

Kinésithérapie et douleur niveau 1 : Faire de la douleur une alliée

A – Programme détaillé

Durée = 15h00

Nombre de stagiaires = 20 maximum

Formateur = Laurent ROUSSEAU – Masseur-Kinésithérapeute

1 – Résumé et Objectifs :

Contexte :

La douleur est la principale préoccupation du patient. Souvent associée à la recherche d'une lésion, elle sert de repère au patient. Mais qu'en est-il vraiment ? Peut-on toujours se fier à elle comme étant un critère objectif de l'amélioration d'une situation souvent complexe ? Quel message se cache derrière cette sensation ?

- Les sportifs parfois la recherche comme gage d'un travail efficace.
- Certains patients la fuient, accordant à son intensité un caractère de gravité.
- Elle peut être ressentie alors même que le membre a été amputé,
- Il arrive que de terribles accidents n'entraînent aucune douleur.

Il est difficile d'appréhender une telle diversité, et quelle que soit la situation, la sensation douloureuse reste la même pour la personne qui le ressent.

La douleur peut devenir un long voyage dont le kinésithérapeute pourra être le guide grâce à sa connaissance fine de l'être humain, pour ce qu'il a de plus cher à savoir son autonomie.

Objectifs :

Généraux :

La prise en charge de la douleur est une réalité quotidienne pour les MK : l'intention générale du projet, du point de vue de la pratique libérale et institutionnelle, est d'améliorer la prise en charge des patients douloureux chroniques et donc d'améliorer l'offre de soins, de par la qualité de la prestation mais aussi du plus grand nombre de professionnels formés (accès aux soins).

Amener le professionnel à mobiliser, en situation de soins, différents savoirs et capacités conformes aux données actuelles de la science et aux publications et recommandations de l'HAS :

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

Par ailleurs, sensibiliser le professionnel au contexte socio-économique de la santé afin qu'il intègre l'aspect économique dans sa réflexion au quotidien lors des prises en charge des patients.

Spécifiques :

A l'issue de ces deux jours de formation, le stagiaire aura acquis :

- des connaissances sur la physiologie de la douleur et le fonctionnement du Système Nerveux Central, en lien avec la douleur ;
- des rudiments pour pouvoir partager ces connaissances avec son patient, dans le cadre de l'éducation aux neurosciences de la douleur ;
- de nouvelles techniques en lien avec l'avancée des neurosciences.

Le stagiaire pourra :

- appréhender le caractère multidimensionnel de la douleur, suivant le modèle biopsychosocial ;
- intégrer ces notions dans ses bilans kinésithérapiques,
- mettre en place des sessions d'éducation, pour ces patients douloureux ;
- résoudre des problèmes douloureux complexes.

Résumé :

Après une plongée dans la physiologie de la douleur, pour bien appréhender son fonctionnement, nous reconceptualiserons ces connaissances souvent récentes autour d'idées simples, pour pouvoir les rendre utiles et exploitables.

Au travers de notre bilan, nous nous attacherons ensuite à essayer de déterminer ce que l'histoire du patient peut nous apporter dans la gestion de la douleur. Les comportements face à la douleur, les croyances, les peurs devront être évaluées, afin de déterminer avec le patient une stratégie la mieux adaptée pour apprendre à gérer sa douleur.

Nous verrons ensuite comment il est possible de partager ces connaissances sur la douleur avec son patient, tout en respectant sa sensibilité et son désir de changement. Pour cela des ateliers de jeux de rôles pourront être mis en place, pour que chacun à tour de rôle puisse se confronter à ce délicat exercice du partage de la connaissance.

Enfin nous aborderons de nouvelles techniques disponibles en matière de douleur, techniques qui permettront d'aller plus loin dans nos ambitions et ouvriront ainsi de nouvelles perspectives de traitement.

2 – Déroulé pédagogique :

Méthodologie :

- Questionnaire pré-formation (Q1) dans le mois qui précède la formation présentielle
- Restitution au formateur des résultats de ce questionnaire, question par question, au groupe et à chaque stagiaire
- Partie présentielle d'une durée de 15h comportant :
 - des échanges sur les résultats du questionnaire pré-formation,
 - un face à face pédagogique d'enseignement cognitif, selon les méthodes pédagogiques décrites ci-dessous, principalement centré sur les problèmes ou lacunes révélés par les questionnaires,
- Questionnaire post-formation (Q2) dans le mois qui suit la formation présentielle
- Restitution individuelle au stagiaire de l'impact de la formation sur la pratique professionnelle
- Restitution statistique, au formateur, de l'impact de sa formation sur la pratique des stagiaires

Programme

1er Jour :

Éléments de compréhension de la douleur 2H30

La douleur est un signal en réponse à la perception d'une menace

Notion de menace

Que prendre en compte dans la notion de menace ?

Une menace pour qui ? Comment ? Pourquoi ?

La théorie de la neuromatrice

La nociception : données physiologiques

Intégrer les données physiologiques de la nociception dans l'exercice du kinésithérapeute

Reconnaître la nociception

Transduction, conduction, transmission, perception et modulation (données simplifiées accès possible à des compléments approfondis dans les documents joints)

La sensibilisation et les applications en kinésithérapie

Définitions et physiologie simplifiée de la sensibilisation (accès possible à des compléments approfondis dans les documents joints).

Périphérique (les pathologies identifiées en rapport avec la sensibilisation périphérique)

Centrale (les pathologies identifiées en rapport avec la sensibilisation centrale)

Les définitions de la douleur 20 mn

Suivant l'origine présumée (IASP)

Nociceptive

Neuropathique

Nociplastique

Dysfonctionnelle

Suivant la durée

Aiguë

Chronique

Les particularités selon l'âge

Les personnes âgées

Les enfants

Atelier 1 : Écouter le patient 30 mn

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

- Quelles informations ont été détectées ou repérées ?
- Quelle est la première impression sur la douleur ?
- Repérez les métaphores utilisées par le patient

Nous voyons ensemble les réponses de chacun et discutons de la suite à donner.

Discussion et proposition d'un arbre décisionnel pour la suite 40 mn

L'écoute réflexive

Les techniques d'écoute

La technique du vélo

Les critères de choix

Que faire des informations collectées ?

Comment les analyser ?

Quelles pertinences ?

Faire une première évaluation

Nociceptive ? Pourquoi ?

Neuropathique ? Pourquoi ?

Dysfonctionnelle ? Pourquoi ?

Mixte ? Pourquoi ?

L'arbre décisionnel – Synthèse de la première approche

Les axes de décision

La démarche diagnostique kinésithérapique

Validité des choix

Orientations à prendre

Le choix des bilans

Les bilans – Pourquoi Comment ? 40 mn

Principes

Objectifs

Les biais

Les pièges

Ce qui influence les bilans

Que recherche t'on ?

- Intensité
- Sensations
- Handicap
- Fonction
- Impact
- Retentissement
 - Fonctionnel
 - Professionnel
 - Personnel
 - Sportif
- Les bénéfices secondaires
- Le diagnostique (DN4)

L'auto-évaluation (quelle évaluation et pourquoi, intérêts et limites)

Unidimensionnelle

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

...

Multidimensionnelle

- Plus orientée douleur chronique
- Évaluation des versants
 - Sensori Discriminatif (QDSA première partie)
 - Émotionnelle et affectif (MPQ)
 - Cognitif (FABQ)
 - Comportemental (CSQ)
- Échelle de qualité de vie (SF35)

Les hétéro-évaluations (analyse des modifications comportementales et physiologiques liées à la douleur (mimique, fréquence des plaintes, attitudes motrices)

Sujet âgé, confus, dément : DOLOPLUS, MMS...

Enfants : OPS, DEGR...

Atelier 2 « Bilanter » le patient 20 mn

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

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

L'entretien motivationnel

Les grands principes

Les objectifs

Entretien motivationnel, kinésithérapie et douleur

L'alliance thérapeutique

Les grands principes

Les objectifs

Entretien motivationnel, kinésithérapie et douleur

2ème Jour :

Matin : 8h30-12h30 = 4h00

Identifier les croyances et les attentes du patient 40 mn

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

Atelier 3 : Mener l'entretien 40 mn

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

En utilisant les principes de l'entretien motivationnel et de l'alliance thérapeutique, la première « mission » est de présenter les résultats avec un début de traitement.

Exemple : « Votre douleur est mixte (nociceptive et neuropathique), et dans ce cas, et au regard des bilans, l'orientation du traitement nous mènera à la fois vers une prise en charge d'exercice et de mobilisation. Au préalable je vais vous expliquer comment et pourquoi la douleur existe, ce qui vous permettra de mieux comprendre le traitement proposé ».

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

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

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

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

Mise en place des traitements 50 mn

Choisir et justifier de ses traitements

Que recherche t'on ?

Le traitement est l'aboutissement de l'analyse de la situation

La douleur est Bio Psycho Sociale

- Action sur le Bio
- Action sur le Psycho
- Action sur le Social

La modulation

- Les afférences
- L'intégration
- La perception
- Le comportement, les émotions les pensées

Co-construire le traitement

- Douleur aiguë
- Douleur chronique
- Le contrat de bonne santé

Adapter ses traitements

- Le patient au cœur du dispositif
- La progression
- L'impuissance apprise
- L'observance
- Objectiver les résultats
- Réévaluer et reprogrammer

Atelier 4 Les traitements 40 mn

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

Proposer une voie logique et argumenter au patient, pour aboutir à un traitement, tout en respectant et en valorisant son engagement et sa participation.

L'objectif de cet atelier est de mettre en place en co-construisant un traitement logique.

Pour cet exercice, il sera demandé de ne pas utiliser les verbes « devoir et falloir », de même que le mot « mais » qui en fonction du contexte pourra être remplacé par « et ». L'observateur essaiera de comptabiliser l'utilisations de ces mots.

Définir les modalités de réalisation de ces exercices, au cabinet, au domicile, au travail, pendant les loisirs...

Toujours dans un souci de partage des responsabilités dans l'élaboration du traitement, la mise en place du traitement sera aussi précise et personnalisée que possible.

L'effet contextuel 40 mn

Définition de l'effet contextuel

Où, comment, pourquoi ?

Placebo et kinésithérapie

Intérêt et limite de l'effet placebo en kinésithérapie

Mise en place

Comment potentialiser ses traitements ?

Modalité et éthique

Les résultats et ce que l'on peut en attendre

Évaluer le patient

- Ses attentes
- Ses croyances
- Le contexte
- Le conditionnement
- Évaluer la part de l'effet contextuel dans l'efficacité (le modèle BioPsychoSocial ?).

Atelier 5 Intégrer l'effet placebo 30 mn

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

Les messages utiles 30 mn

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

Les intérêts de ces messages

Les difficultés pour faire passer ces messages

La douleur n'est pas le reflet de la lésion

Les difficultés pour faire passer ces messages

Les croyances du patient face à ces messages

Métaphores et histoires au service de ces messages

Stratégies à envisager

Ce que le patient a à gagner en s'appropriant ces informations

Les éléments utiles dans la prise en charge de la douleur

L'éducation 1H10

Principes

Utiliser le langage du patient

Adapter le message

Respecter une progressivité

Limiter le nombre d'information

Savoir choisir les étapes et les respecter

Métaphores et histoires

Les principes des métaphores, pourquoi ça fonctionne

Les bonnes métaphores pour les bons messages

Quelques exemples

Messages et stratégie

Choisir les bonnes informations au bon moment

Tous les messages seront utiles et en rapport avec les croyances et attentes du patient.

L'éducation, comment faire ?

Les modalités

Individuelle comment pourquoi ?

En groupe intérêts et limites

Atelier 6 Faire passer les messages 35mn

Toujours avec les mêmes groupes, l'idée de cet atelier est de choisir une idée pertinente pour le patient, afin d'essayer d'améliorer sa situation douloureuse. Une fois choisie, de manière individuelle ou collective, on commence le travail pour présenter l'idée et tenter de la faire accepter par le patient.

Il sera nécessaire de bien observer les débats et de noter les mots, attitudes, mimiques, qui auraient posé problème.

Debrief de la formation 25 mn

B – Méthodes pédagogiques mises en œuvre

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

- Méthode participative - interrogative : les stagiaires échangent sur leurs pratiques professionnelles, à partir de cas cliniques et des résultats des grilles pré-formation (pré-test)
- Méthode expérientielle : modèle pédagogique centré sur l'apprenant et qui consiste, après avoir fait tomber ses croyances, à l'aider à reconstruire de nouvelles connaissances
- Méthode expositive : le formateur donne son cours théorique, lors de la partie cognitive
- Méthode démonstrative : le formateur fait une démonstration pratique, sur un stagiaire ou un modèle anatomique, devant les participants lors des TP
- Méthode active : les stagiaires reproduisent les gestes techniques, entre eux, par binôme.
- Méthode par "Présentation de cas cliniques interactifs " : Le format pédagogique se fonde sur l'intérêt d'analyser en groupe la situation clinique d'un patient. Les stagiaires résolvent le cas en élaborant par petits groupes une analyse et des propositions en réponse.

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

- Projection PPT du cours, photocopié et / ou clé USB reprenant le PPT
- Tables de pratiques, modèles anatomiques osseux et musculaires.

C – Méthodes d'évaluation de l'action proposée

- Évaluation « Q1 » (pré-test) et « Q2 » (post test)
- Questionnaire de satisfaction immédiat et à distance

D – Référence recommandation bibliographie

Introduction

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

Chapitre 1 : Éléments de compréhension de la douleur

1. Melzack R. Evolution of the neuromatrix theory of pain. The Prithvi Raj Lecture: presented at the third World Congress of World Institute of Pain, Barcelona 2004. Pain Pract. 2005 Jun;5(2):85-94.
2. Melzack R. From the gate to the neuromatrix. Pain. 1999 Aug;Suppl 6:S121-6.
3. Smart KM, Blake C, Staines A, Doody C. The Discriminative validity of "nociceptive," "peripheral neuropathic," and "central sensitization" as mechanisms-based classifications of musculoskeletal pain. Clin J Pain. 2011 Oct;27(8):655-63. doi: 10.1097/AJP.0b013e318215f16a.
4. van den Broeke EN. Central sensitization and pain hypersensitivity: Some critical considerations. Version 1. F1000Res. 2018 Aug 21;7:1325. doi: 10.12688/f1000research.15956.1. eCollection 2018.
5. Laurent, B. Douleur chronique : son retentissement émotionnel et cognitif. In Analysis (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.inan.2016.12.009>
6. Sprenger, Christian & May, A & Büchel, C & Gozlan, L. (2015). Douleur contre douleur : le principe des contrôles inhibiteurs diffus induits par stimulation nociceptive. Douleur et Analgésie. 10.1007/s11724-015-0406-3.
7. Fields HL. Neurophysiology of pain and pain modulation. Am J Med. 1984 Sep 10;77(3A):2-8.
8. Howard L. Fields Is there a facilitating component to central pain modulation? [https://doi.org/10.1016/1058-9139\(92\)90030-G](https://doi.org/10.1016/1058-9139(92)90030-G)
9. Peyron R, Laurent B, García-Larrea L. Functional imaging of brain responses to pain. A review and meta-analysis (2000). Neurophysiol Clin. 2000 Oct;30(5):263-88.
10. Iannetti GD, Mouraux A. From the neuromatrix to the pain matrix (and back). Exp Brain Res. 2010 Aug;205(1):1-12. doi: 10.1007/s00221-010-2340-1. Epub 2010 Jul 6.
11. Nijs J, Apeldoorn A, Hallegraef H, Clark J, Smeets R, Malfliet A, Girbes EL, De Koning M, Ickmans K. Low back pain: guidelines for the clinical classification of predominant neuropathic, nociceptive, or central sensitization pain. Pain Physician. 2015 May-Jun;18(3):E333-46.
12. Mira Meeus & Jo Nijs Central sensitization: a biopsychosocial explanation for chronic widespread pain in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome Clin Rheumatol (2007) 26:465–473 DOI 10.1007/s10067-006-0433-9
13. Mendell LM. Constructing and deconstructing the gate theory of pain. Pain. 2014 Feb;155(2):210-6. doi: 10.1016/j.pain.2013.12.010. Epub 2013 Dec 12.
14. Morris R, Cheung O, Stewart A, Maxwell D. Spinal dorsal horn neurone targets for nociceptive primary afferents: do single neurone morphological characteristics suggest how nociceptive information is processed at the spinal level. Brain Res Brain Res Rev. 2004 Oct;46(2):173-90.
15. D Le Bars, F Adam Nocicepteurs et médiateurs dans la douleur aiguë inflammatoire [https://doi.org/10.1016/S0750-7658\(02\)00592-0](https://doi.org/10.1016/S0750-7658(02)00592-0)
16. Garcia-Larrea L, Peyron R. Pain matrices and neuropathic pain matrices: a review. Pain. 2013 Dec;154 Suppl 1:S29-43. doi: 10.1016/j.pain.2013.09.001. Epub 2013 Sep 8.
17. Michel Pohl Sensibilisation nociceptive centrale : systèmes de signalisation cellulaire et moléculaire <https://doi.org/10.1016/j.douler.2014.02.001>
18. Price DD. Psychological and neural mechanisms of the affective dimension of pain. Science. 2000 Jun 9;288(5472):1769-72.
19. Ewan St. John Smith Gary R. Lewin Nociceptors: a phylogenetic view J Comp Physiol A (2009) 195:1089–1106 DOI 10.1007/s00359-009-0482-z

20. Stéphanie Grégoire, Émilie Muller, Fabien Marchand. Structures et mécanismes cérébraux impliqués dans les aspects émotionnels et cognitifs de la douleur <https://doi.org/10.1016/j.douleur.2010.07.001>
21. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. Psychol Bull. 2007 Jul;133(4):581-624.
22. G. Lorimer Moseley, Arnoud Arntz The context of a noxious stimulus affects the pain it evokes Pain 133 (2007) 64–71
23. D. Purves, G.J. Augustine, D. Fitzpatrick, W.C. Hall, AS. La Mantia, L.E.
24. White, Neuroscience, Editions de Boeck 4° Edition, 2011
25. David Butler and G.Lorimer Moseley Explain Pain, Noigroup Publications, Adelaïde, Australia, 2003 réédité en 2013
26. David Butler and G.Lorimer Moseley Explain Pain Supercharged, Noigroup Publications, Adelaïde, Australia, 2017
27. De D. Bouhassira, B. Calvino Douleurs : physiologie, physiopathologie et pharmacologie. Rueil-Malmaison Arnette 2009
28. Serge Marchand. Le phénomène de la douleur 2° édition. Montréal Chenelière Éducation 2009

Chapitre 2 : Les définitions de la douleur

1. IASP International Association for the Study of Pain, Classification of Chronic Pain, Second Edition (Revised) en ligne :
2. <http://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/Content.aspx?ItemNumber=1673>
3. D. Bragard, C. Decruynaere Évaluation de la douleur : aspects méthodologiques et utilisation clinique In: EMC kinésithérapie- Médecine physique-Réadaptation; 2010 [26-008-A-02].
4. Martinez V, Attal N, Bouhassira D, Lantéri-Minet M. Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur. Douleur Evaluat Diag Trait 2010;11:3–21.
5. Attal N, Bouhassira D. Stratégies d'évaluation des douleurs neuropathiques. In: EMC Neurologie; 2010 [17-035-A-68].
6. Bennett RM. Pain management in fibromyalgia. Pain Manag 2016;6:313–6.
7. Smart KM, Blake C, Staines A, Doody C. The discriminative validity of "nociceptive" "peripheral neuropathic" and "central sensitization" as mechanisms-based classifications of musculoskeletal pain. Clin J Pain 2011;27:655–63.
8. Pitance L, Piraux E, Lannoy B, Meeus M, Berquin A, Eeckhout C, et al. Cross cultural adaptation, reliability and validity of the French version of the central sensitization inventory. Man Ther 2016;25:e57ee169.
9. HAS Haute Autorité de Santé, Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire en ligne : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_540915/fr/evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique-chez-l-adulte-en-medecine-ambulatoire
10. HAS Haute Autorité de Santé, Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient en ligne : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_732257/fr/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient

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

1. William R. Miller, Stephen Rollnick. L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement- 2e édition. Paris : Inter Édition ; 2013,
2. Antonia Csillika, Céline Paillot. L'écoute réflexive : un nouvel usage en psychothérapie, spécificités de l'entretien motivationnel. Journal de thérapie comportementale et cognitive (2013) 23, 181—187
3. Golay; G. Lager, A. Giordan. Comment motiver le patient à changer? Paris : Maloine 2009
4. Christine Mirabel-Sarron, Luis Vera. L'entretien en thérapie comportementale et cognitive, Collection: Les ateliers du praticien, Paris éditions DUNOD 2014 –
5. Charles Cungi, L'alliance thérapeutique, Paris éditions Retz, 2006
6. Dominique SIMON, Pierre-Yves Traynard, François Bourdillon, Rémi Gagnayre, André Grimaldi. Éducation thérapeutique Prévention et maladies chroniques 3ème édition. Issy-les-Moulineaux Elsevier Masson 2013

Chapitre 4 : Les bilans en lien avec la douleur

1. Boureau F, Luu M. Les méthodes d'évaluation des douleurs cliniques. Doul et anal 1988;1:65–73.
2. Katz J, Melzack R. Measurement of pain. Surg J North Am 1999;79:231–52.
3. Marty M, Blotman F, Avouac B, Rozenberg S, et al. Validation de la version française de l'échelle de Dallas chez les patients lombalgiques chroniques. Rev Rhum 1998;65:139–47.
4. Sullivan MJ, Bishop SR, Pivik J. The pain catastrophizing scale: development and validation. Psychol Assess 1995;7:524.
5. Dansie EJ, Turk DC. Assessment of patients with chronic pain. Br J Anaesth 2013;111:19–25.
6. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Breivik Hals EK, et al. Assessment of pain. Br J Anaesth 2008;101:17–24.
7. Pergolizzi J, Ahlbeck K, Aldington D, Alon E, Coluzzi F, Dahan A, et al. The development of chronic pain: physiological CHANGE necessitates a multidisciplinary approach to treatment. Cur Med Res Opin 2013;29:1127–35.
8. Traeger AC, Henschke N, Hübscher M, Williams CM, Kamper SJ, Maher CG, et al. Estimating the risk of chronic pain: development and validation of a prognostic model (PICKUP) for patients with acute low back pain. PLOS Med 2016;13:e1002019.
Site Pick Up Tool : <http://pickuptool.neura.edu.au/>
9. Nonclercq O, Berquin A. Predicting chronicity in acute back pain: validation of a French translation of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. Ann Phys Rehabil Med. 2012 May;55(4):263-78. doi: 10.1016/j.rehab.2012.03.002. Epub 2012 Mar 27.
10. Trudelle, Pierre. (2010). L'échelle fonctionnelle spécifique au patient, un vrai couteau suisse du praticien pressé. Kinésithérapie, la Revue. 10. 10.1016/S1779-0123(10)74956-1.
11. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire en ligne : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_540915/fr/evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique-chez-l-adulte-en-medecine-ambulatoire
12. Yvanes-Thomas M, Calmels P, Béthoux F, Richard A, Nayme P, Payre D, Laurent B. Validity of the French-language version of the Quebec back pain disability scale in low back pain patients in France. Joint Bone Spine. 2002 Jun;69(4):397-405.

13. Karen Hudes, The Tampa Scale of Kinesiophobia and neck pain, disability and range of motion: a narrative review of the literature. J Can Chiropr Assoc. 2011;55(3):222-32.
14. Chaory K, Fayad F, Rannou F, Lefèvre-Colau MM, Fermanian J, Revel M, Poiraudeau S. Validation of the French version of the fear avoidance belief questionnaire. Spine (Phila Pa 1976). 2004 Apr 15;29(8):908-13.
15. J. French, Douglas & Noël, Marc & Vigneau, François & A. French, Julie & P. Cyr, Chantal & Thomas Evans, R. (2005). L'Échelle de dramatisation face à la douleur PCS-CF: Adaptation canadienne en langue française de l'échelle Pain Catastrophizing Scale. Revue canadienne des sciences du comportement. 37. 181-192. 10.1037/h0087255.
16. Fritz JM, George SZ, Delitto A. The role of fear-avoidance beliefs in acute low back pain: relationships with current and future disability and work status. Pain 2001;94:7–15.
17. Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ, Group the "Decade of the FW". Early identification and management of psychological risk factors ("Yellow Flags") in patients with low back pain: a reappraisal. Phys Ther 2011;91:737–53.
18. Pincus T, Vogel S, Burton AK, Santos R, Field AP. Fear avoidance and prognosis in back pain: a systematic review and synthesis of current evidence. Arthritis Rheum 2006;54:3999– 4010.
19. Williams CM, Hancock MJ, Maher CG, McAuley JH, Lin CWC, Latimer J. Predicting rapid recovery from acute low back pain based on the intensity, duration and history of pain: a validation study: validation of a prediction rule for low back pain. Eur J Pain 2014;18:1182–9.
20. Hill JC, Dunn KM, Lewis M, Mullis R, Main CJ, Foster NE, et al. A primary care back pain screening tool: identifying patient subgroups for initial treatment. Arthritis Rheum 2008;59:632– 41.
21. Hill JC, Whitehurst DGT, Lewis M, Bryan S, Dunn KM, Foster NE, et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. Lancet 2011;378:1560–71.
22. Pincus T, Smeets RJEM, Simmonds MJ, Sullivan MJL. The fear avoidance model disentangled: improving the clinical utility of the fear avoidance model. Clin J Pain 2010;26:739–46.

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

1. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot. 1997 Sep-Oct;12(1):38-48.
2. Prochaska JO1, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. Prog Behav Modif. 1992;28:183-218.
3. Littell, Julia & Girvin, Heather. (2002). Stages of change. A critique. Behavior modification. 26. 223-73. 10.1177/0145445502026002006.
4. William R. Miller, Stephen Rollnick. L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement- 2e édition. Paris : Inter Édition ; 2013,
5. Antonia Csillika, Céline Paillot. L'écoute réflexive : un nouvel usage en psychothérapie, spécificités de l'entretien motivationnel. Journal de thérapie comportementale et cognitive (2013) 23, 181—187
6. Golay; G. Lagger, A. Giordan. Comment motiver le patient à changer? Paris : Maloine 2009
7. Christine Mirabel-Sarron, Luis Vera. L'entretien en thérapie comportementale et cognitive, Collection: Les ateliers du praticien, Paris éditions DUNOD 2014 –
8. Charles Cungi, L'alliance thérapeutique, Paris éditions Retz, 2006

9. Dominique SIMON, Pierre-Yves Traynard, François Bourdillon, Rémi Gagnayre, André Grimaldi. Éducation thérapeutique Prévention et maladies chroniques 3ème édition. Issy-les-Moulineaux Elsevier Masson 2013
10. Aguerre C, Bridou M, Laroche F, Csillik A, Jensen M. Spécificités de l'entretien motivationnel dans le cadre d'une prise en charge cognitivo-comportementale de la douleur chronique. *Encephale* 2014;41:1-6.

Chapitre 7 : Identifier les croyances et les attentes du patient

1. Maaik Leeuw, Mariëtte E. J. B. Goossens, Steven J. Linton, Geert Crombez, Katja Boersma, and Johan W. S. Vlaeyen, The Fear-Avoidance Model of Musculoskeletal Pain: Current State of Scientific Evidence *Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 30, No. 1, February 2006 DOI: 10.1007/s10865-006-9085-0
2. Marc Corbière, Sara Zaniboni, Marie-France Coutu, Renée-Louise Franche, Jaime Guzman, Karlene Dawson, Annalee Yassi, Evaluation of the fear-avoidance model with health care workers experiencing acute/subacute pain, *PAIN* 152 (2011) 2543–2548
3. Vlaeyen JW, Linton SJ: Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain* 85: 317-32
4. Johan W.S. Vlaeyen, Steven J. Linton Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on *PAIN* 153 (2012) 1144–1147
5. Bénézech, Jean-Pierre. (2015). La douleur : un modèle biopsychosocial pour tous les malades. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. 16. 10.1016/j.douleur.2015.06.007.
6. V. Morel · G. Pickering Impact de la douleur sur les processus cognitifs chez l'homme *Douleur analg.* (2013) 26:11-16
7. ROBERT J. GATCHEL, PhD, ABPP, RANDY NEBLETT, MA, LPC, BCB, NANCY KISHINO, OTR/L, CVE, CHRISTOPHER T. RAY, PhD, ATC, CSCS Fear-Avoidance Beliefs and Chronic Pain *J Orthop Sports Phys Ther* 2016;46(2):38-43.
8. Françoise Laroche, Les mots, les pensées et les comportements-pièges des patients et de leurs médecins *Revue du Rhumatisme* 76 (2009) 522–528
9. O'Keefe, Mary & Cullinane, Paul & Hurley, John & Leahy, Irene & Bunzli, Samantha & O'Sullivan, Peter & O'Sullivan, Kieran. (2015). What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? *Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis*. *Physical therapy*. 96. 10.2522/ptj.20150240.
10. Christine Cedraschi Quels facteurs psychologiques faut-il identifier dans la prise en charge des patients souffrant de lombalgies ? Qu'en est-il de l'anxiété et de la dépression ? Quelles peurs et quelles représentations constituent-elles des écueils ? *Revue du Rhumatisme* 78 (2011) S70-S74
11. Vowles, Kevin & Mccracken, Lance & Eccleston, Christopher. (2008). Patient Functioning and Catastrophizing in Chronic Pain: The Mediating Effects of Acceptance. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 27. S136-43. 10.1037/0278-6133.27.2(Suppl.).S136.
12. Sullivan MJ, Thorn B, Haythornthwaite JA, Keefe F, Martin M, Bradley LA, Lefebvre JC. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain*. 2001 Mar;17(1):52-64.
13. Zusman, Max. (2013). Belief Reinforcement: One Reason Why Costs for Low Back Pain Have Not Decreased. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 6. 197-204. 10.2147/JMDH.S44117.

14. Cedraschi, C., Piguet, V., Luthy, C. et al. Douleur et culture : quelques questions de méthode liées à la mesure de la dimension culturelle Doul. et analg. (2004) 17: 77.
15. Ch. Cedraschi A.F. Allaz et V. Piguet, Le rôle des représentations de la maladie et de la douleur dans la relation patient-thérapeute, Doul. et Analg. 2, 91-95, 1998
16. Cedraschi · V. Piguet · A.-F. Allaz Réponse placebo : l'alliance thérapeutique au risque des attentes et des expériences Douleur analg. (2014) 27:221-224

Chapitre 8 : Mise en place des traitements

1. Leboeuf-Yde C, Lanlo O, Walker BF. How to proceed when evidence-based practice is required but very little evidence available? Chiropr Man Therap 2013;21-4.
2. Mills S, Torrance N, Smith BH. Identification and management of chronic pain in primary care: a review. Curr Psychiatry Rep 2016;18:22.
3. Nijs J, Lluch Girbès E, Lundberg M, Malfliet A, Sterling M, Lluch Girbés E, et al. Exercise therapy for chronic musculoskeletal pain: innovation by altering pain memories. Man Ther 2015;20:216-20.
4. Lluch Girbés E, Meeus M, Baert I, Nijs J. Balancing "hands-on" with "hands-off" physical therapy interventions for the treatment of central sensitization pain in osteoarthritis. Man Ther 2015;20:349-52.
5. Boersma K, Linton SJ. Expectancy, fear and pain in the prediction of chronic pain and disability: a prospective analysis. Eur J Pain 2006;10:551.
6. Heneweer H, Staes F, Aufdemkampe G, Van Rijn M, Vanhees L. Physical activity and low back pain: a systematic review of recent literature. Eur Spine J 2011;20:826-45.
7. Steiger F, Wirth B, De Bruin ED, Mannion AF. Is a positive clinical outcome after exercise therapy for chronic non-specific low back pain contingent upon a corresponding improvement in the targeted aspect(s) of performance? A systematic review. Eur Spine J 2012;21:575-98.
8. Heneweer H, Picavet HSJ, Staes F, Kiers H, Vanhees L. Physical fitness, rather than self-reported physical activities, is more strongly associated with low back pain: evidence from a working population. Eur Spine J 2012;21:1265-72.
9. Lunde LK, Koch M, Hanvold TN, Waersted M, Veiersted KB. Low back pain and physical activity – a 6.5 year follow-up among young adults in their transition from school to working life. BMC Public Health 2015;15:1115.
10. Hayden J, van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BW. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. Cochrane Database Syst Rev 2005;20:CD000335.
11. Macedo LG, Saragiotto BT, Yamato TP, Costa LOP, Menezes Costa LC, Ostelo RWJG, et al. Motor control exercise for acute non-specific low back pain. Cochrane Database of Syst Rev 2016.
12. Dahm KT, Jamtvedt G, Hagen KB, Brurberg KG. Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute low-back pain and sciatica. Cochrane Database Syst Rev 2010;16:CD007612.
13. Olaya-Contreras P, Styf J, Arvidsson D, Frennered K, Hansson T. The effect of the stay active advice on physical activity and on the course of acute severe low back pain. BMC Sports Sci Med Rehabil 2015;7:19.
14. Choi BKL, Verbeek JH, Wai-San Tam W, Jiang JY. Exercises for prevention of recurrences of low-back pain (Review). Cochrane Database Syst Rev 2010;20:CD006555.
15. Kroll HR. Exercise therapy for chronic pain. Phys Med Rehabil Clin N Am 2015;26:263-81.
16. Meeus M, Hermans L, Ickmans K, Struyf F, Van Cauwenbergh D, Bronckaerts L, et al. Endogenous pain modulation in response to exercise in patients with rheumatoid arthritis, patients with chronic

- fatigue syndrome and comorbid fibromyalgia, and healthy controls: a double-blind randomized controlled trial. *Pain Pract* 2014;15:98–106.
17. Nijs J, Kosek E, Van Oosterwijck J, Meeus M. Dysfunctional endogenous analgesia during exercise in patients with chronic pain: to exercise or not to exercise? *Pain Physician* 2012;15: ES205–13.
18. Ellingson LD, Koltyn KF, Kim JS, Cook DB. Does exercise induce hypoalgesia through conditioned pain modulation? *Psychophysiology* 2014;51:267–76.
19. Koltyn KF, Brellenthin AG, Cook DB, Sehgal N, Hillard C. Mechanisms of exercise-induced hypoalgesia. *J Pain* 2014;15:1–11.
20. Douleur Chronique et Thérapies comportementales et cognitives, Françoise Laroche et Philippe Roussel, éditions In Press 2012
21. Morley S, Williams A. New developments in the psychological management of chronic pain. *Can J Psychiatry* 2015;60:168–75.
22. Hunot V, Moore TH, Caldwell DM, Furukawa TA, Davies P, Jones H, et al. "Third wave" cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;10:CD008696.
23. Richmond H, Hall AM, Copsey B, Hansen Z, Williamson E, Hoxey-Thomas N, et al. The effectiveness of cognitive behavioural treatment for non-specific low back pain: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2015;10:1–20.
24. Eccleston C, Palermo TM, Williams AC, Lewandowski A, Morley S, Fisher E, et al. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database of Syst Rev* 2014.
25. Williams A, Eccleston C, Morley S, Williams ACDC, Eccleston C, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Syst Rev* 2012.
26. Monticone M, Cedraschi C, Ambrosini E, Rocca B, Fiorentini R, Restelli M, et al. Cognitive-behavioural treatment for sub-acute and chronic neck pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2015.
27. Henschke N, Rwigyira O, Mwambi V, Morley S, Wjv A, et al. Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2010.
28. Eccleston C, Hearn L, Acdc W. Psychological therapies for the management of chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database of Syst Rev* 2015.
29. Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain* 2012;153:1144–7.
30. López-de-Uralde-Villanueva I, Muñoz-García D, Gil-Martínez A, Pardo-Montero J, Muñoz-Plata R, Angulo-Díaz-Parreño S, et al. A systematic review and meta-analysis on the effectiveness of graded activity and graded exposure for chronic non-specific low back pain. *Pain Med* 2016;17:172–88.
31. Hanscom DA, Brox JI, Bunnage R. Defining the role of cognitive behavioral therapy in treating chronic low back pain: an overview. *Glob Spine J* 2015;5:496–504.
32. Rösner S, Willutzki R, Zgierska A. Mindfulness-based interventions for substance use disorders (Protocol). *Cochrane Database of Syst Rev* 2015.
33. Zgierska AE, Burzinski CA, Cox J, Kloke J, Singles J, Mirgain S, et al. Mindfulness meditation-based intervention is feasible, acceptable, and safe for chronic low back pain requiring long-term daily opioid therapy. *J Altern Complement Med* 2016;22:610–20.
34. Dionne F, Blais M-C, Monestès J-L. Mieux vivre avec la douleur chronique grâce à la thérapie d'acceptation et d'engagement. *Sante Ment Que* 2013;38:131.

35. Scott W, Hann KEJ, McCracken LM. A comprehensive examination of changes in psychological flexibility following acceptance and commitment therapy for chronic pain. *J Contemp Psychother* 2016;46:1–10.
36. McCracken LM, Morley S. The psychological flexibility model: a basis for integration and progress in psychological approaches to chronic pain management. *J Pain* 2014;15:221–34.
37. Evans DW. Mechanisms and effects of spinal high-velocity, low-amplitude thrust manipulation: previous theories. *J Manipulative Physiol Ther* 2002;25:251–62.
38. Pickar JG. Neurophysiological effects of spinal manipulation. *Spine J* 2002;2:357–71.
39. Bialosky JE, Bishop MD, Price DD, Robinson ME, George SZ. The mechanisms of manual therapy in the treatment of musculoskeletal pain: a comprehensive model. *Man Ther* 2009;14:531–8.
40. Childs JD. A clinical prediction rule to identify patients with low back pain most likely to benefit from spinal manipulation: a validation study. *Ann Intern Med* 2004;141:920.
41. Vigotsky AD, Bruhns RP. The role of descending modulation in manual therapy and its analgesic implications: a narrative review. *Pain Res Treat* 2015;2015:1–11.
42. Bowering KJ, O'Connell NE, Tabor A, Catley MJ, Leake HB, Moseley GL, et al. The effects of graded motor imagery and its components on chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *J Pain* 2013;14:3–13.
43. Linder M, Michaelson P, Röijezon U. Laterality judgments in people with low back pain – a cross-sectional observational and test-retest reliability study. *Man Ther* 2016;21:128–33.
44. Fardo F, Allen M, Jegindo EME, Angrilli A, Roepstorff A. Neurocognitive evidence for mental imagery-driven hypoalgesic and hyperalgesic pain regulation. *Neuroimage* 2015;120:350–61.
45. de Souza NS, Martins ACG, Bastos VHDV, Orsini M, Leite MAA, Teixeira S, et al. Motor imagery and its effect on complex regional pain syndrome: an integrative review. *Neurol Int* 2015;7:58–61.
46. Walz AD, Usichenko T, Moseley GL, Lotze M. Graded motor imagery and the impact on pain processing in a case of CRPS. *Clin J Pain* 2013;29:276–9.
47. Boesch E, Bellan V, Moseley GL, Stanton TR. The effect of bodily illusions on clinical pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain* 2016;157:516–29.
48. Moseley GL, Gallace A, Spence C. Is mirror therapy all it is cracked up to be? Current evidence and future directions. *Pain* 2008;138:7–10.
49. Buccino G, Solodkin A, Small SL. Functions of the mirror neuron system: implications for neurorehabilitation. *Cogn Behav Neurol* 2006;19:55–63.
50. Moseley GL. Graded motor imagery is effective for long-standing complex regional pain syndrome: a randomised controlled trial. *Pain* 2004;108:192–8.
51. Smart KM, Wand BM, O'Connell NE. Physiotherapy for pain and disability in adults with complex regional pain syndrome (CRPS) types I and II. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;2016.
52. Vrana A, Hotz-Boendermaker S, Stämpfli P, Hänggi J, Seifritz E, Humphreys BK, et al. Differential neural processing during motor imagery of daily activities in chronic low back pain patients. *PLoS One* 2015;10:1–18.
53. Bowering KJ, Butler DS, Fulton IJ, Moseley GL. Motor imagery in people with a history of back pain, current back pain, both, or neither. *Clin J Pain* 2014;30:1–19.
54. The Graded Motor Imagery Handbook, G. Lorimer Moseley, Davis S Butler, Timothy B. Beames, Thomas J. Giles Noigroup Publications, Adelaïde, Australia, 2012

Chapitre 9 : L'effet contextuel

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

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

1. G. Lorimer Moseley, Painful Yarns Metaphors and stories to help understand the biology of pain Noigroup Publications, Adelaïde, Australia, 2010
2. Adriaan Louw, Emilio Puentedura, Therapeutic Neuroscience Education, 2013 International Spine and Pain Institut (USA)
3. Adriaan Louw, Why do I Hurt ? 2013 International Spine and Pain Institut (USA)
4. Laura Gallagher, BSc (OT), James McAuley, PhD ,and G. Lorimer Moseley, A Randomized-controlled Trial of Using a Book of Metaphors to Reconceptualize Pain and Decrease Catastrophizing in People With Chronic Pain –*Clin J Pain*. 2013 Jan;29(1):20-5. doi: 10.1097/AJP.0b013e3182465cf7.
5. Nijs J, Paul van Wilgen C, Van Oosterwijck J, van Ittersum M, Meeus M. How to explain central sensitization to patients with "unexplained" chronic musculoskeletal pain: practice guidelines. *Man Ther* 2011;16:413–8.
6. Miller J, MacDermid JC, Walton DM, Richardson J. Chronic pain self-management support with pain science education and exercise (COMMENCE): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2015;16:462.

7. Engers AJ, Jellema P, Wensing M, van der Windt DAWM, Groel R, van Tulder MW. Individual patient education for low back pain. *Cochrane Database of Syst Rev* 2008.
8. Louw A, Diener I, Butler DS, Puentedura EJ. The effect of neuroscience education on pain, disability, anxiety, and stress in chronic musculoskeletal pain. *Arch Phys Med Rehabil* 2011;92:2041–56.
9. Miller J, MacDermid JC, Walton DM, Richardson J. Chronic pain self-management support with pain science education and exercise (COMMENCE): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2015;16:462.
10. Engers AJ, Jellema P, Wensing M, van der Windt DAWM, Groel R, van Tulder MW. Individual patient education for low back pain. *Cochrane Database of Syst Rev* 2008.
11. Dupeyron A, Ribinik P, Gélis A, Genty M, Claus D, Hérisson C, et al. Education in the management of low back pain: literature review and recall of key recommendations for practice. *Ann Phys Rehabil Med* 2011;54:319–35.
12. Moseley GL, Butler DS. Fifteen years of explaining pain: the past, present, and future. *J Pain* 2015;16:807–13.
13. Traeger AC, Moseley GL, Hübscher M, Lee H, Skinner IW, Nicholas MK, et al. Pain education to prevent chronic low back pain: a study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open* 2014;4:e005505.
14. Gross A, Forget M, St George K, Fraser MHM, Graham N, Perry L, et al. Patient education for neck pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;4.
15. Geneen LJ, Martin DJ, Adams N, Clarke C, Dunbar M, Jones D, et al. Effects of education to facilitate knowledge about chronic pain for adults: a systematic review with meta-analysis. *Syst Rev* 2015;4:132.
16. Louw A, Zimney K, O'Hotto C, Hilton S. The clinical application of teaching people about pain. *Physiother Theory Pract* 2016;32:385–95.
17. Louw A, Zimney K, Puentedura EJ, Diener I. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: a systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract* 2016;3985:1–24.
18. Ramond-Roquin A, Bouton C, Gobin-Tempereau AS, Airagnes G, Richard I, Roquelaure Y, et al. Interventions focusing on psychosocial risk factors for patients with non-chronic low back pain in primary care – a systematic review. *Fam Pract* 2014;31:379–88.
19. Chou R. Reassuring patients about lowback pain. *JAMA Intern Med* 2015;314:23–4.