devaient être rédigées soit en langue anglaise, soit en langue française. Les expressions anglaises suivantes ont donc été utilisées soit seules, dans une même équation de recherche, comme présenté ci-dessous, soit combinées avec d'autres mots de recherche ou traduites en français, si nécessaire : « "explain pain" OR "explaining pain" OR "pain science education" OR "pain neuroscience education" OR "pain neurophysiology education" OR "pain physiology education" OR "therapeutic neuroscience education" OR "pain biology education" OR "pain education" OR PNE. »

Les recherches ont débuté en octobre 2019 et ont été mises à jour tout au long de la rédaction de l'étude. Concernant la période de publication des articles, la lecture d'articles avec de hauts niveaux de preuves et datant de moins de 5 ans a été privilégiée. Cependant, aucun critère de temps n'a été mis en place afin de ne pas exclure des publications de référence sur le sujet. Finalement, nous avons exploité les données de treize études portant sur la thématique de l'ED dont quatre revues systématiques avec méta-analyses et deux revues systématiques de la littérature.

La bibliographie des références sélectionnées a été consultée. Cela a permis quelquefois d'ajouter de nouvelles sources à l'étude. À cela ont pu s'ajouter des références conseillées par le directeur de mémoire. Suite aux recherches complémentaires permettant d'alimenter l'introduction et la discussion, trente-sept références supplémentaires ont été ajoutées à l'étude. Nous avons notamment pour cela associé le mot « *pain* » ou les termes évoqués précédemment relatifs à l'ED à d'autres éléments dont nous avons besoin.

Une recherche concernant la méthodologie d'étude qualitative a également été initiée en amont de ce travail. Cinq références spécifiques à cette méthode ont ainsi été utilisées.

2.2. Méthode

2.2.1. Méthode de mesure

Afin d'explorer les différents points de questionnement et en accord avec la problématique de ce mémoire, il a été déterminé que la méthode de recueil de données la plus adéquate était l'entretien semi-directif. En effet, l'entretien, de manière générale, permet d'étudier le mode de pensées et le raisonnement des personnes interrogées, mais aussi de décrire leurs pratiques (32,33). Il appartient au domaine de la recherche qualitative, qui a la qualité « *d'explorer le lien entre la "vraie vie" du clinicien et la "science dure"* » (34) et permet d'avoir « *une meilleure compréhension des situations vécues par les acteurs* » (33).

2.2.2. Choix de la population à interroger

Les critères d'inclusion pour être admis dans l'étude étaient d'être titulaire du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, de pratiquer le métier de masseur-kinésithérapeute en France sous un mode d'exercice de type libéral, ainsi que de pratiquer l'ED.

Les critères d'exclusion étaient de pratiquer l'ED en exerçant un autre métier que le métier de masseur-kinésithérapeute et d'exercer dans un autre pays que la France.

2.2.3. Prise de contact avec la population à interroger

Le mode d'accès à la population à interroger s'est fait par un mode « *indirect* » (32). En effet, la prise de contact avec les MK à interroger s'est effectuée à l'aide du réseau social Facebook. Ce réseau a été choisi pour sa facilité d'utilisation et pour le fait qu'il regroupe un nombre important de MK exerçant sur le territoire français. Un post a été publié par Anthony Halimi, sur sa page, ainsi que sur deux groupes regroupant des MK, dont l'un consacré à la gestion de la douleur, demandant qui parmi eux pratiquaient l'éducation aux sciences de la douleur. Il était expliqué en quelques lignes que cela signifiait qu'à un moment donné, les MK utilisaient une méthode pour faire en sorte que les patients en apprennent plus sur les sciences de la douleur.

Vingt-et-un MK ayant répondu à ce post et répondant aux critères d'inclusion ont été contactés par la suite via l'application de messagerie instantanée Messenger. Deux autres MK répondant également aux critères de sélection ont été contactés sous les conseils d'Anthony Halimi dans les mêmes conditions. Ainsi, chaque participant potentiel a reçu le même message, avec une brève présentation de l'étude (ANNEXE I). S'ils acceptaient de participer à l'étude et de réaliser l'entretien en étant enregistrés, il leur était proposé de convenir d'un rendez-vous afin d'effectuer l'entretien semi-directif par téléphone.

2.2.4. Méthodologie des entretiens

Avant de réaliser les entretiens semi-directifs, un guide d'entretien (ANNEXE II) a été rédigé. Ce guide recensait six thèmes à aborder lors de l'entretien, en rapport avec l'ED, ainsi que des informations de base sur les participants (âge, date et lieu de formation, années d'expérience en tant que MK).

Deux pré-tests ont été réalisés en amont avec deux MK qui auraient été susceptibles d'être inclus dans l'étude. Cela a permis de modifier le guide d'entretien ainsi que le discours, afin qu'ils soient les plus adaptés et fluides possible lors des entretiens semi-directifs avec la population à interroger. A la fin du premier pré-test, des exemples de questions ont été ajoutés à côté des sous-thèmes à aborder afin de favoriser la pose de questions ouvertes. De plus, les questions devaient être les plus claires possibles, en essayant de ne porter que sur un seul sujet à la fois tout en étant placées dans un ordre cohérent dans le déroulé de l'entretien (35).

Lors du déroulement des entretiens, une stratégie d'écoute active a été utilisée par l'étudiant-enquêteur. Une prise de notes a eu lieu directement sur le guide d'entretien afin de cocher les thèmes et sous-thèmes déjà développés au fur et à mesure de l'entretien.

2.2.5. Analyse des données

Les entretiens semi-directifs, préalablement enregistrés, ont été retranscrits manuellement au mot pour mot en texte écrit, à l'aide d'écouteurs multiples et fractionnés de chaque entretien.

Après avoir retranscrit tous les entretiens selon leur ordre chronologique de réalisation, un numéro aléatoire a été attribué à chaque participant par tirage au sort. Aucune retranscription n'a été retournée aux participants pour relecture ou correction.

Le logiciel Excel a été utilisé pour recenser le corpus ainsi que pour traiter les informations de base de chacun des participants et pour calculer des données comme la moyenne d'âge ou le nombre d'années d'exercice moyen de ceux-ci. Pour faciliter le codage des données, le logiciel NVivo12 a été utilisé afin de regrouper les données qualitatives obtenues suite aux retranscriptions des entretiens. Ces données ont été encodées à différents nœuds. Une fois les nœuds créés, ceux-ci ont été relus et ré-agencés si besoin.

Une analyse thématique a été mise en place. Plusieurs thèmes ont été définis, dans lesquels ont été répartis les différents nœuds. Chaque thème et chaque nœud ont été analysés. Une première, puis une deuxième synthèse ont été faites afin de regrouper les idées émergentes, en extrayant des citations et en essayant de rester le plus fidèle possible aux données recueillies lors des entretiens.

2.3. Matériel

Concernant la réalisation des entretiens, le matériel nécessaire se composait d'un téléphone, d'un dictaphone pour l'enregistrement, de treize guides d'entretiens imprimés ainsi que d'un crayon pour la prise de notes. Afin de retranscrire les entretiens et d'analyser le corpus, un ordinateur avec les logiciels Word et Excel a été utilisé. Le logiciel oTranscribe et des écouteurs ont servi lors des écoutes fragmentées au moment des retranscriptions d'entretien, ainsi que le logiciel NVivo12 pour la création des nœuds lors de l'analyse des données.

3. RESULTATS

Sur 23 MK contactés, 20 MK ont ouvert le message les invitant à participer à l'étude et 3 MK ne l'ont pas ouvert. Sur les 20 MK ayant ouvert le message, 16 MK ont répondu favorablement en acceptant de réaliser l'entretien et 4 MK ont ouvert le message sans y répondre. Parmi les 16 MK ayant accepté de participer à l'étude, 3 MK ont cessé de répondre et n'ont pas été relancés, notamment du fait de l'atteinte du point de saturation. Au total, 13 MK ont réalisé l'entretien semi-directif et ont été inclus dans l'étude (Fig.1).

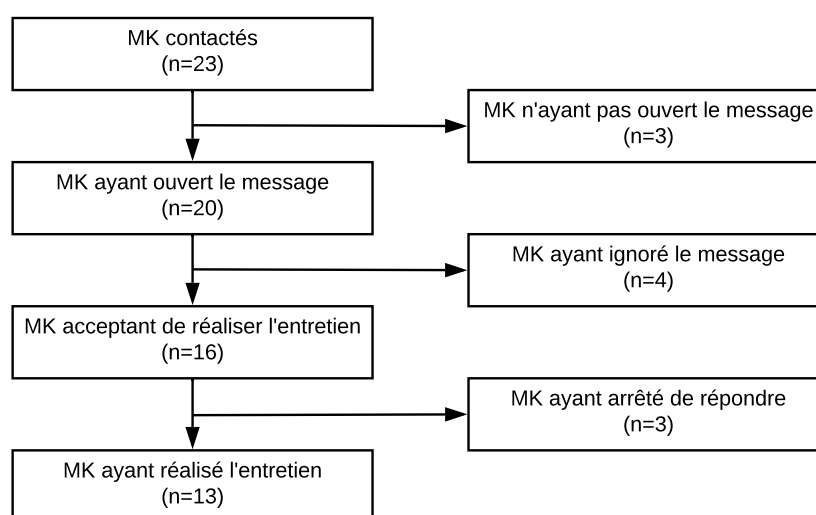


Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude

Parmi les 13 participants à l'étude, 5 étaient des femmes et 8 étaient des hommes, soit un ratio H/F de 8/5. La tranche d'âge des participants était comprise entre 24 et 43 ans avec une moyenne de 32,6 ans. Le nombre d'années d'expérience moyen en tant que MK était de 10 ans et variait de 0,5 à 20 ans. Tous les participants exerçaient sous un mode d'exercice libéral dans différentes régions de France au moment de l'entretien.

Les entretiens se sont déroulés sur une période initialement prévue allant du 7 décembre 2019 au 17 janvier 2020. Finalement, un dernier entretien s'est déroulé plus tard que les autres, soit le 28 février 2020. Leur durée moyenne était de 59 min, le plus court ayant une durée de 39 min et le plus long une durée de 80,5 min. Au total 767,69 min d'entretien ont été enregistrées et retranscrites.

Six thèmes principaux ont été mis en évidence lors de l'analyse des données : (1) la conception de l'ED par les participants, (2) les critères de mise en place de l'ED, (3) la communication et l'attitude du MK, (4) l'intégration de l'ED en séances individuelles et en groupes, (5) les résultats liés à l'ED, (6) les principaux freins pouvant être rencontrés lors de la mise en œuvre de l'ED et les solutions proposées par les MK pour y pallier.

Des citations complémentaires pouvant être utiles à la compréhension des résultats développés ci-dessous ont été regroupées dans un document dédié (ANNEXE III). De plus, un document contenant les explications de certains participants par rapport à quelques-uns des supports utilisés dans leur pratique a été créé (ANNEXE IV). Un exemple d'entretien intégralement retranscrit est également présenté en annexe (ANNEXE V).

3.1. Conception de l'ED

Dans un premier temps, il a été demandé aux participants quel(s) terme(s) ils utilisaient pour qualifier l'ED, puis d'en donner leur propre définition. Secondairement, nous leur avons proposé de s'exprimer à propos des notions qu'ils considéraient comme des « notions clés » à évoquer aux personnes bénéficiant de l'ED. Enfin, nous leur avons demandé dans quels objectifs ils réalisaient l'ED.

Plusieurs dénominations possibles ont été mises en évidence et certains MK pouvaient employer plusieurs termes à la fois afin de qualifier l'ED. Ces termes étaient en général utilisés uniquement entre collègues et non avec les patients, où l'ED était informelle.

Le terme le plus largement utilisé était « *éducation à la douleur* » (P1, P2, P4, P5, P6, P8, P11, P12, P13). D'autres termes pouvaient être utilisés tels que « *éducation aux sciences de la douleur* » (P1, P2), « *éducation aux neurosciences* » (P10, P13), « *éducation à la neurophysiologie de la douleur* » (P12), « *PNE* » (P1, P6, P13), « *éducation thérapeutique* » (P6) et aussi « *éducation* » de manière générale (P10).

Certains participants employaient encore d'autres expressions telles que « *explications neurophysiologiques à la douleur* » ou « *explications sur la douleur* » (P3), « *la science pour comprendre la douleur* » (P9), « *comprendre les neurosciences* » (P10), « *apprendre la douleur* » (P6). Un autre participant parlait aussi de « *vulgarisation* » (P3).

Trois participants (P6, P8, P13) ont souligné le fait qu'ils appréciaient peu le mot « éduquer », cela pouvant être renvoyé à quelque chose de trop paternaliste. Deux d'entre eux préféraient utiliser les termes : « *informer sur la douleur* » ou « *informations sur la douleur* » (P6, P13), mais parlaient tout de même d'ED pour se faire comprendre entre collègues.

Enfin, deux participants qui réalisaient des séances collectives d'ED parlaient d'« *ateliers sur la douleur* » (P7, P9) ou encore de « *conférences sur la douleur* » (P9).

Les participants ont ensuite élaboré leur propre définition de l'ED. En synthétisant et en regroupant les différents éléments recueillis, nous pourrions proposer de définir l'ED de la façon suivante : il s'agit d'une approche, utilisant des « *termes simples* » (P2) et des « *choses très simples de communication* » (P6), qui vise à expliquer à certains patients les « *différents éléments qui peuvent intervenir dans le ressenti de la douleur* » et « *qui peuvent la moduler en bien ou en mal* » (P1).

En d'autres termes, il s'agit d'essayer de faire comprendre au patient ce qu'il peut se passer lorsqu'il ressent de la douleur, notamment au niveau neurophysiologique, et de voir avec lui comment ces informations peuvent être utilisées pour « *mieux appréhender* » et « *mieux trouver des stratégies de gestion de la douleur au quotidien* » (P10).

Cela permettrait ainsi de proposer une explication aux patients sur les origines possibles de leurs symptômes, sans qu'il y ait forcément d'origine « *mécanique* » (P12) et pourquoi dans certains cas, il est possible de continuer à ressentir de la douleur alors qu'elle « *n'aurait plus lieu d'être* » (P8), mais aussi de modifier l'état d'esprit du patient par rapport à sa compréhension de la douleur et de lui faire comprendre « *comment il peut devenir acteur par rapport à sa douleur, comment il peut la moduler* » (P6).

Cela comprend aussi la « *lutte contre les fausses croyances* » et les « *schémas délétères* » pouvant être adoptés par certains patients, notamment ceux souffrant de douleurs persistantes (P10).

Un participant (P5) a rapporté le fait qu'il s'agissait pour lui de quelque chose « *d'assez nouveau* », « *qui est arrivé avec les neurosciences de la douleur* » et qui peut

apporter « *plusieurs réponses* » sur la « *fabrication* » et l'apparition de la douleur, avec une vision différente de celle basée sur le modèle biomédical ou patho-anatomique.

Il s'agirait ainsi d'un tout : à la fois d'un ensemble de connaissances, d'une façon de communiquer et d'un discours tenu, comprenant des informations pouvant être intégrées et distillées au fur et à mesure du traitement ou être communiquées lors d'une séance ou d'un atelier, pouvant par exemple passer par de la « *pédagogie* », du « *partage d'expériences* », des « *métaphores* » (P9) ou d'autres éléments que nous développerons.

Nous avons ensuite demandé aux participants quelles étaient pour eux les notions clés à aborder avec le patient lors de l'ED. Le fait d'expliquer que la douleur est « *multifactorielle* » (P2, P3, P4, P7) était l'une des premières notions clés à avoir été mise en lumière par les participants. Ainsi, il pouvait s'agir d'aborder avec le patient « *l'aspect biopsychosocial* » de la douleur en disant que ce n'est pas que « *d'un point de vue physique* » mais qu'il s'agit de « *tout un ensemble* » (P2).

« C'est un message du système nerveux, une production et qu'elle est modulée par un ensemble de facteurs. Il y a déjà cet aspect très... On va dire très neurologique et non pas mécanique. » (P13)

Ce qui découlait de cette explication était qu'il y avait « *plein de façons de moduler la douleur* » (P6) et qu'il était par conséquent possible pour le patient de jouer sur différents facteurs liés à la douleur afin d'améliorer le tout et donc d'avoir « *du contrôle dessus* » (P13).

« Justement si après ils comprennent que voilà c'est tout un ensemble de choses qui peuvent créer de la douleur, ils comprennent aussi que du coup, s'ils veulent mieux la gérer, bah c'est aussi en essayant de gérer tous ces domaines » (P2)

Une deuxième notion était d'expliquer au patient que la douleur n'est pas forcément un signe de « *danger* » ou « *d'aggravation* » (P1) et pas forcément synonyme de « *lésion* » (P2, P6, P7, P10, P13). Cela pouvait s'accompagner d'exemples ou d'explications supplémentaires (cit.1).

« Ce qui va être important, pour moi, c'est de lui expliquer la différence entre la douleur et la nociception. (...) De lui expliquer que c'est pas parce qu'il a mal, qu'il a une lésion. » (P10)

Plusieurs participants (P2, P5, P10, P12) ont parlé des résultats d'imageries et des croyances que les patients pouvaient avoir autour de ces résultats, en soulignant l'importance d'expliquer qu'il était possible de ressentir de la douleur en ayant une imagerie « normale » ou inversement d'avoir une imagerie « mauvaise » en étant asymptomatique et que ces résultats n'étaient pas systématiquement corrélés aux douleurs.

« Quand ils ont mal (...) ils sont un peu bloqués sur ce modèle un peu biomédical pur et dur, c'est qu'il y a quelque chose. Moi j'ai des patients qui arrivent avec des imageries, qui me disent souvent : « voilà, ils ont rien trouvé » ou « ils ont trouvé ça »... Et en fait c'est ça que je vais questionner. » (P5)

« Souvent, ils arrivent avec ça, avec leurs résultats de radios, IRM (...) Du coup ça, clairement, c'est important de casser les croyances vis-à-vis de ce qu'on trouve aux imageries, parce que bah, faut pas corrélés aux douleurs. En tout cas, pas tout le temps. » (P2)

Certains participants abordaient aussi le fait que le système nerveux (SN) pouvait être sensibilisé en évoquant par exemple la notion « d'irritabilité » (P3) ou en comparant la douleur à une « alarme » (P4, P6, P9) pouvant « sonner un peu trop souvent » (P6) et se « dérégler » (P9).

Le fait que le cerveau soit influencé par le contexte a aussi été abordé dans les notions clés, expliquant ainsi que la douleur pouvait varier en fonction de ce contexte (P3, P9) et aussi selon ce que le cerveau pouvait percevoir comme étant une menace (P7). Un participant (P3) a ainsi mis l'accent sur le fait d'expliquer au patient que le cerveau traiterait « la majorité des informations dont [il] dispose de manière inconsciente » et « sans nous consulter » pour mettre en évidence ce fait (cit.2).

« Alors moi vraiment la première notion que je transmets c'est celle que la douleur elle signifie que le corps perçoit un système de... Enfin, se sent menacé. (...) et que du coup cette menace, elle peut être réelle ou pas forcément réelle, entre guillemets. Enfin elle est perçue, à chaque fois, comme (...) une menace, mais c'est pas forcément dans les faits ce qui se passe. » (P11)

Il est à noter que deux participants (P11, P12) employaient parfois le mot « corps » au lieu du mot « cerveau » dans leurs explications lorsqu'ils s'adressaient aux patients. En rapport avec cette notion, P3 a souligné l'importance de faire comprendre aux patients que parler de « cerveau » n'équivalait pas à réduire cela à de la psychologie (cit.3).

L'hygiène de vie a aussi été citée. Par exemple, parler de l'influence du « *sommeil* » (P1, P2, P3), de « *l'alimentation* » (P3, P9), « *du niveau d'activité physique général* » (P3), du « *stress* » (P2) et du « *bien-être* » sur l'organisme et potentiellement sur la douleur pouvait faire partie des notions importantes à mentionner pour certains des MK interrogés.

Une autre notion clé qui a été évoquée était de rassurer le patient en lui disant que la douleur est quelque chose de « *normal* » (P2, P9, P10) mais aussi de « *complexe* » (P4), qu'il s'agit initialement d'une « *réaction de protection* » et qu'il serait « *utopique de ne jamais ressentir de douleur* » (P2). Il pouvait aussi être important de valider le vécu du patient en tenant compte de la pénibilité que pouvait entraîner cette sensation dans sa vie (P1).

« (...) pouvoir dire « *non, je vous crois, je vous crois que vous avez mal. C'est normal* », « *vous n'avez pas de lésions* », et « *on peut s'en sortir* ». Rien que ça, ça change totalement l'optimisme... » (P10)

Un autre axe pouvant se rapporter au contexte a été mis en avant par quelques participants : il s'agissait de l'importance de « *l'état d'esprit* » (P8), de « *suivre ses valeurs dans la vie, d'être optimiste* » (P8) et le côté « *plaisir de l'activité* » et « *mouvement* » (P13) pour les patients avec aussi cette importance de « *bouger* » (P13). Un participant (P11) abordait aussi beaucoup la notion de « *capacité du corps à s'adapter* » pour expliquer qu'il fallait réfléchir à trouver « *le bon dosage* » pour s'adapter.

L'acceptation pouvant être nécessaire à cela a été évoquée par deux participants, notamment de ne « *pas forcément lutter contre la douleur* », mais « *plutôt, travailler avec* » (P13), pour que le patient accepte « *qu'il y ait des phases (...) où [il] peut avoir plus de douleurs* » et parce que, selon P2, c'est « *en l'acceptant aussi qu'on la supporte mieux* ».

Pour terminer, un participant a insisté sur le fait d'expliquer que « *la douleur est individuelle* », que « *son management au quotidien est propre à [chacun]* » et que les personnes ont déjà en eux « *des solutions pour diminuer leurs douleurs au quotidien* » (P7).

Concernant les objectifs dans lesquels les participants réalisaient l'ED, l'un des premiers objectifs cités (P4, P5, P10) était de faire part aux patients des raisons possibles pouvant expliquer leur douleur, notamment lorsque celle-ci persistait. Deux participants (P2, P13) ont également évoqué le fait qu'il s'agissait pour eux de mieux comprendre comment

fonctionnait la douleur, mieux comprendre le patient douloureux et finalement de pouvoir « mieux gérer cette douleur » (P2).

« D'expliquer aux patients (...) Expliquer, tout simplement. Qu'ils comprennent (...) De sortir un peu de ce modèle biomédical... Où on stagne encore aujourd'hui. Et de démystifier à fond » (P4)

De par cette compréhension et ces explications, il s'agissait aussi d'améliorer la PEC et la rééducation (P11, P12) et de se donner « plus de chances de mieux soigner le patient » (P2), puis d'apprendre aux patients à « mieux vivre avec leur douleur » (P7), de « leur donner un pronostic favorable » (P10), à « gérer la douleur, à être optimiste. Leur montrer qu'on peut s'en sortir » (P10) et finalement de leur faire comprendre qu'ils pouvaient faire des choses, notamment en termes de « capacités fonctionnelles » et « de participation » (P10) et que la douleur ne devait pas obligatoirement être un frein.

« Je pense que c'est important pour toute une catégorie de patients qui pensent que la douleur ou leurs symptômes d'imagerie ou tout un paquet de facteurs (...) posent des interdictions dans leur vie. Et leur empêchent de faire tout un tas de choses (...) qui souvent seraient bénéfiques (...) Ou neutres pour eux. (...) c'est finalement leur faire comprendre qu'ils ont l'autorisation de faire des tonnes de trucs (...) pour leur santé ou pour eux (...) Je crois que c'est ça, c'est lever les freins. » (P1)

L'objectif évoqué par le plus de participants (P6, P8, P9, P11, P12) était de rendre les patients autonomes, « proactifs » (P12), acteurs de leur santé et de leur PEC.

« Donner des clés au patient pour qu'il puisse, une fois qu'il a compris l'intérêt, ben qu'il puisse lui, trouver comment arriver à maîtriser sa douleur, à la diminuer. (...) Et ensuite, le but c'est vraiment de... Qu'ils aient plus besoin de moi. » (P8)

Plusieurs participants ont aussi évoqué d'autres objectifs, en lien avec ceux vus précédemment, qui étaient de remettre le patient en mouvement (P8, P11), mais aussi d'éviter que les problèmes ne reviennent, notamment en essayant de faire en sorte que les patients soient moins « passifs » (P9). Il pouvait s'agir aussi de « diminuer les douleurs » (P11), objectif cité également par P1 dans ses objectifs de départ.

Les objectifs principaux seraient donc essentiellement d'autonomiser au maximum le patient en lui apportant des explications et des outils lui permettant de mieux comprendre sa douleur, de mieux la vivre et la gérer pour ainsi devenir acteur de sa PEC.

3.2. Critères de mise en place

Le critère le plus récurrent était le délai d'apparition de la douleur. En effet, les participants (9/13) avaient tendance à plus proposer ou accentuer l'ED, lorsque les douleurs présentes pouvaient être catégorisées de « *chroniques* » ou de « *persistantes* ».

« Si la douleur persiste au-delà d'un certain temps où normalement les tissus devraient être réparés mais que la douleur est toujours présente. » (P8)

« J'ai tendance à accentuer l'éducation à la douleur pour des patients avec des douleurs chroniques. Clairement, c'est là où il y a une dimension psycho-sociale qui est beaucoup plus importante, beaucoup plus imprégnée, donc clairement l'accent sera encore plus mis là-dessus. » (P2)

Le discours et l'anamnèse tenus par le patient étaient déterminants. Les praticiens (7/13) pouvaient proposer de l'ED lorsqu'ils relevaient certains facteurs. Il pouvait s'agir ainsi de facteurs psychosociaux ou « drapeaux jaunes », liés par exemple à l'environnement professionnel ou familial, des facteurs tels que du stress, de l'anxiété, de l'angoisse, du catastrophisme, de la kinésiophobie ou encore la présence de certaines croyances, qui pouvaient amener le MK à réaliser de l'ED avec les patients.

« J'essaie de voir si le patient il est focalisé sur la douleur, j'essaie de voir si le patient est dans le catastrophisme, j'essaie de voir si le patient il est inquiet par sa douleur, j'essaie de voir si la situation contextuelle qu'il vit peut avoir une influence sur ses symptômes, quand il est oppressé au boulot est-ce qu'il se sent plus douloureux... » (P12)

« Quand le patient estime que sa douleur est un problème. Et qu'il la vit comme un problème (...) Tout ce côté catastrophisation, tu sais, le « ça ira jamais mieux... Je vais jamais m'en sortir. Je suis blessé... J'ai ma hernie, je l'aurai toujours. J'ai de l'arthrose, je l'aurai toujours, etc. ». C'est quand j'entends ces phrases (...) Ces sur-généralisations que je me dis, je vais aller en parler. » (P13)

Un des critères pouvait représenter aussi le fait que le patient veuille avoir des explications, pose des questions ou bien soit demandeur. Un critère pour deux participants (P6, P13) était ainsi que le patient donne son accord avant d'en dire plus.

« Si je vois que vraiment il y a beaucoup, beaucoup de croyances, ou que la douleur prend vraiment une part importante, vraiment importante dans sa vie, et que c'est quelque chose où il veut des réponses etc. bah je lui demande tout simplement l'autorisation, s'il veut en savoir plus » (P6)

Les critères pour décider de proposer de l'ED pouvaient aussi être en lien avec les croyances, les attentes, les objectifs, l'âge, la personnalité, la culture, le niveau d'éducation et les facultés de compréhension du patient, ainsi que la faculté d'échange avec lui.

« Je vais apporter des explications sur la douleur en fonction des croyances du patient. Si je vois que c'est quelqu'un qui est ancré, typiquement hier, j'ai eu une dame qui est afghane, qui parle très mal le français... Je vais pas lui faire l'explication neurophysiologique de la douleur cash ! » (P3)

Les patients souffrant de fibromyalgies (P8) ou présentant une sensibilisation centrale (P12) ont également été des critères cités par deux participants (P8, P12).

Cependant, un certain nombre de MK interrogés (P1, P2, P4, P10, P11) ont mentionné le fait qu'ils pouvaient finalement aborder de l'ED avec tous les patients, même si cela pouvait parfois être de façon moindre (cit.4, cit.5). Deux participants (P1, P10) ont aussi fait figurer la notion de prévention.

« (...) quasiment tous les autres patients, même si je vois pas vraiment de facteurs contributeurs majeurs dans leur douleur par le sommeil, le stress, les croyances limitantes, le catastrophisme etc. Je vais en parler de toute façon au moins à titre de prévention. » (P1)

« J'essaye de l'utiliser tout le temps ! Après, comme j'ai dit tout à l'heure, c'est toujours... Enfin, selon que le patient il ne capte rien ou que ses attentes sont loin d'aller sur ce terrain-là... J'essaye de négocier, entre guillemets, mais (...) au moins expliquer petit à petit certaines choses... » (P4)

Quelques participants ont mentionné certains cas où ils ne faisaient pas forcément d'ED, par exemple lorsque le patient allait bien avec *« une superbe belle auto efficacité »* (P6) ou dans le cas où il y aurait présence d'un patient qui *« se surentraîne »* avec des *« gros soucis de gestions de charges, vraiment mécaniques »* et que le reste va bien (P1).

Un participant (P3) a également mentionné des critères *« préjudiciables »*. Il s'agissait des patients pouvant être *« dans la dépression »* ou *« dans l'anxiété la plus totale »* et qui seraient alors *« enfermés sur eux-mêmes »* et dans *« leur souffrance psychologique »*.

Pour la réalisation de séances de groupe où pouvait être intégrée de l'ED, un participant (P10) avait comme critères, en plus d'autres précédemment cités, d'avoir recueilli au préalable le « *consentement oral* » des patients, qu'ils aient déjà eu des séances, qu'ils soient « *à l'aise* » et qu'ils aient « *un lien de pathologie* » avec les patients du même groupe.

Pour les ateliers non conventionnés, il fallait que les participants soient volontaires et motivés (P7, P8, P9). Un critère pour un participant (P7) était une nouvelle fois que les participants soient dans un « *contexte de douleur chronique* » depuis plusieurs années.

Il a été demandé aux participants s'ils avaient pour habitude d'utiliser des bilans ou des questionnements spécifiques en lien avec ces critères et l'ED. Premièrement, il faut souligner qu'aucun des treize participants n'utilisait de questionnaires validés de façon systématique. Certains MK n'utilisaient donc pas du tout de questionnaires et d'autres pouvaient en utiliser quelques fois, dans diverses conditions, et ont en cité plusieurs :

- l'inventaire de sensibilisation centrale (cité par P1, P10, P12, P13)
- le STarT Back (cité par P1, P4, P10, P12)
- l'Orebro (cité par P1, P12)
- le TSK (Tampa Scale of Kinesiophobia) (cité par P1, P13)

Un participant (P1) pouvait par exemple se servir de ce type de questionnaires du fait de leur légitimité, notamment s'il sentait le patient réfractaire à parler de certains facteurs potentiellement liés à la douleur (stress, émotions) et ayant « *l'air d'avoir une conception très biomécanique* » (cit.6). Un autre participant (P10) pouvait parfois utiliser ce type de questionnaire afin d'avoir un aperçu des « *drapeaux jaunes* ».

« Je fais pas systématiquement, mais de temps en temps, notamment avec le STarT Back, questionnaire qui va évaluer justement les croyances... Des patients et le catastrophisme. De temps en temps (...) je lui fais passer un inventaire de sensibilisation centrale, qui, je le sais, ne va pas diagnostiquer, dépister la sensibilisation centrale, mais qui permet de voir un peu les retentissements (...) je dirais, un peu neurophysiologiques et psychologiques également. Donc c'est assez intéressant pour avoir un petit coup d'œil sur l'ampleur du boulot à faire au niveau (...) drapeaux jaunes. » (P10)

Les autres éléments évoqués ont été : le QST (Quantitative Sensory Testing) pour évaluer la sensibilisation centrale, cité par un participant (P2) qui aimerait l'utiliser dans sa

pratique future, le DN4, cité par 2 participants (P2, P11) pour les douleurs neuropathiques, l'utilisation du « *body chart* » évoquée par 2 participants (P1, P11). Trois participants ont également parlé de « *scores fonctionnels* » (P13) ou d'« *échelles de capacités* » (P10). P4 a cité le PSFS (Patient Specific Functionnal Scale). L'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) a été citée mais serait peu utilisée par le participant (P13) en question.

Les conditions d'utilisation de ces questionnaires dépendaient donc des caractéristiques présentées par le patient, mais aussi du thérapeute. Les points développés dans certains questionnaires, comme l'inventaire de sensibilité centrale, pouvaient aussi être repris de façon « *plus libre* » et « *plus structurée sur les éléments [donnés par le patient] au début de l'entretien* » (P1).

Finalement, ce qui semblait beaucoup déterminer si le MK allait aborder l'ED ou non avec une personne était fonction de son ressenti. Certains participants n'avaient d'ailleurs pas réellement de critères prédéfinis. Nous verrons dans le prochain thème comment les MK interrogeaient les patients pour mettre justement en avant certains des critères évoqués précédemment et comment ils communiquaient autour de cela.

3.3. Communication et attitude du MK

Dès le début de la PEC, les participants ont mis en avant l'importance qu'ils accordaient à l'écoute du patient (cit.7, cit.8), notamment à « *l'écoute active* » (P2) et au fait de poser des questions ouvertes puis de laisser le patient s'exprimer le plus possible, en évitant de « *le couper* » (P4) ou « *de l'interrompre trop rapidement* » (P2).

« *Moi j'y accorde une énorme importance, notamment dès les premiers instants (...) je lui pose une question ouverte « racontez-moi... Dites-moi ce qui vous amène ! Racontez-moi pourquoi vous venez ». Et là du coup ben je me tais pour qu'il puisse donner toutes les informations possibles... »* (P10)

« *Je laisse parler le patient, je ne le coupe pas. Et après, si je vois qu'il couac, qu'il reste figé sur (...)*
« *Ça c'est ce que dit le médecin, mais vous, avec vos mots à vous, pourquoi vous venez, qu'est-ce qu'il vous arrive ?* ». Enfin... Et j'essaye de l'amener avec des questions ouvertes. ... Là vraiment, l'entretien motivationnel, ça m'a aidé. » (P4)

Un nombre très important de participants ont parlé de l'entretien motivationnel (EM) et de techniques de communication issues de l'EM, comme les « *reflets* » (P6), qu'ils pouvaient utiliser tout au long du processus d'ED pour communiquer avec le patient, pour lui faire prendre conscience de certaines notions ou pour l'amener à avoir une réflexion.

« C'est plus une façon de communiquer avec la personne. C'est pas forcément quelque chose que tu fais tout le temps. Mais c'est quelque chose qui permet surtout de rester à ta place et de vraiment être dans l'écoute. Et de surtout, donner les clés aux patients, et que ce soit lui qui découvre par lui-même quelles sont les ressources à utiliser. Ça c'est vachement important. » (P6)

Un participant (P5) a d'ailleurs exprimé pourquoi il préférerait aborder les choses de cette manière, en posant des questions ouvertes et en guidant via des techniques d'EM, plutôt qu'en utilisant des questionnaires spécifiques avec un ordre de questions défini, qui pouvaient faire perdre ce côté « *communication* » (cit.9).

Un participant (P3) a aussi mentionné son utilisation du « *questionnement socratique* » et de « *l'entretien épistémique* » dans ses techniques de communication (cit.10).

Écouter le patient après lui avoir posé des questions ouvertes permettait donc de recueillir des informations précieuses pour la suite de la PEC, de mieux comprendre le patient dans sa globalité, de comprendre « *les tenants et aboutissants d'une douleur* » (P9). Cela pouvait aussi servir à personnaliser l'ED à la personne qui en bénéficie par la suite et éventuellement servir à ce que le patient y soit plus réceptif (cit.11).

« Enfin si je devais décrire un peu ça, j'ai un peu l'impression de tisser ma toile d'informations pour voir ensuite, une fois que le patient m'a vraiment décrit tout le tableau, quel est le fil que je vais pouvoir tirer pour dérouler la bobine. Et du coup, bah j'écoute beaucoup, pour avoir le tableau le plus complet possible ! » (P5)

Poser des questions ouvertes au patient pouvait aussi être utilisé pour faire en sorte « *que son raisonnement vienne de lui-même* » (P12) (cit.12). Une modalité importante par rapport à la communication était ainsi d'essayer de faire en sorte que le patient trouve lui-même certaines notions clés, dans l'objectif qu'il les retienne et les intègre mieux.

« Et surtout moi dans les ateliers, je veux que ce soit eux qui parlent parce que la meilleure façon de

leur faire retenir les notions, qui sont parfois un peu... Qui vont parfois un peu à l'encontre de ce qu'ils avaient en tête. Donc, pour leur faire retenir ces notions importantes, j'essaye que ce soit eux qui les formulent... Voilà ! Donc j'essaye vraiment de les guider, sans vraiment leur dire, mais pour essayer de leur faire dire ce que je veux qu'ils disent, voilà ». (P7)

Les participants réalisant des séances collectives ont parlé de la communication et du partage d'expérience entre les patients, qui était une chose intéressante selon eux, pouvant notamment leur permettre d'échanger, de s'exprimer et de « *se sentir mieux* » (P7) (cit.13).

Les MK interrogés insistaient sur le fait que le patient ne doive pas hésiter à poser des questions, « *qu'il se sente parfaitement libre et autorisé à poser toutes les questions qu'il veut* » (P1) et ils pouvaient même l'inviter à écrire ses questions pour ne pas les oublier d'une séance à l'autre (cit.14). Un participant (P1) avait même créé une fiche de suivi où un encart était réservé au patient pour qu'il puisse écrire à l'intérieur.

« Quand je dis quelque chose je vérifie qu'il ait compris et qu'il se sente libre de me poser des questions » (P11)

Le fait que le patient pose des questions était vu comme quelque chose de positif et de rassurant par le MK, pouvant témoigner de l'intérêt du patient et parfois inviter le MK à se remettre en question et à s'améliorer (cit.15, cit.16).

Si le patient ne s'exprimait pas, le MK avait justement tendance une nouvelle fois à poser des questions ouvertes pour l'amener à le faire (cit.17). Pour un participant (P3), il était important de ne pas hésiter volontairement à accorder une fenêtre de quelques minutes au début et à la fin des séances pour que le patient puisse le faire (cit.18). Il était donc important pour les participants que le patient puisse s'exprimer afin de déceler les éventuels problèmes que celui-ci pouvait rencontrer, notamment dans sa vie professionnelle ou familiale (cit.19).

Les MK se sont également exprimés au sujet du comportement qu'ils adoptaient vis-à-vis d'un patient douloureux et notamment lors de l'ED.

« J'essaye d'être le plus bienveillant possible et vraiment à l'écoute, aussi. Très patient. (...) Et très pédagogue, je pense. (...) Et expliquer énormément pourquoi on fait les choses. » (P4)

L'empathie et la bienveillance étaient les points les plus abordés (cit.10, cit.19, cit.20, cit.21). De même, adopter une attitude compréhensive, aidante, rassurante, positive, motivante et sympathique était un point mis en avant par les MK interrogés. Un participant (P13) a aussi évoqué l'équilibre à trouver entre « *la sympathie et la compassion* » (cit.22).

Le fait d'être patient, pédagogue, disponible, à l'écoute et de prendre le temps d'expliquer semblait ainsi être important dans le comportement adopté par le MK.

« Je pense que c'est l'entretien motivationnel qui m'a aidé le plus. C'est de l'écoute empathique. (...) La communication, pour moi, elle ne marche pas s'il n'y a pas d'empathie en fait. (...) C'est pour moi le point le plus important. C'est-à-dire qu'on peut pas (...) Le simuler (...) ça veut dire que si on est fatigué, soi-même, si on le prend à 20h et que c'est la fin de la journée et qu'on a juste envie de rentrer chez soi, l'écoute empathique forcément va en pâtir (...) » (P5)

Il pouvait s'agir aussi d'essayer de se « *mettre au même niveau* » que le patient (P8), de ne pas « *le harceler de questions* » (P13), d'éviter de se positionner « *en tant que personne [ayant] l'information supérieure* » (P6), que ce soit par la communication verbale ou non verbale (cit.23, cit.24, cit.25).

Plusieurs participants ont aussi évoqué l'importance de focaliser le patient sur des objectifs fonctionnels plutôt que sur sa douleur. Cela pouvait donc nécessiter que le MK adopte un comportement et une communication appropriée, permettant au patient de se concentrer sur des aspects fonctionnels et des améliorations, comme par exemple en le questionnant sur ce « *qu'il a pu faire en termes d'activité et de participation* » (P10). Il pouvait aussi s'agir de lui montrer que ce qui était finalement le plus important était tout cet aspect fonctionnel en rapport avec ses capacités, ce qu'il faisait et était capable de faire (cit.26, cit.27).

« Et donc nous, si on passe 10 séances à essayer de diminuer au maximum la douleur de notre patient et à tout faire pour la diminuer... Et à poser beaucoup de questions dessus... Et à montrer que c'est vraiment une grande préoccupation pour nous, bah le jour où on dit (...) « la douleur c'est pas grave (...). Ça représente pas forcément des dommages tissulaires etc. » si notre comportement ne reflète pas ça, ça va pas être très crédible ! » (P1)

Le dernier point que nous développerons était l'importance d'amener les notions petit à petit (cit.28), toujours en suivant cette démarche empathique (cit.29), et d'utiliser des mots simples, compréhensibles par le patient, en répétant l'information et en reformulant. Il était également possible pour les MK de s'aider de métaphores. Il s'agit d'un point sur lequel nous reviendrons lors du prochain thème.

Nous avons également questionné les participants à propos de leurs réactions en cas de « rechute », c'est-à-dire dans le cas où un patient serait à nouveau douloureux lors de la PEC alors qu'il allait mieux. La réaction la plus développée par les participants était de rassurer le patient et de lui expliquer que cela était « *tout à fait attendu et prévu* » (P1), donc « *normal* » (P3, P9, P13) en disant que la douleur n'est « *pas une ligne de droite* » (P2, P5) qui ne fait que s'améliorer et qu'il est normal que cela fluctue. Finalement, certains des MK pouvaient l'anticiper dans leurs explications de départ.

Il était également possible dans ce cas de chercher les facteurs déclencheurs avec le patient, bien qu'il puisse les avoir déjà identifiés, de refaire le point avec le patient (P6), voir de refaire un bilan rapide et de repasser en revue les « *red flags* » (P1).

Il pouvait aussi s'agir de rappeler au patient que l'important était l'amélioration globale (P1, P12) avec des épisodes « *moins nombreux, moins fréquents* » pour essayer de faire relativiser le patient si besoin (P3). Dans le cas où les SN étaient « *hypersensibles* », il pouvait s'agir également d'expliquer qu'il « *faut du temps* » pour que « *ça change* » (P11) et pour « *apprivoiser* » ce SN petit à petit (P9) mais de rappeler aussi que le patient était encore « *en cours d'apprentissage* » (P3). Il s'agissait ainsi dans tous les cas de rassurer le patient par rapport à ses symptômes et leurs possibles fluctuations.

Il s'avère que la communication et le comportement du MK avec le patient semblaient avoir un rôle déterminant lors de la mise en place d'ED. En effet, communiquer avec des principes issus de l'EM, en mettant en place beaucoup d'écoute, de questions ouvertes, tout en abordant le patient avec une attitude empathique, bienveillante, rassurante et positive ainsi qu'en se focalisant davantage sur les aspects fonctionnels plutôt que sur la douleur semblaient être des points importants pour les participants.

3.4. Intégration de l'ED

Nous avons vu dans la partie précédente que la communication est un point essentiel tout au long du processus. Nous allons maintenant voir plus précisément comment les MK interrogés mettaient en place l'ED dans les différents types de séances proposés.

Parmi les 13 participants, la majorité (12/13) intégrait de l'ED lors des séances de soins individuelles. 8 participants (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P11, P12) le proposaient ainsi sous forme de séances individuelles uniquement. 4 participants (P8, P9, P10, P13) proposaient de l'ED sous deux modes différents et pouvaient ainsi intégrer de l'ED à la fois lors des séances individuelles, mais aussi sous forme de séances groupées, d'ateliers ou de conférences. Un participant (P7) n'effectuait de l'ED quasiment que sous forme d'ateliers.

La majorité des MK réalisant des séances individuelles uniquement trouvait néanmoins que le fait de réaliser des séances groupées ou des ateliers présentait un intérêt certain et pensait peut-être un jour le mettre en place. Un participant (P1) ne partageait cependant pas cet avis et a souligné son besoin « *d'être concentré et attentif* » vis-à-vis du patient et donc de ne travailler qu'en séances individuelles.

3.4.1. Mise en place en séance individuelle

Tous les participants effectuant des séances individuelles pouvaient commencer à intégrer l'ED petit à petit, dès la première séance de bilan, en fonction du patient.

« J'essaye de l'appliquer dès le bilan dans le sens ou même dans la façon dont je vais poser mes questions et réaliser mon examen, j'essaye déjà d'être un peu dans une démarche d'éducation à la douleur. » (P1)

« Tout dépend de comment je sens le patient. Ça m'arrive parfois dès la fin de l'interrogatoire de dire, de commencer l'éducation, quand je repère beaucoup de fausses croyances. Et après, je vais le distiller au fur et à mesure de la rééducation » (P10)

Le fait que le sujet de la douleur soit abordé lors du bilan pouvait aboutir à poursuivre la discussion en commençant à introduire des explications sur la douleur adaptées au

discours du patient, à ses croyances, ses attentes et ses objectifs. Cependant, cela dépendait aussi de son ouverture d'esprit et de son intérêt pour la chose. Le patient pouvait également déjà évoquer certains facteurs pouvant contribuer à ses douleurs spontanément ou suite aux questions posées par le MK lors du bilan. Dans ces cas-là, il pouvait parfois suffire au MK de rebondir sur ce qu'avait dit le patient afin de le pousser plus loin dans sa réflexion et de lui faire prendre conscience qu'il pouvait s'agir de facteurs sensibilisants.

« Mais par contre, si oui, j'ai quelqu'un qui ne m'en a pas parlé etc., je vais peut-être lui poser la question spécifiquement, et je vais peut-être lui expliquer pourquoi j'ai posé cette question-là, ou en tout cas de lui proposer quel lien ça pourrait avoir, par exemple le sommeil, par rapport à l'état dans lequel elle vient aujourd'hui. (...) en fonction de sa réponse, tu vois. Et là, peut-être que je vais enclencher une information, toujours avec l'accord du patient. » (P6)

La plupart des participants effectuant des séances individuelles ont parlé du fait que la plupart du temps, l'ED allait être « *distillée* » au fur et à mesure du traitement et qu'ils essayaient d'en intégrer un peu à chaque séance. Quelques participants ont évoqué l'importance de ne pas donner trop d'informations d'un coup au patient.

« En général, j'essaye, c'est très dur hein, de me dire : une info par séance. Une grosse info par séance ! Donc douleur n'est pas égale lésion. Une par séance. Et surtout, j'essaye de m'assurer très souvent et régulièrement que ça a été pas juste entendu mais compris. » (P13)

« Je vais prendre juste une notion qui me paraît importante pour le patient, ou... Soit c'est ce qui me paraît le plus important pour le patient, pour réussir le traitement. Soit c'est ce qui me paraît le plus facile à changer. Et je le travaille dans la séance. Mais je vais prendre qu'un seul truc ! Ca ne sert à rien... Je veux dire moi il m'a fallu et il me faudra encore des années pour bien comprendre tout ça (...) Ca sert à rien de vouloir aller avec un gros bloc » (P5)

Le temps consacré à l'ED était variable. Il était difficile aux participants de répondre précisément à cette question car cela dépendait beaucoup du patient et il s'agissait d'une modalité intégrée à part entière dans un continuum lors des séances. Il pouvait arriver dans certains cas de passer une séance complète à faire de l'ED sous forme de discussion et à écouter le patient si la situation le demandait, comme il était possible d'y passer seulement quelques minutes (cit.30, cit.31).

L'ED était ensuite intégrée dans la séance dans le sens où ce n'était pas quelque

chose de forcément formalisé. En effet, cela avait lieu sous la forme d'une discussion la plupart du temps. Parfois, cela était fait en même temps que d'autres techniques, comme par exemple des exercices ou de la thérapie manuelle.

« J'essaie vraiment en fait de ne plus justement le formaliser et en faire une modalité qui va être dissociée du reste de la séance, mais vraiment en faire quelque chose tout au long de la séance. Si on parle du fait qu'il y a pas de danger à faire une flexion par exemple, on va très rapidement le faire avec un exercice de flexion ou l'enchaîner tout de suite sur des exercices de flexion en charge. » (P1)

L'ED pouvait donc être construite en fonction de ce que le patient disait, de ses croyances et à partir de reflets et de techniques de communication développées précédemment. Il était également important pour de nombreux participants de faire réfléchir le patient et de les amener à élaborer leur propre réflexion, de les faire verbaliser certaines notions afin qu'ils les intègrent et les retiennent mieux. Nous rappelons que plusieurs MK ont aussi abordés l'importance d'axer rapidement le traitement global sur du fonctionnel et de faire en sorte que le patient se focalise le moins possible sur sa douleur (cit.26, cit.27).

La communication orale, sous forme de discussion, était donc le principal support utilisé pour faire de l'ED. Nous avons évoqué précédemment l'utilisation possible de métaphores. Leur utilisation était fréquente. Un seul participant (P10) utilisait très peu de métaphores, préférant se baser sur des expériences déjà vécues par les patients. Des anecdotes ou des exemples véritables pouvaient aussi être utilisés. Les citations des participants correspondant aux métaphores et aux exemples qu'ils utilisaient fréquemment sont regroupées en ANNEXE IV. Il s'agissait d'outils intéressants pour la grande majorité des participants, pouvant permettre de transmettre des connaissances au patient et de lui faire passer certains concepts plus facilement, tout en s'adaptant à son cas (cit.32).

« Des métaphores qui peuvent être en lien avec leur vie, leur situation familiale, professionnelle... Justement pour expliquer voilà, pourquoi à tels moments, ils vont ressentir plus de douleurs sans forcément de raisons mécaniques physiques. » (P2)

« Et c'est ça qui va me permettre surtout de personnaliser, justement, l'éducation à la douleur via les métaphores. Et le but, mais c'est là aussi toute la difficulté, c'est justement de trouver une métaphore qui va être en lien avec la personne » (P2)

D'autres supports pouvaient être utilisés. Les infographies représentaient un support

physique fréquemment utilisé par les MK interrogés. Elles pouvaient être montrées spécifiquement à un patient en fonction de son cas et des notions que le MK voulait faire passer au patient, ou alors être affichées dans le cabinet ou dans la salle d'attente, pouvant potentiellement permettre au MK d'amorcer l'ED « *sans rien faire* » (P6) (cit.33).

« J'ai tout plein d'infographies... Sur l'ordinateur et dans un classeur. Pour avoir en fait des supports visuels et des illustrations de ce que je leur raconte ! » (P1)

L'envoi de supports par mail était une autre possibilité. En effet, certains participants pouvaient envoyer des liens vers des vidéos, des sites ou des supports écrits pour que le patient puisse les regarder à son rythme, pour en reparler par la suite (cit.34, cit.35, cit.36).

L'utilisation des DIM et les SIM (ANNEXE IV) a été citée par 3 participants et le *Protectometer* du NOI Group était utilisé par un participant (P3).

Le dessin était un outil ayant été cité par 4 participants et pouvant être utilisé de différentes façons. Le MK pouvait s'en servir pour dessiner lui-même, par exemple le cerveau et la moelle épinière pour expliquer certaines notions au patient (P12). La métaphore du « *verre d'eau* » (ANNEXE IV) pouvait également être utilisée et le verre d'eau être ainsi dessiné pour matérialiser le concept (P5).

Il était ainsi possible de demander au patient, si le MK l'en sentait capable, de représenter sa douleur sous un support variable choisi par le patient et dans le but de le faire élaborer à ce sujet par la suite. Ce support pouvait être le dessin (cit.37, cit.38). Un participant (P13) a évoqué l'utilisation possible de différents supports (collages, dessins, musique, pâte à modeler, peinture, lecture, poésie) pour permettre cette élaboration.

D'autres supports ont été cités : une bande-dessinée qui pouvaient être lue par le patient en complément (cit.39), des livres ou des extraits de livres photocopiés, notamment le livret de Greg Lehman, pouvant être donnés au patient (cit.40), et enfin, un cahier où les patients pouvaient s'exprimer de la façon de leur choix par rapport à la question : « *qu'est-ce que vous voudriez dire à quelqu'un dans votre situation ?* » (P13).

Pour finir, un participant (P1) a cité l'utilisation d'un « *algorithme de pression* » pouvant servir à la prise de conscience du patient de la modification du « *seuil de douleur* » (cit.41).

En continuité à tout cela, des thérapies actives étaient majoritairement mises en œuvre. Certains participants ont par exemple cité des exercices avec de la « *remise en charge progressive* » (P2), du mouvement, en se servant par exemple de « quantification du stress mécanique » (P5), de l'activité physique, notamment de « l'activité physique adaptée » (P7), des exercices de type « *exposition graduelle* » (cit.42) ou de type « *thérapie d'exposition* » pouvant faire des liens avec les sujets abordés lors de l'ED (cit.43).

« Beaucoup, beaucoup, beaucoup, beaucoup de mouvement... Parce que pour moi, déjà d'un point de vue... Physiologique, entre une sécrétion d'endorphines, entre l'augmentation de capacité, etc. C'est le meilleur médicament que l'on a en place actuellement, donc c'est dommage de pas le prendre. (...) Beaucoup d'exercices, beaucoup de... De contraintes progressives, en fait. (...) » (P5)

Concernant le reste du traitement, n'importe quel outil d'un MK pouvait être utilisé (P13). Il était possible pour certains MK de faire des thérapies passives comme du massage ou de la thérapie manuelle. Les MK pouvaient aussi se servir de différentes techniques comme du MDT (P2, P4, P9, P12), de l'hypnose (P4, P9, P11), de l'imagerie motrice graduelle (P13) et pouvaient s'intéresser et conseiller les patients par rapport à des éléments comme le sommeil, l'alimentation, le taux d'activité physique, le travail (P3).

Les techniques utilisées en continuité dans la séance semblaient donc dépendre de chaque patient et de ses croyances ainsi que du raisonnement clinique du MK. Certains participants ont parlé à nouveau de l'objectif d'autonomiser le patient et par conséquent, de proposer au patient des choses qu'il puisse reproduire par lui-même par la suite (cit.44).

« Tous les exercices que je leur apprend (..) au cabinet sont à vocation d'être faits à la maison (...) ce qui est assez important pour moi c'est d'enrichir la boîte à outils des patients » (P10)

Un participant (P3) a parlé du fait d'engager le patient dans les exercices qu'il devra faire à la maison, en lui donnant notamment des recommandations précises par rapport à ces exercices (cit.45) et en complétant une fiche d'exercices imprimée. Il s'agissait aussi de tenter de le faire participer à d'autres activités en dehors de la rééducation, en insistant sur le fait qu'il se fasse plaisir et en lui posant régulièrement des questions à ce sujet pour essayer de l'engager au maximum dans cette activité (cit.46).

Un participant (P13) a donné quelques exemples d'outils pouvant être donnés au patient comme des exercices, de l'activité physique, de la méditation, de la relaxation, de l'auto hypnose, ou encore l'utilisation d'un « *champ de fleurs* ».

3.4.2. Mise en place en groupe

Cinq participants réalisaient des séances de groupes sous forme d'ateliers ou de séances collectives. L'un d'eux réalisait aussi occasionnellement des conférences, dont une consacrée à la thématique de la douleur.

Lors des séances de groupe, l'ED pouvait être abordée de manière quasiment exclusive, ou alors, être intégrée et mélangée à d'autres éléments.

Les ateliers pouvaient se présenter sous différents formats : une séance d'1h30, deux séances d'1h30, trois séances d'1h, quatre séances de 2h. Le nombre de personnes présentes était compris entre deux et six.

Les premières minutes pouvaient être consacrées à une présentation du MK et de chaque participant à l'atelier. Au cours de celles-ci, chaque personne était invitée à exprimer la façon dont elle en était arrivée là, afin de « *libérer un peu la parole* », car il s'agissait de ce qui allait « *être le plus important dans l'atelier* » (P7).

Par la suite, il pouvait s'agir de questionner les personnes participant à l'atelier sur un sujet par rapport à la douleur, puis de les laisser élaborer ensemble sur une question (cit.47), avant d'apporter des notions supplémentaires, si nécessaire, ou de refaire une synthèse. Il était possible de les faire ensuite élaborer sur un support physique (dessin, poster) reprenant les notions clés qui avaient été mises en lumière. (cit.48).

« je commence souvent avec une question (...) pour commencer à les interroger. Et puis ensuite, petit à petit ils vont mettre en place eux-mêmes les notions que je veux leur faire ressortir. » (P7)

« la première question c'était sur la représentation de la douleur, « qu'est-ce que c'est la douleur pour vous ? »... Les laisser parler autour de ça, échanger autour de ça... Pour se rendre compte qu'il y avait quand même beaucoup de similitudes sur leur cas et que... Et qu'ils étaient pas seuls. » (P13)

Le partage d'expériences et la communication étaient des points importants lors de ces séances pour les MK interrogés. Un MK (P7) essayait de mettre en place « *beaucoup de communication* » et de faire en sorte que ce soit les participants à l'atelier qui parlent le plus.

« Et après les laisser échanger (...) Et les gens sont plus convaincus quand c'est d'autres patients dans leur situation qui le disent que quand c'est nous. » (P13)

Plusieurs supports (ANNEXE IV) pouvaient être mis à profit lors de ces séances de type ateliers, comme la réalisation de « *posters* » (P13), de « *collages* » (P7). Les « *DIM et les SIM* » ont été cités à nouveau et étaient exploités par un participant (P7) (ANNEXE IV).

Un « *paper board* » était utilisé par P8, tandis que P7 a mentionné l'utilisation d'un diaporama contenant un PowerPoint, une vidéo finale et de nombreuses métaphores accompagnées de quelques anecdotes.

« Des métaphores, beaucoup. Il y a quasiment que ça dans mon PowerPoint. Des anecdotes aussi parce que des fois je me rappelle des histoires que m'ont racontées les patients d'avant. (...) Et il y en a beaucoup de différentes, de façon à ce que chacun trouve celle qui lui convient le mieux. » (P7)

Des expériences pouvaient être pratiquées lors de ces ateliers et être, par exemple, en rapport avec le « *stress* » (P8), « *l'optimisme* » (P7), « *la communication* » (P7) (description en ANNEXE IV) dans le but de faire comprendre certaines notions clés aux participants à l'atelier. Globalement, il s'agissait de mettre en place lors de ces séances des choses « *très positives, très optimistes* » (P8).

Un autre participant (P9) intégrait également de l'ED lors d'ateliers d'une durée de 3 heures, où étaient abordées d'autres choses en lien avec la douleur comme par exemple « *l'activité physique pour soulager ou pour développer son bien-être* » et où pouvaient ainsi être incorporées certaines notions d'ED.

Ce même participant (P9) réalisait une conférence sur la douleur d'une durée d'une heure, comprenant « *une foire aux questions à la fin* » et utilisant les « *systèmes de questions-réponses* », avec comme support un diaporama contenant un maximum de visuel.

Un dernier participant (P10) effectuait aussi des séances groupées avec deux ou trois patients où pouvaient être instaurés différents types d'exercices et où de l'ED pouvait être intégrée, permettant d'avoir un « *partage d'expérience* » et une « *cohésion de groupe* ».

Il existait donc plusieurs façons décrites par ces 5 participants de mettre en place l'ED sous forme de groupe. Chacun d'eux a mis en avant l'intérêt du partage d'expérience, de la communication et de la discussion au sein du groupe formé.

3.5. Résultats de l'ED

Il a été demandé aux MK interrogés comment et à quelle fréquence ils évaluaient les résultats suite à l'ED, quels étaient les impacts de l'ED selon eux et enfin quels étaient les retours des patients.

La manière la plus développée par les participants pour évaluer l'impact de l'ED était d'analyser les changements dans le discours et dans le comportement du patient. Il pouvait par exemple s'agir d'un patient qui, au lieu de s'allonger et de paniquer lorsqu'il avait mal, comprenait la raison possible de sa douleur, par exemple son stress, et allait faire en sorte de se détendre et de faire de l'activité physique (cit.49). Il pouvait aussi s'agir de changements « *par rapport au mouvement* » (P11), de « *changement de vocabulaire* », de « *changement d'attitude* » puis de « *changements fonctionnels* » (P13) (cit.50).

« j'essaye de chercher dans le discours du patient sur les séances (...) Est-ce que il me parle toujours autant de sa hernie, est-ce que il pense toujours que c'est sa hernie qui est responsable de la douleur... Parce que si ce n'est pas le cas, j'irai représenter l'info sous une forme différente » (P13)

Il pouvait aussi être question de demander au patient de réexpliquer, de résumer ou de reformuler avec ses propres mots ce qu'il avait compris par rapport à la douleur en lui posant une question ouverte (cit.51) et de vérifier régulièrement sa compréhension (cit.52).

« je demande des fois, oui, de me réexpliquer, eux, avec leurs mots... Et s'ils peuvent me citer des exemples dans leur vie (...) Qui correspondent un petit peu à ce qu'on vient d'apprendre. » (P5)

Une autre question parfois posée au patient pour évaluer ce qu'il avait compris et retenu consistait à lui demander ce qu'il pourrait raconter à l'un de ses proches par rapport à ce qui avait été appris.

« Et je leur dis "bah si là aujourd'hui vous allez rentrer à la maison... Si votre mari va vous demander ce que la kiné vous a dit, qu'est-ce que vous avez fait... Qu'est-ce que vous pourriez lui dire ?" » (P8)

Un participant (P3) testait oralement mais aussi physiquement le patient sur les exercices pour voir ce qu'il avait compris (cit.53).

Les participants évaluaient donc plutôt de manière subjective les résultats de l'ED. Un participant (P10) a néanmoins cité le STarT Back et l'inventaire de sensibilisation centrale, en précisant qu'il n'avait pas forcément d'outils pour les évaluer de manière objective (cit.54).

Certains MK ont énoncé qu'ils pouvaient ainsi évaluer les résultats de l'ED de cette façon à chaque séance (6/13), mais que cela dépendait du patient et du contexte (cit.55, cit.56). Un participant (P8) pensait le faire dès qu'un nouveau concept était abordé (cit.57).

Cette évaluation pouvait être plus complexe dans les séances en groupe, comme l'a souligné P7, où les participants n'étaient pas forcément suivis en séances individuelles par la suite.

Il a été demandé aux MK quels étaient, selon eux, le ou les impacts de l'ED. Il était parfois difficile pour les MK de s'exprimer à ce sujet car il s'agissait souvent d'un continuum dans une PEC globale, comme nous l'avons vu précédemment (cit.58).

« Moi, je pense que l'impact de l'éducation, de l'information de la douleur et tout ça, tous les noms... Est super intéressante, mais pas de façon isolée. Elle doit se couper avec d'autres choses » (P6)

L'impact principal ressenti par les MK était que le patient devenait plus actif, plus impliqué et motivé dans sa rééducation mais aussi plus autonome de manière générale, moins dépendant, notamment vis-à-vis des professionnels de santé, en partie grâce au fait de lui avoir fait comprendre qu'il pouvait lui-même changer de nombreux paramètres en lien avec ses symptômes. Cela pouvait finalement permettre de « *donner le pouvoir au patient vis-à-vis de sa situation* » (P5). (cit.59, cit.60, cit.61).

L'impact résiderait aussi selon certains participants dans le fait de « libérer » (P9) le patient de certaines croyances, de « *certaines comportements de peur-évitement* » (P8) et de certaines peurs, comme le catastrophisme ou la kinésiophobie (cit.61, cit.62).

« Ça va permettre dès le début, en fait, de chasser les fausses croyances et moi d'avoir une adhésion, une adhérence tout de suite au traitement » (P10)

Concernant l'impact des ateliers et des séances de groupe, il s'agissait globalement des mêmes éléments, lorsqu'un impact était présent.

« Beaucoup plus d'autonomisation. (...) C'est-à-dire qu'ils ont vraiment compris l'importance de se prendre en charge, de changer... De changer d'état d'esprit, de changer de mode de vie et de modifier tout ce qui ne fonctionnait pas, qui n'était pas forcément bon pour eux. (...) C'est vraiment je dirais la nécessiter de se prendre en charge et de changer. » (P7)

Un participant (P1) a émis l'hypothèse qu'il était possible d'obtenir un impact plus large. En effet, les personnes ayant bénéficié de séances incluant de l'ED pourraient en parler autour d'elles, et ainsi transmettre des notions d'ED à leur entourage en cas de douleurs (cit.63).

Un autre participant (P13) soulignait que cela permet surtout au patient de mieux accepter et « *d'être à l'aise* » avec sa situation et « *presque d'en tirer profit* ». D'après les cas cliniques cités par les participants, l'ED permettrait également de « *changer la donne* » lors de la PEC de certains patients.

Cela donnerait également lieu à ce que le patient soit rassuré par rapport à ses douleurs, qu'il comprenne pourquoi il est possible d'avoir davantage de symptômes à certains moments, de donner « *du sens à ce que le patient fait* » (P3) et qu'il se sente au cœur de sa PEC (cit.64, cit.65).

Concernant les retours des patients faits aux MK, la plupart de ces retours étaient positifs. Certains patients pouvaient ainsi être « *ravis* » et surtout « *reconnaissants* » (P3), notamment « *d'avoir été écoutés et pris en compte* » (P13). Cela pouvait permettre au patient de se sentir réellement aidé par le praticien, même en cas de difficultés (cit.66).

Les patients pouvaient exposer le fait que cela était intéressant et avait permis de leur donner « *des clés importantes* » (P7). Certaines personnes auraient ainsi aimé avoir connaissance de ces notions plus tôt et ne trouvaient pas normal le fait que d'autres professionnels de santé ne le sachent pas ou ne le disent pas (cit.67).

Cependant, il a aussi été souligné par quelques MK que cela pouvait avoir peu, voire pas d'impact avec certaines personnes. De même qu'il arrivait parfois que certains retours soient plus mitigés. Nous verrons cela dans le prochain thème dédié aux freins, aux limites et aux difficultés pouvant être rencontrés lors de la mise en place d'ED.

3.6. Principaux freins identifiés et solutions proposées

Le premier frein important, évoqué par tous les participants, était lié à la présence de discours contradictoires pouvant provenir d'autres professionnels de santé ou de croyances « *sociétales et culturelles* » (P13) véhiculées de manière générale, avec notamment des discours tenus par d'autres professionnels de santé parfois très ancrés dans le « *biomédical* » (P4, P5), risquant ainsi d'interférer négativement avec le discours tenu lors de l'ED et potentiellement de faire perdre l'adhérence thérapeutique avec le patient.

« Moi je trouve que le plus gros frein, c'est le fait d'avoir des discours divergents avec les autres professionnels qui s'occupent de la personne, notamment les médecins. » (P11)

Les solutions possibles proposées par les participants pour pallier à ces freins étaient :

- de « *prendre le temps* » d'expliquer (P4), de « *s'armer de patience* » (P2) en y allant « *petit à petit* » (P2), « *par petites touches* » (P11), « *avec des pincettes* » (P4), en « *tâtonnant* » (P5) si les croyances étaient trop fortes et de « *questionner* » à l'aide de questions ouvertes pour voir sur quoi ces croyances sont basées (P5),
- d'être « *confiant dans ses connaissances* », d'expliquer en étant « *pédagogue* » (P1), de montrer au patient « *des données probantes* » comme la prévalence de certains résultats d'imagerie en population saine, de lui « *donner des preuves* » pour « *un discours plus éclairé* » (P10), montrer des « *infographies* » adaptées au cas (P2), expliquer que les « *connaissances scientifiques ont évolué* » (P6),

- d'essayer d'apporter des choses nouvelles « *sans être complètement en opposition au discours* » (P9) et donc « *éviter de créer deux discours différents* » (P6),
- de ne pas forcément chercher à « *lutter contre* » ou à « *détruire* » toutes les croyances du patient en risquant de « *faire pire* » mais plutôt « *avancer avec* » (P13),
- de ne « *pas y aller frontalement* » (P1, P2, P5), d'essayer de ne pas être dans le jugement et de rester ouvert, de travailler sa communication (P5),
- de communiquer avec les médecins (courrier, appel téléphonique), d'amener de l'échange, de la discussion (P6, P12), de travailler avec les autres professionnels de santé pour uniformiser le discours (P10), de partager ces connaissances via des colloques, des travaux d'études (P11), d'essayer de « *faire suivre l'ARS* » (P9), de travailler avec une équipe pluri-professionnelle ayant « *connaissance du modèle biopsychosocial* » et qui l'applique (P5).

En lien avec ce frein, plusieurs participants (5/13) ont exprimé leur sentiment par rapport à la hiérarchie qu'il pouvait y avoir entre le statut de médecin et de MK. Ils soulignaient en effet que les patients pouvaient avoir plus tendance à croire le discours d'un médecin que celui d'un MK (cit.68).

Directement lié aux freins précédents, de nombreux participants (10/13) ont évoqué un frein lié aux attentes des patients de recevoir des thérapies passives de manière quasi exclusive, lié aussi à la « *passivité du système médical* » qui pouvait amener « *les gens à penser que tout doit se régler sans qu'ils aient à intervenir* » (P9), avec des patients pouvant être peu motivés à changer.

« On a des patients qui veulent rester dans le passif (...) qui préfèrent ne pas comprendre parce que c'est... Le coût de comprendre et de s'impliquer dans ce traitement-là est plus lourd pour eux que de rester dans leur situation. » (P13)

Les solutions possibles pour pallier à ce dernier frein étaient les suivantes :

- éventuellement « *profiter du massage* » pour « *aller vers l'éducation à la douleur* », faire comprendre au patient « *que le massage seul ne suffira pas* », qu'il « *faudra certainement se remettre en mouvement, petit à petit* » (P2),
- répondre à ses attentes en lui expliquant qu'en cas d'échec sur deux ou trois séances, il y a « *toujours une autre solution qui peut être plus intéressante* » (P6),

- « *discuter d'un compromis* » entre les attentes du patient et ce qui semble le mieux du point de vue du MK (P3), diviser la séance, faire « *moitié/moitié* » (P12),
- utiliser des techniques issues de l'entretien motivationnel (P2, P13) et faire élaborer le patient sur son « *ambivalence* » (cit.69),
- essayer d'aboutir à une prise de conscience, proposer des outils ou des exercices simples et efficaces pouvant être reproduits au domicile du patient (P9, P13),
- mettre en place des ateliers basés sur la « *motivation* » avec un aspect financier pouvant sortir les personnes « *du côté complètement passif* » (P9),
- donner toutes les informations et si malgré tout « *après l'éducation, après négociation* » (P10) le patient veut rester dans le passif uniquement, éventuellement le réorienter chez un autre MK, en expliquant qu'il n'est plus possible pour le MK de « *suffisamment apporter* » tout en restant « *disponible* » par la suite (P13).

Un autre frein a été soulevé par quelques participants (5/13), il s'agit de la limite des compétences du MK par rapport à la psychologie et à l'état psychologique du patient (cit.70). Les solutions proposées pour pallier à ces freins pouvaient être de faire appel à un psychologue (P2), de faire appel à ses collègues (P3), de se former davantage dans ce domaine (P3, P8) mais aussi en communication (P3).

« Ce qui est inconfortable c'est de soulever des problèmes qu'on ne sait pas gérer derrière... Quand on va découvrir que le patient est fortement dépressif avec des idées suicidaires par exemple, et qu'on n'a aucune idée de comment aider un patient dépressif ou comment gérer un patient avec un risque suicidaire, c'est très inconfortable ! » (P1)

Les capacités cognitives et intellectuelles du patient ainsi que son niveau d'éducation pouvaient également représenter un frein pour plusieurs des MK interrogés (6/13) et amoindrir considérablement l'impact de l'ED dans le cas où le patient ne comprenait pas ou peu ce qui lui était expliqué. Dans ce cas, les MK pouvaient essayer de « *simplifier au maximum* » (P2), de faire « *plus d'effort* » (P10) ou dans certains cas ne pas faire d'ED (P8). Il en va de même pour la personnalité du patient (« *borné, têtu, ancré dans ses croyances* » (P10)) qui pouvait être un obstacle et un frein à la réalisation de l'ED.

Un frein supplémentaire, cette fois en lien avec le MK, était la difficulté, la fatigue et le stress que cela peut engendrer pour le thérapeute de proposer de telles séances.

« Et c'est hyper dur et hyper stressant de (...) peser chacun de tes mots... C'est un vrai exercice au début ! (...) Maintenant, je peux en voir toute la journée (...) Ça me demande beaucoup moins d'effort. C'est beaucoup plus intuitif de pas faire d'erreurs, de ne pas donner de vocabulaire nocebo ! Mais au début, c'est un vrai stress... De savoir que le moindre mot qu'on dit peut être mal interprété. » (P13)

La disponibilité du MK représentait un point nécessaire pour adapter l'ED, écouter le patient et en même temps se former régulièrement, notamment en lisant la littérature scientifique ou en échangeant avec ses collègues. Cela pouvait donc nécessiter de réduire son temps de travail et de ne pas enchaîner les séances d'une manière trop conséquente. Varier son activité était une autre solution proposée par un participant (P1) par rapport à la fatigue et à la présence demandée par ces PEC contenant de l'ED (cit.71).

Une difficulté évoquée par un participant (P1) lors de ses débuts de pratique était « l'absence de méthodologie et de moyens pour dépister correctement les facteurs psychosociaux ». Dans ce cas, la solution avait été de s'aider de certains questionnaires, comme l'inventaire de sensibilité centrale, le STarT Back, l'Orebro ou le TSK (cit.72).

Un autre frein possiblement présent chez le MK et pouvant nécessiter de se former davantage, était la difficulté d'accepter et d'intégrer les nouvelles connaissances sur la douleur, donc finalement la difficulté d'intégrer « concrètement le psychosocial, biopsychosocial » dans la PEC du patient (P13) (cit.73).

Des difficultés spécifiques à la mise en place de séances en groupe ont également été citées. Il pouvait en effet être difficile de déterminer quels patients mettre ensemble car certains pouvaient « se tirer vers le haut et d'autres se tirer vers le bas » (P13) ou alors de déterminer si certaines personnes étaient vraiment adaptées aux séances de groupe (P8). Cela pouvait nécessiter d'être parfois plus guidant et plus ferme lorsque le MK sentait qu'un patient n'allait pas s'adapter ou s'intégrer à une séance de groupe de type atelier. Une meilleure formation en psychologie afin de pouvoir détecter les cas particuliers pourrait également s'avérer utile (P8).

Il en allait de même pour déterminer quel tarif appliquer pour que cela reste « ouvert à tout le monde » mais soit aussi « rentable » pour le MK étant donné le temps, l'organisation et la logistique nécessaires à la préparation des ateliers (P7).

De plus, il pouvait être compliqué d'évaluer les résultats de l'ED avec les personnes ayant participé aux ateliers, surtout dans le cas où celles-ci n'étaient pas suivies en séances de MK. Un participant (P7) avait ainsi essayé de mettre en place un questionnaire de satisfaction, auquel tout le monde ne répondait pas forcément. Une des solutions serait de mettre en place des « *séances dédiées aux ateliers* » permettant de reprendre et retravailler « *les points-clés* » vus lors de ce dernier (P7).

Nous allons lister rapidement d'autres freins soulevés par certains des participants :

- le manque de temps (P1, P6, P7) et la « *durée de la séance conventionnelle* » qui pouvait être trop limitée (P1),
- la difficulté de faire de l'ED lors de remplacements, liée au manque de temps et de suivi ainsi qu'à la présence de discours inverses tenus par les MK remplacés (P11),
- l'aspect personnel, en tant qu'être humain, qui pouvait renvoyer à la difficulté de soigner les patients douloureux chroniques (P7),
- la dépendance de certains patients aux séances ou aux ateliers, pouvant nécessiter la mise en place de fiches d'objectifs à redéfinir régulièrement (P8),
- le niveau de compétence du MK en communication pour expliquer les choses et adapter son discours (P6), pouvant nécessiter de se former davantage (P3),
- les difficultés d'échange et de communication avec les patients, notamment lorsque ceux-ci parlaient mal le français ou avaient une mauvaise audition (P3, P5, P8),
- la confiance en soi du MK lors de ses débuts, par rapport à la nouveauté de l'ED en pratique, pouvant nécessiter d'avoir de l'expérience afin de voir les premiers bons résultats et de s'entourer de « communautés » partageant les mêmes idées (P11),
- les patients avec des comorbidités pour la remise à l'effort ; les patients prenant de nombreux médicaments comme des opioïdes depuis des années (P3), pouvant nécessiter d'avoir un discours tenant à faire comprendre qu'il faudrait diminuer (P6) mais sans interférer avec le médecin,
- les patients très focalisés sur la douleur, pouvant nécessiter de mettre en place un système d'objectifs fonctionnels (P5),
- la PEC de patients faisant partie des « proches » du MK, pouvant nécessiter de les envoyer chez un autre professionnel (P1).

4. DISCUSSION

4.1. Implications pour la pratique clinique

Nos résultats ont permis de mettre en évidence des points importants lors de la mise en place de l'ED, avec un certain nombre d'éléments facilitateurs, mais aussi certains freins et limites possibles. Nous avons comparé les résultats obtenus avec les éléments présents dans la littérature afin d'en faire ressortir les points communs et les différences et avons émis des hypothèses par rapport aux discordances présentes afin d'évaluer leurs implications pour la pratique clinique.

4.1.1. Écoute et questionnement lors de l'ED

Un premier point commun important retrouvé entre nos résultats et l'une des conclusions émises par Watson *et al.* était l'importance de laisser le patient raconter sa propre histoire lors de son évaluation. Cela permettrait notamment au MK d'identifier l'état des connaissances du patient sur la douleur ainsi que l'état de ses croyances, et donc permettrait de mieux personnaliser l'ED par la suite. Il est également conseillé de surveiller les connaissances acquises du patient par rapport à sa conceptualisation de la douleur et la nature biopsychosociale de celle-ci tout au long du processus, en revenant sur certains points si besoin et en les adaptant (27). Ces éléments ont effectivement été évoqués par la majorité des participants et constituerait ainsi une base importante lors de l'ED.

Les MK interrogés ont également mis en avant l'importance de poser des questions ouvertes, à la fois lors du bilan initial mais aussi tout au long de l'ED. L'importance de poser ce type de questions dans l'entretien initial approfondi avec le patient est un élément mis en avant par certains auteurs, comme Louw et Zimney ainsi que Diener *et al.* Ces auteurs donnent, dans leurs revues respectives, des exemples de questions à poser au patient afin de mieux connaître l'état dans lequel il se trouve et qui peuvent aussi aider le praticien à identifier la présence de certains facteurs psychosociaux (36,37).

4.1.2. Utilisation de questionnaires

L'utilisation de questionnaires validés n'était pas systématique dans la pratique des participants. Certains des questionnaires cités dans nos résultats le sont également par d'autres auteurs et sont accompagnés d'éléments similaires (38). Nous supposons néanmoins que l'utilisation de ces questionnaires pouvait être un frein à la communication, comme l'a cité l'un des participants, et pouvait par conséquent rebuter certains des MK interrogés à les utiliser. Ceux-ci semblaient ainsi préférer interroger le patient directement, en le laissant s'exprimer et en l'écoutant afin de mettre en évidence les différents éléments évalués par ces questionnaires.

4.1.3. Conditions d'application

Les participants ont évoqué le fait qu'ils avaient tendance à plus accentuer l'ED en cas de douleurs persistantes ou en présence de certains facteurs de risques psychosociaux. Certains auteurs parlent également de l'importance d'identifier le mécanisme dominant de la douleur lors de l'entretien avec le patient (37,38). Aucun des participants n'a réellement mis cela en avant. Nous pouvons supposer qu'il ne s'agissait pas d'un point important lors de la mise en place de l'ED, qui selon Moseley et Butler, concerne la douleur en général (10). Plusieurs participants mentionnaient d'ailleurs le fait qu'il n'y avait pas forcément de critères prédéfinis. Nous pouvons aussi supposer que certains participants avaient peut-être justement en tête qu'il s'agissait de douleurs de type nociplastique lorsqu'ils évoquaient le fait qu'un des critères possibles de mise en place de l'ED était la persistance de la douleur.

4.1.4. Métaphores, interactions et explications

Plusieurs exemples de métaphores ont été donnés par les participants (ANNEXE IV) et leur utilisation était fréquente. Cela semblait faciliter la compréhension du patient. Il en va de même dans la littérature, où leur utilisation semble courante (30).

Puisque l'éducation passe essentiellement par de la communication, il est conseillé d'encourager le patient à poser des questions (36,39) et de favoriser les interactions, que ce soit avec le thérapeute lors de séances individuelles ou avec les autres membres du groupe

lors des séances collectives (27). Tout comme l'écoute, cela aiderait le thérapeute à choisir et individualiser les informations communiquées au patient par la suite (39).

Les participants évaluaient régulièrement les connaissances du patient en lui demandant possiblement de reformuler certains éléments. L'une des conclusions de l'étude de Watson et al. révèle justement l'importance de surveiller les progrès du patient dans sa conceptualisation tout au long du processus, en adaptant les concepts mal compris (27).

Nous avons également remarqué que les notions clés évoquées par les participants correspondaient à des notions importantes présentées dans des études sur le thème de l'ED. Par exemple, le fait de faire comprendre au patient que les résultats d'imagerie ne sont pas systématiquement corrélés à la douleur (36) ou encore lui expliquer que la douleur n'est pas forcément synonyme de lésion, mais reflèterait plutôt un besoin perçu de protéger les tissus corporels (10). De même, il peut également être important d'expliquer au patient le caractère fluctuant de la douleur et que l'évolution favorable de celle-ci n'est, en général, pas linéaire (36,39), point évoqué par plusieurs des MK interrogés.

4.1.5. Influences des explications et du comportement du MK

D'après nos résultats, la mise en place d'une attitude empathique, bienveillante, positive et à l'écoute du patient était un élément clé. Les participants ont également mis en avant l'importance de rassurer le patient par rapport à ses symptômes et ne pas le focaliser sur ses douleurs. Howick *et al.* ont démontré, malgré une taille d'effet faible, que l'empathie et l'induction d'attentes positives dans la relation de soin contribueraient à réduire la douleur et l'anxiété. De même, transmettre des messages positifs pourrait améliorer certains résultats physiques et avoir un rôle dans l'amélioration de la qualité de vie liée à la santé et la satisfaction des patients (40).

Nous soulignons le fait que les explications données aux patients et les mots employés par les thérapeutes peuvent avoir une influence sur leurs croyances, leurs représentations et leurs comportements (41,42). Par exemple, des conseils axés sur la nécessité d'éviter certains mouvements dans le cadre de lombalgies pourrait contribuer à faire penser aux patients recevant ces conseils que leur dos est vulnérable. En revanche, rassurer le patient et valoriser l'importance du mouvement et de l'activité pourrait avoir un

effet positif sur ses croyances. Ces messages délivrés par des professionnels de santé auraient un rôle encore des années après (42). Il serait donc important, comme l'a souligné un participant, de veiller au langage utilisé avec le patient, notamment en évitant d'utiliser des termes pouvant avoir un effet nocebo et une connotation négative pour la personne qui reçoit l'information (43,44).

4.1.6. Utilisation de l'ED combinée à de l'EM

Un des éléments facilitateurs majeurs mis en valeur dans nos résultats était d'associer l'ED à une façon de communiquer basée en partie sur de l'EM. En effet, il semblerait que pour la majorité des participants, l'EM représentait un ensemble d'outils et une aide très utiles lors de la mise en place d'ED. Nous rejoignons le point de vue de Nijs *et al.* qui supposent que les objectifs de l'ED et de l'EM seraient complémentaires et que leur utilisation combinée permettrait éventuellement d'optimiser la PEC (45).

L'EM contribuerait à pallier certains freins, comme dans le cas où le patient serait dans l'attente d'une PEC très passive et ne voudrait pas s'impliquer dans des processus de changement, en l'aidant à résoudre certains problèmes d'ambivalence potentiellement présents dans ce cas. Cela l'encouragerait aussi à élaborer sa propre réflexion, notamment dans le but d'acquérir des connaissances relatives à l'ED. Ainsi, cela constituerait un élément facilitateur à la fois pour le MK et le patient tout au long du processus de changement conceptuel recherché dans l'ED. (10,45,46)

Nous supposons que cette combinaison faciliterait d'autant plus l'autonomie du patient et renforcerait davantage le sentiment d'auto-efficacité à la douleur et à l'exercice chez les personnes qui en bénéficieraient. Cela aurait donc potentiellement un rôle positif dans l'évolution de leurs symptômes. (3,17,22,40,47)

4.1.7. Une participation active requise

L'intégration d'ED au sein de séances individuelles, de groupe ou d'ateliers incluait généralement un aspect pratique essentiel et une participation active de la personne bénéficiant de l'ED. L'association d'ED à des thérapies actives, comme cela a été cité par de

nombreux participants, pourrait également être un élément facilitateur. Cela permettrait par exemple d'exposer graduellement le patient à certains mouvements, de le lancer dans une forme d'activité physique adaptée, de commencer progressivement une ou plusieurs activités et plus généralement de mettre en pratique certains principes évoqués lors de l'ED. Cela pourrait ainsi contribuer d'autant plus à rendre le patient plus actif, à augmenter son sentiment d'auto-efficacité, comme évoqué précédemment, mais aussi à lutter contre certaines peurs, comme la kinésiophobie.

4.1.8. Une modalité informelle et adaptable

L'ED proposée par les MK interrogés était très peu formelle et ne suivait pas de protocole préétabli. Le temps passé à faire de l'ED était variable en fonction du patient et des besoins, de même que cela pouvait être intégré en même temps que d'autres traitements. Il s'agit d'un point qui diffère par rapport un article pouvant faire office d'un avis d'experts, rédigé par Louw et Zimney. En effet, ces auteurs proposent, dans le cadre de l'application clinique de l'ED, une séance « type » durant de 30 à 40 min. Cette séance inclurait dans un premier temps 10 min dédiées aux réponses des questions éventuelles du patient, à l'interrogation de sa compréhension actuelle vis-à-vis de ce qui lui a été enseigné précédemment et à l'ajout de nouvelles connaissances sur la douleur. Dans un second temps, 5 min seraient consacrées à discuter des objectifs. Puis, dans un troisième temps, auraient lieu 15 à 20 min de traitement « traditionnel » à adapter selon ce que le thérapeute juge utile, pouvant inclure, par exemple, des étirements, des exercices, de la thérapie manuelle, de la relaxation, ou autre. Ces mêmes auteurs recommandaient aussi un programme à domicile avec des « devoirs écrits » (36).

Bien que nous puissions établir certains points communs avec plusieurs des éléments cités dans l'article de Louw et Zimney, les séances individuelles n'étaient cadrées de la sorte par aucun des participants. Nous pensons que cela est lié, dans un premier temps, au fait que l'ED représentait plutôt, pour les participants, une modalité s'inscrivant dans un cadre clinique spécifique, s'adaptant continuellement au patient, et que de ce fait, il était probablement peu pertinent d'instaurer un protocole aussi précis.

De plus, dans la pratique clinique décrite par les MK interrogés, les attentes du patient pouvaient ne pas aller sur ce terrain là et ceux-ci ne s'attendaient peut-être pas à recevoir ce

type de PEC. Cela impliquerait donc de s'adapter à ces contraintes qui ne sont pas forcément présentes dans des études cliniques où les patients s'attendent à se voir administrer un certain type de protocole. Nous supposons également que les différences entre la pratique des MK aux États-Unis et France, ainsi que la différence de culture entre les deux pays, puissent limiter la validité externe de ce genre de protocole.

4.1.9. Un cadre clinique incluant de l'ED

Le cadre clinique décrit par les MK pouvait inclure à la fois des explications sur la douleur ainsi que sur l'hygiène de vie générale (sommeil, alimentation, activité physique), mais aussi différents axes de traitement que les MK ont évoqué lors de l'intégration d'ED sous forme de séances individuelles. Cela s'ajoutait donc aux autres modalités que nous avons évoquées précédemment. Nous pensons ainsi que toutes ces modalités réunies ensemble pourraient concourir à améliorer les résultats.

La plupart des participants ont souligné le fait que l'ED représentait une modalité totalement confondue avec le reste du traitement et donc constituait finalement un continuum dans une PEC globale, centrée sur l'individu et prenant en comptes ses différentes dimensions biopsychosociales. L'ED proposée par les MK interrogés se voulait d'ailleurs personnalisée à la personne qui en bénéficie, ce qui représente un point important.

4.1.10. Réflexion éthique et déontologique

La PEC décrite par les participants semble cohérente avec les dernières connaissances scientifiques et avec les dernières recommandations. C'est d'autant plus le cas des recommandations de la HAS, concernant la PEC du patient présentant une lombalgie commune (23), qui présentent de nombreuses similitudes avec les points évoqués par les participants dans nos résultats.

D'un point de vue éthique et déontologique, le MK se doit d'assurer au patient des « *soins consciencieux, attentifs et fondés sur les données actuelles de la science* » selon l'article R.4321-80 du code de déontologie des MK (48) et se doit également de tenir compte

« des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient » selon l'article R.4321-2 du code de la santé publique (49).

Nous pensons qu'il est donc important que les MK aient connaissance des données actuelles à propos de la douleur et intègrent ces connaissances dans une PEC biopsychosociale du patient, dans le but de lui apporter une PEC de la meilleure efficacité et qualité possible. De plus, l'objectif des participants d'essayer de rendre la personne la plus autonome possible, notamment à travers certaines explications amenées lors de l'ED, semble éthiquement un point important. Un des impacts principaux de l'ED était justement cette autonomie qui était recherchée dès le départ. Cela pourrait donc permettre, dans la mesure du possible, au patient d'être moins dépendant de certains soins ou traitements, et peut-être, à fortiori, de réduire les dépenses en santé publique, en particulier dans le cadre des douleurs chroniques.

4.2. Limites et forces de l'étude

La méthode mise en œuvre grâce à la réalisation d'entretiens semi-directifs a permis d'interroger des MK réalisant de l'ED dans leur exercice professionnel et d'en découvrir les particularités. Ces entretiens ont été réalisés par téléphone, ce qui comporte une limite du fait que l'enquêteur ne pouvait pas « *prêter attention à la communication non verbale* » du participant interrogé, ce qui aurait éventuellement pu apporter « *des précisions au discours délivré* » (33). Cependant, ce mode de réalisation est tout de même possible et influencerait finalement peu voire pas les données récoltées (35).

La population choisie peut comporter un biais de sélection du fait qu'elle ait été recrutée par l'intermédiaire de réseaux sociaux communs et par le biais des réseaux du directeur de ce mémoire. Certains participants pouvaient donc avoir un lien avec cette personne. De plus, la population interrogée était relativement jeune et pourrait ne pas être représentative de l'intégralité des MK libéraux exerçant en France réalisant de l'ED. Elle n'est pas représentative non plus de la totalité des MK libéraux exerçant en France.

Lors de l'entretien, des améliorations auraient pu être apportées par rapport à certaines questions posées. Par exemple, la question : « Quelle importance accordez-vous à l'écoute du patient ? », pouvait entraîner une subjectivité qui induisait le fait qu'il s'agissait

probablement de quelque chose d'important et donc peut-être influencer le discours de la personne interrogée. Néanmoins, la majorité des participants ont parlé de l'écoute avant que la question leur soit posée, ce qui limite ce biais.

Une autre limite de l'étude réside dans le fait qu'une seule et même personne, l'étudiant-enquêteur, a réalisé les entretiens, les a retranscrits puis les a analysés et a ensuite élaboré les résultats. Il existe probablement une part de subjectivité dans l'interprétation des résultats. Cependant, le manque d'expérience dans le domaine de l'ED de l'étudiant-enquêteur a pu être bénéfique et représenter une force dans cette étude car cela a peut-être contribué à éviter une interprétation des résultats qui aurait pu être biaisée par la pratique et l'expérience du chercheur.

En théorie, il est conseillé d'achever les entretiens lorsque le point de saturation est atteint, c'est-à-dire « *à partir d'un certain nombre d'entretiens les informations recueillies apparaissent redondantes et semblent n'apporter plus rien de nouveau* » (32). Ce seuil de saturation a effectivement été atteint pour la plupart des thématiques et des points abordés lors de l'entretien. Néanmoins, concernant l'intégration d'ED en séances collectives, ce seuil n'a pas réellement été atteint du fait que moins de la moitié des participants réalisaient ce type de séance. Il aurait pu être intéressant de voir plus précisément comment cela était mis en œuvre en interrogeant plus de MK le réalisant. De plus, même lorsque nous pensions que le point de saturation était atteint, un participant a réussi à apporter des éléments nouveaux et s'est distingué des autres. Même lorsque le seuil est atteint, il existe donc encore des personnes ayant la capacité d'ajouter des choses nouvelles.

Concernant le choix de l'analyse, nous avons effectué une analyse thématique plutôt qu'une autre méthode car celle-ci conférait plusieurs avantages par rapport aux objectifs de l'étude et à notre niveau d'expérience. Selon Braun et Clarke, il s'agit justement d'une méthode flexible et adaptée aux chercheurs ayant peu d'expérience en recherche qualitative. De plus, cette méthode permettrait de résumer d'une façon pertinente un ensemble important de données, ce que nous recherchions, ainsi que de mettre en évidence les similitudes et les différences au sein de ces données. Elle aurait aussi la capacité de générer des informations non anticipées (50). Cela a par exemple été le cas pour le thème portant sur la communication et l'attitude du MK, que nous n'avions pas anticipé au départ.

Une des forces de cette étude réside dans le fait que treize participants réalisant de l'ED dans leur exercice quotidien ont été interrogés et ont produit un nombre important de données comprenant de multiples idées. A notre connaissance, aucune étude de la sorte n'a été réalisée jusqu'à présent en France. Cela nous a permis d'avoir un retour d'experts dans le domaine de l'ED et d'identifier des modalités importantes à propos de ce cadre clinique.

De plus, les différents éléments facilitateurs ou freinateurs mis en avant dans cette étude apportent un support pouvant peut-être aider d'autres MK ou étudiants qui souhaiteraient mettre en place de l'ED dans leur pratique. Certains de nos résultats étaient similaires à des éléments conseillés dans la littérature scientifique, notamment dans des études de haut niveau de preuve, ce qui leur confère une importance supplémentaire.

4.3. Perspectives d'approfondissement et ouvertures

Ce travail pourrait être poursuivi en réalisant un support synthétisant les résultats de l'étude et de la littérature scientifique au sujet de la mise en place d'ED, dans le but d'aider les praticiens ou les étudiants désireux de l'appliquer ou débutant dans le domaine.

D'après nos résultats, peu de MK utilisait des questionnaires dans leur exercice. Il serait intéressant d'étudier l'impact de leur usage sur la relation thérapeutique avec le patient, les préférences du patient vis-à-vis de cela, ainsi que de déterminer si les thérapeutes mettent en évidence les mêmes points selon leur utilisation ou non.

Un point à approfondir consisterait à étudier la différence entre de l'ED formelle versus de l'ED informelle sur différents critères comme l'attitude et les croyances des patients et leur conceptualisation de la douleur. D'après nos résultats, il semblerait aussi que lors de la mise en place de séances de groupe, le partage d'expériences permette aux personnes présentes d'être plus réceptives au discours qui leur est proposé. Il serait intéressant d'étudier l'impact de séances faisant intervenir un patient « expert » en ED.

Les participants ont mentionné leur utilisation de plusieurs techniques autour de l'ED. Bien que certaines études existent déjà à ce sujet, il serait intéressant de continuer à évaluer de manière plus spécifique les effets possibles de la combinaison de ces différentes techniques avec de l'ED.

5. CONCLUSION

L'ED était réalisée sous forme de séances individuelles majoritairement, mais aussi sous forme de séances groupées. La communication était le principal support utilisé pour mettre en place l'ED, pouvant être facilitée par l'utilisation de techniques issues de l'EM, de métaphores ou de supports visuels comme un diaporama ou des infographies. Il semblerait que l'ED soit utilisée de façon plus importante avec des personnes présentant des douleurs persistantes ou présentant certains facteurs de risque psychosociaux.

L'ED faisait partie d'un ensemble, nécessitant généralement une participation active de la personne qui en bénéficie. D'après les participants, cet ensemble aidait le patient à mieux comprendre les raisons possibles de ses douleurs, à être plus actif, plus autonome et plus impliqué dans sa PEC. Cela contribuerait également à modifier certains facteurs comme la kinésiophobie ou le catastrophisme. Le changement de discours et de comportement du patient était l'une des façons principales de mettre en évidence les impacts de l'ED.

Nous avons identifié un certain nombre de barrières et de difficultés qui pouvaient être présentes lors de l'ED, rendant la chose plus complexe. La barrière principale était la présence de discours contradictoires venant d'autres professionnels de santé, ainsi que la présence de croyances et d'attentes des patients parfois très ancrées dans un modèle biomédical et patho-anatomique. Pour pallier à cela, les MK essayaient d'apporter les notions relatives à l'ED petit à petit, pour ne pas heurter la personne, en adoptant une communication et un comportement adaptés, qui se voulaient empathiques, rassurants, positifs et bienveillants tout au long du processus.

Des similitudes et des différences avec certains éléments présents dans la littérature scientifique ont été mis en évidence. Plusieurs implications pour la pratique clinique ont été mises en avant. Il est à noter que l'ED proposée par les MK semblait s'inscrire dans un cadre clinique global, permettant au thérapeute de prendre en charge le patient dans sa globalité en incluant ses différentes composantes biopsychosociales.

Des études complémentaires pourraient être réalisées pour déterminer si certaines de ces modalités permettraient à l'ED d'avoir un impact plus important sur les critères étudiés.

BIBLIOGRAPHIE

1. IASP. IASP Terminology [en ligne]. [cité 1 févr 2020]. Disponible : <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576#Pain>
2. INSERM - La science pour la santé. Douleur [en ligne]. [cité 2 nov 2019]. Disponible : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/douleur>
3. Maître J-H, Crouan A. Approches thérapeutiques de la douleur en kinésithérapie. *Kinesither Rev.* 2017;17(186):56-70.
4. IASP. IASP Terminology [en ligne]. [cité 1 févr 2020]. Disponible : <https://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576#Neuropathicpain>
5. Acapo S, Seyrès P, Savignat E. Définition et évaluation de la douleur. *Kinesither Rev.* 2017;17(186):44-55.
6. Treede R-D, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, Cohen M, Evers S, Finnerup N, First M, Giamberardino M, Kaasa S, Korwisi B, Kosek E, Lavand'homme P, Nicholas M, Perrot S, Scholz J, Schug S, Smith B, Svensson P, Vlaeyen J, Wang SJ. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain.* 2019;160(1):19-27.
7. Baliki MN, Apkarian AV. Nociception, pain, negative moods and behavior selection. *Neuron.* 2015;87(3):474-491.
8. Tabor A, Thacker MA, Moseley GL, Körding KP. Pain: A Statistical Account. Blohm G, éditeur. *PLoS Comput Biol.* 2017;13(1):e1005142.
9. Anchisi D, Zanon M. A Bayesian Perspective on Sensory and Cognitive Integration in Pain Perception and Placebo Analgesia. *PLoS ONE.* 2015;10(2):e0117270.
10. Moseley GL, Butler DS. Fifteen Years of Explaining Pain: The Past, Present, and Future. *J Pain.* 2015;16(9):807-813.
11. Moseley GL, Vlaeyen JWS. Beyond nociception: the imprecision hypothesis of chronic pain. *Pain.* 2015;156(1):35-38.
12. Risch N, Pointeau F, Poquet N. Nociception. *Kinesither Rev.* 2017;17(186):5-15.
13. Moseley GL, Butler DS. Explain pain supercharged : the clinician's manual. 1^{ère} édition. Adelaide : Noigroup Publications ; 2017. 234 p. ISBN : 9780648022701
14. Osinski T, Lallemand A, Russo T. Modulation et dérèglements neurophysiologiques des voies de la douleur. *Kinesither Rev.* 2017;17(186):16-32.
15. Rousseau L, Bacelon M. Facteurs psychosociaux, douleur et kinésithérapie. *Kinesither Rev.* 2017;17(186):33-43.
16. Wertli MM, Burgstaller JM, Weiser S, Steurer J, Kofmehl R, Held U. Influence of Catastrophizing on Treatment Outcome in Patients With Nonspecific Low Back Pain: A Systematic Review. *Spine.* 2014;39(3):263-273.

17. Söderlund A, Sandborgh M, Johansson A-C. Is self-efficacy and catastrophizing in pain-related disability mediated by control over pain and ability to decrease pain in whiplash-associated disorders? *Physiother Theory Pract.* 2017;33(5):376-385.
18. Cedraschi C, Pigué V, Luthy C, Rentsch D, Desmeules J, Allaz A-F. Aspects psychologiques de la douleur chronique. *Rev Rhum.* 2009;76(6):587-592.
19. Laroche F. Les mots, les pensées et les comportements-pièges des patients et de leurs médecins. *Rev Rhum.* 2009;76(6):522-528.
20. Bandura A, Lecomte J, Carré P. Auto-efficacité: comment le sentiment d'efficacité personnelle influence notre qualité de vie. 3^{ème} édition. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur ; 2019. 871 p. ISBN : 9782807326811
21. De Baets L, Matheve T, Meeus M, Struyf F, Timmermans A. The influence of cognitions, emotions and behavioral factors on treatment outcomes in musculoskeletal shoulder pain: a systematic review. *Clin Rehabil.* 2019;33(6): 980-991.
22. Jackson T, Wang Y, Wang Y, Fan H. Self-Efficacy and Chronic Pain Outcomes: A Meta-Analytic Review. *J Pain.* 2014;15(8):800-814.
23. HAS. Fiche mémo - Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. 2019 [cité 1 févr 2020]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/fm_lombalgie_v2_2.pdf
24. Larousse. Définitions : éducation [en ligne]. [cité 12 avr 2020]. Disponible : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9ducation/27867>
25. Moseley L. Combined physiotherapy and education is efficacious for chronic low back pain. *Aust J Physiother.* 2002;48(4):297-302.
26. Louw A, Puentedura EJ, Zimney K. Teaching patients about pain: It works, but what should we call it? *Physiother Theory Pract.* 2016;32(5):328-331.
27. Watson JA, Ryan CG, Cooper L, Ellington D, Whittle R, Lavender M, Dixon J, Atkinson G, Cooper K, Martin DJ. Pain Neuroscience Education for Adults With Chronic Musculoskeletal Pain: A Mixed-Methods Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain.* 2019;20(10):1140.e1-1140.e22.
28. Wood L, Hendrick PA. A systematic review and meta-analysis of pain neuroscience education for chronic low back pain: Short-and long-term outcomes of pain and disability. *Eur J Pain.* 2019;23(2):234-249.
29. Tegner H, Frederiksen P, Esbensen BA, Juhl C. Neurophysiological Pain Education for Patients With Chronic Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin J Pain.* 2018;34(8):778-786. Louw A, Zimney K, Puentedura EJ, Diener I. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract.* 2016;32(5):332-355.
30. Louw A, Zimney K, Puentedura EJ, Diener I. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract.* 2016;32(5):332-355.

31. Marris D, Theophanous K, Cabezon P, Dunlap Z, Donaldson M. The impact of combining pain education strategies with physical therapy interventions for patients with chronic pain: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Physiother Theory Pract.* 2019;1-12.
32. Blanchet A, Gotman A. *L'entretien*. 2^{ème} édition. Mayenne : Armand Colin ; 2015. 128 p. ISBN : 9782200601911
33. Demoncey A. La recherche qualitative : introduction à la méthodologie de l'entretien. *Kinesither Rev.* 2016;16(180):32-37.
34. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrillart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer la revue française de médecine générale.* 2008;19(84):142-145.
35. Rosenthal M. Qualitative research methods: Why, when, and how to conduct interviews and focus groups in pharmacy research. *Curr Pharm Teach Learn.* 2016;8, (4):509-516.
36. Louw A, Zimney K, O'Hotto C, Hilton S. The clinical application of teaching people about pain. *Physiother Theory Pract.* 2016;32(5):385-395.
37. Diener I, Kargela M, Louw A. Listening is therapy: Patient interviewing from a pain science perspective. *Physiother Theory Pract.* 2016;32(5):356-367.
38. Wijma AJ, van Wilgen CP, Meeus M, Nijs J. Clinical biopsychosocial physiotherapy assessment of patients with chronic pain: The first step in pain neuroscience education. *Physiother Theory Pract.* 2016;32(5):368-384.
39. Nijs J, Paul van Wilgen C, Van Oosterwijck J, van Ittersum M, Meeus M. How to explain central sensitization to patients with 'unexplained' chronic musculoskeletal pain: Practice guidelines. *Man Ther.* 2011;16(5):413-418.
40. Howick J, Moscrop A, Mebius A, Fanshawe TR, Lewith G, Bishop FL, Mistiaen P, Roberts NW, Dieninytè E, Hu XY, Aveyard P, Onakpoya IJ. Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis. *J R Soc Med.* 2018;111(7):240-252.
41. Cuff A, Littlewood C. Subacromial impingement syndrome – What does this mean to and for the patient? A qualitative study. *Musculoskelet Sci Pract.* 2018;33:24-28.
42. Darlow B, Dowell A, Baxter GD, Mathieson F, Perry M, Dean S. The Enduring Impact of What Clinicians Say to People With Low Back Pain. *Ann Fam Med.* 2013;11(6):527-534.
43. Hansen E, Zech N. Nocebo Effects and Negative Suggestions in Daily Clinical Practice – Forms, Impact and Approaches to Avoid Them. *Front Pharmacol.* 2019;10(77):1-10.
44. Stewart M, Loftus S. Sticks and Stones: The Impact of Language in Musculoskeletal Rehabilitation. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2018;48(7):519-522.

45. Nijs J, Wijma AJ, Willaert W, Huysmans E, Mintken P, Smeets R, Goossens M, van Wilgen CP, van Bogaert W, Louw A, Cleland J, Donaldson M. Integrating Motivational Interviewing in Pain Neuroscience Education for People With Chronic Pain: A Practical Guide for Clinicians. *Phys Ther.* 2020;pzaa021.
46. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement. 2^{ème} édition. Paris : InterEditions ; 2019. 448 p. ISBN : 9782729619596
47. Aguerre C, Bridou M, Laroche F, Csillik A, Jensen M. Spécificités de l'entretien motivationnel dans le cadre d'une prise en charge cognitivo-comportementale de la douleur chronique. *Encephale.* 2015;41(6):515-520.
48. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. *Décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008 portant code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes.* Journal officiel n°0258 du 5 novembre 2008, page 16883.
49. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. *Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.* Journal officiel n°183 du 8 août 2004, page 14150.
50. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3,(2):77-101.

ANNEXES

ANNEXE I : PRISE DE CONTACT AVEC LA POPULATION A INTERROGER

ANNEXE II : GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

ANNEXE III : COMPLEMENT DE CITATIONS

ANNEXE IV : SUPPORTS SUPPLEMENTAIRES UTILISES PAR LES PARTICIPANTS

ANNEXE V : EXEMPLE D'UN ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF RETRANSCRIT

ANNEXE I : PRISE DE CONTACT AVEC LA POPULATION A INTERROGER

Bonjour,

Je me permets de vous contacter suite à votre réponse sur le sondage d'Anthony Halimi posté il y a une semaine pour savoir qui, parmi vous, pratiquait l'éducation aux sciences de la douleur. Vous avez répondu que vous en pratiquiez avec vos patients... Vous êtes donc susceptibles d'être inclus dans mon étude, si vous le souhaitez !

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée dans le cadre d'un mémoire de fin d'études à l'IFMK de Nancy, dont le but est de voir comment les masseurs-kinésithérapeutes pratiquent et adaptent cette éducation aux sciences de la douleur avec leurs patients.

J'aimerais donc vous proposer de réaliser un entretien téléphonique où je vous poserai quelques questions à ce sujet. La durée de cet entretien est d'environ 35 min, mais cela peut varier plus ou moins en fonction du fruit de notre discussion.

Avec votre accord, l'entretien sera enregistré. Les résultats seront bien sûr anonymes.

Si vous êtes intéressés, nous pourrions convenir d'un entretien par téléphone au courant du mois de décembre ou de janvier, selon la date qui vous arrange le mieux.

En vous remerciant !

Margot

ANNEXE II : GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

Guide d'entretien semi-directif

Cette étude est une étude qualitative réalisée dans le cadre d'un mémoire de fin d'études visant à l'obtention du diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute (MK). Elle vise à déterminer les modalités de réalisation de l'éducation à la douleur proposée par des MK.

Il s'agit d'une discussion menée sous la forme d'un entretien semi-directif où des questions, regroupées en six thématiques, sont posées au participant. Le but de l'interrogateur est de guider l'entretien et d'écouter activement les réponses données par le participant, tout en restant neutre le plus possible afin ne pas influencer les réponses qui seront données. Des précisions pourront être demandées si nécessaire et des relances pourront être utilisées.

Avant de débiter l'entretien, il est demandé au participant de se présenter (année d'obtention ou d'équivalence du diplôme d'état de MK, lieu de formation, lieu d'exercice actuel).

THÉMATIQUES :

GÉNÉRALITÉS SUR L'EDUCATION DU PATIENT A LA DOULEUR (ED) :

Sous-thèmes :	Exemples de questions :
Dénomination [terme utilisé]	<i>Quel terme utilisez-vous pour qualifier l'ED ?</i>
Définition	<i>Comment définiriez-vous l'ED ?</i>
Formation suivie par le MK	<i>Comment vous êtes-vous formé ?</i>
Supports	<i>Sur quel(s) support(s) se base l'ED proposée aux patients ?</i>
Début de formation dans le domaine	<i>A partir de quand avez-vous commencé à vous former dans le domaine ?</i>
Date de mise en place dans la patientèle	<i>Depuis quand s'est mis en place dans votre patientèle ?</i>
Évolution dans la manière de pratiquer	<i>Depuis que vous avez commencé à la proposer, comment avez-vous fait évoluer votre manière de le pratiquer ?</i>
Notions clés à aborder avec le patient	<i>Quelles sont pour vous les notions clés à aborder avec le patient ?</i>
Objectifs	<i>Dans quel(s) objectif(s) faites-vous de l'ED ?</i>

CONDITIONS DE MISE EN PLACE DE L'ED :

→ Dans quelles conditions décidez-vous de mettre en place de l'ED ?

Sous-thèmes :	Exemples de questions :
Critères utilisés pour le proposer à un patient	<i>Sur quels critères vous basez-vous pour décider que ce sera pertinent de proposer de l'ED à un patient ?</i>
Bilans ou questionnements spécifiques utilisés	<i>Utilisez-vous des bilans spécifiques ? Si oui, lesquels ?</i>
Type de patient [douleur, pathologie]	<i>Généralement, à quel type de patient le proposez-vous ? En fonction de sa douleur / pathologie ?</i>

MODALITÉS DE RÉALISATION DE L'ED :

→ Pourriez-vous décrire comment vous intégrez l'ED dans votre pratique ?

Sous-thèmes :	Exemples de questions :
Séance individuelle ou groupée	<i>Avez-vous l'habitude de proposer l'ED plutôt en séance individuelle ou groupée ? Pouvez-vous en décrire les conditions et les spécificités ?</i>
Moment de la prise en charge (PEC) [dès la 1 ^{ère} séance, à chaque séance]	<i>A quel moment de la PEC commencez-vous à mettre en place l'ED ?</i>
Fréquence [à chaque séance, une seule séance]	<i>A quelle fréquence en proposez-vous aux patients ?</i>
Durée séance / temps consacré à l'ED	<i>Combien de temps y consacrez-vous ?</i>
Adaptation à chaque patient	<i>Comment faites-vous pour adapter l'éducation à chaque patient ?</i>
Ecoute du patient	<i>Quelle importance accordez-vous à l'écoute du patient ?</i>

Questions aux patients	<i>Quelle importance accordez-vous au fait que le patient pose des questions ?</i>
Comportement adopté par le MK [rassurant, confiant, bienveillant, autre]	<i>Comment pouvez-vous décrire votre comportement vis-à-vis d'un patient avec lequel vous pratiquez de l'ED ?</i>
Matériel utilisé [diaporama, images, vidéo, distribution de flyer, livret, autre]	<i>Quel type de matériel utilisez-vous lors de vos séances, si vous en utilisez ?</i>
Utilisation d'anecdotes / d'exemples / de métaphores	<i>Pouvez-vous citer vos préféré(e)s ?</i>

CONTINUITÉ DANS LA SUITE DU TRAITEMENT :

Sous-thèmes	Exemples de questions
Adaptation dans la continuité du traitement	<i>Comment adaptez-vous la suite du traitement pour qu'il soit cohérent avec l'éducation reçue ?</i>
Traitement qui s'en suit [mouvement, exercice, autre]	<i>En général, quel traitement mettez-vous en œuvre en continuité à l'ED ?</i>
Réaction à tenir en cas de « rechute »	<i>Quelle conduite adopteriez-vous dans le cas où le patient serait à nouveau extrêmement douloureux ?</i>

ÉVALUATION DE L'ED :

Sous-thèmes	Exemples de questions
Évaluation de l'ED [croyances du patient, conceptualisation de la douleur]	<i>Comment évaluez-vous l'impact de l'éducation sur vos patients ?</i>
Fréquence	<i>À quelle fréquence l'évaluez-vous ?</i>
Impact sur la prise en charge [meilleure adhérence du patient, autre]	<i>Selon vous, quel est l'impact de l'éducation reçue sur la prise en charge générale ?</i>
Retour des patients	<i>Quel est le retour des patients qui ont reçu de l'ED ?</i>

FREINS, LIMITES, DIFFICULTES :

Sous-thèmes	Exemples de questions
Barrières / difficultés déjà rencontrées	<i>Quels sont les freins et les difficultés que vous avez déjà rencontrés lors la mise en œuvre de l'ED ?</i>
Explications des freins possibles	<i>Comment expliquez-vous ces freins ?</i>
Réaction du MK pour pallier à ces freins	<i>Comment faites-vous pour pallier à ces freins s'ils sont présents ?</i>
Autres freins, limites ou difficultés possibles lors de l'évaluation du patient	<i>Quelles sont les autres difficultés qui peuvent être présentes lors de l'évaluation du patient ?</i>

CAS CLINIQUE :

Y a-t-il un cas pour lequel vous pensez que l'ED ait changé la donne ? Si oui, pouvez-vous en parler ?

Ajouts, remarques, commentaires complémentaires éventuels

ANNEXE III : COMPLEMENT DE CITATIONS

Cit.1 : « Après expliquer aussi des choses un peu plus techniques sur la nociception. Que voilà des fois on peut justement ressentir de la douleur mais sans qu'il y ait vraiment de causes donc de nociception. Et... Donc ça, après, il faut justement l'expliquer avec des termes plus simples, mais... C'est important avec des exemples aussi, par exemple, voilà... T'as l'exemple de la surfeuse australienne qui se fait bouffer le bras et qui en ressort vivante et qui sur le moment ne sent pas de douleurs, donc la preuve que on est capable soit de ne pas ressentir de douleur, soit d'en ressentir énormément avec peu de stimuli. Donc ça c'est des exemples un peu plus parlants qui sont véritables » (P2)

Cit.2 : « (...) faire comprendre aux gens que en fait leur cerveau est influencé par le contexte. Parce que en fait le cerveau c'est quelque chose qui traite la majorité des informations dont on dispose de manière inconsciente (...) sans nous consulter. (...) c'est-à-dire que tu te fais influencer par des choses, mais sans t'en rendre compte. Et c'est ça que j'essaye, tu vois, de faire passer à mes patients. » (P3)

Cit.3 : « (...) je dis : « vous savez, un cerveau, c'est contextuel, donc ça veut dire que ça ne se réduit pas à votre état psychologique, ça peut être influencé par le fait que les jours sont plus courts parce que c'est l'hiver, parce que vous sortez pas de chez vous, parce que vous êtes au travail (...) Ça peut être aussi par rapport aux relations sociales, vos amis, votre conjoint (...) aux activités que vous faites (...) à des contrariétés, des émotions. (...) De l'attention (...) ». Donc je dis : « vous voyez, quand on fait la liste, c'est loin de se réduire à de la psychologie ! ». » (P3)

Cit.4 : « Après, avec des personnes où c'est en phase aiguë, voilà ça va dépendre... Ce sera beaucoup plus court. Ça va dépendre aussi de s'ils recherchent ça ou si finalement on peut aller assez rapidement vers de la thérapie physique. » (P2)

Cit.5 : « Après, si des gens ont moins de douleurs, sont juste en réadaptation et que ils sont assez tranquilles par rapport à ces sensations-là, c'est vrai que j'en parle toujours, enfin je leur explique pourquoi il y a de la douleur et qu'est-ce que ça veut dire (...) Donc ça occupe plus ou moins de place, mais c'est toujours un peu là quand même. » (P11)

Cit.6 : « Si je sens que c'est des patients qui vont être un petit peu réfractaires, qui ont l'air d'avoir une conception très biomécanique et que l'idée de parler émotions, stress etc. a l'air de leur poser un souci... Je peux me cacher derrière un questionnaire comme l'inventaire de sensibilisation centrale... Qui du coup, étant un questionnaire validé, utilisé dans la recherche etc. me permet de leur poser les questions que j'ai à leur poser donc en me cachant derrière cette légitimité (...) » (P1)

Cit.7 : « c'est le plus important du travail. Je place ça au-dessus de mon bilan et de la quantification et des tests et des scores et ce que tu veux (...). C'est 100 % (...) De notre compétence. Si on passe à côté de ça, on rate quasiment toutes les informations ! Et il y a des informations qui sont pas drôles à entendre (...) mais ça fait partie de la personne qu'on a en face donc on... On doit l'entendre. » (P13)

Cit.8 : « J'ai une petite trame, au tout début, où je vais récolter des informations. (...) Et après, direct, je demande tout de suite qu'est-ce qui les amène ou quelle est leur histoire (...) Et après, ça, ça défile pendant, allez, ça peut durer jusqu'à 50 minutes d'entretien, où la personne se livre à toi avec tous ses problèmes. Donc l'écoute, pour moi, elle est, je sais pas, je dirais, ouais 80/90% c'est... C'est ce qui est important, dans notre boulot en tout cas. » (P6)

Cit.9 : « En fait j'ai du mal à intégrer les bilans spécifiques à la douleur parce que je trouve que (...) [ça] enlève le côté un peu de communication, en fait. Si je commence à poser question 1, 2, 3, 4 (...)

Je perds la... La communication, en fait, du coup. Je préfère poser des questions ouvertes, guider via des techniques d'entretien motivationnel, sur... Par contre, si je veux interroger les croyances du patient... Je vais plutôt lui poser... « Qu'est ce que... Pour vous, d'où vient cette douleur ? » par exemple. Et après, travailler dessus » (P5)

Cit.10 : « Je pense que je suis... J'essaie d'être empathique. (...) En utilisant des mots style « j'entends ce que vous me dites »... « Je... Alors, si j'ai bien compris ce que vous venez de me dire, c'est ça... ». En essayant de restituer ce qu'il vient de me dire... Donc c'est vraiment de l'entretien épistémique, hein ! » (P3)

Cit.11 : « Je pense qu'il faut faire beaucoup d'écoute (...) beaucoup d'écoute parce qu'en fait ça va lui permettre, en fait, d'accepter psychologiquement (...) Le message que j'ai envie de lui faire passer. (...) Si je l'écoute pas il va pas avoir envie de m'écouter non plus, c'est... C'est assez humain en fait » (P5)

Cit.12 : « Moi je pense que l'idée, le truc le plus important quand tu fais ça, c'est que ce soit le patient qui détermine la réponse (...) un patient va arriver, il va me dire : « J'ai hyper mal au dos. J'ai fait une IRM, j'ai une petite hernie ». Il n'a pas de symptômes d'hernies, mais des douleurs au dos. Et là je le regarde et je lui dis « vous pensez que c'est l'hernie qui vous fait mal ? ». Et là je vois comment il répond. Et je lui dis du coup « si je vous dis qu'il y a une majorité des patients qui sont asymptomatiques avec la hernie qu'est ce que vous en pensez ? », tu vois. Et jusqu'à terme je veux qu'il débouche lui-même par une prise de conscience en se disant : « peut-être que ce n'est pas la hernie qui me fait mal ». (...) c'est ça qui est primordial, c'est que le patient il ne faut pas qu'il comprenne, il faut qu'il adhère. » (P12)

Cit.13 : « le fait d'exprimer leur douleur, d'exprimer leurs souffrances en règle générale leur permet de se sentir mieux, d'extérioriser. En plus, ils sont deux dans une situation qui est souvent similaire donc le but c'est aussi d'échanger et de se rendre compte qu'ils sont pas seuls, qu'il y a d'autres gens qui souffrent tout autant qu'eux, de façon différente, mais tout autant... » (P7)

Cit.14 : « je leur propose, comme je te disais, après en avoir discuté ou après avoir fait une session d'éducation, je leur demande de re-réfléchir un peu à distance de la séance, pour que la prochaine fois ils puissent me préparer des questions. Je les invite même à noter leurs questions et de venir avec pour ne pas les oublier. Donc je trouve ça très important parce que c'est... C'est comme ça qu'on fait de la pédagogie (...) » (P10)

Cit.15 : « j'adore quand le patient me pose des questions et qu'il me pose des colles. Alors là, je dis « je peux pas vous répondre, mais je vais chercher... Et je vous répondrai la prochaine fois ». (...) Ça nous aide à nous améliorer... Et à aller chercher... » (P4)

Cit.16 : « c'est hyper important. Enfin c'est aussi le partage d'expériences ou des choses comme ça, tu vois. Donc ça amène beaucoup de choses. Et puis dans tout ce qui est pédagogie, de toute façon, tu sais très bien qu'il y a la pédagogie on va dire descendante, c'est-à-dire du sachant vers celui qui vient s'informer... Et puis t'as aussi tout ce qui est transversal. Donc transversal qui passe par le système questions-réponses... C'est-à-dire que, bah voilà, aussi parfois le patient peut m'amener moi à me poser des questions, à remettre en question un certain nombre de choses et peut me permettre de tenir compte d'un certain nombre de choses... Et puis aussi de montrer que bah finalement, chacun est un cas particulier... Ça peut aussi m'amener à soulever des questionnements que j'avais pas pensé à mettre dans mes conférences ou des choses comme ça. » (P9)

Cit.17 : « s'il en pose pas, on peut être amené du coup à lui poser, essayer, des questions ouvertes, voilà, sur qu'est ce que c'est pour lui douleur... Ou pourquoi il a mal. Voilà essayer de justement, qu'il

s'exprime, pour voir un peu ce qu'il pense. Parce que s'il dit rien justement c'est plus compliqué. Au final, ça nous donne pas de matière... Donc, le faire s'exprimer et de savoir, et de justement ne pas l'interrompre. S'il s'exprime pas, oui il faut clairement aller vers les questions ouvertes pour amener du dialogue... Donc, avec... « Comment », « pourquoi », tout ce genre de choses. » (P2)

Cit.18 : « Quand on attaque la séance, ce que je te dis : cette petite fenêtre de cinq minutes qu'on prend (...) Et puis aussi, en fin de séance, parce que des fois les gens ils pensent pas à dire au départ ce qu'ils voulaient et ils pensent qu'après que la séance soit faite. (...) Donc vraiment le début et fin de séance. On n'hésite pas volontairement, on n'attend pas que le patient fasse par lui-même. On lui donne la fenêtre pour qu'il le fasse. » (P3)

Cit.19 : « Faut surtout être assez empathique voilà, essayer de se mettre à la place du patient. Et.. et puis essayer de bien le comprendre... Et pas que au niveau physique. S'il y a des soucis autres que ce soit au travail, au niveau psychologique, familial... C'est important de savoir les déceler et du coup pour ça, c'est pas toujours évident. Il faut qu'ils arrivent à se confier. Donc il faut justement, prendre le temps, avoir des questions ouvertes, justement, avec tout ce qui est entretien motivationnel, ça aide pas mal... pour essayer qu'ils parlent et de comprendre mieux les choses. » (P2)

Cit.20 : « je vais faire en sorte de l'écouter parler de sa douleur, au maximum. Et essayer de lui transmettre le message que je comprends, que je sais à quel point c'est difficile de souffrir au quotidien et je vais essayer dans la mesure du possible, une fois que j'ai compris à peu près le parcours qu'il a eu par rapport à sa douleur, de lui proposer quelque chose de concret, de nouveau, de différent en accord avec ce que lui il pense être bien aussi pour sa douleur. » (P7)

Cit.21 : « Je suis assez dynamique, donc je... Je motive les gens dans les exercices, je les accompagne beaucoup. Je fais les exercices avec eux... J'essaie d'être bienveillante. Je pense que il y a un autre terme là-dessus... Je pense que je suis bienveillante. J'ai cette prétention là. » (P3)

Cit.22 : « Éviter de sembler antipathique, éviter de... De comment dire... On n'est pas psy non plus, donc éviter d'être... On va dire que dans la compassion et de plaindre le patient. Ça n'a pas l'intérêt non plus.... Donc il y a un petit équilibre à trouver entre (...) la sympathie et la compassion. » (P13)

Cit.23 : « Ne pas le harceler de questions... Ne pas passer plus de temps à regarder sa feuille que de le regarder lui... En général, on s'assoit. On s'assoit tous les deux, on s'assoit pas tout à fait côte à côte mais de trois quarts. Pas de table entre nous... J'ai pas de feuille devant moi... J'ai pas de tablette devant moi non plus... » (P13)

Cit.24 : « Alors physiquement, je vais déjà essayer de me mettre au même niveau que lui. Si la personne est assise, essayer de m'asseoir. Ne pas avoir la tête au-dessus de lui... En donneur de leçons quoi. Et puis, vraiment lui... Lui dire que toute... Que pour me baser... Pour savoir ce que je peux lui apporter, les seules infos que je peux avoir, c'est celles que lui, il va me donner. ... Et que donc c'est très important qu'il ose, qu'il sache s'exprimer et qu'il ose dire les choses... » (P8)

Cit.25 : « (...) de ne pas me positionner, si tu veux, en tant que personne qui a l'information supérieure qu'il n'a pas. C'est vraiment, voilà... Je lui propose, comme si c'était par exemple une carte pour un restaurant, ce sont des suggestions. C'est voilà... « Si tu as des retours à me faire y'a pas de soucis, on peut en discuter. Je suis ouvert à écouter votre compréhension par rapport à ça. ». Mais en aucun cas, c'est vraiment une information qui a pour but de... D'être pris pour 100 % acquise. Elle est toujours critiquable, modifiable, adaptée, etc. C'est surtout... Le but, en tout cas moi quand je donne ces infos là, c'est pas de heurter la personne ou de la mettre dans une situation qu'elle voudrait pas être, en tout cas en se disant « Ah ! Mais si j'avais su... » (...) Ça, c'est souvent que ça peut arriver. Et le but, c'est de se présenter comme quelque chose de voilà, c'est juste une information qui peut aider en fait, si tu veux. C'est vraiment de l'aide. Donc empathie, bienveillance et aide, moi je dirais. » (P6)

Cit.26 : « généralement, la première séance pendant le bilan, je les laisse parler en long, en large et en travers de leur douleur et je vais même leur poser plein de questions pour bien la comprendre et parce que... Parce que comme je vous avais dit, j'ai vraiment envie qu'ils comprennent que c'est important pour moi... Enfin que c'est important pour moi de comprendre qu'ils aient mal et de valider leurs vécus. Et après, en fait, j'essaye de ne plus en reparler, ou en tout cas le moins possible... Et d'orienter beaucoup plus mes questions sur l'aspect fonctionnel et ce qu'ils ont réussi à faire, et les choses qui... Ouais, tout ce qu'ils ont réussi à faire, tout ce qu'ils font mieux, tout ce qui va mieux. » (P1)

Cit.27 : « Donc ce que j'essaye de faire dans mon comportement avec les patients douloureux, c'est vraiment le plus possible de leur montrer que je suis triste pour eux quand ils ont mal et que ça me déçoit qu'ils aient mal et que... Et que ben j'aimerais pas être à leur place, quoi... Mais à côté de ça, que c'est pas ça le plus important et que le plus important, c'est tout le fonctionnel qu'ils font et qu'ils vont pouvoir faire ! » (P1)

Cit.28 : « Et des fois, vraiment aller mollo mollo, parce que ils ont été habitués à toujours la même chose... Et le patient douloureux chronique qui arrive, il a déjà vu plein de kinés, plein de médecins, plein de chirurgiens, plein de rhumatologues... Qui leur ont raconté la plupart du temps n'importe quoi ! Et avec ça, si tu y vas à fond, tu le perds parce que, bon, lui... « Encore un qui m'a raconté n'importe quoi »... Parce qu'il faut vraiment aller tout doucement, tout doucement (...) Vraiment expliquer... Patience, bienveillance, écoute... C'est la base » (P4)

Cit.29 : « Ca peut être simple pour nous mais beaucoup moins pour eux et du coup il faut beaucoup plus s'adapter, essayer de se mettre à leur place. Avoir du coup une démarche un peu plus empathique et... Et trouver les mots. » J'aime beaucoup utiliser les métaphores. Des métaphores qui peuvent être en lien avec leur vie, leur situation familiale, professionnelle... Justement pour expliquer voilà, pourquoi à tels moments, ils vont ressentir plus de douleurs sans forcément de raisons mécaniques physiques. » (P2)

Cit.30 : « la plupart du temps de toute façon on va parler avec les patients pendant toute la séance, donc peut-être si on fait des exercices cardio plus intenses pendant une dizaine de minutes, on va moins parler mais je dirais bien un quart d'heure finalement où on va parler et où du coup, si on le prend en compte... Enfin, si on part du principe que même la charge mécanique finalement, c'est de l'éducation à la douleur parce que quand on met trop de mécanique ça fait mal aussi, bah finalement on en parle, je pense, au moins un bon quart d'heure par séance. » (P1)

Cit.31 : « Au début de chaque séance, on se pose sur un bureau... J'ouvre le dossier du patient. Il est devant. Et je lui demande comment ça s'est passé depuis la dernière séance, est-ce qu'il a fait ses exercices, est-ce qu'il a des questions... Et éventuellement, on fait le point sur ce qu'on a déjà fait, avant de partir sur la séance. Ça peut me prendre cinq minutes, mais pendant ces cinq minutes, c'est sûr que je vais y glisser quelque chose. » (P3)

Cit.32 : « J'utilise beaucoup de métaphores... Énormément de métaphores ! Mais ça, je pense que c'est... On l'utilise beaucoup en hypnose aussi, mais on le retrouve aussi dans toutes les formations, à chaque fois. Des métaphores... Moi, j'utilise pas trop d'explications. J'essaye d'adapter. Je veux... Ça fout des doutes... De rentrer là... Voies ascendantes, voies descendantes... Je trouve que là, le patient on le perd en 10 secondes ! (...) Donc, je trouve que ça parle bien : les métaphores, des histoires, des expériences avec d'autres patients. (...) Et pour la douleur, on va expliquer que (...) la douleur est (...) complexe et multifactorielle (...) Je trouve ça vraiment très important, aussi. Que c'est pas simple du tout, que ça peut prendre du temps et que c'est une réponse à un danger potentiel, mais c'est même pas sûr. (...) qu'on peut avoir de la douleur, sans être blessé, on peut être blessé et pas avoir de douleur. Je donne des exemples. (...) Je pense que ça marque pas mal le patient. » (P4)

Cit.33 : « (...) des infographies dans la salle. (...) quand le patient venait, je lui disais de s'installer, de se mettre à l'aise, de m'attendre, j'arrivais dans cinq minutes, même pas. Ces infographies, souvent ça attirait l'œil du patient, qui allait regarder. Bon, c'était toujours les infographies de KinéFact. Donc ça, c'est un support que je peux utiliser sans rien faire. Et ça, c'était super intéressant parce que en fait, si tu veux, le patient, c'est très souvent que ça m'arrivait, qu'il me dise : « C'est marrant, ça, je savais pas ! », etc. Et ça me fait une porte d'entrée directe sur l'éducation ou l'information, tu vois. Et ça, c'est super intéressant, par exemple, pour déjà commencer quelque chose sans rien que tu aies fait, sans même commencer le bilan, ou en tout cas le premier entretien. » (P6)

Cit.34 : « Et je leur propose toujours un mail, en fait, qui est assez standard, je vais voir si... Enfin non, il n'est pas standard. J'ai une base standard mais je le personnalise. Dans laquelle il y a un lien vers le livret de Greg Lehman, la version courte. Il y a un lien vers le livret de Ben Cormack « Living well with pain », je crois. Généralement il y a un article de blog ou de journal qui est plutôt bien foutu dans les problématiques sur le dos, j'envoie l'article de Mary O'Keeffe qui explique que le mal de dos c'est pas si grave, (...) traduit pour Kobus et qu'on retrouve sur leur blog en version française. (...) J'envoie des vidéos suivant les cas, ça peut être « comprendre la douleur en moins de cinq minutes », ça peut être « Tame the Beast »... Qui avait été produite par la Pain Revolution. Si ils parlent un tout petit peu anglais ou qu'en tout cas ils ne se disent pas rebutés par l'anglais et les sous-titres, je leur envoie la vidéo « Why Things Hurt » de Lorimer Moseley. Et si il y a des histoires d'examen, d'imagerie je leur envoie une vidéo « Do You Really Need an MRI » de Bahram Jam. (...) Et en gros, j'essaye de les adapter quand même un petit peu aux pathologies qu'ils ont etc. Je vais pas envoyer un truc sur le dos si c'est pour des histoires de cervicales ou de tendon d'Achille, par exemple. Je leur envoie plein de supports possibles en leur disant « mais en fait vous faites ce qui vous plaît dedans ». Je leur envoie Retrain Pain aussi, sur le site. » (P1)

Cit.35 : « Ça, je fais aussi : j'envoie des fois des mails aux patients avec des vidéos, par exemple de Peter O'Sullivan ou Tamar Pincus, quand ça correspond bien à leur cas je veux leur envoyer. Ouais (...) je donne des fois par mail, mais surtout, on va dire que 85 % des fois, c'est à l'oral. Et après, quelques supports... Et j'envoie des fois des mails, voilà. (...) C'est rare que je propose des lectures. S'ils me le demandent, je leur dis : « si vous voulez lire, j'ai des tonnes de choses à vous proposer ». Mais c'est vraiment très, très rare que les gens me disent « ah oui, oui, ça m'intéresse ! ». Ça aussi, par mail, j'envoie des liens. Par exemple, le livre de Greg Lehman, et j'ai tout un tas d'articles, mais c'est rare. » (P4)

Cit.36 : « (...) elle voulait retrouver un peu ces informations là, donc je lui ai partagé par mail des ressources que moi j'avais, comme par exemple, « comprendre la douleur en cinq minutes » sur une vidéo qui est traduite, de je sais plus qui, mais qui est faite par Yannick Barde, je crois, si je dis pas de bêtises... Après, un peu des vidéos sur la CFT quand t'as Peter O'Sullivan qui explique un petit peu, bah, un petit peu le problème du « low back pain », des douleurs de dos. Qu'est-ce que j'ai partagé d'autres... Voilà, pas mal de petites ressources comme ça. Les livrets de Greg Lehman, aussi, beaucoup, le petit livret... De Ben Cormack, un petit peu. » (P6)

Cit.37 : « Alors déjà, je fais soit dessiner le classique, là, sur le corps et les endroits de la douleur... Et puis sinon, après, j'utilise un peu les principes un peu des portraits chinois... En demandant à la personne si elle pouvait me dessiner sa douleur, qu'est ce que... Voilà comment elle la dessinerait avec un papier, un crayon, et de voir comment elle la met en forme. » (P11)

Cit.38 : « Quand je sens le patient capable. C'est... Je lui demande « est-ce que vous pouvez me représenter votre douleur ? ». (...) Tout ce travail très manuel (...) La représentation de la douleur... Et en fait, bah le choix est libre au patient donc on peut faire ça à partir de musique, de peinture, de pâte à modeler, de... Et moi, j'ai tout au cabinet en général, j'ai tout dans mon sac à dos si jamais y

avait besoin... Pour qu'il puisse représenter... Et après, on peut s'en servir pour d'autres exercices. » (P13)

Cit.39 : « En complément, donc quand j'ai des patients avec des douleurs persistantes, je leur prête une bande dessinée qui s'appelle « La douleur, quelle chose étrange ». Donc soit quand... Je passe au patient pour qui la ramène plus tard, je lui prête pour qu'il le lise à la maison. Et sinon je le mets à disposition au cabinet pour qu'il lise... En faisant peut-être un peu d'exercice en fin de séance... Et, donc... Je l'invite à réfléchir chez lui à tout ça, de préparer toutes les questions qu'il a... Et à venir... À me poser toutes ses questions à la séance suivante. En général, ce qu'ils me disent, c'est qu'ils apprennent [pas] de nouvelles choses en lisant la bande dessinée mais par contre que ça permet de mieux se les approprier. Donc s'approprier des choses que je leur apprends. » (P10)

Cit.40 : « Je peux leur donner aussi des fois des livres à lire, carrément. Alors, entre nous, le premier critère pour les livres à lire... Je leur donne des parties de livre à lire, voilà, que j'imprime et que je leur donne, et je leur dis : « Voilà, vous pouvez lire ça. C'est quelqu'un qui en parle et qui en parle beaucoup mieux que moi... Et si vous avez des questions, vous revenez avec et voilà, vous surlignez, vous écrivez dessus, y a vraiment pas de soucis, c'est une page d'imprimante, c'est pas... C'est pas un trésor quoi... Et voilà, et on en reparle. Et vous me dites si ça s'applique à vous, si vous vous reconnaissez ou pas, si ça vous parle ou pas ». Et voilà, ce sera plutôt un travail comme ça. (...) Moi j'aime bien le livre de Greg Lehman. » (P5)

Cit.41 : « Et j'ai un algomètre de pression qui me sert occasionnellement pour leur montrer que... Qu'ils ont un seuil de douleur qui est modifié. (...) je m'en sers beaucoup plus pour leur montrer que bah sur tout un hémicorps, par exemple, ils vont avoir un seuil de douleur à la pression qui est de 15 kg par centimètre carré alors que sur l'autre hémicorps ils l'ont à 8 ou 10. Pour bien leur faire... Leur montrer qu'il y a un décalage et que c'est pas normal. ... Ou ils l'essayent sur moi et puis ils montent jusqu'à 10 ou 12. Et puis on essaye sur eux et je pose à peine la machine que ça leur fait mal à des endroits qui sont loin du site douloureux principal. Voilà, pour leur montrer que c'est anormal. » (P1)

Cit.42 : « J'axe beaucoup mon traitement sur 3 choses : sur de l'information, sur un exercice général et sur un exercice spécifique. (...) Ça, c'est un peu Ben Cormack qui dit ça, mais voilà, c'est de la logique pure. L'information, c'est ce que tu peux donner au patient en fonction de ce qu'il attend de toi. ... L'exercice général, c'est ce qu'il aimerait faire. Et ce qu'il peut faire et ce qu'il veut faire. Parce que clairement, s'il a envie de faire de la piscine, il fait de la piscine. S'il a envie de courir, il fait de la... En fonction de ce que tu peux proposer, tu fais une exposition graduelle ou pas (...) Et l'exercice spécifique, ce serait un petit peu quelque chose, soit une modification de symptômes, soit un exercice qui a vraiment une vertu thérapeutique par rapport au problème cité, tu vois et... Et t'as vu qu'il pouvait lui faire du bien, ça peut être... Je pense à McKenzie, par exemple, même si je ne suis pas du tout McKenziste. ... Ça peut être très bien... Je sais pas, moi je fais beaucoup d'épaulé, donc ça peut être très bien : modifier les symptômes, reproduire l'exercice... Mais ça, c'est vraiment mon traitement de fond tu vois. C'est un peu ma trame directrice. Et c'est ça qu'il se passera. Et après, je veux vraiment savoir à ma deuxième séance qu'est-ce qui a pu être limitant, comment ça s'est passé, quelle évolution ça a eu. Même si je sais qu'une semaine, c'est pas assez théoriquement. » (P6)

Cit.43 : « Je travaille pas mal avec un peu les principes de la thérapie d'exposition... En psychologie. Donc quand ils me décrivent des mouvements qui sont douloureux, qu'ils craignent et qu'ils n'ont pas confiance pour faire etc. et ben généralement, c'est justement les exercices qu'on va choisir pour... Pour vérifier que oui, ça fait peut-être mal pendant mais y'a pas de douleur après et que leur dos n'a pas été endommagé ou que oui, ça fait très peur mais que finalement en conditions au cabinet, en étant un peu soutenu, peut-être en se relaxant, ils arrivent à le faire. Et voilà, j'essaie beaucoup finalement d'utiliser les exercices pour leur faire expérimenter les choses dont on peut parler en éducation à la douleur. » (P1)

Cit.44 : « Alors, peux te faire une liste et puis je pioche en fonction des croyances du patient là-dedans, mais tous les traitements manuels. Massage, thérapie manuelle, exercices évidemment. Les adjuvants, à mon plus grand désespoir parce que voilà, que ça m'est déjà arrivé (...) physio etc. etc. Si c'est dans les croyances du patient et qu'il estime que c'est absolument nécessaire. (...) n'importe quel outil d'un kiné, en fait (...) Et j'essaie de me garder en tête que c'est vraiment un tremplin. L'idée c'est de... L'idée c'est de rendre le patient autonome. Donc si ton patient pense qu'il a systématiquement besoin de se faire manipuler ou systématiquement besoin de toi pour faire ses exercices, je pense que c'est qu'on a failli quelque part dans notre discours. (...) Qu'importe l'outil que j'utilise, ça c'est quelque chose que j'essaie de garder en tête en me disant « oublie pas, quelque soit la stratégie il faut que le patient puisse la prendre en main ». Donc il faut soit qu'il pense qu'il n'en a plus besoin, soit qu'il puisse l'acquérir, typiquement le champ de fleurs, c'est quelque chose que les patients achètent, des fois. Ou qu'il puisse savoir le reproduire chez lui, donc les exercices. (...) L'intégrer dans sa vie quotidienne. Donc qu'importe l'outil, je fais en sorte que l'outil, ça rentre dans les croyances du patient et qu'il pense en avoir besoin et puis après qu'il puisse l'utiliser. » (P13)

Cit.45 : « on essaye de bien donner des exercices à faire entre les séances. Et on les donne précisément ! C'est-à-dire : est-ce que c'est tous les jours, tous les deux jours, combien de séries, combien de répétitions par série... Et on pousse très loin, à dire « vous allez le faire quand, le matin, le soir... ». Tu vois on essaye vraiment de... De cibler le travail pour l'impliquer davantage ! On essaye, en fait, de faire en sorte que le patient s'engage. » (...) Et on [recueille] : « vous pensez que vous serez capable de le faire ? ». Donc c'est l'autosatisfaction. (...) on est sur l'autosatisfaction. » (P3)

Cit.46 : « Ensuite, nous ce qu'on veut, c'est que de son côté, il fasse autre chose que de la rééducation mais qu'il soit dans le principe de l'éducation à la douleur, c'est-à-dire que par exemple si il est sédentaire... On va lui demander à ce qu'il réfléchisse à une activité qui lui plaît et qu'il va pouvoir faire par lui-même, toutes les semaines. (...) Donc par exemple, si il fait pas de sport « bon bah y'a un truc qui vous plairait ? ». Pas forcément quelque chose qu'il a déjà fait. « Vous aimez le ping-pong ? OK » et tout. « Vous avez quoi comme club à côté de chez vous ? D'accord... ». Donc vraiment, on l'engage ! « Alors OK... ». Et la séance d'après : « vous avez appelé le club et tout ? ». (...) « Vous essayez quand ? ». « Ah j'essaie la semaine prochaine ! ». « D'accord, OK. ». Tu l'interroges dessus ! Mais vraiment... Mais au maximum possible, l'engager là-dedans ! ... Et... Ou alors « Ah, vous allez à la salle de sport ! OK... Comment ça s'est passé à la salle de sport ? ». Et je leur redemande comment ça s'est passé, et est-ce qu'ils ont envie d'y retourner. » (...) Et j'insiste aussi beaucoup sur le fait qu'il faut qu'il se fasse plaisir ! Parce que se faire plaisir, ça fait sécréter des substances chimiques dans son cerveau qui font du bien à son fonctionnement, pour qu'il fonctionne mieux. » (P3)

Cit.47 : « Et le mieux, c'est de se taire et de les laisser parler entre eux. Enfin, c'est de lancer un sujet, poser une question et... Et de voir ce qui émerge, en fait. C'est la meilleure façon que j'ai trouvée, mais du coup c'est hyper flippant parce que quand on les écoute, des fois on se dit « mon dieu, mon dieu, mon dieu ! Mon dieu mais où est-ce qu'ils vont ? ». Et... « Oh c'est génial, j'y avais jamais pensé ! ». (Rires). Donc on se fait des petits ascenseurs émotionnels ! » (P13)

Cit.48 : « Et ben là, ça fait une demi-heure qu'on parle de ça. Qu'est-ce que vous voudriez noter en particulier aujourd'hui ? ». Et tu retranscris leurs mots clés ! Donc « qu'est-ce que vous voudriez produire ? ». Ou... Là sur le deuxième groupe, je leur ai demandé de... De réaliser un petit peu de posters, de dessins... Et en disant « bah on en reparlera tous après », voir si il y avait d'autres choses qui émergeaient à partir de ça mais que... Qu'ils ont pas fait qu'en parler et ils ont concrétisé par quelque chose de physique, si tu veux. » (P13)

Cit.49 : « Donc je ne fais pas de re-test formel... Je pense que ce qui me permet, moi, de savoir si j'ai encore besoin de revenir dessus ou pas, c'est est-ce que les patients commencent à identifier des choses qu'ils ont bien faites ou mal faites par rapport à ça. Par exemple « j'ai eu plus mal mais j'ai senti que c'est parce que j'étais stressé. Et du coup j'ai été courir pour me détendre et finalement ça m'a fait du bien de faire de l'activité physique et de me déstresser ». ... Ou si au contraire ils me disent « oh là là j'ai eu mal et du coup, j'ai paniqué et ça m'a stressé et je suis allé m'allonger », bah là je sais que le message n'est pas passé. » (P1)

Cit.50 : « Le changement de vocabulaire. Je trouve que ça commence par là. Sur les termes que le patient emploie. Et... Avant de voir des changements physiques avec une évolution on va dire des performances ou une diminution de la douleur, je trouve que ce qu'on voit, c'est un patient qui est un peu plus serein. (...) il va pas forcément mieux dans le sens où sa douleur n'a pas été inhibée mais il est plus... Il est plus à l'aise, en fait. Il est plus zen, il est plus... Je sais pas le dire autrement. (Rires). Il est mieux ! (...) c'est vraiment une attitude... C'est plus une attitude générale. Là le patient que j'avais en tête, c'est un monsieur tu le voyais arriver il était tout recroquevillé, replié sur lui-même, il faisait la tête... Trois séances plus tard, tu le vois arriver il est littéralement rayonnant ! (...) Donc changement de vocabulaire, changement d'attitude. Et après tu peux aller chercher les changements fonctionnels... » (P13)

Cit.51 : « ce sera plus de manière subjective, voilà... Faire un peu un point, sur ce qu'il a compris, voilà : « résumez-moi un peu ce que vous avez compris sur votre douleur, pour vous qu'est-ce que ça signifie... » Voilà, ce genre de questions un peu ouvertes pour savoir un peu l'évolution. Si justement il y a certains points à revoir, bah du coup ça permet de... De les reprendre. Et si c'est globalement positif, du coup, ça lui donne plus de clés surtout pour être indépendant. » (P2)

Cit.52 : « Je vérifie toujours qu'il ait bien compris, enfin voilà qu'il ait compris pourquoi il vient me voir, qu'il ait compris s'il vient avec des examens qu'est-ce que ça voulait dire ces examens. Quand je dis quelque chose je vérifie qu'il ait compris et qu'il se sente libre de me poser des questions » (P11)

Cit.53 : « Je vais l'interroger oralement, mais je le teste aussi physiquement pour voir s'il a compris. (...) En fait, je lui demande de me faire une démonstration, souvent, des exercices, par exemple. Et je lui dis « bah là, par exemple, vous avez mal, là, sur cet exercice. Comment vous pourriez faire pour essayer de faire céder la douleur sur cet exercice ? Vous faites toujours le même exercice. Et est-ce que vous avez une idée de comment vous pourriez faire différemment l'exercice pour essayer de faire passer la douleur ? ». Donc en fait, dans l'action, je lui demande verbalement. Je lui demande aussi dans l'action parce que l'idée c'est que quand il va se re-confronter à la douleur de son côté et que je suis pas là... Comment il va faire, tu vois ? Je sais pas du coup si ça répond à ta question... Mais voilà... Ce que moi je leur dis « il faut pas hésiter. Il faut toujours titiller la douleur ». J'emploie beaucoup ce terme là « titiller la douleur ». C'est-à-dire que « si vous voulez progresser, il faut toujours que justement vous soyez à la limite de cette douleur, parce que c'est elle qui va être en fait votre curseur de charge, qui va savoir si vous dosez votre exercice ». (...) « Donc là, OK, ça fait trop mal. Bah comment vous pourriez faire pour adapter votre exercice, là ? OK... On retire un peu de charge ? OK... On réduit un peu l'amplitude du mouvement ? D'accord. ». Donc là, je vois qu'il a compris parce qu'il arrive à le faire par lui-même. » (P3)

Cit.54 : « Alors ça, je n'évolue pas de manière objective parce que je crois pas... J'ai pas en ma connaissance d'outils pour ça. (...) Donc au niveau des croyances, je vais plutôt regarder un peu le catastrophisme, moi, avec le STarT Back ou l'inventaire de sensibilisation centrale. ... Mais j'ai pas (...) d'outils d'évaluation en stock (...) sur les connaissances... C'est pas quelque chose que je fais. Je le fais de manière subjective en demandant aux patients « bon bah qu'est-ce que vous avez retenu ? ». ... Notamment « qu'est-ce que j'ai pu vous apporter ? Et qu'est-ce que vous reprenez de nos séances ? Et... qu'est-ce que ça vous a apporté ? ». Après j'ai pas... J'ai pas de QCM... » (P10)

Cit.55 : « Je dirais que c'est à chaque séance puisqu'en général je commence ma séance par leur demander donc comment ça s'est passé depuis la dernière fois. (...) Généralement, je leur demande s'ils ont eu des problèmes du coup et si ils ont su les gérer. Et c'est là où effectivement (...) Ils me disent « bah non j'ai pas osé mes exercices... J'ai pas osé faire mes exercices parce que j'ai eu peur de mal les faire et donc de me faire mal » ou... Je crois que c'est vraiment au début de chaque séance ou de toute façon je leur demande comment ça s'est passé depuis la fois d'avant, comme ça fait en moyenne une semaine que je ne les ai pas vus... Et où ils me donnent même leurs résultats. » (P1)

Cit.53 : « je les regarde à chaque séance. (...) Je formule pas forcément la question mais les gens vont te le raconter. Et... Pareil, le fait que les gens aient essayé des choses, c'est aussi un marqueur de changement en fait. ... On en parlait avant mais ton patient très passif qui te dit, même si la solution n'est pas la bonne, c'est pas grave... Ton patient passif qui te dit « ah ben j'ai mal au dos. Cette fois-ci j'ai essayé de me tenir assis et de pas m'allonger ». Super ! C'est en fait... C'est déjà qu'on est passé sur une autre catégorie et qu'il a essayé de faire quelque chose. C'était toujours du passif mais il a essayé autre chose que d'habitude et c'est aussi un très bon marqueur... Un marqueur d'évolution. » (P13)

Cit.57 : « Surtout après la première séance. Après, je suis pas sûre que j'y pense, mais... C'est bien, ça me fait penser que ça pourrait être... Peut-être... Je pense que c'est quand je leur... Quand j'ai abordé un nouveau concept que je vais leur poser la question. » (P8)

Cit.58 : « C'est un peu compliqué d'isoler juste cette prise en charge. Moi je pense que ce qui est important... Enfin ce que j'ai l'impression qui a vraiment changé depuis que j'arrive bien à le faire, c'est que... Les gens ont moins peur... Enfin c'est compliqué parce que je donne mes exercices aussi. (Rires). Mais je dirais que les gens ont moins peur de bouger. Mais je pense que c'est aussi parce que... Pas uniquement grâce à l'éducation mais avec le reste, j'ai des meilleures stratégies pour les aider à trouver des moments pour faire les exercices ou aller bouger (...) Ouais, je pense que c'est vraiment un tout donc c'est un peu dur... Enfin pour moi comme ça fait partie d'un tout. J'ai pas cherché du tout à le séparer » (P1)

Cit.59 : « C'est un impact sur le fait que la personne elle va plus être acteur de sa rééducation. (...) Donc du coup, ça augmente, je pense, la motivation. Les gens vont vraiment beaucoup plus s'impliquer. Peut-être être, voilà, moins dépendant aussi (...) peut-être d'autres... Professionnels de santé. Certains professionnels de santé ou bien de médicaments... Ou bien d'imageries, voilà. Ils vont peut-être plus... Ouais... Ouais, plus indépendants, ouais ! » (P11)

Cit.60 : « L'impact il va être énorme ! Parce que déjà ça permet de justifier une action proactive du patient en fait. Ça la justifie parce que dès le moment où il comprend que la douleur elle est pas mécanique et que c'est pas un thérapeute qui va enlever l'origine de la douleur, le patient il va comprendre que c'est à lui de faire le travail de son côté pour qu'il puisse s'améliorer. Je trouve que ça c'est primordial ! C'est une pierre angulaire dans ma façon de travailler en ce moment, c'est que quand je leur montre qu'une douleur (...) n'est pas forcément mécanique (...) c'est son travail personnel, qui (...) va permettre une amélioration » (P12)

Cit.61 : « Ça joue voilà sur ce catastrophisme... Ça change un peu la vision du patient... C'est-à-dire, qu'il devient actif en fait, je pense, avec ça ! (...) il se sent impliqué. Il devient actif. Il comprend qu'en fait, venir me voir, même si j'étais le meilleur thérapeute manuel au monde, même si je faisais la meilleure kiné au monde, venir me voir une demi-heure, une fois toutes les 2 semaines et ben, finalement une demi-heure sur 14 fois 24 heures, c'est pas tant que ça. Que, en fait, il y a plein de critères que lui, il peut changer (...) Donner le pouvoir au patient vis-à-vis de sa situation » (P5)

Cit.62 : « Le fait d'apporter de l'information, ça peut permettre aux patients de dépasser certaines peurs... De comprendre un peu les mécanismes et de se dire « ah bon, bah d'accord, OK, finalement je n'ai plus si peur de la douleur ». Enfin, tu vois, tu peux effectivement par l'information par exemple libérer un patient de la kinésiophobie... » (P9)

Cit.63 : « Donc vous avez peut-être un certain nombre de patients à qui les proches ont conseillé d'aller voir un ostéopathe parce qu'ils ont sûrement une vertèbre déplacée... Ou ils avaient une jambe plus longue que l'autre et que du coup ils ont été voir le podo et que ça va beaucoup mieux et qu'ils devraient faire pareil etc. Bah moi je pense que nos patients qui ont bénéficié de l'éducation à la douleur... Ils vont peut-être avoir un effet similaire... Mais un peu plus dans le bon sens : dans le sens où ils vont aussi pouvoir donner des conseils autour d'eux à leurs amis (...) en leur disant « Bah ouais, t'as mal partout mais peut-être que c'est parce que tu passes tes nuits à geeker ou peut-être que si tu prenais un peu de temps pour faire du sport et déstresser après le boulot, tu irais mieux... ». Et du coup voilà, je pense c'est plus dans l'impact que nos patients vont avoir autour d'eux que c'est vraiment important. » (P1)

Cit.64 : « Bah le premier... Pour moi le plus gros impact que ça peut avoir, c'est sur le fait d'être rassuré sur les douleurs, que ce soit celles qu'il a eues et celles qu'il aura certainement par le futur. C'est de se dire voilà : « Je sais pourquoi j'ai mal. Je sais que c'est normal. Je sais que c'est juste un mécanisme de protection. Et je sais surtout... », et ça c'est surtout ça le plus important, « je sais surtout que j'ai une influence sur les douleurs, et que ma vie en général va avoir une énorme influence sur mes douleurs... Que si j'ai une vie épanouie, tout de suite, les douleurs auront moins de poids ». ... Donc c'est un message positif au final. C'est surtout de se rassurer, de se dire : « Voilà, j'ai mal, OK, mais j'ai plein de choses possibles pour aller mieux ». » (P2)

Cit.65 : « Ensuite, c'est le fait que le patient il va se sentir plus... euh... plus... pris en compte dans le traitement, tu vois. Il va se sentir bah... patient centré tu vois. Il va se sentir vraiment inclus dans le traitement, parce que tout ça c'est adapté à ce qu'il ressent, à ce qu'il perçoit. Ça donne des réponses à ses douleurs qu'il n'avait pas. Et tu vois, c'est une approche beaucoup dans l'écoute, ce qu'on disait toute à l'heure... Donc forcément, le patient se sent centré. » (P12)

Cit.66 : « Alors moi, j'ai des retours positifs. Même des fois, j'ai des patients chez qui c'est dur (...) Y a tout le contexte aussi personnel, qui fait que ben c'est compliqué de mettre des choses en place. C'est compliqué parce qu'il y a pas mal de choses qui font que, bah voilà, la douleur monte. Enfin voilà, je prends l'exemple d'une patiente, voilà, elle venait, ça allait mieux... Puis, d'un coup forcément, y a son frangin qui prend un cancer, elle perd son travail, elle n'a pas d'aide à la maison, elle n'a pas de famille... D'un coup, tout ça, y a eu un décès dans sa famille, voilà c'est des choses, voilà... C'est de l'imprévu, quoi, c'est de l'imprévu. Mais ! Elle est quand même contente du traitement. (...) Elle est contente parce que... Elle le dit. Elle le dit parce qu'en fait, elle sent qu'elle a réellement quelqu'un qui cherche à trouver une solution, qui travaille main dans la main, elle a une aide. Voilà donc après sur les... J'ai de très bons retours. » (P5)

Cit.67 : « En tout cas c'est ma petite expérience. Il y a des patients qui trouvent ça super intéressant, tu vois, comme ça peut être l'appui des infographies, qui trouvent ça super intéressant... Ils trouvent dommage qu'ils ne l'aient pas eu avant, dans le côté positif. Ils trouvent ça pas normal qu'on ne le sache pas, qu'ils ne le sachent pas plus tôt... Ils trouvent ça pas normal que des médecins, ou je ne sais qui d'autre, ne le sachent pas. Et ne le disent pas. » (P6)

Cit.68 : « Et tu vois, tu connais la hiérarchie. Et, en tout cas auprès des patients, c'est que le médecin il est au dessus, et quand un médecin dit « il faut des massages », et que tu dis « il faut faire de

l'éducation à la douleur », la balance elle pèse plus de l'autre côté tu vois. Ça c'est les grandes barrières je trouve. Ça c'est hyper difficile à gérer je trouve. » (P12)

Cit.69 : « lui montrer que d'un côté il me dit qu'il veut aller mieux et qu'il veut recourir et d'un autre côté, il veut tout faire sauf se remettre en mouvement » (P13),

Cit.70 : « après voilà, il y a cette notion de : où s'arrête et où commence notre travail, qui peut être un frein. Donc on ne sait pas jusqu'où on peut aller gratter dans le psychologique sans... Sans dépasser notre domaine de compétence. Et en même temps, un patient qui vient chez nous une demi-heure par semaine, ou si on est sur des modes de soins un peu plus traditionnels, trois fois par semaine une demi-heure, il y a forcément un moment où il va nous parler de choses qui risquent de compter un peu pour lui. Donc il faut être un minimum formé quand même. » (P1)

Cit.71 : « Je travaille moins qu'avant... Je me suis mis des demi-journées dans la semaine pour à la fois travailler ma communication (...) de revoir mes bilans, de les améliorer, de lire un peu plus, d'échanger avec d'autres kinés qui bossent sur la douleur... Et de me détendre. (...) Donc je travaille moins pour être plus en forme quand je suis au travail. J'ai commencé du travail en maxillo-faciale (...) Donc ouais, ne pas faire que de ça et diversifier. Et avoir des séances cools (...) Donc voilà, la diversification dans le travail c'est important. » (P1)

Cit.72 : « Et c'est là où les questionnaires m'ont beaucoup, beaucoup aidé au début. (...) surtout le CSI, le STarT Back, l'Orebro, le Tampa. C'était ceux que j'utilisais beaucoup au début. (...) Quand on ne sait pas quelles questions poser mais qu'on a envie de creuser, c'est très pratique. Et après, quand on les connaît entre guillemets par cœur, on a plus besoin de questionnaires, mais on pose les mêmes questions en fait. » (P1)

Cit.73 : « Chez le kiné bah il y a déjà... Il y a... Accepter des nouvelles connaissances. C'est compliqué de se dire que si le mec il a mal au dos depuis 25 ans, c'est pas à cause de sa hernie... Et que ça va plus loin que des symptômes physiques ! (...) Et que il faut prendre en compte l'environnement de la personne et ses dispositions cognitives, enfin cognitives et psychiques et émotionnelles. Parce qu'on a quand même beaucoup de collègues qui considèrent que c'est plus notre travail (...) Et que là, ils sont là pour soigner un dos. (...) Donc intégrer concrètement le psycho-social, bio-psycho-social. » (P13)

ANNEXE IV : SUPPORTS SUPPLEMENTAIRES UTILISES PAR LES PARTICIPANTS

Ce document contient les citations des participants en rapport avec différents supports pouvant être utilisés lors de l'intégration de l'ED en séances individuelles ou collectives. **(I)** Métaphores citées par les participants - **(II)** Histoires, faits réels, anecdotes - **(III)** Les « DIM » et les « SIM » - **(IV)** Expériences faites lors des ateliers - **(V)** Autres supports utilisés lors des ateliers (posters, collages)

I- Métaphores citées par les participants

La métaphore du « père de famille » :

P2 : « Alors bah justement moi, ce que j'aime beaucoup c'est les métaphores. Comment... Greg Lehman en utilise pas mal, il y en a des exemples et... qui sont très parlantes. Et c'est ça qui va me permettre surtout de personnaliser, justement, l'éducation à la douleur via les métaphores. Et le but, mais c'est là aussi toute la difficulté, c'est justement de trouver une métaphore qui va être en lien avec la personne. Donc je sais pas... Par exemple quelqu'un qui a une vie de famille avec des enfants, bah, justement on peut expliquer une métaphore vis-à-vis de la douleur assez facilement. Greg Lehman la cite, elle est très simple et du coup pour des personnes, il vaut mieux... Ça va prendre beaucoup plus de sens chez eux. Il faut vraiment... Moi j'aime beaucoup utiliser des métaphores, et que ça ait un lien avec l'histoire de la personne, sa vie... (...) ma métaphore préférée, c'est le père... ça peut être le père ou la mère au cas où, mais, le père qui, justement, rentre du travail après une mauvaise journée, où son patron l'a engueulé et tout, et qui, en arrivant, voit ses enfants se chamailler... Et en voyant ça, il pète un câble, il s'énerve énormément contre ses enfants, il les punit. Et... Justement la conclusion de tout ça, c'est : est-ce que les enfants se chamaillent régulièrement ? Oui. Est-ce que sa réaction excessive par contre est normale ? Non. Et c'est pour expliquer justement que des fois en fonction de tous les aspects de la vie, un petit stimuli peut provoquer une énorme douleur, mais parce que justement il y a pleins de paramètres différents. (...) Franchement j'en suis pas l'auteur, c'est Greg Lehman qui l'utilise dans son livret, et franchement, c'est celle qui m'a le plus marqué. »

P5 : « Un que j'utilise c'est souvent, c'est... C'est celui-là, c'est le... Je leur dis : « voilà c'est un peu le père de famille qui rentre chez lui et qui a ses 2 enfants qui se chamaillent... Et il fait quelque chose de très pédagogique, il explique qu'il faut pas se chamailler, etc. à ses enfants. Et voilà tout rentre dans l'ordre ». Et je leur dis : « voilà, le père de famille revient cette fois de sa journée de travail, ça s'est très mal passé, il s'est embrouillé avec son patron, il s'est embrouillé avec sa femme, avec ses collègues, peu importe. Il a eu les bouchons sur la route. Et là ses enfants se chamaillent... Et là, du coup forcément, il va pas être si pédagogique que ça et il va commencer juste à crier lui aussi ». Et je dis : « bah voilà c'est un peu ça, en fait... C'est-à-dire qu'il y a eu le même stimuli, stimulus ou stimuli... Et il y a eu une réaction qui était totalement différente. » (...) « Et voilà c'est deux... Pourtant il y a eu le même stimulus, c'est-à-dire qu'il y a eu les deux enfants qui se chamaillent et une réaction du père qui est totalement différente ». Et ils se disent, c'est un peu le cas pour tout le monde, et « pour vous aussi et voilà ». Et on discute, en fait. »

La métaphore de « l'horloge » ou du « réveil » :

P5 : « (...) j'en parle souvent avec mes patients, je dis : « voilà, vous vous êtes focalisé sur la douleur pendant pas mal de temps. Et ce qui serait bien, c'est qu'on va essayer de se dé-focaliser justement sur cette douleur là ». Bah tiens, là j'utilise la métaphore de l'horloge, qui parle peut-être à Anthony, je dis : « voilà, c'est comme si vous aviez une horloge dans la pièce, si vous vous focalisez dessus, vous l'entendez. Si vous vous focalisez pas dessus, vous l'entendez pas ». Et bah je dis : « c'est un peu pareil avec la douleur. (...) Donc du coup on va essayer de... Juste pendant un petit moment, on en parlera de la douleur c'est sûr... Mais pendant un petit moment, on va se focaliser peut-être un peu plus sur la fonction... La douleur vous empêche de faire des choses. Mais moi, ce que je veux, c'est

d'abord commencer à ce que vous puissiez refaire ces choses-là ! »

P4 : « Ah ! J'aime beaucoup, bah c'est Anthony qui l'a lancé il y a pas longtemps : c'est celle quand on est focalisé sur la douleur, et la métaphore c'est quand on dort et qu'on entend le réveil, le tic-tac. (...) C'est pour dire que quand on se focalise sur la douleur, on n'entend que ça ! C'est comme quand on essaye de dormir, et au loin t'entends le tic-tac du réveil, et alors là, tu n'entends que ça ! (...) Pour expliquer aux patients que se focaliser sur la douleur, des fois c'est bien, parce que des fois en hypnose, on utilise la réification donc bon... On peut aller se focaliser sur la douleur pour essayer de la modifier... Mais que des fois, bon... C'est pas... Ça dépend ! Des fois, on se focalise... Mais des fois, c'est pas bien de se focaliser. »

La métaphore du « patron et de la secrétaire » :

P2 : « Après t'as, par exemple, pour l'éducation à la douleur le patron et la secrétaire pour expliquer ce que c'est, justement, la nociception, voilà. Et qui dirige là dedans... C'est-à-dire le patron c'est le cerveau, voilà, et justement après derrière t'as la moelle épinière qui est un peu la standardiste ou la secrétaire, qui va filtrer les informations. Donc ça, ça permet d'expliquer un peu comment ça marche et que, justement, c'est inconscient. C'est pas quand on dit « le cerveau » justement ça, faut bien l'expliquer. Que c'est pas dans leur tête et qu'ils se créent leur douleur, mais que c'est justement au delà du contrôle de la personne. »

La métaphore du « verre d'eau » :

P5 : « La métaphore un peu... Du verre d'eau, en fait. Et je leur dis : « Voilà c'est... Qu'en gros la douleur ça apparaît quand vous avez plus la capacité à... En gros que les capacités aident à... A ne pas avoir de douleurs, à diminuer ces douleurs là, c'est-à-dire que si vous êtes au soleil, en vacances, bien dans votre peau... Forcément, votre douleur va diminuer. Et si vous avez des événements négatifs, elle va plutôt augmenter. Et que finalement les dégâts tissulaires, ils n'ont pas changé entre... Entre avant et après, quoi » (...) J'utilise beaucoup... J'utilise des fois le... Cette... Je leur fais dessiner ce verre d'eau, des fois et je leur dis : « Voilà, le verre il est plus grand et plus solide quand vous avez des choses positives, en fait, qui vont vous aider à... A surmonter en fait, cette période, de douleur »... Et je leur demande en fait qu'est-ce qui pour eux, je leur donne des exemples hein... Je leur dis voilà par exemple avoir un bon sommeil peut améliorer la taille du verre, par contre, ça peut rajouter de l'eau dans le verre si vous avez un sommeil qui est de moins bonne qualité. ... Et je leur dis : « Pour vous, par exemple, le sommeil, où ça irait ? ». Donc on en parle. Et après je leur dis : « Voilà, maintenant, j'en ai cité un... Qui parle un peu à tout le monde. Maintenant dites moi ceux qui sont propres à vous ! ». »

La métaphore du « PDG et de l'entreprise » :

P7 : « On compare le corps à une entreprise... Donc le cerveau est le PDG et le reste du corps vont être les différents départements. Cette métaphore là, elle va montrer l'importance du cerveau dans la création de la douleur et le fait que des fois, il peut y avoir douleur sans blessure parce que le cerveau va lui-même - là je te la fais en termes techniques parce que là c'est plus facile - il va envoyer des messages descendants qui vont en fait créer de la douleur, voilà. ... Donc on est dans une entreprise, tout fonctionne bien. Donc le PDG fait des contrôles au département financier, par exemple, qu'on va par analogie, le département financier, ce sera le dos par exemple. ... Donc le département financier fonctionne très bien, donc le PDG fait des contrôles, on va dire, hebdomadaires. Et puis un jour, il y a un problème, il y a un petit souci dans le département financier. Donc là du coup, le PDG va aller voir une fois... Et puis il va y retourner le lendemain quand même, pour être sûr. Et puis, il va y retourner le surlendemain. Et le problème, c'est qu'au fur et à mesure qu'il va y retourner, le département financier va se sentir de moins en moins bien parce qu'il va se sentir de plus en plus stressé par le PDG. Et au fur et à mesure ça ne va pas s'arranger. Et donc les problèmes qui étaient petits vont devenir de plus en plus gros etc. etc. Et au bout d'un moment, le PDG va commencer à se dire « mais si le département financier ça fait trois semaines qu'il est dans la mouise, bah probablement que les autres

le sont aussi ! ». Donc il va aller faire des contrôles au département commercial, enfin je sais pas quoi bla-bla-bla... Donc au lieu d'aller voir le dos, il va aller voir aussi les cervicales et puis il va aller voir aussi je sais pas quoi d'autre... Et en fait, au fur et à mesure, la douleur qui initialement était une petite douleur de lumbago va prendre des proportions incroyables et se généraliser à plein d'autres zones du corps. »

La métaphore de « l'ours dans la cuisine »

P9 : « Je l'ai inventée ! (...) Tu rentres chez toi. Il y a un ours dans la cuisine... Il lève la tête, il te voit arriver, il se met à grogner. Tu pars en courant. Tu te fracasses trois orteils sur un montant de porte en t'enfuyant... Mais tu continues à courir parce que ton cerveau il sait qu'il y a une urgence bien plus importante que tes trois orteils fracturés... Qui est d'échapper à l'ours. Et donc, tu vas même pas sentir tes orteils. En revanche, tu te lèves un matin, un lundi matin... T'as pas envie d'aller au boulot parce que ton patron te prend la tête, tu es un peu déprimé parce que t'as passé un sale week-end, tu arrives dans la cuisine tu te cognes le petit orteil contre le pied de la table et là tu vas en souffrir peut-être jusqu'à midi. ... C'est un petit peu... J'aborde ce genre de métaphore pour expliquer aux gens que ça peut... Voilà, que la douleur peut varier. »

La métaphore du « piano » :

P12 : « Il y a aussi le piano. J'aime bien. Quand on fait une tâche répétée, quelle qu'elle soit, qu'elle soit musicale ou non, si on fait du foot, si on a un patient plutôt sportif, si on fait du piano si c'est une personne plutôt âgée ou qui aime plutôt l'art. Si on fait du piano, on devient expert en piano. Et si on produit de la douleur et bien on devient expert en douleur. De ce fait on peut produire de la douleur plus simplement. Et ça s'appelle la sensibilisation et, c'est un phénomène qui n'est pas rare, etc. etc »

La métaphore de la « petite batterie de secours » :

P13 : « il y en a une que j'aime bien et que j'utilise quand même souvent parce que c'est un sujet qui revient à proprement parler sur la douleur mais sur le stress. (...) c'est quelque chose qui revient assez systématiquement dans le langage des patients : « je suis stressé, je... » Ou l'angoisse. Ou la colère, enfin... Ces émotions qui ont souvent... Qui ont une connotation négative et dont beaucoup de patients veulent se débarrasser. ... Souvent, c'est moi qui leur dis, je leur dis « je suis stressée », je leur dis et puis souvent ils me demandent, ils me regardent avec des grands yeux en me disant « vous ? », « Oui, oui, moi. ». (Rires) ... « Mais vous avez l'air très calme ! ». « Non, non je suis une grande stressée. Par contre, ça me pose pas un problème, je trouve que c'est un super outil le stress... ». Et puis souvent, tu crées un peu... Tu crées un peu la surprise. Donc je les fais élaborer là-dessus, je leur dis « bah d'après vous, pourquoi... Pourquoi est-ce que je dis ça ? Est-ce que vous avez une idée ? » et voilà. ... Soit ils me donnent des choses qui me plaisent et j'arrive à travailler à partir de ça, soit je poursuis la métaphore en leur disant « bah vous voyez, moi le stress, je vois ça un peu comme une batterie de secours... Ou en fait, quand je suis stressée, angoissée, en colère, je me dis que c'est comme si j'avais une petite batterie qui était en train de se charger pour que au moment où j'en ai besoin, je puisse utiliser cette énergie supplémentaire... » ... Et je dis « typiquement dans le sport, tous les sportifs sont stressés et Dieu merci, heureusement pour eux, sinon ils feraient pas de performances. Et la colère, c'est un peu la même chose, la colère c'est de l'énergie pour réagir face à de l'injustice. Donc c'est... C'est... C'est pas des... Des situations qui sont anormales, au contraire, elles sont normales, tout le monde les vit. C'est pathologique de ne pas être stressé, c'est pathologique de ne pas être en colère, c'est pathologique de ne pas être anxieux... C'est juste normal. Et... C'est plus le regard qu'on pose sur les choses qui est problématique que la situation en elle-même. C'est parce qu'on est stressé et que ça a une connotation négative pour nous que c'est un problème. ». Tu vois... C'est normal de l'être. C'est une bonne chose de l'être et la métaphore marche hyper bien. On m'a déjà regardé en me disant « mais c'est vrai, c'est génial ! » ... Et du coup, de leur avoir fait poser un regard bienveillant sur la situation, ben... Ça a changé pas mal de choses. Donc celle-là, c'est quand même une que j'utilise... La petite batterie de secours, ouais, je l'utilise assez régulièrement. (...) En fait de m'être mise moi dans la situation, c'est pareil c'est... Ils ont l'impression

que c'est écrit sur leur visage ils sont stressés en fait. Et de les mettre devant la situation ou je leur dis « moi aussi » alors que je ne le semble pas, c'est intéressant pour eux. Ça bouscule un petit peu leurs attentes et... Voilà. Ça marche bien. (...) Ouais, et s'en servir... S'en servir oui, l'utiliser, ça reste une bonne chose. Ouais, ça c'en est une assez récurrente. (...) C'est à eux de trouver [comment s'en servir]. Et les gens... Les gens finissent directement par te donner un exemple en disant « mais c'est vrai que au sport je suis assez stressé avant, sur le plan de départ, la ligne de départ, mais qu'une fois que je suis parti ça allait... Et j'y pensais plus ». C'est exactement ça ! Et plutôt ce côté de au lieu de se laisser submerger par le stress, la peur, l'angoisse, la colère, de l'utiliser. Et ils te trouvent tous un exemple derrière où ils l'ont déjà fait. Et j'ai pas forcément besoin d'apprendre comment l'utiliser. Ils le savent en fait, ils l'ont déjà fait. Ils te donnent l'exemple tous seuls. (...) Ils ont la réponse à tous, hein ! Faut juste que ça aille du bon côté mais ils ont la réponse à tout ! »

II- Histoires, faits réels, anecdotes

L'histoire de Tasha Stanton :

P1 : « c'est Tasha Stanton qui raconte ça dans un podcast (...) traduit sur KinéFact aussi, comme ça s'il faut les détails il y a moyen. En gros, elle a fait partie, pour dépanner un copain je crois, d'un essai clinique où ils faisaient de l'imagerie des voûtes plantaires de personnes asymptomatiques et ils lui ont découvert une rupture complète de la plaque palmaire... Derrière, elle a eu des grosses douleurs, elle était incapable de courir etc. Elle s'est dit que la seule chose qui avait changé c'était l'imagerie. Du coup elle a voulu refaire une imagerie pour, entre guillemets, accepter qu'elle avait une voûte plantaire rompue et que maintenant ça allait bien se passer... Et en fait, quand elle a refait l'imagerie, elle a découvert qu'ils s'étaient foirés sur la première imagerie et qu'ils lui avaient donné des résultats qui n'étaient pas les siens. Ils lui avaient donné ceux de quelqu'un d'autre et sa plaque plantaire allait très bien. Mais n'empêche qu'avec juste la croyance qu'elle avait une image de plaque plantaire pétée, elle n'a pas pu courir pendant un moment. ... Et du coup, voilà, je raconte souvent ça aux patients en leur disant : « mais vous voyez, même moi avec mon kyste, même Tasha Stanton, qui est l'une des plus grandes chercheuses mondiales sur les sciences de la douleur, et ben même en sachant ça, on se fait encore avoir, entre guillemets, par notre tête. Donc c'est pas grave, c'est des choses qui arrivent à tout le monde ». ... Ça fait partie des histoires que j'utilise. »

L'anecdote du kyste synovial :

P1 : « j'avais un énorme kyste au poignet qui était très visible. Ça donnait l'impression qu'il y avait le lunatum qui était complètement sorti, pour vous donner un peu une idée. Et qui ne me faisait absolument pas mal depuis que j'avais vu un radiologue qui m'avait dit que c'était normal et que c'était pas obligé de faire mal. ... Donc en fait, je partageais vraiment mon vécu avec mon kyste en leur disant « bah regardez, j'ai ce truc énorme et j'ai eu super mal et j'ai vraiment flippé de devoir me faire opérer et de devoir arrêter de travailler jusqu'au moment où il y a un radiologue qui m'a dit « bah je vois des tas de gens qu'ils l'ont et qui n'ont pas mal ». Et où la douleur s'est arrêtée quasiment du jour au lendemain ! ». »

Les anecdotes du « clou dans la chaussure », du « laser » et du « conditionnement par rapport à la culture » :

P6 : « Ouais, j'aime bien, bah tu vois KinéFact, ils font pas mal de trucs qui sont intéressants pour expliquer un petit peu comment la douleur elle peut être perçue. Je pense par exemple au clou dans la chaussure, et au final, le clou avait rien touché. Par exemple. Des choses comme ça. ... Ou le fait du laser aussi, qui est très intéressant aussi ! Après t'as aussi tout simplement dire que culturellement, il y a des rites et des traditions qui font que les gens ne perçoivent pas la douleur de la même façon. Ça peut être un conditionnement. Ça je l'utilise moins, pour le coup. Mais ça dépend du profil du patient, si tu as quelqu'un qui a une culture qui est vraiment très ancrée, hors européenne, ça peut être super intéressant pour lui expliquer que, bah voilà, que dans ce pays ça se passe comme ci et comme ça. Tu peux aborder un peu différemment l'information et l'éducation que tu peux lui donner

par rapport à sa culture à lui... Et la personne qu'il est. »

III- Les « DIM » et les « SIM »

P1 : « Dans les petits trucs cools, puisqu'on est dans le bilan... J'utilisais au début... J'utilise plus trop maintenant, c'est les DIM et les SIM de Butler et Moseley. (...) L'histoire des post-it de couleurs (...) Les DIM et les SIM, c'est les « danger in me » et les « safe in me ». Et en gros, on catégorise 7 domaines : des choses qu'on voit, qu'on entend, qu'on sent, qu'on touche et des choses qu'on fait... Des choses qu'on dit, des choses qu'on croit et qu'on pense, des endroits où on va, des personnes qu'on a dans notre vie et des choses qui se passent dans notre corps... Et le but, c'est de catégoriser avec le patient tous les trucs qui vont plutôt lui faire ressentir de la sécurité et l'apaiser. Et du coup potentiellement avoir un effet protecteur sur la douleur. (...) Et tous les trucs qui vont avoir un effet plutôt stressant, négatif, leur faire percevoir du danger, etc. Et donc avoir un effet négatif sur la douleur. ... Et pour... Quand on a entre guillemets pas du tout l'habitude et qu'on est un peu perdu pour identifier les facteurs contributeurs et ceux qui sont pertinents pour les patients, je trouve que c'est un outil qui est chouette et qui m'a bien aidé au début. »

P7 : « Il y a un truc aussi, si tu veux, si ça t'intéresse de caler dans les autres questions que tu m'as posées avant... Y'a un truc que j'ai trouvé hyper intéressant à utiliser, alors c'est en anglais initialement, c'est les SEM et les DEM. (...) Alors c'est « danger in me » et « security in me » ou « safe in me », je sais plus. En gros, sécurité danger. Donc, c'est un tableau et les gens doivent le remplir alors avec ce qu'ils font, les lieux où ils vont, les personnes qu'ils côtoient... Et ce qu'ils pensent, ce qu'ils voient, ce qu'ils sentent au niveau du nez, olfactif... Ce qu'ils aiment manger au niveau du goût, ce qu'ils aiment toucher... Voilà, c'est très, très large ! ... Et ils doivent le mettre, donc dans de la sécurité ou dans le danger. Le but... Alors, ça ne peut pas être exhaustif parce que c'est très compliqué et c'est très variable en fonction des jours. Le but c'est de leur faire identifier les dangers, parce que souvent ce sont des gros dangers, donc par exemple des personnes qui sont très nocives pour eux, des activités ou des situations... Voilà je sais pas, par exemple, j'avais une patiente, c'était vraiment : faire les devoirs de ses enfants, c'était un stress énorme ! ... Et ça... Ça faisait partie des choses qui lui provoquaient de la douleur. Alors après, le tableau, on ne le remplit pas forcément en fonction de la douleur. C'est plus « sentiment de danger », « sentiment de sécurité ». Et ça, c'est hyper intéressant parce que ça leur permettait d'identifier vraiment quels étaient les gros points noirs de leur quotidien. Et de trouver ensuite les solutions pour soit, passer cette activité dans le côté de la sécurité... Soit carrément enlever l'activité. Et ça, c'est quelque chose sur lequel j'aurais voulu pouvoir retravailler avec eux après. Parce que je pense qu'ils l'ont laissé tomber alors que c'est vraiment un outil physique qui leur permet de prendre conscience de ce qui est bon, de ce qui est pas bon pour eux. ... C'est hyper intéressant ! Et souvent, en plus... Bon, les gens au début quand ils le font, ils sont très sceptiques... Et finalement, à la deuxième séance, donc ils le font entre la première et la deuxième, et à la deuxième, je regarde un peu ce qu'ils ont fait, voir si déjà ils ont compris le principe... Et on discute un peu d'un exemple en sécurité et d'un exemple en danger pour chacun. ... Et on essaye de trouver des solutions. De voir... Et ils disent bien « non mais on peut pas changer ». Ah mais si ! On peut toujours changer. On peut... Si le danger ne peut pas être vraiment changé, on lui ajoute une sécurité. C'est-à-dire, par exemple, faire les devoirs de ses enfants et ben peut-être qu'être accompagné de son mari, c'est une sécurité. Tu vois, pour le rendre moins « danger ». Enfin voilà, on travaille là-dessus et... Et c'était très, très intéressant ça. »

IV- Expériences faites lors des ateliers

Expérience sur la communication :

P7 : « Alors, par exemple on en a une, une des premières que je mets en place, c'est une sur la communication. Donc, ils ont... Donc, en général ils sont deux. Ils sont dos à dos. Il y en a un qui a un petit dessin, une forme géométrique sur son papier et l'autre, derrière, doit le dessiner avec la description de la personne qui a le dessin. Sur la première fois, il n'y a que la personne qui a le dessin qui a le droit de parler. ... L'autre qui dessine ne parle pas. Et la deuxième fois, les deux ont le droit de parler, comme ça il y a une interaction, tout ça. Pour leur montrer l'importance de la communication, l'importance de l'interaction et leur expliquer que c'est bien à eux de nous parler de leur douleur et pas à nous de leur dire comment est leur douleur. Et voilà. Vraiment insister sur leur ressenti, leur expérience de la douleur qui est souvent la plus importante. »

Expérience sur l'optimisme et le pessimisme :

P7 : « sinon il y en a une sur l'optimisme et le pessimisme... Leur montrer que dans toute situation, on peut trouver du positif et du négatif. Donc pareil, ils sont toujours à deux. La première fois, il y en a un qui fait l'optimiste, la fois d'après c'est le pessimiste, enfin je veux dire tout de suite, dans le même temps. Il se balade dans la pièce dans laquelle on est. Celui qui est l'optimiste, par exemple pour la première fois, il va en fait décrire des objets ou des choses qui vont être dans la salle, qui sont montrées par l'autre et les décrire de façon positive. Ensuite, on inverse et on fait la même chose mais avec la description négative. »

V- Autres supports utilisés lors des ateliers

Réalisation de « posters » :

P13 : « c'est ça, des petites synthèses « bah là, si j'ai bien entendu... ». Et encore ! C'est eux qui bossent ! « Et ben là, ça fait une demi-heure qu'on parle de ça. Qu'est-ce que vous voudriez noter en particulier aujourd'hui ? ». Et tu retranscris leurs mots clés ! ... Donc « qu'est-ce que vous voudriez produire ? ». Ou... Là sur le deuxième groupe, je leur ai demandé de... De réaliser un petit peu de posters, de dessins... Et en disant « bah on en reparlera tous après », voir si il y avait d'autres choses qui émergeaient à partir de ça mais que... Qu'ils ont pas fait qu'en parler et ils ont concrétisé par quelque chose de physique, si tu veux. »

Réalisation de « collages » :

P8 : « Alors en fait, on prend plein de magazines, ça c'est aussi quelque chose que Mike fait. Et là c'était un groupe, je sais pas 5/6 patients, et j'avais un Paper Board aussi. Et je leur ai demandé, en découpant les magazines, ça peut être aussi des pubs de Lidl enfin n'importe quoi... Je leur ai dit « bah essayer de trouver des images qui vous font penser à votre parcours de soins en ce moment ». ... Et en fait, lui il avait mis juste une maison. Alors par exemple, j'ai une patiente qui avait bien aimé, elle, elle avait fait un montage où il y avait quelqu'un qui était sous la neige. Au-dessus, elle avait mis des fleurs. Et puis elle avait trouvé une pub pour des chaussons et elle avait collé les chaussons sur la personne en disant « bah voilà mon corps est en hiver. J'attends le printemps de mon corps ». C'est pour ça qu'il y avait les fleurs au-dessus. « Mais j'ai besoin qu'on s'occupe de moi et j'ai besoin de confort pour l'instant. Et c'est pour ça que j'ai mis les chaussons ». (...) Lui il avait mis cette maison et il m'avait dit « bah en fait, je dois déménager... ». Il nous a pas expliqué pourquoi mais moi je savais que c'était parce que il divorce, que ce n'est pas son choix à lui et voilà. Et il dit « et je me fais déjà du souci sur comment va se passer le déménagement et tout ça ». Et quand je lui ai demandé, le déménagement est prévu dans un an. ... Et suite au fait qu'il ait exprimé ce stress suite au collage, c'est là que j'ai décidé de faire l'expérience avec le groupe sur les ballons. ... Pour qu'il puisse ressentir que le stress qu'il se crée même déjà un an avant peut le freiner dans sa vie. »

ANNEXE V : EXEMPLE D'UN ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF RETRANSCRIT

Retranscription de l'entretien effectué avec le participant 1 (P1) :

MM : *Je vous laisse vous présenter. Vous pouvez dire par exemple où et quand vous avez obtenu votre diplôme et où vous exercez actuellement...*

P1 : J'ai été diplômé de l'université X en 2010 et j'exerce actuellement en libéral dans les (...) dans un cabinet de groupe.

MM : *Très bien. Alors du coup donc vous faites de l'éducation à la douleur avec les patients. Donc quel terme juste vous utilisez pour qualifier cette éducation ?*

P1 : Avec les patients ou en général ?

MM : *Les deux, avec les patients et en général.*

P1 : Avec les patients, le plus souvent c'est informel en fait et du coup je vais pas leur dire, enfin je vais pas leur mettre un terme dessus. Je vais leur proposer de parler de leur douleur ou de parler de choses qui peuvent être importantes pour leur douleur mais j'ai pas vraiment de thème pour. Par contre ouais quand je communique avec d'autres professionnels en général je parle d'éducation à la douleur.

MM : *D'accord, éducation à la douleur... Super.*

P1 : Ou éducation aux sciences de la douleur, c'est pareil aussi.

MM : *Oui, très bien. C'est les deux termes que j'utilise aussi. En quelques mots, comment vous définiriez cette éducation ?*

P1 : Je dirais que c'est d'expliquer aux patients les différents éléments qui peuvent intervenir dans le ressenti de la douleur. Et donc qui peuvent la moduler, en bien ou en mal. Et voir comment est-ce qu'on peut exploiter ces informations-là.

MM : *D'accord, très bien. Alors, vous pouvez maintenant... Vous allez parler juste un petit peu, si ça ne vous dérange pas, de comment est-ce que vous vous êtes formé à cette éducation à la douleur, les formations peut-être suivies ou ce que vous avez lu...*

P1 : OK ! Ça marche. J'ai découvert ça avec Explain Pain de Lorimer Moseley et David Butler en 2015, si ma mémoire est bonne.

MM : *D'accord...*

P1 : Du coup, j'ai lu Explain Pain, c'était bien. Ça m'a donné envie de poursuivre. Je pense que j'ai fait le cours en ligne de retrainpain.org, le site Internet...

MM : *Oui...*

P1 : Voilà. J'ai lu les livrets de Greg Lehman sur la douleur. Je pense que vous avez vu ça, oui ?

MM : *Oui !*

P1 : J'ai fait la formation de Pierre Fisette, je pense en 2017 ou 2018, qui s'appelait « Comprendre la douleur ? Facile ! ».

MM : *Comprendre la douleur, OK...*

P1 : Voilà, avec GEM-K, l'organisme pour la référence.

MM : *D'accord !*

P1 : Après, je me suis acheté Explain Pain Supercharged.

MM : *Oui...*

P1 : Et j'ai été à un certain nombre de conférences sur la douleur, que ce soit au JFK en 2019 et en 2017... Ou que ce soit avec [Physio Sud] ou d'autres organismes comme ça.

MM : *D'accord.*

P1 : Pas mal de conférences et après beaucoup de discussions avec des amis kinés qui s'intéressent plus ou moins à la douleur.

MM : *OK, très bien.*

P1 : Et en fait je m'aperçois que j'ai oublié tout un paquet de trucs. (*Rires*). Pour gérer le côté du coup... Enfin pour gérer ensuite les facteurs qu'on peut voir avec l'éducation à la douleur, je sais pas si c'est pertinent ou pas, mais j'ai fait des formations de thérapie d'acceptation et d'engagement, d'entretien motivationnel et hypnose.

MM : *D'accord, si si... Ca m'intéresse aussi !*

P1 : OK.

MM : *Très bien. Donc là actuellement sur quels supports se base l'éducation que vous proposez aux patients ?*

P1 : C'est complètement multi support. En fait en général, quand j'ai des patients chez qui je pense qu'il y a des facteurs autres qu'on va dire le purement mécanique, qui sont vraiment importants pour leurs cas, et eux-mêmes ont le... Ouais, je pense que je pose assez de questions pour me rendre compte quand vraiment ils dorment bien, que tout va bien dans leur vie etc. mais en général je vais quand même reposer la question... Pour vérifier qu'il n'y a rien. Et je leur propose toujours un mail, en fait, qui est assez standard, je vais voir si... Enfin non, il n'est pas standard. J'ai une base standard mais je le personnalise. Dans laquelle il y a un lien vers le livret de Greg Lehman, la version courte. Il y a un lien vers le livret de Ben Cormack « Living well with pain », je crois.

MM : *D'accord...*

P1 : Généralement il y a un article de blog ou de journal qui est plutôt bien foutu dans les problématiques sur le dos, j'envoie l'article de Mary O'Keeffe qui explique que le mal de dos c'est pas si grave [...] traduit pour Kobus et qu'on retrouve sur leur blog en version française.

MM : *D'accord, je ne le connais pas, du coup ça m'intéresse aussi.*

P1 : Ça marche. Si vous trouvez pas le lien, vous me dites, je vous trouverai le lien.

MM : *Super !*

P1 : J'envoie des vidéos suivant les cas, ça peut être « comprendre la douleur en moins de cinq minutes », ça peut être « Tame the Beast »...

MM : *D'accord...*

P1 : Qui avait été produite par la Pain Revolution. Si ils parlent un tout petit peu anglais ou qu'en tout cas ils ne se disent pas rebutés par l'anglais et les sous-titres, je leur envoie la vidéo « Why Things Hurt » de Lorimer Moseley. Et si il y a des histoires d'examen, d'imagerie je leur envoie une vidéo « Do You Really Need an MRI » de Bahram Jam.

MM : *D'accord.*

P1 : Voilà. Et en gros, j'essaye de les adapter quand même un petit peu aux pathologies qu'ils ont etc. Je vais pas envoyer un truc sur le dos si c'est pour des histoires de cervicales ou de tendon d'Achille, par exemple. Je leur envoie plein de supports possibles en leur disant « mais en fait vous faites ce qui vous plaît dedans ». Je leur envoie Retrain Pain aussi, sur le site.

MM : *OK...*

P1 : Je leur dis « si vous êtes plutôt artiste et bah allez lire un article, si vous aimez bien les vidéos, regardez une vidéo. Et après laissez-vous porter en fonction de vos envies, de vos questions et on en reparle la prochaine fois ».

MM : *D'accord, donc vous en reprenez après de séance en séance, c'est ça ?*

P1 : C'est ça.

MM : *OK. C'est mis en place à peu près depuis quand du coup dans votre patientèle ?*

P1 : L'envoi systématique du mail, enfin quasi systématique du mail, ça doit faire au moins deux ans.

MM : *D'accord...*

P1 : Avant, j'ai fait, je pense à partir de 2015, beaucoup plus de l'éducation à la douleur formelle où on s'asseyait éventuellement avec un livret de Greg Lehman ou quelque chose comme ça et on regardait vraiment ensemble les différents trucs, on faisait des commentaires. Il y avait beaucoup plus un cours en fait.

MM : *D'accord, justement vous pouvez parler peut-être un peu plus de cette manière dont vous avez évolué dans la manière de le proposer ?*

P1 : De celui-ci du cours, c'est, comme dit Mike Stewart, il dit que quand on fait un cours aux patients comme ça, c'est comme si on jetait un sac de spaghettis sur un mur... Et en fait, ce qui va compter, c'est les spaghettis qui vont rester collés. (*Rires*). Et cette façon de faire le cours, comme ça, ben on jette un paquet de spaghettis secs sur le mur. Et il y a des patients qui sont plutôt cognitifs et intellectuels, ou qui vont vraiment s'identifier dans cette situation là et qui vont dire « ah ouais, ça c'est moi ! C'est pour moi. Ça me parle ». Mais dès qu'ils ne sont pas hyper... Quand ils ne sont pas dans cette démarche-là, c'est beaucoup plus dur de leur faire dire « bah c'est vos émotions, c'est votre stress, c'est votre sommeil etc. qui causent les soucis ». Et c'est pour ça que maintenant, j'envoie le mail pour qu'ils voient au fur et à mesure... À leur rythme, en fonction de leurs envies.

MM : *À leur rythme...*

P1 : Et parce que les contenus sont vachement bien foutus et que je pense que tous les mots ont été pesés et réfléchis avant d'être mis dedans, donc ça aide. À ne pas faire d'erreurs de communication.

MM : *Oui...*

P1 : Et par contre, en séance, je peux vraiment plus rebondir sur leurs ressentis, sur les informations qu'ils me donnent, sur les... Du coup, c'est beaucoup plus personnalisé, beaucoup plus... Je leur donne les spaghettis un par un, en fonction de si ils sont en train de les manger ou pas, quoi. (*Rires*).

MM : *Je vois. (Rires). Ça marche.*

P1 : Et... Mais je pense qu'un truc qui m'a aidé aussi à évoluer, par contre, c'est que je connais beaucoup mieux mon sujet !

MM : *Hm, hm ! Oui...*

P1 : Donc je n'ai plus forcément besoin d'avoir une trame ou un guide à suivre, ou d'avoir un pense bête ou de m'être fait le cours dans ma tête pour pouvoir leur préparer. Je vais pouvoir balancer les infos qu'il faut au moment où il faut.

MM : *D'accord, oui, je vois... Super, ben c'est intéressant déjà ! Je vais vous demander, maintenant, de parler un peu des notions clés, pour vous, à aborder avec le patient dans ce cadre d'éducation à la douleur...*

P1 : Euh... Hin, hin, hin ! (*Rires*). Ça dépend des patients... Globalement, l'hygiène de vie ça me paraît quelque chose de vraiment important... Dans le sens où je pense que connaître l'influence du sommeil, du niveau d'activité physique général, du bien-être et de s'apercevoir qu'en fait bah quand ton organisme, lui, qui est un peu plus cadré, est un peu plus saine et ben on va mieux, c'est important. Surtout chez les patients qui sont très chroniques et qui ont souvent des vies bizarres... Qui dorment beaucoup la journée, peu la nuit... Je pense que le fait que la douleur n'est pas un signe de danger et d'aggravation, c'est important.

MM : *Hm...*

P1 : Et le fait de dire quand même que la douleur ça fait mal, que ça fait chier, que ça pourrit la vie, c'est important aussi.

MM : *D'accord !*

P1 : C'est très important pour moi de dédramatiser la douleur dans le sens où c'est pas dangereux et où il risquent pas de revenir en ayant mal. Mais de surtout pas, par contre, diminuer, enfin, ne pas respecter leurs vécus de douleur qui sont terribles et qui leur gâchent la vie.

MM : *Hm... Bien sûr. D'accord.*

P1 : Je pense que ouais, c'est ça le plus important à mon avis. C'est voir tous les à côtés qu'on peut faire et qui ne nécessitent pas énormément d'efforts. Par exemple : corriger le sommeil, corriger...

MM : *Le sommeil...*

P1 : Enfin mettre un peu plus d'activité physique, essayer de se rendre un peu plus heureux et de prendre un peu plus de temps pour soi.

MM : *Oui...*

P1 : Et le fait que la douleur, c'est pas dangereux mais que c'est grave et que c'est chiant. Et qu'il faut quand même en tenir compte.

MM : *D'accord, très bien. Au départ et actuellement, dans quel objectif vous faites justement cette éducation à la douleur ?*

P1 : Hm, hm, hm... Au départ, c'était vraiment pour diminuer l'intensité de la douleur des patients.

MM : *Hm, hm...*

P1 : Et, ben finalement, la littérature scientifique a un peu l'air de dire qu'on se fout le doigt dans l'œil, si je ne me trompe pas.

MM : *C'est un petit peu ça...*

P1 : Voilà... (*Rires*). Donc du coup, maintenant, c'est beaucoup moins dans ce but là. Ça me paraît important pour que les patients comprennent qu'ils peuvent changer des choses. C'est... Je me suis un peu mal embarqué. Je pense que c'est important pour toute une catégorie de patients qui pensent que la douleur ou leurs symptômes d'imagerie ou tout un paquet de facteurs comme ça ce sont vraiment des... Enfin, posent des interdits dans leur vie.

MM : *Oui...*

P1 : Et leur empêchent de faire tout un tas de choses. Et des choses qui souvent seraient bénéfiques pour eux. Ou neutres pour eux. Et qu'ils se privent de les faire. Et je pense que vraiment, un des premiers trucs, c'est finalement leur faire comprendre qu'ils ont l'autorisation de faire des tonnes de trucs !

MM : *Oui, leur faire comprendre...*

P1 : Pour eux. Enfin pour leur santé ou pour eux en fait.

MM : *OK, très bien.*

P1 : Je crois que c'est ça, c'est lever les freins.

MM : *Lever les freins... Super. Alors maintenant, on va parler un petit peu des conditions de mise en place de l'éducation. Donc déjà, dans quelles conditions vous allez décider ou pas de mettre en place l'éducation, enfin d'en parler à un patient etc. ?*

P1 : Alors, je pense que si j'ai pas mieux à parler et donc c'est-à-dire... On pourrait imaginer vraiment le cas du patient idéal qui allait bien dans sa vie, qui se surentraîne par exemple et qui du coup a des gros soucis de gestions de charge, vraiment mécaniques... À la limite lui, je vais pas trop lui en parler parce que je vais avoir beaucoup de travail à faire pour lui faire comprendre comment gérer sa charge et qu'en même temps c'est des facteurs qui vont paraître peu pertinents puisqu'il dit qu'il dort bien, qu'il n'est pas plus stressé que ça et qu'il n'a pas l'air d'avoir des croyances limitantes.

MM : *Oui...*

P1 : Mais par contre, quasiment tous les autres patients, même si je vois pas vraiment de facteurs contributeurs majeurs dans leur douleur par le sommeil, le stress, les croyances limitantes, le catastrophisme etc. Je vais en parler de toute façon au moins à titre de prévention. Et pour leur faire mieux comprendre ce qui leur arrive et pourquoi même une entorse de cheville et [pourquoi on n'a pas mal] alors que une heure avant on avait mal et une heure après on a mal.

MM : *Oui...*

P1 : Je pense que mon critère c'est que tous les patients avec qui j'ai le temps d'en parler, je leur en parle.

MM : *OK, très bien. Est-ce que vous utilisez un questionnaire ou des bilans un peu spécifiques par rapport à ça ?*

P1 : Alors... Je vais toujours leur poser une question... Si je sens que c'est des patients qui vont être un petit peu réfractaires, qui ont l'air d'avoir une conception très biomécanique et que l'idée de parler émotions, stress etc. a l'air de leur poser un souci...

MM : *Hm, hm...*

P1 : Je peux me cacher derrière un questionnaire comme l'inventaire de sensibilisation centrale... Qui du coup, étant un questionnaire validé, utilisé dans la recherche etc. me permet de leur poser les questions que j'ai à leur poser donc en me cachant derrière cette légitimité comme remplir le questionnaire.

MM : *Oui...*

P1 : Si j'ai pas l'impression que j'ai besoin de ça, je vais reprendre effectivement beaucoup de questionnements qu'on va retrouver dans l'inventaire de sensibilité centrale mais de façon beaucoup plus libre et peut-être plus structurée sur les éléments qu'ils vont m'avoir donnés au début de l'entretien.

MM : *D'accord, très bien. Donc grosso modo, c'est plutôt sur quel type de patients par rapport au type peut-être de douleur ou de pathologie sur lesquels, vous allez, on va dire, le plus le proposer ?*

P1 : Les patients catastrophistes qui pensent que ça va pas aller mieux... Ou en tout cas que même si ça va mieux se [*fassent une accalmie*] et que leur dos est foutu etc. Donc vraiment, ceux qui vont me tenir le discours alarmiste et catastrophiste.

MM : *Oui...*

P1 : Ou ceux qui vont très rapidement, quand je pose quelques questions au bilan, me donner des gros dysfonctionnements particulièrement reliés donc à leurs douleurs ou décrivent une hygiène du sommeil qui est très mauvaise ou décrire des gros conflits intrafamiliaux, alors que ça, c'est pas forcément sollicité. Ceux-là ça va venir assez facilement et prioritairement. Ou ceux effectivement chez qui on est en présence d'une, mettons une entorse depuis quatre ans...

MM : *Hm...*

P1 : Donc quand les délais de guérison normaux de la pathologie sont passés et qu'il y a de la douleur.

MM : *D'accord. Très bien. Alors, on va parler maintenant un petit peu, donc on a déjà parlé un peu, mais des modalités de réalisation de l'éducation. Donc si j'ai bien compris, ce sont des séances individuelles ?*

P1 : Oui, je ne travaille qu'en séances individuelles.

MM : *D'accord, vous n'avez jamais testé en groupe ?*

P1 : Pour le... Non. Ni pour ça, ni... Pour autre chose ça m'est arrivé mais j'aime pas. Et clairement pour les patients douloureux j'ai besoin d'être concentré et attentif sur mon patient.

MM : *Bien sûr... À peu près à quel moment de la prise en charge vous allez commencer à le mettre en place ?*

P1 : Hm... J'ai le droit à un joker ?

MM : *Euh... Oui ! (Rires)*

P1 : J'essaye de l'appliquer dès le bilan dans le sens ou même dans la façon dont je vais poser mes questions et réaliser mon examen, j'essaye déjà d'être un peu dans une démarche d'éducation à la douleur.

MM : *D'accord...*

P1 : Donc de recentrer en fait sur le fonctionnel. S'ils me font rapidement des ponts entre leur stress et leur niveau de douleur de le valider et de l'encourager si ils font rapidement ce genre de choses.

MM : *OK, super. Alors...*

P1 : Et après... J'essaie vraiment en fait de ne plus justement le formaliser et en faire une modalité qui va être dissociée du reste de la séance, mais vraiment en faire quelque chose tout au long de la séance. Si on parle du fait qu'il y a pas de danger à faire une flexion par exemple, on va très rapidement le faire avec un exercice de flexion ou l'enchaîner tout de suite sur des exercices de flexion en charge.

MM : *De flexion, oui... Et du coup, par rapport à la continuité dans la suite du traitement, vous allez mettre beaucoup enfin quels types d'exercices en continuité justement à tout ça ?*

P1 : Je travaille pas mal avec un peu les principes de la thérapie d'exposition...

MM : *Oui...*

P1 : En psychologie. Donc quand ils me décrivent des mouvements qui sont douloureux, qu'ils craignent et qu'ils n'ont pas confiance pour faire etc. et ben généralement, c'est justement les exercices qu'on va choisir pour... Pour vérifier que oui, ça fait peut-être mal pendant mais y'a pas de douleur après et que leur dos n'a pas été endommagé ou que oui, ça fait très peur mais que finalement en conditions au cabinet, en étant un peu soutenu, peut-être en se relaxant, ils arrivent à le faire.

MM : *Hm...*

P1 : Et voilà, j'essaie beaucoup finalement d'utiliser les exercices pour leur faire expérimenter les choses dont on peut parler en éducation à la douleur.

MM : *D'accord, très bien. Hm... À peu près à quelle fréquence, alors j'espère que je vais pas vous poser une autre colle, mais à quelle fréquence à peu près vous en parler aux patients ?*

P1 : Je vois la plupart des patients une fois par semaine... Et globalement, comme on fait un retour un peu toujours sur... Comme je centre beaucoup sur le fonctionnel et que généralement sur le fonctionnel il y a des choses qui leur font plaisir, qui les déstressent... finalement, dormir mieux c'est souvent un de leurs objectifs etc. Bah c'est les questions que je pose quasiment à chaque séance donc en fait on va en parler une fois par semaine pendant la séance.

MM : *D'accord, très bien. Bon ça c'est un petit peu peut-être compliqué aussi mais à peu près combien de temps vous allez consacrer à justement... À parler de la douleur au patient ?*

P1 : Hm, hm, hm... la plupart du temps de toute façon on va parler avec les patients pendant toute la séance, donc peut-être si on fait des exercices cardio plus intenses pendant une dizaine de minutes, on va moins parler mais je dirais bien un quart d'heure finalement où on va parler et où du coup, si on le prend en compte... Enfin, si on part du principe que même la charge de mécanique finalement, c'est de l'éducation à la douleur parce que quand on met trop de mécanique ça fait mal aussi, bah finalement on en parle, je pense, au moins un bon quart d'heure par séance.

MM : *D'accord, très bien. Hm... Alors, on va parler maintenant un peu de l'adaptation justement à chaque patient. Comment vous, vous allez faire pour, on en parlait un peu tout à l'heure, mais pour adapter l'éducation à chaque patient ?*

P1 : Hm... Un truc qui va être important pour moi et qui va l'être encore plus puisque je sors de ma formation en hypnose et que c'était... Enfin, ça me donne aussi du matos pour l'hypnose mais c'est vraiment m'intéresser à leur vie personnelle : qu'est-ce qu'ils ont comme loisirs et qu'est-ce qu'ils ont comme métier...

MM : *Hm...*

P1 : Pour en fait pouvoir faire des comparaisons entre notre système de gestion de la douleur et les choses qu'ils ont dans leur quotidien. Si mon patient est informaticien et que j'ai l'impression que son système nerveux facilite un peu trop la douleur, je vais plutôt utiliser une métaphore en lui disant que c'est son logiciel qui a un problème... Alors que si j'ai un patient cuisinier, je vais peut-être lui dire que son système nerveux épice beaucoup trop ses plats.

MM : *Hm, hm, oui je vois.*

P1 : C'est pas fou comme ça... *(Rires)*

MM : *Ah non, non mais si, c'est bien !*

P1 : C'est pour vous donner un peu d'exemples. J'essaie vraiment de m'adapter à leurs loisirs, à leur boulot, à leur vie quotidienne pour que ce soit assez adapté sur eux. Et après, je leur demande souvent si les facteurs dont on parle leur semblent pertinents.

MM : *D'accord...*

P1 : Et par exemple, si ils me disent « bah non finalement je suis pas stressé, j'ai pas de soucis de stress. J'ai pas l'impression que ce soit pertinent pour moi », je leur demande quand même en général s'ils veulent essayer de faire par exemple un peu de relaxation chez eux...

MM : *Oui...*

P1 : Et si ils me disent par exemple « bah j'ai bien réussi à me relaxer, j'ai l'impression que ça m'a strictement rien apporté » bah j'estime que les patients sont quand même assez compétents pour savoir plus ou moins ce qui leur fait de l'effet ou pas... et, à moins que vraiment on coince et que moi j'ai l'impression dans la discussion qui revienne derrière que même si il n'en a pas conscience, c'est vraiment un problème, je fais globalement confiance aux patients pour me dire les facteurs qui sont pertinents dans leur cas ou pas.

MM : *D'accord.*

P1 : Et donc c'est eux finalement qui vont guider un peu le... Au moins la progression. Et après je me repère pas mal à leurs mots. Donc comme... Si il y en a un qui me parle par exemple beaucoup de son... De ses hernies discales ou de ses imageries, ben je vais facilement m'installer à côté de lui, lui sortir les infographies sur la prévalence des signes d'imagerie chez les personnes asymptomatiques et en discuter avec lui. Si il me formule plutôt des termes qui me font penser que finalement, il accepte d'avoir mal à condition de pouvoir mener une vie normale, je vais lui faire visionner la vidéo « Pain and me » de Tamar Pincus...

MM : *D'accord...*

P1 : Qui parle justement sur le fait d'ajouter beaucoup plus, enfin d'accepter que finalement, la douleur nous a changé et que peut-être elle partira pas, ou pas. Mais qu'on peut rajouter plein de choses nouvelles et positives pour compenser, entre guillemets.

MM : *D'accord, super.*

P1 : Donc voilà.

MM : *Nickel, bah c'est super intéressant. Bon, on en a déjà un petit peu parlé, mais quelle importance vous allez accorder à l'écoute du patient ?*

P1 : Le plus possible... (*Rires*). Je pense que un de mes défauts quand je communique avec mes patients c'est que j'ai tendance à attendre d'avoir beaucoup d'informations avant de répondre.

MM : *Hm...*

P1 : J'ai vraiment... Enfin si je devais décrire un peu ça, j'ai un peu l'impression de tisser ma toile d'informations pour voir ensuite, une fois que le patient m'a vraiment décrit tout le tableau, quel est le fil que je vais pouvoir tirer pour dérouler la bobine. Et du coup, bah j'écoute beaucoup, pour avoir le tableau le plus complet possible ! (*Rires*).

MM : *Le plus complet...*

P1 : Et... J'ai eu un cas extrême y'a pas si longtemps, c'était une patiente très anxieuse etc. qui est venue et qui, à la première séance de 30 minutes, a parlé pendant 48 minutes sans s'arrêter.

MM : *Waouh !*

P1 : Bon j'ai essayé de la faire taire, entre guillemets... (*Rires*). Mais j'ai pas réussi. Donc je l'ai écouté.

MM : *D'accord.*

P1 : Mais du coup voilà, généralement, à moins d'être vraiment pris par le temps ou que le patient m'ait formulé des objectifs en terme d'apprentissage, d'exercice ou si le patient a besoin de parler 30 minutes et que ces 30 minutes doivent être tournées sur l'échange et que pour les exercices on voit une prochaine fois, et ben on n'hésite pas à le faire.

MM : *D'accord, très bien. Et maintenant, quelle importance vous accordez au fait que le patient vous pose des questions à vous ?*

P1 : Euh, c'est compliqué.. Hm... Si j'ai été super clair, super pertinent et que j'ai vu juste, c'est-à-dire que j'ai bien, bien compris mon patient, c'est pas grave si il ne pose pas de question. Mais comme je pense pas que ce soit le cas le plus souvent... *(Rires)*. Ce qui est très important pour moi, c'est qu'il se sente parfaitement libre et autorisé à poser toutes les questions qu'il veut.

MM : *Oui...*

P1 : Après, qu'il utilise ou pas le droit, parce que finalement il considère que ce qui lui est donné est suffisant et que ça ne correspond pas à sa personnalité d'aller se poser beaucoup plus de questions, ça me gêne pas. Mais par contre vraiment, si j'ai des patients qui me disent qu'ils n'ont pas osé me poser des questions, ça me donne l'impression d'avoir été mauvais avec eux.

MM : *D'accord... Vous leur dites du coup qu'ils peuvent vous poser, enfin qu'ils ne doivent pas hésiter à vous poser des questions ?*

P1 : Hm... Je ne sais pas si je leur dis de façon formelle à chaque fois, j'essaye de leur faire sentir. Et là, je pense expérimenter bientôt, puisque j'ai presque fini... J'ai une fiche de suivi des séances pour les patients... Ou en gros ils auront un encart réservé pour noter les questions qu'ils veulent poser et qu'ils ont peur d'oublier entre deux séances.

MM : *D'accord, très bien.*

P1 : Donc, peut-être pas plus le formuler à l'oral mais ils auront une trace écrite disant qu'ils ont le droit de me poser les questions qu'ils veulent finalement.

MM : *Hm, d'accord ! Alors, on va parler un peu du comportement... Est-ce que vous pouvez décrire un peu le comportement que vous allez adopter vis-à-vis d'un patient douloureux avec lequel vous faites l'éducation justement à la douleur ?*

P1 : Euh ça c'est inté... J'aime bien cette question. *(Rires)*

MM : *(Rires)*

P1 : Le reste aussi ! Mais ça j'aime bien ! Hm... En fait, au début, généralement, la première séance pendant le bilan, je leur laisse parler en long, en large et en travers de leur douleur et je vais même leur poser plein de questions pour bien la comprendre et parce que... Parce que comme je vous avais dit, j'ai vraiment envie qu'ils comprennent que c'est important pour moi... Enfin que c'est important pour moi de comprendre qu'ils aient mal et de valider leurs vécus.

MM : *Oui...*

P1 : Et après, en fait, j'essaye de ne plus en reparler, ou en tout cas le moins possible... Et d'orienter beaucoup plus mes questions sur l'aspect fonctionnel et ce qu'ils ont réussi à faire, et les choses qui... Ouais, tout ce qu'ils ont réussi à faire, tout ce qu'ils font mieux, tout ce qui va mieux. Et ça, c'est un peu inspiré d'un truc que m'a donné un des formateurs d'ACT qui disait, il parlait plus des phobies lui à l'époque puisque c'est un psychologue, il disait : si on passe 10 séances à essayer de diminuer la peur des araignées du patient...

MM : *Oui...*

P1 : Qu'on fait de son mieux, hein, mais qu'on arrive pas à supprimer complètement sa peur des araignées et qu'au bout de 10 séances, on lui dit : « bah finalement comme on arrive pas à supprimer

la peur des araignées, on change de stratégie : je vais vous apprendre à vivre avec votre peur des araignées, parce que c'est pas grave d'avoir peur des araignées ! »... Bah on passe un peu pour un [gland]. Et donc nous, si on passe 10 séances à essayer de diminuer au maximum la douleur de notre patient et à tout faire pour la diminuer... Et à poser beaucoup de questions dessus... Et à montrer que c'est vraiment une grande préoccupation pour nous, bah le jour où on dit... enfin, on pourra dire tout ce qu'on veut : « la douleur c'est pas grave, c'est qu'un signal de danger. Ça représente pas forcément des dommages tissulaires etc. » si notre comportement ne reflète pas ça, ça va pas être très crédible !

MM : *Hm, hm !*

P1 : Donc ce que j'essaie de faire dans mon comportement avec les patients douloureux, c'est vraiment le plus possible de leur montrer que je suis triste pour eux quand ils ont mal et que ça me déçoit qu'ils aient mal et que... Et que ben j'aimerais pas être à leur place, quoi... Mais à côté de ça, que c'est pas ça le plus important et que le plus important, c'est tout le fonctionnel qu'ils font et qu'ils vont pouvoir faire !

MM : *D'accord, axer sur le fonctionnel en fait...*

P1 : Ouais, et essayer de leur faire ressentir que leur douleur ne m'inquiète pas !

MM : *Hm, hm ! D'accord !*

P1 : Sauf quand elle m'inquiète et que je les envoie aux urgences ! (*Rires*). Ça arrive très ponctuellement mais ça peut arriver aussi et là je suis très bon pour leur faire sentir que ça m'inquiète beaucoup. (*Rires*)

MM : *D'accord. (Rires). Très bien. Alors... On va juste changer un tout petit peu de sujet, juste parler un petit peu de ce qu'on a déjà vu tout à l'heure sur le matériel que vous utilisez. Vous m'avez parlé justement que vous leur envoyiez un mail avec les différents supports... Est-ce que vous utilisez peut-être d'autres choses lors des séances ?*

P1 : Oui, oui, oui ! J'ai tout plein d'infographies...

MM : *Des infographies...*

P1 : Sur l'ordinateur et dans un classeur. Pour avoir en fait des supports visuels et des illustrations de ce que je leur raconte !

MM : *D'accord...*

P1 : Quand au cours d'un échange ou après un exercice ou avant un exercice, je vais leur montrer pourquoi est-ce que l'exercice est important parce que... Parce que finalement ils peuvent se pencher et que ça ne met pas plus de contraintes etc. Généralement, là, on s'assoit ensemble et on regarde l'infographie qui va bien... Ce genre de choses.

MM : *D'accord ! Très bien.*

P1 : Un truc que j'aime bien faire, je sais pas si c'est un tout petit peu à côté de la question ou si c'est en plein dedans, parce que c'est oral... Mais c'est leur décrire rapidement quand je leur parle par exemple de l'éducation à la douleur, quand je leur dis « bah en fait, on pense que comprendre pourquoi vous avez mal c'est utile parce qu'on a des chercheurs qui ont fait de la recherche là-dessus ». J'aime bien leur décrire en deux mots Lorimer Moseley comme un grand chauve ou David Butler comme un petit chauve avec des lunettes en plastique vert parce que j'ai l'impression que ça leur rend le truc... Ça leur matérialise un petit peu le concept que d'avoir une personne sympa rattachée dessus.

MM : *D'accord ! Je vois.*

P1 : Je l'utilise pas mal, l'image des chercheurs.

MM : *D'accord, OK. Très bien.*

P1 : Et j'ai un algomètre de pression qui me sert occasionnellement pour leur montrer que... Qu'ils ont un seuil de douleur qui est modifié.

MM : *OK... Donc ça c'est... Vous le faites pour leur montrer ou aussi dans le bilan ?*

P1 : Euh, si j'ai des doutes, je vais l'utiliser dans le bilan. Et sinon, je m'en sers beaucoup plus pour leur montrer que bah sur tout un hémicorps, par exemple, ils vont avoir un seuil de douleur à la pression qui est de 15 kg par centimètre carré alors que sur l'autre hémicorps ils l'ont à 8 ou 10. Pour bien leur faire... Leur montrer qu'il y a un décalage et que c'est pas normal.

MM : *D'accord !*

P1 : Ou ils l'essayent sur moi et puis ils montent jusqu'à 10 ou 12. Et puis on essaye sur eux et je pose à peine la machine que ça leur fait mal à des endroits qui sont loin du site douloureux principal. Voilà, pour leur montrer que c'est anormal.

MM : *Pour leur montrer... Très bien. Alors, on a parlé un peu de métaphore, justement, que vous adaptez aux patients. Est-ce que vous utilisez d'autres choses, d'autres métaphores, des anecdotes, des exemples ?*

P1 : Ouais ! J'ai pas mal d'anecdotes perso, maintenant.

MM : *D'accord...*

P1 : J'avais un énorme kyste synovial au poignet jusqu'à il y a peu. Que j'ai gardé depuis 2013 et donc... Donc en fait, j'avais un énorme kyste au poignet qui était très visible. Ça donnait l'impression qu'il y avait le lunatum qui était complètement sorti, pour vous donner un peu une idée. Et qui ne me faisait absolument pas mal depuis que j'avais vu un radiologue qui m'avait dit que c'était normal et que c'était pas obligé de faire mal.

MM : *D'accord...*

P1 : Donc en fait, je partageais vraiment mon vécu avec mon kyste en leur disant « bah regardez, j'ai ce truc énorme et j'ai eu super mal et j'ai vraiment flippé de devoir me faire opérer et de devoir arrêter de travailler jusqu'au moment où il y a un radiologue qui m'a dit « bah je vois des tas de gens qu'ils l'ont et qui n'ont pas mal ». Et où la douleur s'est arrêtée quasiment du jour au lendemain ! ».

MM : *Hm, hm... OK !*

P1 : Donc là il a pété et je suis bien emmerdé.

MM : *Ah mince, je savais pas que...*

P1 : Bah du coup je l'ai plus quoi, il a disparu !

MM : *Bah c'est bien quand même mais...*

P1 : C'est moins pratique ! *(Rires)*

MM : *(Rires)*

P1 : Et après, j'avais eu un bel épisode de douleurs aiguës aux lombaires [...] Donc je raconte parfois cette histoire lors du mal de dos qui m'est arrivé. Et... Il y a aussi l'histoire d'Annina Schmid... Non ! C'est pas Annina Schmid, c'est Tasha Stanton qui raconte ça dans un podcast [...] traduit sur KinéFact aussi, comme ça s'il faut les détails il y a moyen. En gros, elle a fait partie, pour dépanner un copain je crois, d'un essai clinique où ils faisaient de l'imagerie des voûtes plantaires de personnes asymptomatiques et ils lui ont découvert une rupture complète de la plaque palmaire...

MM : *D'accord...*

P1 : Derrière, elle a eu des grosses douleurs, elle était incapable de courir etc. Elle s'est dit que la seule chose qui avait changé, c'était l'imagerie. Du coup elle a voulu refaire une imagerie pour, entre guillemets, accepter qu'elle avait une voûte plantaire rompue et que maintenant ça allait bien se passer... Et en fait, quand elle a refait l'imagerie, elle a découvert qu'ils s'étaient foirés sur la première imagerie et qu'ils lui avaient donné des résultats qui n'étaient pas les siens. Ils lui avaient donné ceux de quelqu'un d'autre et sa plaque plantaire allait très bien. Mais n'empêche qu'avec juste la croyance qu'elle avait une image de plaque plantaire pétée, elle n'a pas pu courir pendant un moment.

MM : *Hm, hm...*

P1 : Et du coup, voilà, je raconte souvent ça aux patients en leur disant : « mais vous voyez, même moi avec mon kyste, même Tasha Stanton, qui est l'une des plus grandes chercheuses mondiales sur les sciences de la douleur, et ben même en sachant ça, on se fait encore avoir, entre guillemets, par notre tête. Donc c'est pas grave, c'est des choses qui arrivent à tout le monde ».

MM : *D'accord, oui. Super, je connaissais pas. Top.*

P1 : Ça fait partie des histoires que j'utilise.

MM : *D'accord...*

P1 : Je réfléchis si y a autre chose... Comme ça, de façon régulière je vois pas trop. Après, c'est un peu la même chose que ce que je vous disais pour les questionnaires ou pour le fait que je fais plus trop d'éducation formelle, c'est que en fait au fur et à mesure qu'on pratique, ça devient plus spontané donc on peut beaucoup plus changer d'histoire à chaque patient pour mieux s'adapter à son cas.

MM : *Oui bien sûr, d'accord.*

P1 : Dur de trouver des trucs récurrents...

MM : *Après c'est déjà super intéressant pour moi en tout cas. (Rires). Bon on a déjà balayé une bonne partie, il reste encore quelques questions. Ça va, vous avez encore le temps ?*

P1 : C'est pas un souci, ça me plaît.

MM : *Ça marche ! (Rires). C'est bien, vous êtes passionné. Alors on a déjà parlé un peu du traitement, enfin de la continuité dans le traitement. On va juste reparler un tout petit peu de ça justement sur comment vous adaptez justement la continuité en fait du traitement, le reste en fait du traitement kiné, pour qu'il soit en cohérence avec cette éducation reçue ?*

P1 : Je fais beaucoup, beaucoup, beaucoup, beaucoup moins de thérapie manuelle et de massage etc.

MM : *Hm... Beaucoup moins...*

P1 : Ouais, j'en fais encore un petit peu. Généralement c'est... J'ai [mot incompris] quand les patients ont compris que ça va leur apporter du bien-être ou un soulagement ou que bah ils sont chez le kiné, ils sont là pour prendre soin d'eux et parfois un petit massage, ça fait du bien et ça détend. Mais... Mais c'est presque plus quand ils ont compris que ça va avoir un effet à court terme, qui va les aider à faire leurs exercices, si ils étaient un peu plus douloureux le jour là. Parce que bon, si on peut ne pas avoir mal, c'est plus cool.

MM : *Hm, hm.*

P1 : Si ils me disent « bah finalement, c'est vrai que vous avez raison, je suis très stressé et je crois que ça me détendrait bien te faire un massage ». Quand ils sont vraiment passés dans cette optique où ça va être un petit coup de pouce, ça va être un petit accélérateur... Peut-être qu'on va avoir la

chance que ça ait un super effet placebo et que la douleur ne revienne pas du tout derrière. Mais du coup, je le fais intervenir souvent plus tard, au bout de 3/4 séances.

MM : *Oui... D'accord.*

P1 : Et... et après par contre, des exercices bah je les fais beaucoup avec eux et généralement à moins que je les sente très facile à vexer ou que j'ai l'impression qu'ils vont être susceptibles et qu'ils vont penser que je me moque d'eux, j'essaye de les faire en même tant qu'eux, avec plus de charge qu'eux...

MM : *En même temps... D'accord.*

P1 : Pour leur montrer que bah si je leur fais prendre le risque de faire une flexion en charge avec 1 kg dans chaque main, bah je prends le risque, moi, de le faire avec 5 kg dans chaque main pour en gros, que si je me plante, on se plante tous les deux, quoi ! (*Rires*)

MM : *Oui je vois, ça marche... Très bien. Donc ensuite, vous avez dit que vous faites beaucoup d'exercices, ça c'est bon...*

P1 : J'essaye de faire beaucoup d'exercices et je leur explique que c'est... Enfin souvent, je leur dis que c'est pas parce que j'ai pas envie de masser... Et que du coup je me rattrape sur ma femme, ma chérie le soir... (*Rires*). Mais que c'est parce que je veux leur donner des outils qui sont capables de reproduire chez eux.

MM : *Oui...*

P1 : Donc j'en ai déjà qui m'ont demandé par contre si ils pouvaient amener leur compagnon ou leur compagne au cabinet pour voir une manœuvre qui les soulageait particulièrement. Et dans ces cas-là, généralement je ne suis pas contre du tout... Pour leur apprendre, si c'est des manœuvres qui me paraissent assez simples à réaliser pour des gens qui n'ont pas de pratique plus que ça. Donc voilà, comme le but c'est vraiment de les autonomiser le plus possible, ben je leur dis que je leur propose plutôt des exercices ou de l'activité physique graduée, parce que c'est des choses qu'ils vont pouvoir refaire sans moi...

MM : *D'accord !*

P1 : Et quand ils en ont besoin. Et pas quand ils ont rendez-vous.

MM : *Je vois. Très bien. Alors... On va parler maintenant un peu de votre réaction, ou en tout cas de la conduite que vous allez adopter dans le cas où vous avez un patient qui aurait, entre guillemets, une rechute. Donc il n'avait plus beaucoup de douleur ou moins de douleur, on va dire, et qui, d'un seul coup, va de nouveau être très douloureux ou beaucoup plus que... Voilà.*

P1 : OK ! Je refais un bilan, entre guillemets. Je repose des questions. On repasse un peu en revue les Red Flags pour vérifier que ce ne soit pas une aggravation de l'état.

MM : *Oui...*

P1 : Une fois que c'est éliminé, on essaye ensemble de passer en revue tous les facteurs et de voir si on peut trouver un facteur déclencheur. Est-ce qu'ils ont fait beaucoup plus d'activité physique ce jour-là, est-ce qu'ils ont subi un gros stress ce jour-là... Est-ce qu'ils ont été malades et que c'est une augmentation du système immunitaire qui a joué un rôle. On essaye d'identifier les facteurs, et du coup, souvent, ça permet d'expliquer et de comprendre pourquoi il y a eu plus de douleur, donc c'est cool.

MM : *Oui...*

P1 : Et après, je les rassure en leur... J'ai deux éléments pour ça. J'ai une infographie d'Adam Meakins qui s'appelle « The road to recovery » où on voit comment est-ce qu'on s'attend à ce que se passe la rééducation, puis c'est une flèche qui monte en ligne droite de « pas bien et douloureux » à

« hyper bien et super en forme ». Et puis comment ça se passe dans la vraie vie, et là c'est une flèche qui fait des loopings, des retours, des zigzags...

MM : *Oui, je vois !*

P1 : Donc voilà, je leur dis que c'est tout à fait attendu et prévu.

MM : *Hm, hm !*

P1 : Et après, dans *Explain Pain Supercharged*, il y a un graphe que j'appelle le graphe de l'éléphant et de la souris... Où ils ont résumé des données de recherche. Donc c'était un peu plus sur les débuts de la PNE... Je crois que c'est une étude de Moseley... Et où en fait, ils avaient vu que les gens en début de recherche, ils avaient des crises qui étaient plutôt longues et plutôt intenses et plutôt fréquentes...

MM : *Hm, hm...*

P1 : Donc je crois qu'en moyenne ils passent 21 jours par mois en crise.

MM : *D'accord, oui...*

P1 : Et que finalement, après le traitement, ils ont toujours des crises mais qui sont généralement moins fréquentes. Ils en font, en gros, une par mois. Beaucoup plus courte puisqu'elle dure généralement même plus 24 heures. Et d'une intensité qui est réduite.

MM : *Oui...*

P1 : Et donc voilà, je leur dis... Je leur dis généralement au début que je leur promets pas du tout qu'ils auront plus jamais mal... Parce qu'on a tous mal dans notre vie et que moi aussi, j'ai mal des fois... Et donc je leur montre ce graphique et donc je leur dis « bah finalement voilà le but c'est que... Si on a bien travaillé, cette crise va durer moins longtemps que la précédente, sera probablement moins intense et vous aurez plus de temps avant la suivante. » Donc si ça faisait longtemps qu'ils avaient pas eu de crise bah je leur dis que c'est bon signe, puisqu'elles s'espacent.

MM : *D'accord, très bien !*

P1 : Je pense que c'est aussi souvent le moment où je leur rappelle que la non douleur totale c'est illusoire !

MM : *Illusoire...*

P1 : Et qu'en fait, on a tous mal dans notre vie. Et que si je fais un bel étirement, bah moi aussi j'ai mal. Et que pourtant, c'est juste parce que j'ai fait un étirement. Et voilà, je rappelle que avoir mal aux muscles quand on a fait travailler ses muscles, c'est normal...

MM : *Que c'est normal.*

P1 : Voilà.

MM : *D'accord. Très, très bien. Alors, il nous reste deux thèmes à aborder. Donc là on va parler un peu de l'évaluation ou en tout cas de comment vous, vous allez entre guillemets évaluer l'impact de l'éducation sur les patients...*

P1 : Je fais pas de réévaluation formelle, en général, je pense. Ils ont pas de questionnaire à passer ou autre. Je sais qu'il y a un « Pain Questionnaire Beliefs », BQB, c'est ça ?

MM : *Oui, il me semble que c'est ça, oui.*

P1 : Mais je crois qu'il est assez mauvais finalement dans le sens où il donne souvent des scores valables au test et après, en fait les gens peuvent modifier leurs réponses aux tests parce qu'ils ont

bien appris leurs leçons... Mais si ils ne croient pas à leurs leçons, on ne voit pas de résultats dans la vie de tous les jours, je crois.

MM : *Oui.*

P1 : Donc je ne fais pas de re-test formel... Je pense que ce qui me permet, moi, de savoir si j'ai encore besoin de revenir dessus ou pas, c'est est-ce que les patients commencent à identifier des choses qu'ils ont bien faites ou mal faites par rapport à ça. Par exemple « j'ai eu plus mal mais j'ai senti que c'est parce que j'étais stressé. Et du coup j'ai été courir pour me détendre et finalement ça m'a fait du bien de faire de l'activité physique et de me déstresser ».

MM : *Hm, hm.*

P1 : Ou si au contraire ils me disent « oh là là j'ai eu mal et du coup, j'ai paniqué et ça m'a stressé et je suis allé m'allonger », bah là je sais que le message n'est pas passé.

MM : *Oui, par rapport à ce qu'ils disent...*

P1 : Ouais. Voilà. Je pense que c'est vraiment le changement sur leur discours et leur comportement qui me permet de savoir si je dois encore continuer. Si c'est vraiment un sujet majeur qu'il faut qu'on aborde... Ou si... Ou si on peut commencer à parler de chiens, de chats et de voyages, quoi. *(Rires)*

MM : *D'accord, très bien. (Rires). À peu près... C'est un peu compliqué mais à quelle fréquence vous allez tenter de voir justement si le patient a compris ou pas ?*

P1 : Hm... Je dirais que c'est à chaque séance puisqu'en général je commence ma séance par leur demander donc comment ça s'est passé depuis la dernière fois. Si ça a bien été, bah soit ils n'ont pas eu besoin de mes conseils et ils vont mieux naturellement, soit ils ont appliqué mes conseils et ils vont mieux.

MM : *Hm, hm...*

P1 : Généralement, je leur demande s'ils ont eu des problèmes du coup et si ils ont su les gérer. Et c'est là où effectivement, bah ils me disent... Ils me disent « bah non j'ai pas osé mes exercices... J'ai pas osé faire mes exercices parce que j'ai eu peur de mal les faire et donc de me faire mal » ou... Je crois que c'est vraiment au début de chaque séance ou de toute façon je leur demande comment ça s'est passé depuis la fois d'avant, comme ça fait en moyenne une semaine que je ne les ai pas vus... Et où ils me donnent même leurs résultats.

MM : *D'accord, très bien. Selon vous, quel est l'impact de cette éducation sur toute la prise en charge kiné ?*

P1 : Hm, hm, hm... C'est un peu compliqué d'isoler juste cette prise en charge. Moi je pense que ce qui est important... Enfin ce que j'ai l'impression qui a vraiment changé depuis que j'arrive bien à le faire, c'est que... Les gens ont moins peur... Enfin c'est compliqué parce que je donne mes exercices aussi. *(Rires)*. Mais je dirais que les gens ont moins peur de bouger. Mais je pense que c'est aussi parce que... Pas uniquement grâce à l'éducation mais avec le reste, j'ai des meilleures stratégies pour les aider à trouver des moments pour faire les exercices ou aller bouger...

MM : *Mais parce que c'est lié avec le reste aussi...*

P1 : Ouais, je pense que c'est vraiment un tout donc c'est un peu dur... Enfin pour moi comme ça fait partie d'un tout. J'ai pas cherché du tout à le séparer. Je pense qu'un truc qui peut être important, par contre, et qui est différent, c'est l'impact qu'ils vont avoir derrière, autour d'eux.

MM : *Hm, hm... C'est-à-dire ?*

P1 : C'est-à-dire que... Vous êtes en quatrième année, c'est ça ?

MM : *Oui, c'est ça.*

P1 : Vous avez déjà fait des stages en libéral ?

MM : *Je suis en train d'en faire un actuellement.*

P1 : D'accord, ça marche. Donc vous avez peut-être un certain nombre de patients à qui les proches ont conseillé d'aller voir un ostéopathe parce qu'ils ont sûrement une vertèbre déplacée... Ou ils avaient une jambe plus longue que l'autre et que du coup ils ont été voir le podo et que ça va beaucoup mieux et qu'ils devraient faire pareil etc. Bah moi je pense que nos patients qui ont bénéficié de l'éducation à la douleur...

MM : *Oui...*

P1 : Ils vont peut-être avoir un effet similaire... Mais un peu plus dans le bon sens : dans le sens où ils vont aussi pouvoir donner des conseils autour d'eux à leurs amis, qui vont avoir des [terme incompris], en leur disant « Bah ouais, t'as mal partout mais peut-être que c'est parce que tu passes tes nuits à geeker ou peut-être que si tu prenais un peu de temps pour faire du sport et déstresser après le boulot, tu irais mieux... ». Et du coup voilà, je pense c'est plus dans l'impact que nos patients vont avoir autour d'eux que c'est vraiment important.

MM : *Oui, je vois. D'accord, ben c'est intéressant ! Hm... Quel est un petit peu le retour qu'ont les patients par rapport à tout ça ?*

P1 : Hm, hm, hm... J'ai un biais de sélection dans ma patientèle parce que j'habite un petit village et que je suis un des seuls kinés autour à bosser comme ça. Donc déjà, on est dans un cabinet de groupe mais je sais que mes collègues, par exemple, ne font pas du tout le même genre de prise en charge... J'ai beaucoup de délai d'attente. J'ai environ un mois. Et j'ai beaucoup de patients qui viennent sur le bouche à oreille, soit par leurs prescripteurs qui sont dans le village, ma compagne et mon médecin traitant ou mon ancien médecin traitant... *(Rires)*

MM : *D'accord. (Rires)*

P1 : Qui me connaissent bien. Et qui, je pense, me vendent bien ! *(Rires)*. Ou par le bouche à oreille de leurs proches. Et généralement bah si ils viennent et qu'ils viennent par le bouche à oreille, c'est que leurs proches ont été satisfaits par cette approche qui est différente. Donc en fait, généralement, ils trouvent que c'est différent. Ils trouvent que c'est bien de pouvoir parler et d'être écouté...

MM : *Oui...*

P1 : Ils trouvent que c'est bien d'avoir... Que mon but, ce soit qu'ils ne viennent plus ! *(Rires)*

MM : *Oui !*

P1 : Voilà... Après, effectivement, bah comme on ne peut pas plaire à tout le monde, j'ai aussi des patients dans le fond, même si ils sont contents de leur progrès et d'aller bien et d'avoir moins mal etc. ils sont déçus de ne pas bénéficier de thérapie manuelle... Ils sont déçus de ne pas avoir de massage, ou en tout cas, pas autant que ce qu'ils auraient estimé important.

MM : *D'accord.*

P1 : Parce que le but, c'est de leur montrer qu'ils arrivent à s'en sortir sans. Donc généralement, j'en donne assez... Enfin, j'essaie d'en donner assez pour satisfaire leurs attentes un minimum, mais pas trop pour ne pas créer de la dépendance ou de leur donner une impression de dépendance.

MM : *Oui...*

P1 : Et donc voilà, je sais qu'il y en a certains qui sont un peu... Ils sont contents, voire même ils reviennent quand ils se refont mal, d'ailleurs. Mais qui sont quand même un petit peu déçus du fait qu'il y a eu beaucoup d'exercices, beaucoup de dialogues et finalement pas énormément de thérapies passives.

MM : *Hm, hm... Je vois. Très bien.*

P1 : Je sais qu'il y en a qui n'aiment pas du tout et qui sont pas contents mais bon...

MM : *Oui, ça peut arriver... Justement on va rebondir un petit peu là-dessus... Donc sur les freins, les limites et les difficultés. Donc justement, vous est-ce que vous pouvez parler un peu des freins, des limites ou des difficultés que vous avez peut-être déjà expérimentés dans votre pratique par rapport à l'éducation à la douleur ?*

P1 : Ouais, ouais. Il y a un frein qui est un peu pénible, c'est la durée de la séance conventionnelle. C'est pas évident, quand il y a des patients surtout qui ont des histoires compliquées, qui ont beaucoup de croyances erronées ou qui ont vraiment personne qui les écoute et qui du coup ont besoin de parler beaucoup... Faire tenir ça dans une séance d'une demi-heure et réussir à leur donner suffisamment d'écoute pour qu'il se sentent vraiment écoutés, puis gratter un peu les croyances et petit à petit les déconstruire, puis avoir le temps de mettre quelque chose en place qu'ils vont pouvoir ensuite faire chez eux pour cimenter un peu les connaissances qu'on leur a apportées par de l'expérience... Bah en une demi-heure des fois c'est pas faisable quoi.

MM : *Hm...*

P1 : Donc il y a la durée de l'exercice conventionnel qui va gêner un petit peu. Il y a la présence que ça demande de faire des séances pareilles. Encore une fois, on parle de patients, entre guillemets, difficiles hein... Si c'est... Ça m'est arrivé... *(Rires)*. Bah la semaine dernière, d'avoir une patiente qui est venue et qui m'a dit « bon je viens chez vous parce que j'ai mal au dos depuis 10 ans ». Je me suis dit « ça va être très compliqué ». Et puis elle m'a dit « j'ai fait 10 ans de massage chez un autre kiné, ça ne m'a jamais rien fait. J'aimerais savoir pourquoi j'ai encore mal et quels exercices je peux faire pour aller mieux ! »...

MM : *D'accord.*

P1 : Donc ça, c'est de la douleur chronique, mais c'est pas du tout une séance compliquée. J'avais pas vraiment besoin de faire attention à mes mots. Elle était très, très réceptive... Très en demande d'exercices ! Pas du tout de thérapies passives...

MM : *Oui...*

P1 : Et pas de croyances sur les exercices, quand je lui ai dit qu'il y avait pas forcément besoin de renforcer les abdos plus que ça, plus que les cuisses ou les bras et qu'on allait faire ce qu'elle avait envie de faire et ce qu'elle prenait du plaisir à faire... Ça ne lui a pas posé de soucis.

MM : *D'accord, oui, je vois.*

P1 : Donc voilà, ça c'est les séances pas compliquées. Enfin qui sont... Qui ne sont pas du tout des freins. Mais donc, quand on a, au contraire, un fibromyalgique qui est malmené depuis 30 ans, qui est suivi dans un centre antidouleur qui le traite uniquement par TENS etc. et qu'on en enchaîne deux, trois, quatre... Ça, c'est excessivement fatigant ! Et les derniers patients ne bénéficient pas de soins d'aussi bonne qualité que les premiers quoi.

MM : *Hm, par rapport à la présence...*

P1 : Ouais, la part fatigue que peut entraîner des soins compliqués ça gêne la prise en charge et... Et comme on dit souvent, si on travaillait une heure par patient et qu'on pouvait en voir que sept ou huit dans la journée, ben ce serait déjà très bien ! *(Rires)*

MM : *(Rires). C'est sûr...*

P1 : Voilà... Les croyances des patients peuvent aussi être vraiment un gros problème. Quand ils viennent orientés par des ostéo ou par des podologues, en qui ils ont fortement confiance et qui racontent fortement de la merde, ça peut être très compliqué. Alors avant, j'allais vraiment

frontalement dedans. Donc avec justement des cours très scolaires sur la douleur, avec des résultats qui étaient mitigés...

MM : *Oui...*

P1 : Je pense que je suis assez bon prof, assez confiant dans mes connaissances etc. pour en avoir fait changer d'avis un certain nombre mais c'est quand même coûteux. Justement c'est là où les 30 minutes sont parfois insuffisantes. C'est là où on se fatigue beaucoup ! Et du coup c'est difficile d'enchaîner. Et du coup maintenant, j'essaie beaucoup plus de transformer leurs croyances plutôt que de les changer.

MM : *Oui...*

P1 : Donc je m'appuie dessus et je vais juste changer les petits détails qui me paraissent nécessaires pour qu'ils aillent mieux. Et parfois, c'est rare, mais parfois j'ai juste pas le courage et je fais les 10 séances prescrites et je dis rien parce que je suis pas capable de déployer l'énergie qu'il faudrait pour aller contre ses croyances.

MM : *D'accord, je vois...*

P1 : Donc l'interaction avec d'autres thérapeutes qui sont dans des modèles de douleur complètement dépassés, c'est un gros frein [à ce que je fasse bien mon travail].

MM : *D'accord.*

P1 : Et je trouve que le fait de trop connaître les patients et notamment soigner les proches, que ce soit des amis, des amis d'amis parfois mais qu'on connaît du coup un peu trop, ou carrément de la famille, c'est très compliqué aussi souvent.

MM : *Hm... D'accord.*

P1 : Parce que justement, aller remettre en... Enfin faire leur système de croyances sur la douleur ou aller appuyer là où ça fait mal en terme de vie psychologique ou sociale etc. c'est beaucoup plus compliqué quand c'est des gens qu'on connaît quoi.

MM : *Oui, je vois... Comment vous allez faire du coup pour pallier à ses freins ? Vous avez déjà répondu en bonne partie mais par rapport à la fatigue par exemple ou le fait de trop connaître...*

P1 : Je travaille moins qu'avant... Je me suis mis des demi-journées dans la semaine pour à la fois travailler ma communication et mes supports de com'. Donc ça me permet justement de revoir mes bilans, de les améliorer, de lire un peu plus, d'échanger avec d'autres kinés qui bossent sur la douleur... Et de me détendre.

MM : *Oui...*

P1 : Donc je travaille moins pour être plus en forme quand je suis au travail. J'ai commencé du travail en maxillo-faciale et j'ai énormément d'ados avec qui le travail est très différent et qui n'est pas du tout axé sur la douleur puisque c'est souvent modifier la position de langue pour qu'elle ne gêne pas le travail de l'orthodontiste. Et du coup c'est des séances qui dans 9 cas sur 10 ne sont pas du tout prise de tête... *(Rires)*

MM : *D'accord. (Rires)*

P1 : Et en tout cas pas du tout sur les mêmes sujets.

MM : *Hm, hm, je vois.*

P1 : Donc ouais, ne pas faire que de ça et diversifier. Et avoir des séances cools. Là j'étais chez une copine qui fait de la respi et puis elle a mis des séances de yoga. Et elle dit, « ben moi ma séance de yoga c'est aussi... C'est une séance que je fais avec les patients et pour laquelle je suis rémunérée

etc. donc c'est cool, enfin c'est du travail mais c'est la partie de mon travail qui fait que je supporte beaucoup mieux et que je suis beaucoup plus en forme pour faire le reste ».

MM : *Oui, je vois. Hm...*

P1 : Donc voilà, la diversification dans le travail c'est important. Pour limiter les freins. Après effectivement je suis moins frontal donc dans mes explications. Pour ce qui est des proches, j'ai pas beaucoup de solutions miracles... *(Rires)*. J'essaye de les envoyer chez les gens compétents que je connais...

MM : *D'accord. (Rires)*

P1 : Pour ne pas avoir à les prendre en charge moi.

MM : *Je vois. Ça marche. Est-ce que vous voyez peut-être d'autres freins qu'on n'aurait pas évoqués, par exemple dans le bilan, l'évaluation ou autre ?*

P1 : Euh... Alors dans l'évaluation, ça commence à être bon. Je dirais... Je sais pas si c'est pertinent ou pas... Au début ce qui me gênait c'était donc l'absence de méthodologie et de moyens pour dépister correctement les facteurs psychosociaux... Et c'est là où les questionnaires m'ont beaucoup aidé au début.

MM : *D'accord. Lesquels par exemple ?*

P1 : Bah surtout le CSI, le STarT Back, l'Orebro, le Tampa.

MM : *D'accord.*

P1 : C'était ceux que j'utilisais beaucoup au début. Mais voilà, je trouve ça... Quand on ne sait pas quelles questions poser mais qu'on a envie de creuser, c'est très pratique. Et après, quand on les connaît entre guillemets par cœur, on n'a plus besoin de questionnaires, mais on pose les mêmes questions en fait.

MM : *Oui...*

P1 : Hm... Dans le bilan il y a ça. Encore une fois, il y a un peu le manque de temps parfois pour creuser. Ce qui est inconfortable c'est de soulever des problèmes qu'on ne sait pas gérer derrière...

MM : *Ouais...*

P1 : Quand on va découvrir que le patient est fortement dépressif avec des idées suicidaires par exemple, et qu'on n'a aucune idée de comment aider un patient dépressif ou comment gérer un patient avec un risque suicidaire, c'est très inconfortable !

MM : *Hm, hm... Oui... Donc les limites peut-être par rapport au fait qu'on n'est pas non plus psychologue voilà...*

P1 : Je n'ai pas compris votre dernière phrase.

MM : *J'ai dit c'est peut-être les limites surtout parce que on n'est pas non plus psychologue, enfin on n'est pas formé...*

P1 : Oui, oui évidemment... Mais après voilà, il y a cette notion de : où s'arrête et où commence notre travail, qui peut être un frein. Donc on ne sait pas jusqu'où on peut aller gratter dans le psychologique sans... Sans dépasser notre domaine de compétence. Et en même temps, un patient qui vient chez nous une demi-heure par semaine, ou si on est sur des modes de soins un peu plus traditionnels, trois fois par semaine une demi-heure, il y a forcément un moment où il va nous parler de choses qui risquent de compter un peu pour lui.

MM : *Hm... Oui.*

P1 : Donc il faut être un minimum formé quand même. Une autre difficulté, ça va être justement quand on trouve des trucs comme ça... Quand on sait qu'on n'est pas psychologue, qu'on estime qu'une prise en charge serait utile et que les patients refusent à cause de la mauvaise image qu'ont les psychologues... C'est un problème aussi puisque du coup ça limite un peu l'envie d'aller creuser et d'aller fouiller la merde puisqu'on sait que nous, on ne sait pas la gérer et que le patient ne veut pas aller voir celui qui sait faire.

MM : Hm, hm. Je vois...

P1 : Je crois qu'on est pas mal au niveau des freins ! (*Rires*)

MM : Ouais, je pense que là on a bien... On en a évoqué pas mal ! Super ! Bah écoutez, il me reste juste... Sauf si vous avez encore des choses à rajouter, on pourra revenir là-dessus après... Une question finale, un peu bonus, mais justement de parler peut-être d'un cas pour lequel vous pensez que faire l'éducation et tout ce qui va autour bien sûr, ça ait vraiment changé la donne, donc un cas on va dire clinique... Et si oui, est-ce que vous pouvez en parler un peu ?

P1 : Il y en a plein... (*Rires*). Mais du coup, je suis en train de réfléchir... Il y en a un que j'aime bien parce que j'ai eu des bons résultats alors que j'étais pas bon à l'époque... (*Rires*). C'était un peu au début. Je pense que ça devait être en 2016 ou 2017, donc ça ne faisait pas très longtemps que j'essayais de travailler un peu sur ces choses là. Et j'ai eu une patiente qui avait... Oui on va dire, parce que j'ai pas fait des très bons traitements en plus... J'avais une patiente qui avait été opérée... Nerf sciatique, poplité externe à cause d'un kyste, je crois. Ou d'une sciatique paralysante, je sais plus. Mais il y avait donc ces douleurs neuropathiques sur la face latérale de la jambe droite.

MM : *Oui...*

P1 : Et au bilan, elle m'avait dit donc que ça lui faisait mal et que du coup elle ne pouvait plus aller promener avec son chien, qu'elle ne pouvait plus aller danser avec son petit ami... Elle avait un certain âge du coup c'est très mignon. (*Rires*). Et il y avait autre chose qu'elle ne pouvait plus faire... Elle allait au cours de gym avec ses amis du village mais elle était limitée dans sa participation à ses cours de gym à cause des douleurs. Et on a fait pas mal de séances et on progressait assez peu sur sa douleur...

MM : *D'accord.*

P1 : Mais au niveau fonctionnel, il y avait quand même des progrès puisqu'elle s'est remise à marcher avec son chien, elle avait rendez-vous le week-end avec son amoureux, elle allait à la danse avec son amoureux, elle faisait tous les cours de gym, en entier... Et puis un jour, on a regardé la vidéo de Tamar Pincus, le fameux « Pain and me ».

MM : *Oui...*

P1 : Avec la pâte à modeler, je ne sais pas si vous l'avez déjà vu...

MM : *Oui, je l'ai déjà vu, oui.*

P1 : Ouais, voilà. Donc on a regardé cette vidéo ensemble, elle a pleuré, j'ai pleuré parce que je trouve que c'est très émouvant pendant cette vidéo. Et je pense que un mois après, à la louche, elle est revenue et elle m'a dit qu'elle souhaitait arrêter les séances parce qu'elle avait réservée une croisière sur le Nil avec son chéri. Et que cette fois elle n'allait pas être là pendant un mois. Et que en fait, bah comme elle avait récupéré tous ses objectifs fonctionnels et qu'elle avait une vie qui était bien pleine et pleine de choses cools, bah finalement c'était pas si grave d'avoir à peu près mal aux mollets quand même.

MM : *D'accord, OK !*

P1 : Donc voilà, c'était une chouette histoire !

MM : *Ouais ! Super. Bah nickel, c'était hyper intéressant en tout cas. Est-ce qu'il y a des choses que vous voulez peut-être rajouter, qu'on aurait pas évoquées ?*

P1 : Je regarde vite fait... Enfin j'ai donné un cours à l'IFMK cette année sur ça, donc je regarde si il y a des choses importantes que je n'ai pas dites...

MM : *Ah vous donnez des cours aux étudiants, c'est ça ?*

P1 : Ouais, j'ai donné un cours à X.

MM : *D'accord.*

P1 : Euh... (*Blanc*)

MM : *Sur la douleur du coup ou sur l'éducation à la douleur ?*

P1 : Alors... On m'a filé un intitulé de cours qui était « approche psycho-comportementale de la douleur », que je n'ai pas choisi. Et d'après mes agents infiltrés en K4, ils avaient pas eu de cours réellement pertinents sur la neurophysiologie de la douleur, donc en fait, j'ai fait une première partie plus sur le côté physiologique et une deuxième partie sur le traitement et l'éducation, enfin du coup l'éducation, le bilan, etc.

MM : *D'accord ! C'est bien qu'ils aient ça...*

P1 : Ouais, c'est cool ! J'aurais aimé avoir ce cours quand j'étais étudiant. Euh... On parlait de l'écoute, j'ai un bon cas clinique femme pour ça, si ça vous intéresse...

MM : *Allez, c'est parti...*

P1 : J'ai suivi une patiente il y a pas très longtemps qui m'a été envoyée par ma compagne, donc je connaissais bien le généraliste qui la suivait... Donc qui m'était envoyée par ma compagne pour une lombalgie. Et en fait, quand j'ai fait le bilan et que je lui ai demandé de dessiner ses douleurs sur le *Body Chart*, elle m'a demandé si elle devait toutes les dessiner... J'ai découvert que c'était une lombalgie avec sciatique irradiante accompagnée d'une NCB, accompagnée de cervicalgies, accompagné de céphalées, enfin de migraines.

MM : *Oui...*

P1 : Et en fait, elle était suivie par ma compagne, donc son médecin généraliste, depuis un an et c'est moi qui ai appris à ma compagne qu'elle avait des migraines.

MM : *D'accord... (Rires)*

P1 : (*Rires*). Simplement parce que comme une séance dure 30 minutes et que les patients, ils ont tout le temps finalement de raconter ce qui ne va pas, on a accès à des tas d'informations que le médecin, dans sa séance cadrée sur un problème en général ou deux problèmes et qui du coup est quand même plutôt directif dans son entretien, ne va pas laisser le temps aux patients d'exprimer... Et donc depuis que la patiente est retournée voir son médecin et lui a dit « docteur, j'ai des migraines », le médecin lui a prescrit des triptans et elle n'a plus de migraines.

MM : *D'accord. OK...*

P1 : Donc... (*Rires*). Voilà. L'écoute, on me demandait la place que ça a, bah voilà, c'est super important parce que en fait souvent il y a des tas d'informations qui vont être hyper pertinentes pour comprendre le patient qui passeraient à la trappe si on l'interrompt trop vite, si on ne lui laisse pas le temps de parler.

MM : *Hm... Oui. Vous utilisez le Body Chart aussi pour le bilan, c'est ça, du coup ?*

P1 : Ouais ! Moi je l'utilise pas mal le *Body Chart* pour le bilan...

MM : *D'accord.*

P1 : Dans les petits trucs cools, puisqu'on est dans le bilan... J'utilisais au début... J'utilise plus trop maintenant, c'est les DIM et les SIM de Butler et Moseley.

MM : *Euh...*

P1 : L'histoire des post-it de couleurs...

MM : Je veux bien que vous me réexpliquiez parce que je suis pas sûre...

P1 : Ça marche. Les DIM et les SIM, c'est les « danger in me » et les « safe in me ». Et en gros, on catégorise 7 domaines : des choses qu'on voit, qu'on entend, qu'on sent, qu'on touche et des choses qu'on fait...

MM : *Ah oui !*

P1 : Des choses qu'on dit, des choses qu'on croit et qu'on pense, des endroits où on va, des personnes qu'on a dans notre vie et des choses qui se passent dans notre corps... Et le but, c'est de catégoriser avec le patient tous les trucs qui vont plutôt lui faire ressentir de la sécurité et l'apaiser. Et du coup potentiellement avoir un effet protecteur sur la douleur.

MM : *Oui...*

P1 : Et tous les trucs qui vont avoir un effet plutôt stressant, négatif, leur faire percevoir du danger, etc. Et donc avoir un effet négatif sur la douleur.

MM : *Oui.*

P1 : Et pour... Quand on a entre guillemets pas du tout l'habitude et qu'on est un peu perdu pour identifier les facteurs contributeurs et ceux qui sont pertinents pour les patients, je trouve que c'est un outil qui est chouette et qui m'a bien aidé au début.

MM : *OK. Ouais... C'est marrant en fait on m'en a parlé hier, justement. Mais... OK ! Bah je comprends mieux maintenant, du coup !* (Rires)

P1 : (Rires). Il y a un article qui a été traduit par Yannick Barde-Cabusson dessus, je peux vous l'envoyer par Facebook si vous voulez.

MM : *Ah oui, ça m'intéresse, oui !*

P1 : OK, ça marche. Tout ce que vous voulez que je vous envoie dont on a parlé, je peux vous envoyer donc, vous me dites.

MM : *Du coup il y a plein de choses qui m'intéressent même ce dont on a parlé au début les supports que vous utilisez, même ça, ça m'intéresse aussi, ce que vous envoyez aux patients. Enfin il y en a que je connais déjà, genre RetrainPain, les livrets et tout, mais d'autres supports dont vous avez parlé ça m'intéresse !*

P1 : OK, ça marche.

MM : *En tout cas, c'était très intéressant pour moi ! Qu'est-ce que vous en avez pensé ?*

P1 : Bah c'est intéressant aussi. C'est chouette de formuler certains trucs. Il y a des questions que je ne m'étais pas posé. Mais du coup, ouais, c'est toujours cool de réfléchir à sa pratique et de voir ce que on peut changer ou modifier.

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Education à la douleur en kinésithérapie libérale française – Une étude qualitative

INTRODUCTION : L'éducation à la douleur (ED) est une approche ayant pour but d'aider le patient douloureux à améliorer son état en lui apportant différentes connaissances. Le but de notre étude était de déterminer sous quelles modalités des masseurs-kinésithérapeutes (MK) exerçant en France, sous un mode d'exercice libéral, intégraient cette approche dans leur exercice quotidien.

METHODE : Treize entretiens semi-directifs ont été réalisés avec des MK répondant aux critères de sélection de l'étude. Un guide d'entretien a été élaboré, testé et utilisé lors de ces entretiens. Suite à l'enregistrement et à la retranscription de chaque entretien, une analyse thématique a servi à élaborer les résultats. Le codage des données a été effectué à l'aide du logiciel NVivo12.

RESULTATS : Six thèmes principaux ont été mis évidence : (1) la conception de l'ED par les participants, (2) les critères de mise en place de l'ED, (3) la communication et l'attitude du MK, (4) l'intégration d'ED en séances individuelles et en groupe, (5) les résultats liés à l'ED, (6) les principaux freins pouvant être rencontrés et les solutions proposées par les MK pour y pallier.

DISCUSSION / CONCLUSION : Des éléments facilitateurs ont été mis en évidence tels que l'association d'entretien motivationnel et d'ED. La communication et le comportement du MK semblaient être des points essentiels, associant notamment beaucoup d'écoute et d'empathie. Le principal frein identifié était la présence de discours divergents de la part d'autres professionnels de santé et dans la population générale, pouvant aller à l'encontre du discours tenu lors de l'ED. Il semblerait que l'ED décrite par les MK interrogés s'inscrive dans un cadre clinique spécifique, nécessitant une participation active du patient et ayant pour but d'aboutir à une autonomisation de celui-ci. La prise en charge décrite par les MK permettait finalement de prendre en charge une personne dans sa globalité, en prenant en compte ses différents aspects biopsychosociaux.

MOTS CLES : biopsychosocial, douleur, éducation, kinésithérapie, recherche qualitative.

Pain education in french private physiotherapy practice - A qualitative study

INTRODUCTION: Pain education (PE) is an approach aimed at helping the patient in pain improve his condition by providing him with different knowledge. The purpose of our study was to explore how french physiotherapists (PTs) working in a private practice implement this approach into their daily practice.

METHOD: Thirteen semi-structured interviews were conducted with PTs meeting the study's selection criteria. An interview guide was developed and tested. Then it was used during these interviews. Following the recording and transcription of each interview, a thematic analysis was used to develop the results. Data coding was performed using the Nvivo12 software.

RESULTS: Six main themes were generated: (1) the conception of PE by the participants, (2) the criteria for implementing PE, (3) the communication and attitude of the PTs, (4) the integration of PE in individual and group sessions, (5) the results related to PE, (6) the main obstacles that could be encountered and the solutions proposed by the PTs to overcome them.

DISCUSSION / CONCLUSION: Facilitators were highlighted, such as the association of motivational interviewing and PE. The communication and behavior of the PTs seemed to be fundamental, combining a lot of listening and empathy. The main obstacle was the presence of discourses from other healthcare professionals and in the general population, which may diverge from PE discourse. It seems that the PE described by the PTs interviewed is part of a specific clinical framework, requiring active patient participation and aiming at patient empowerment. The care described by the PTs finally offers the possibility to take care of the person as a whole, taking into account their different biopsychosocial aspects.

KEYWORDS: biopsychosocial, pain, education, physiotherapy, qualitative research.