

# Méthodes rééducatives du patient douloureux chronique : Éducation à la douleur, bilan postural et exercices physiques

## A – Programme détaillé

**Durée** = 14h00

**Nombre de stagiaires** = 20 maximum

**Formateur** = Stéphane FABRI – Masseur-Kinésithérapeute

### 1 – Contexte et Résumé :

#### Contexte :

Les douleurs de l'appareil musculo-squelettique sont les principales causes de consultation en masso-kinésithérapie. Le rééducateur est souvent confronté à des difficultés dans la prise en charge de ses patients dont certains évoluent vers la chronicité. L'incidence de ces pathologies est fréquente et le premier enjeu est de repérer, parmi les patients en soins de rééducation pour un syndrome douloureux, ceux qui sont à risque de chronicisation ou ceux qui sont déjà dans un contexte de douleurs chronique. Pour exemple, selon certains auteurs, 90% de la population aura au moins une fois dans sa vie un épisode de lombalgie. En fonction des traitements, 9 épisodes sur 10 régressent en 6 semaines mais 8 à 10% passent à la chronicité. Ce risque de chronicisation doit être repéré et ces patients douloureux doivent être évalués de manière précoce par le kinésithérapeute. On retrouve ce constat et ces mêmes priorités dans le cadre du syndrome fémoro-patellaire où 20 à 25% de la population est atteinte de cette pathologie et 70 à 90% des patients évoluent vers la chronicisation des symptômes. Ces chiffres sont transposables aux autres pathologies douloureuses de l'appareil locomoteur (épaules, chevilles, rachis cervical...). Si le taux d'échecs est aussi important, c'est probablement que la prise en charge de la structure douloureuse n'est plus suffisante et qu'il faut considérer la douleur de manière différente. Pour cela, le kinésithérapeute doit faire évoluer sa pratique avec une prise en charge pluri-professionnelle, basée sur le repérage des patients douloureux chroniques ou à risque de chronicisation, sur l'évaluation de ces patients selon une approche bio-psycho-sociale et proposer des techniques rééducatives adaptées au patient selon les capacités intrinsèques du sujet et ses centres d'intérêt. Dans cette approche globale basée sur l'éducation à la douleur et les exercices physiques, l'évaluation fonctionnelle reste fondamentale et doit intégrer le caractère clinique et postural pour améliorer les bons résultats.

#### Résumé :

Dans une première partie, un échange avec les participants permettra d'apprécier les difficultés auxquelles les praticiens sont confrontés dans leur pratique quotidienne, notamment pour leurs patients en rééducation pour des douleurs musculo-squelettiques, et les attentes de la formation. Ensuite, les mécanismes neurophysiologiques de la douleur et les différentes solutions thérapeutiques, les possibilités d'adressage et parcours de soins seront abordées. En effet, les thérapies médicamenteuses sont souvent décevantes chez ces patients, avec parfois une automédication iatrogène. Le kinésithérapeute doit connaître les structures adaptées à la prise en charge de ces patients (CETD) pour pouvoir modifier sa pratique en accord et en complément de la prise en charge médicale.

Pour ces patients douloureux chroniques, la littérature scientifique décrit de manière précise ce qu'on qualifie de « Maladie douloureuse ». Bringel et Tracey en 2008 rapportent que cette pathologie douloureuse est principalement liée aux mauvais fonctionnements des systèmes de blocages de la nociception (Gate contrôle et système neuro-inhibiteur descendant). Selon Whiteside et al.(2004), les systèmes anti-nociceptifs sont altérés par les contextes de fatigue. Le repérage et l'évaluation du patient est donc fondamentale et comprendra une vision bio-psycho-sociale avec la mise en lumière des comportements à risque, notamment au niveau de la sédentarité générant les phénomènes de déconditionnement, de fatigue et de régression posturale ainsi que les conséquences pathologiques sur l'appareil locomoteur. Parmi les thérapeutiques disponibles, l'exercice physique permet d'améliorer les performances, mais permet surtout de lutter contre la fatigue fonctionnelle. C'est ce que l'on retrouve dans les recommandations de la HAS de 2019 sur la lombalgie. En effet, Lima&al (2017) rapporte que l'exercice physique induit une analgésie grâce aux mécanismes inhibiteurs centraux (opioïdes). Néanmoins, l'auteur précise que l'exercice physique doit être dosé en fonction des caractéristiques du sujet au risque de produire l'effet inverse et de renforcer les douleurs. La littérature conforte l'idée d'évaluer les capacités fonctionnelles du sujet et d'identifier les troubles de la posture pour permettre la réalisation d'exercices physiques dans de bonnes conditions. Cela est trop rarement évalué et pris en charge dans le cadre de la rééducation. En effet, l'approche posturale est enseignée de manière trop partielle lors de la formation initiale, notamment par la confusion de l'analyse morphostatique (déformation ostéo-articulaire) avec l'analyse posturale (basée sur la gestion neuro-physiologique de l'équilibre). Il est donc tout aussi important d'évaluer les conditions intrinsèques du sujet que de proposer des exercices physiques adaptés à ces conditions. Une large phase pratique est consacrée à l'examen morphostatique suivi de l'évaluation posturale, clinique et instrumentale. Après avoir présenté l'importance de l'éducation à la douleur, la prise en charge rééducative **en accord avec les centres d'intérêts du patient**, sera proposée avec une démarche novatrice, une technologie accessible, en rapport avec l'expérience du formateur et les récentes publications scientifiques. Cette rééducation moderne sera complétée par des protocoles d'éducation du patient permettant ensuite de poursuivre de son côté des exercices physiques.

## 2 – Objectifs :

### Objectifs généraux

L'intention générale du projet, du point de vue de la pratique libérale et institutionnelle, est pour le kinésithérapeute formé, d'acquérir ou de perfectionner le repérage, parmi les patients qu'il a en soin de rééducation pour des douleurs de l'appareil musculo-squelettique, les sujets douloureux chroniques ou à risque de chronicisation. Ce repérage doit être objectivé par l'évaluation de ces patients sur le plan bio-psycho-social afin pouvoir réorienter ces patients vers un CETD et modifier la prise en charge rééducative. Pour ces patients, l'approche kinésithérapique est différente que pour la douleur/symptôme. Les techniques de prise en charge du patient douloureux chronique ou à risque de chronicisation doivent s'orienter surtout sur le plan de l'éducation à la douleur, de l'évaluation du sujet notamment au niveau de l'analyse posturale avant de proposer des modalités spécifiques basées sur des exercices physiques adaptés à chaque patient en fonction de ses performances intrinsèques, mais également de ses centres d'intérêt afin d'optimiser ses chances d'adhésion à cette nouvelle prise en charge et son observance des consignes . Cette prise en charge, moderne et justifiée par les récents travaux de la littérature, permettra donc d'améliorer l'offre de soins de par la qualité de la prestation mais aussi du plus grand nombre de professionnels formés (meilleur 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 douloureux.

### **Objectifs spécifiques**

#### **Objectifs principaux :**

- Savoir repérer, parmi les patients en soin de rééducation pour des douleurs musculo-squelettiques, ceux qui sont douloureux chroniques ou à risque de chronicisation.
- Effectuer l'évaluation d'un sujet douloureux au niveau bio-psycho-social et pratiquer un bilan postural clinique et/ou instrumental chez un patient douloureux
- Connaître les neuro-sciences de la douleur et les thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses.
- Pouvoir orienter le patient et les modalités d'adressage vers un CETD en coordination avec le médecin traitant.
- Comprendre les phénomènes de fatigue et de régression posturale ainsi que les évolutions de l'appareil locomoteur liées à la sédentarité et l'impact sur le déconditionnement et la fatigue.
- Mettre Savoir mettre en place une thérapeutique rééducative moderne basée sur les exercices physiques, adaptée au patient et correspondant aux données actuelles de la science.

#### **Objectifs secondaires :**

- Approfondir les connaissances fondamentales des mécanismes de production de la douleur au sens de la « maladie douloureuse »
- Se confronter à une vision globale de la rééducation, complémentaire de la kinésithérapie analytique et segmentaire.
- Dépasser le soin de la douleur-symptôme dans le cas d'échec thérapeutique pour mettre en place un programme de kinésithérapie orientée sur les neuro-sciences de la douleur et la prise en charge neuro-physiologique de la « maladie douloureuse »
- Définir les limites de la rééducation et savoir évoluer vers une prise en charge pluridisciplinaire
- S'approprier les techniques pour effectuer un bilan morphostatique et un bilan postural clinique
- Connaître les différents outils instrumentaux du bilan postural et savoir sélectionner celui qui est adapté.
- Mettre en place un programme de rééducation avec un appareillage accessible qui favorise la reproduction des exercices au domicile du patient (éducation).

## 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 14h 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

#### 1<sup>er</sup> Jour :

##### **Matin : 9h00-12h30 = 3h30**

- Présentation du formateur, tour de table pour cibler les attentes des participants. Echanges sur les questionnaires pré-formation. (1h)
- Les mécanismes neurophysiologiques de la douleur et repérage des patients douloureux chroniques ou à risque de chronicisation. (1h30)
- Les syndromes de régression fonctionnelle et pathologies douloureuses associées de l'appareil locomoteur (lombalgie, cervicalgie, tendinopathie, douleurs articulaires, fibromyalgie...). (1h)

##### **Après-midi : 13h30-17h30 = 4h00**

- Evaluation du sujet douloureux au niveau bio-psycho-social et modalité d'orientation et d'adressage vers un CETD en coordination avec le médecin traitant. Les thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses. (1h)
- Sédentarité, déconditionnement et phénomènes d'installation de la fatigue et de régression posturale : impact sur les évolutions de l'appareil locomoteur liées à la sédentarité. (1h)
- Les mécanismes neurophysiologiques de régulation posturale et facteurs de dégradation. (1h)
- Le bilan morphostatique : analyse clinique du sujet debout. Relation avec les plaintes douloureuses (1h)

## 2<sup>ème</sup> Jour :

### **Matin : 8h30-12h30 = 4h00**

- Evaluation posturale clinique : verticale de Barré, Fukuda.(1h30)
- Evaluation posturale instrumentale : plateforme de force, examen stabilométrique, analyse vidéo. (1h30)
- Techniques de rééducation et éducation du patient à la douleur. (1h)

### **Après-midi : 13h30-17h00 = 3h30**

- Les options de rééducation : protocole progressif de prise en charge du patient douloureux en fonction de ses caractéristiques et centres d'intérêt. (1h30)
- Méthodes de re tonification musculaire posturale avec une vision respectant la fidélité cognitive et fonctionnelle. (1h)
- Protocole de progression et programme d'éducation du patient douloureux afin qu'il reprenne une activité physique. (1h)

## **B – Méthodes pédagogiques mises en œuvre**

Les savoirs et savoir-faire portant sur les prises en charge de la douleur dans la situation clinique des douleurs musculo-squelettique, et plus particulièrement sur les phénomènes de déconditionnement qui entraîne la fatigue et la perturbation des systèmes anti-nociceptifs. La mise en lumière et la compréhension de l'origine posturale mentionnée à l'origine de nombreuses symptomatologies, ont énormément évolué sous l'effet de la recherche médicale et la recherche en kinésithérapie. Les stagiaires n'arrivent pas "vierges de savoirs", mais avec des savoirs partiellement (voire en grande partie) inadaptés et obsolètes.

Afin de résoudre cette problématique, 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

Haute Autorité de Santé (HAS). Parcours de soins d'un patient douloureux chronique-Note de Cadrage. OUTIL D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES- Mis en ligne le 24 nov. 2020. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/app\\_253\\_cadrage\\_douleur\\_post\\_coi\\_2019\\_11\\_13\\_v0.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/app_253_cadrage_douleur_post_coi_2019_11_13_v0.pdf)

Haute Autorité de Santé (HAS). Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. HAS : Recommandations professionnelles; 2008 [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur\\_chronique\\_argumentaire.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_argumentaire.pdf)

Haute Autorité de Santé (HAS). Analyse de la posture statique et/ou dynamique sur plate-forme de force (posturographie) statokinésigraphie informatisée. HAS : Recommandations professionnelles; 2007 [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport\\_analyse\\_de\\_la\\_posture.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_analyse_de_la_posture.pdf)

Haute Autorité de Santé (HAS). Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. HAS : Recommandations professionnelles; 2019 [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune)

Bouisset, S. et Do, M.C. Posture, dynamic stability, and voluntary movement. *Clinical Neurophysiology* ; 38: 345-362, 2008.

Gedda M, Risch N. Douleurs : nouvelles compréhensions sur ces réalités inexplicables. *Kinésithérapie La Revue* 2017(17):186.

Lieberman, D.E. Venkadesan, M. Werbel, W.A. et al. Foot strike patterns and collision forces in habitually barefoot versus shod runners. *Nature* ; 463 : 531-536, 2010.

Risch N, Pointeau F, Poquet N. Nociception. *Kinésithérapie La Revue* 2017(17):186.

Osinski T, Lallemand A, Russo T. Modulation et dérèglements neurophysiologiques des voies de la douleur. *Kinesither Rev* 2017(17):186.

Dupui, P. et Montoya, R. Approche physiologique des analyses posturographiques statique et dynamique. In:

*Posture et Equilibre: Physiologie, Techniques, Pathologies* (Marseille: éditions Solal): 15-28, 2003.  
Berthoz A. *Le sens du mouvement*. éd. Odile Jacob, 2008.

Namer B, Schick M, Kleggetveit TP, Orstavik K, Schmidt R, Jorum E, et al. Differential sensitization of silent nociceptors to low pH stimulation by prostaglandin E2 in human volunteers. *EJP* 2015;19:159–66.

Rousseau L, Bacelon M. Facteurs psychosociaux, douleur et kinésithérapie. *Kinésithérapie La Revue* 2017(17):186.

Horak, F.B. et Nashner, L.M. Central programming of postural movements: adaptation to altered support surface configurations. *Journal of Neurophysiology* ; 55(6): 1369-1381, 1986.

Acapo S, Seyrès P., Savignat É. Définition et évaluation de la douleur. *Kinésithérapie La Revue* 2017(17):186.

Maître JH, Crouan A. Approches thérapeutiques de la douleur en kinésithérapie. *Kinésithérapie La Revue* 2017(17):186.

Moscoso J. Histoire de la douleur XVIe–XXe siècle. Paris: Les prairies ordinaires; 2015.