



**INSTITUT DE FORMATION
EN MASSO KINÉSITHÉRAPIE
DE LA RÉGION SANITAIRE DE LILLE**

**FACULTÉ INGÉNIERIE ET
MANAGEMENT DE LA SANTÉ
(ILIS)**

DASSE Marie-Amélie

**Rôle de l'alliance thérapeutique dans la prise en charge
kinésithérapique de la kinésiophobie chez les patients
fibromyalgiques.**

Sous la direction de Mme DESTAILLEUR Charlotte

Mémoire entrant dans la validation des :

- UE.28 du Diplôme d'État en Masso-Kinésithérapie
- Master 2 « Ingénierie de la santé », Parcours « Ingénierie des métiers de la rééducation fonctionnelle », Option « Ergonomie »

Membres du jury :

- | | |
|-----------------------------------|------------|
| · MME DESTAILLEUR Charlotte | Directrice |
| · MME GARCIA FERNANDEZ Maria-Jose | Membre |
| · M VALTON Victor | Membre |
| · M TETAERT Yoann | Membre |

Mémoire soutenu en 2025

IFMK
10, rue Saint-Jean Baptiste de la Salle
59000 LILLE

ILIS
42, rue Ambroise Paré
59120 LOOS

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire, madame Charlotte DESTAILLEUR, pour son temps, ses conseils et son implication dans le suivi de ce mémoire.

Je souhaite également remercier ma mère qui a été ma source d'inspiration et mon moteur dans la rédaction de ce mémoire. Je tiens à remercier ma petite sœur pour son aide à la relecture.

Je remercie toutes les personnes ayant participé à la diffusion des questionnaires. Je souhaite remercier tout particulièrement la présidente de l'association FibromyalgieSOS ainsi que l'administrateur des groupes facebook association fibromyalgie maladie incomprise qui m'ont grandement aidé dans cette diffusion.

Enfin, je tiens à remercier tous les participants à cette étude, sans qui cela n'aurait pas été possible.

Sommaire

1. INTRODUCTION

1.1. La Fibromyalgie

1.1.1. Définition

1.1.2. Physiopathologie

1.1.3. Facteurs de risque

1.1.4. Facteurs psychologiques

1.1.5. La stigmatisation

1.1.6. Les critères diagnostics

1.1.7. Échelles de suivi

1.2. La Kinésiophobie

1.2.1. Définition

1.2.2. Le modèle d'évitement de la peur

1.2.3. Échelles d'évaluation

1.2.4. Traitements

1.3. L'Alliance Thérapeutique

1.3.1. Définition

1.3.2. Dans le cadre d'une douleur chronique

1.3.3. L'implication du kinésithérapeute

1.3.4. Échelles d'évaluation

1.3.5. L'alliance thérapeutique, la kinésiophobie et la fibromyalgie

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1. PIC

2.2. Matériel

2.2.1. Le questionnaire patient

2.2.2. Le questionnaire pour les kinésithérapeutes

2.3. Méthode

2.3.1. Diffusion du questionnaire patient

2.3.2. Diffusion du questionnaire pour les kinésithérapeutes

2.4. Traitements des données

3. RÉSULTATS

3.1. Profils des kinésithérapeutes

3.2. La prise en charge kinésithérapique

3.2.1. Suivis, ressentis et attentes des patients

3.2.2. Prise en charge de la douleur chronique par les kinésithérapeutes

3.3. L'alliance thérapeutique

3.4. La kinésiophobie

4. DISCUSSION

- 4.1. La formation des kinésithérapeutes
- 4.2. La prise en charge kinésithérapique
- 4.3. L'alliance thérapeutique
- 4.4. La kinésiophobie
- 4.5. Limites de l'étude

5. CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

1. INTRODUCTION

“La maladie chronique impose ses contraintes et parfois ses handicaps, elle modifie les rapports aux autres et finalement les rapports à soi.” (1).

Selon l'Inserm, en 2021, 30% des adultes français étaient atteints de douleurs chroniques (2). Leurs prises en charge médicale et paramédicale peuvent s'avérer complexes. De nombreuses pathologies sont à l'origine de douleurs chroniques, une est particulièrement étudiée ces dernières années : la fibromyalgie.

La fibromyalgie est une maladie chronique se manifestant par un panel de symptômes comme la douleur chronique, la fatigue et d'autres manifestations cliniques (3).

La prévalence de cette pathologie est de 2 à 4% dans la population générale et touche surtout les femmes de 40 à 60 ans (4).

Il est possible que le diagnostic soit posé plusieurs années après le début des symptômes de la maladie. Cela s'explique par différents facteurs comme un tableau clinique complexe et de nombreux symptômes communs à d'autres pathologies (5). De plus, malgré la reconnaissance de la fibromyalgie comme pathologie par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1994, une partie de la communauté scientifique débat encore sur son existence (3).

La prise en charge de cette pathologie se fait par une équipe pluridisciplinaire impliquant le masseur-kinésithérapeute (6). Ce dernier a un rôle important dans cette prise en charge de longue durée. Outre la formation de rééducateurs physiques, les études de masso-kinésithérapie apportent des notions de psychologie et d'écoute active qui ont leur importance dans la prise en charge d'un patient atteint d'un syndrome fibromyalgique.

1.1. La Fibromyalgie

1.1.1. Définition

« Insoutenable ou gérable, la douleur est toujours là » (7).

La fibromyalgie peut être définie comme une pathologie se caractérisant par une douleur chronique généralisée, des troubles du sommeil, une fatigue chronique, des troubles cognitifs (3) et de l'humeur (6). En effet, 70 à 80% des patients fibromyalgiques se plaignent d'une forte fatigue et de troubles du sommeil (8). Dans 80% des cas, les patients parlent d'un dérouillage matinal, 50% de migraines et de céphalées et enfin 30% de troubles digestifs (9).

La fibromyalgie provoque une hypersensibilité à la douleur mais aussi à la lumière, aux bruits et aux odeurs (10). Même si la douleur peut être plus ou moins intense, les patients fibromyalgiques ressentent des douleurs qu'on pourrait qualifier de continues (4).

Le syndrome fibromyalgique peut être associé à d'autres pathologies comme (9) :

- la spondylarthrite ankylosante
- la polyarthrite rhumatoïde
- l'arthrose
- le syndrome de Sjögren.

1.1.2. Physiopathologie

La physiopathologie reste encore complexe à déterminer. Il est possible tout de même d'affirmer qu'un phénomène de sensibilisation centrale entraînerait un dysfonctionnement neuronal. Cette sensibilisation centrale peut s'expliquer par (6) :

- une élévation du glutamate et de la substance P (neurotransmetteurs excitateurs)
- une diminution de la noradrénaline et de la sérotonine dans les voies anti-nociceptives descendantes
- une dérégulation de la dopamine
- une diminution de l'activité opioïde cérébrale endogène.

Ce phénomène est donc caractérisé par un problème de perception, de transmission et d'interprétation de la douleur (6).

Pour cela, différents traitements médicamenteux ainsi que l'activité physique peuvent diminuer le glutamate et favoriser la production de neurotransmetteurs anti-nociceptifs, et sont donc en capacité de diminuer les symptômes de la fibromyalgie. Mais ces types de traitements ne sont pas efficaces seuls. En effet, il est important de réaliser une prise en charge pluridisciplinaire afin de pouvoir traiter toutes les causes de la douleur (centrales, périphériques, cognitives, émotionnelles et interpersonnelles) (6).

1.1.3. Facteurs de risque

Différents facteurs peuvent entrer dans la physiopathologie de la fibromyalgie (6) :

- le sexe (féminin)
- une prédisposition génétique
- le stress oxydatif
- des facteurs neuro-endocriniens
- des changements environnementaux
- des facteurs psychosociaux.

Les femmes sont plus sujettes à l'anxiété et à la dépression et ont des effets hormonaux liés aux cycles menstruels qui les rendent plus prédisposées à la fibromyalgie (6).

Malgré un manque de preuves scientifiques, il est possible de parler de prédispositions génétiques. En effet, le risque d'être atteint est augmenté chez les parents au premier degré. Le plan génétique serait responsable de presque 50% de prédispositions à la pathologie. Les gènes pouvant être impliqués sont les gènes responsables de la gestion de la sérotonine, de la dopamine et de la catéchol-O-méthyltransférase. Cet aspect génétique est souvent couplé à des facteurs environnementaux, des chocs émotionnels, des traumatismes ou d'autres pathologies (6).

Les troubles du sommeil font partie des nombreux symptômes de la fibromyalgie. Dans un premier temps, ils sont considérés comme la conséquence des douleurs et d'autres symptômes pouvant diminuer la qualité du sommeil. Mais ces troubles peuvent être également vus comme une des origines de l'exacerbation de la douleur plus qu'une

simple conséquence de celle-ci. En effet, il a été démontré qu'un sommeil non-réparateur peut induire une hyperalgésie généralisée (6).

1.1.4. Facteurs psychologiques

Cette pathologie est souvent corrélée à un profil psychologique caractéristique de patients anxieux voire dépressifs (3). En effet, on retrouve une composante émotionnelle et psychologique dans la douleur chez le patient fibromyalgique (5). Ces patients sont plus axés sur les stimuli douloureux en comparaison à des patients atteints d'une autre pathologie (11).

La dépression et le stress sont des facteurs prédictifs de la maladie mais également des facteurs pronostiques négatifs. Pour cela, les traitements antidépresseurs ont montré une importante efficacité sur la gestion des symptômes de la fibromyalgie (6).

De part ces symptômes, les patients ont deux moyens d'affronter la douleur : adaptatif et inadapté (4). Le mécanisme adaptatif, appelé aussi flexibilité psychologique, est un moyen pour le patient de ne pas voir la douleur comme menaçante. Celui-ci permet de garder ou d'améliorer les capacités fonctionnelles et émotionnelles du patient (12). En revanche, le mécanisme inadapté, appelé aussi catastrophisme, provoque une sensation de menace face à la douleur. Ce mécanisme risque, par la suite, de déclencher une kinésiophobie (cf. 1.2) chez les patients fibromyalgiques et donc une perte fonctionnelle associée souvent à une augmentation de la douleur et une dépression (12). Les patients deviennent alors hyper-vigilants face à leur douleur (6).

Il a été démontré que les patients fibromyalgiques, comme beaucoup de personnes atteintes d'un syndrome médicalement inexpliqué, sont plus sujets à un niveau élevé de névrosisme (13). Le névrosisme est le fait de penser négativement. Ce phénomène est donc lié à l'anxiété et à la dépression.

Un élément important à prendre en compte dans leur évaluation psychologique est l'effet des médicaments sur le comportement des patients. En effet, les traitements médicamenteux de la fibromyalgie sont lourds et peuvent engendrer des effets secondaires et indésirables (11). Par exemple, les antalgiques à base d'opioïdes

peuvent entraîner un syndrome confusionnel, des troubles de la vigilance, des troubles cognitifs, des troubles du sommeil et même une hyperalgésie (14). Il est donc important pour tous les professionnels de santé participant à la prise en charge, de connaître le traitement pharmacologique du patient et de pouvoir déceler leurs possibles effets indésirables.

En outre, ces patients ont souvent le sentiment d'être ignorés ou mis de côté par la société. Ils sont plus sensibles aux regards et aux critiques sociaux et auront tendance à beaucoup se comparer aux personnes qui les entourent (11). Ceci sera à prendre en compte dans la prise en charge kinésithérapique. En effet, il est important de pouvoir créer un environnement permettant au patient d'avoir confiance en lui avant même d'avoir confiance en son thérapeute.

1.1.5. La stigmatisation

Il est possible de parler de stigmatisation lorsqu'un diagnostic physique est écarté s'il n'y a pas de causes physiques déterminées lors des examens. Cette stigmatisation sociale de la douleur peut entraîner des difficultés au diagnostic de la fibromyalgie car, sans preuve de lésions physiques, elle dirige vers des diagnostics mentaux et non physiques. Ce phénomène peut induire un isolement du patient qui se sent incompris et même coupable face à sa douleur (15).

Par la suite, le patient risque d'internaliser et de croire à ces stigmatisations, cela s'appelle l'auto-stigmatisation. Il va donc se reprocher ses symptômes et ressentir des sentiments négatifs à son égard et à l'égard de sa pathologie. Cette auto-stigmatisation va donc créer un sentiment d'échec et d'inutilité chez le patient. Par conséquent, ce phénomène peut entraîner l'arrêt des activités douloureuses ou devenues difficiles (15).

Au regard des facteurs psychologiques et de cette stigmatisation, le kinésithérapeute doit aiguiller le patient fibromyalgique vers des professionnels comme le médecin généraliste (ex : prescription d'antidépresseurs) ou un psychothérapeute (ex : thérapie cognitivo-comportementale) (11).

1.1.6. Les critères diagnostics

Dans le cadre de cette pathologie, aucun examen biologique ne permet de diagnostiquer la fibromyalgie. Il est tout de même indispensable de réaliser, dans un premier temps, des examens afin d'écarter toutes les autres pathologies pouvant expliquer les symptômes du patient (9).

Une fois cela réalisé, il est possible d'effectuer un test décrit en 1990 par l'American College of Rheumatology (ACR) (9). Il se compose de 18 points hyperalgiques ou allodyniques lors d'une pression de 4kg/cm² (c'est-à-dire jusqu'au blanchiment de l'ongle du pouce) (6)(9). Pour que le résultat soit avéré, le test de pression doit être positif sur 11 des 18 points. Pour cela, la palpation doit créer une douleur. Ces sites spécifiques bilatéraux sont au niveau de :

- l'occiput
- la face antérieure des cervicales basses
- du muscle trapèze
- l'origine du supra-épineux
- en supéro-latéral de la 2ème articulation costo-chondrale
- l'épicondyle latéral
- du muscle grand glutéal
- du grand trochanter
- du compartiment médial du genou.

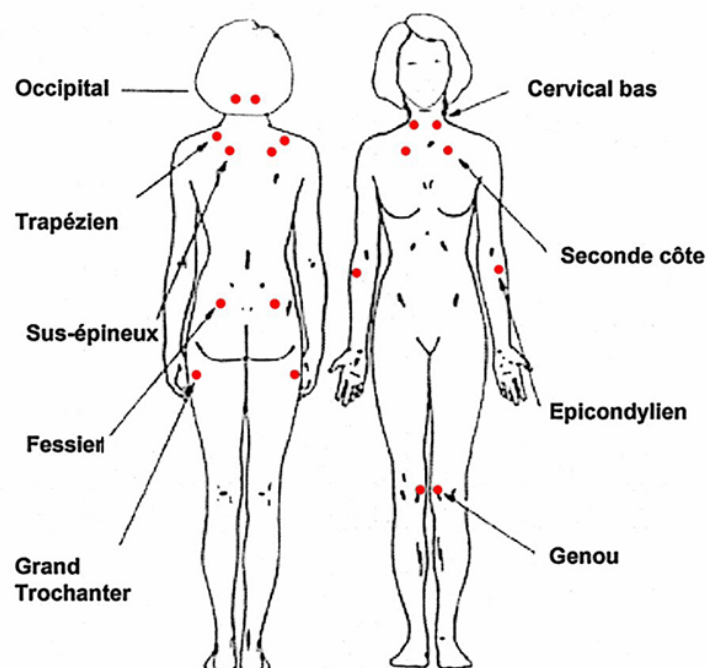


Figure 1 : Critères ACR, les 18 points sensibles dans la fibromyalgie (16)

La sensibilité de ce test est de 88,4% et la spécificité de 81,1% (9).

Les critères ACR sont, aujourd'hui, moins utilisés au profit de deux échelles : l'échelle de sévérité des symptômes (symptom severity scale, SSS) et l'indice de douleur généralisée (Widespread pain index, WPI) (8).

La première échelle, l'échelle de sévérité des symptômes (*annexe I*), se base sur 2 critères :

- le niveau de gravité des symptômes,
- le niveau de symptômes.

Le premier critère évalue 3 symptômes : la fatigue, les troubles du sommeil et les symptômes cognitifs. Ils sont évalués sur une échelle allant de 0 à 3, 0 étant "aucun problème" et 3 étant "grave". Par la suite, le deuxième critère permet d'évaluer le nombre de symptômes somatiques présents au quotidien. Ce critère est coté de 0 à 3 avec : 0 = aucun symptôme, 1 = peu de symptômes, 2 = un nombre modéré de symptômes et 3 = beaucoup de symptômes. Le score final sera compris entre 0 et 12 (8).

The Symptom Severity Scale (SSS; 0–12) and Extent of Somatic Symptoms (ESS; 0-3)

Scale	0	1	2	3
Fatigue	NO Problems	Mild: slight, mild or intermittent problems	Moderate: considerable problems, often present and/or at a moderate level	Severe: pervasive, continuous, life-disturbing problems
Waking unrefreshed				
Cognitive symptoms				
Somatic symptoms	NO symptoms	Mild: few symptoms	Moderate: a moderate number of symptoms	Severe: a great deal of symptoms
Scale	0	1	2	3

Figure 2 : L'échelle de sévérité des symptômes (8)

La seconde échelle, l'indice de douleur généralisée (*annexe I*), permet d'étudier les zones douloureuses du patient durant la semaine antérieure à la consultation. Elles sont au nombre de 19 et représentent (9) :

- les articulations temporo-mandibulaires
- le thorax
- l'abdomen
- les bras
- les avant-bras
- les cuisses
- les jambes
- la nuque
- les ceintures scapulaires
- la région dorsale
- la région lombaire

- les hanches, entre le grand trochanter et la fesse.

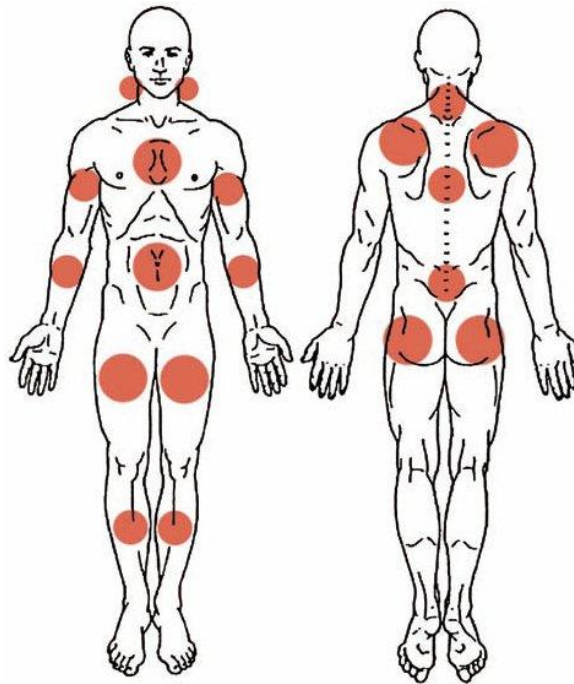


Figure 3 : Zones douloureuses décrites dans l'indice de douleur généralisée (9)

Il faut 3 critères pour poser le diagnostic de fibromyalgie (8) :

- un score à l'indice de douleur généralisée (WPI) supérieur ou égal à 7 zones sur 19 et un score supérieur ou égal à 5 sur l'échelle de sévérité des symptômes (SSS) ou alors un WPI compris entre 3 et 6 zones et une SSS supérieure ou égale à 9.
- la présence de ces symptômes depuis au moins 3 mois.
- aucune autre pathologie expliquant la douleur chronique.

La combinaison de ces 2 échelles (SSS et WPI) donne un score entre 0 et 31 (8). Si un patient obtient 13 ou plus, alors le diagnostic de fibromyalgie est avéré (9). Cette combinaison de tests a une sensibilité de 91,8% et une spécificité de 96,6% (8).

1.1.7. Échelles de suivi

La SSS et le WPI sont également des échelles de suivi de la pathologie. Dans le cadre de la prise en charge pluridisciplinaire de la fibromyalgie, de nombreuses échelles sont

utilisées pour évaluer la gravité et l'évolution de la pathologie ainsi que l'ensemble des symptômes présents chez le patient. Il existe d'autres échelles spécifiques au suivi de la fibromyalgie comme : le Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) (17) et l'Indice Combiné de gravité de la Fibromyalgie (ICAF) (12).

Le FIQ (*annexe I*) est un questionnaire spécifique au syndrome fibromyalgique. Il permet de réaliser une évaluation fonctionnelle du patient, de déterminer le niveau de gravité de la pathologie mais également de connaître le niveau de réponse au traitement. Le questionnaire se divise en 3 domaines : la fonction, l'impact global de la maladie et la gravité des symptômes (17). Dans ces 3 domaines, les questions abordent notamment la douleur, la fatigue, la fonction physique, la raideur, l'anxiété et la dépression. Le score va de 0 à 100 avec 10 items allant de 0 à 10. Plus le score se rapproche de 100, plus le niveau de gravité de la maladie est élevé (4). Une version révisée (Fibromyalgia Impact Questionnaire Revised, FIQR) est également utilisée (18). Elle se base sur les 3 mêmes domaines, mais y ajoute des items sur la mémoire, l'équilibre, la tendresse et la sensibilité à l'environnement (19).

L'ICAF permet de mesurer de façon qualitative et quantitative la gravité de la pathologie. Il prend en compte les capacités physique, émotionnelle et d'adaptation afin d'évaluer la maladie dans sa globalité (12).

Il est également possible d'utiliser des échelles non spécifiques à la fibromyalgie, mais permettant d'évaluer des symptômes comme la dépression. Pour cela, deux échelles sont recommandées : l'échelle de dépression de Hamilton et l'échelle d'anxiété et de dépression hospitalière (HAD) (19).

L'échelle de dépression de Hamilton est un outil permettant d'évaluer le niveau de dépression chez les patients. Le score maximum est de 53 et celle-ci est composée de 17 items (19).

La HAD est un outil d'évaluation permettant de mettre en évidence la présence ou non d'anxiété ou de dépression chez un patient ainsi qu'en mesurer leur gravité. Elle se compose de 14 items dont 7 pour l'anxiété et 7 pour la dépression. Plus le score est haut, plus le niveau d'anxiété et de dépression est élevé (19).

Au vu de l'importance des critères psychosociaux décrits dans cette pathologie, les patients fibromyalgiques peuvent développer une kinésiophobie à la suite de l'apparition des symptômes (20).

1.2. La Kinésiophobie

1.2.1. Définition

La kinésiophobie peut être définie comme le ressenti d'une peur excessive et irrationnelle du mouvement (21) entraînant un sentiment de vulnérabilité et de fragilité (20). Cette phobie du mouvement s'installe suite à des réponses cognitives, émotionnelles, comportementales et fonctionnelles à la douleur faisant entrer le patient dans un cercle vicieux de douleurs chroniques et d'impotence fonctionnelle. Cette peur du mouvement s'installe chez 50 à 70% des patients ayant des douleurs chroniques (21). Elle engendre donc une augmentation des symptômes de la fibromyalgie, en particulier la douleur et la dépression. De plus, celle-ci aura un impact sur la mobilité, la force musculaire, l'équilibre, la récupération et la qualité de vie du patient (4). Cela entraîne donc de la sédentarité et une perte de la condition physique, augmentant les risques de surpoids (20).

L'origine de la kinésiophobie est de deux types :

- une expérience aversive directe
- l'apprentissage social.

L'expérience aversive directe est un mouvement provoquant des douleurs ou un traumatisme qui entraînent donc une peur de ces mouvements. L'apprentissage social, quant à lui, repose davantage sur les observations faites par le patient ou sur les consignes qu'il a pu recevoir (22).

Les symptômes de la fibromyalgie augmentent le risque de chute chez ces patients, ce qui peut également intensifier la peur de tomber et la sédentarité (20).

1.2.2. Le modèle d'évitement de la peur

Dans le cadre de la kinésiophobie, il est possible de parler du modèle d'évitement de la peur. Ce concept a été mis en avant par Lethem (23) et se définit par 2 réactions différentes face à la douleur :

- la confrontation
- l'évitement.

La confrontation est une façon pour le patient de faire face à la douleur avec peu d'appréhension voire sans peur. Ne la percevant pas comme une menace, cela diminue son handicap et augmente sa récupération (23).

L'évitement est le procédé inverse. Dans ce cas, le patient verra la douleur comme menaçante. La peur de la douleur sera très présente et entraînera une augmentation de celle-ci ainsi qu'une impotence fonctionnelle et inéluctablement un handicap (23).

Ce modèle montre que le catastrophisme et la peur renforcent les douleurs chroniques (4). En effet, les patients vont potentiellement adopter des comportements d'évitement dans le but de ne plus réaliser un mouvement douloureux. Ce comportement engendre une inactivité qui est elle-même source de douleurs chroniques (22).

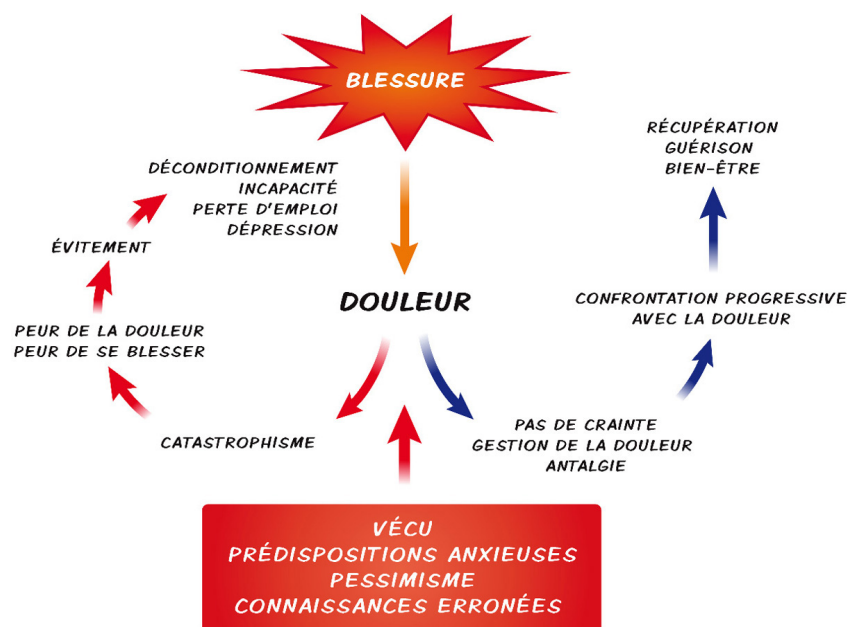


Figure 4 : Modèle d'évitement de la peur de Lethem (24)

1.2.3. Échelles d'évaluation

Afin d'évaluer la kinésiophobie, deux échelles sont recommandées : l'échelle Tampa et le Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ).

L'échelle Tampa (*annexe II*) permet d'évaluer la peur du mouvement ou de la "reblessure" chez les patients. Elle est une échelle de diagnostic, de pronostic et de suivi (25). Cette auto-évaluation est composée de 17 items notés de 1 à 4. Ils abordent notamment la peur de se blesser, la notion de danger face à la douleur, l'exercice avec la douleur et la peur d'augmenter cette douleur par exemple (26).

Le score peut être interprété de la façon suivante (20) :

- score = 68 : score le plus haut, signifie le niveau de kinésiophobie le plus élevé
- score >37 : kinésiophobie élevée
- score <37 : kinésiophobie faible.

D'autre part, le FABQ (*annexe III*) est un questionnaire permettant également d'évaluer la kinésiophobie au travers de 16 items. Ce questionnaire aborde deux dimensions des croyances de la peur-évitement : dans l'activité physique et dans le travail. Les items sont sous forme de phrases affirmatives comme "Ma douleur a été provoquée par l'activité physique." (item 1) ou "Mon travail a aggravé ma douleur." (item 7) (27). Ils sont évalués de 0 à 6, ce qui donne un score total sur 96 (28).

En outre, dans le cadre du modèle d'évitement de la peur, il est possible d'utiliser des échelles pour évaluer le catastrophisme et la flexibilité psychologique comme l'échelle de catastrophisation de la douleur et le questionnaire d'acceptation et d'action-I (12).

L'échelle de catastrophisation de la douleur est un outil d'évaluation du catastrophisme se divisant en 3 catégories : la rumination, le grossissement et l'impuissance. Elle se compose de 13 items permettant de décrire les pensées négatives face à la douleur. Le score maximal est de 54, signifiant un niveau très élevé de catastrophisme (12).

PCS scale		
	0-not at all	1-to a slight 2-to a moderate degree 3-to a great degree 4-all the time
S.no	Question	Score
1.	I worry all the time about whether the pain will end.	
2.	I feel I can't go on.	
3.	It's terrible and I think it's never going to get any better.	
4.	It's awful and I feel that it overwhelms me.	
5.	I feel I can't stand it anymore.	
6.	I become afraid that the pain will get worse.	
7.	I keep thinking of other painful events.	
8.	I anxiously want the pain to go away.	
9.	I can't seem to keep it out of my mind	
10.	I keep thinking about how much it hurts.	
11.	I keep thinking about how badly I want the pain to stop.	
12.	There's nothing I can do to reduce the intensity of the pain.	
13.	I wonder whether something serious may happen.	
	Total	

Figure 5 : Échelle de catastrophisation de la douleur (29)

Enfin le questionnaire d'acceptation et d'action-I est une auto-évaluation de la flexibilité psychologique. Il se compose de 7 items notamment "J'ai peur de mes émotions." ou encore "Mes souvenirs douloureux m'empêchent de m'épanouir dans la vie." (30). Le score oscille entre 7 à 49, et plus il est élevé, plus le patient fait preuve d'une grande rigidité psychologique (12).

1.2.4. Traitements

Le dépistage de la kinésiophobie est important car elle peut être un obstacle à la rééducation et à la récupération du patient (20).

Différents traitements kinésithérapiques peuvent être utilisés dans la prise en charge de la kinésiophobie (31) :

- l'exercice physique
- la thérapie manuelle
- l'éducation à la douleur.

Dans la prise en charge d'un patient atteint d'une kinésiophobie, il est important de mettre en place un traitement multimodal qui combine les différents traitements (31).

Il est également possible d'utiliser la réalité virtuelle afin de diminuer la kinésiophobie et la douleur (32).

L'éducation aux neurosciences de la douleur est un outil pouvant être utile dans le traitement de la kinésiophobie chez les patients fibromyalgiques. Elle se définit par une modification de la compréhension subjective de la douleur par le patient afin de la diminuer et d'engendrer un sentiment de sécurité (15).

Dans cette prise en charge, la relation thérapeutique basée sur la confiance mutuelle et la communication entre le patient et le thérapeute joue un rôle important.

1.3. L'Alliance Thérapeutique

1.3.1. Définition

L'alliance thérapeutique est, selon E. Bordin, une partie active de la relation soignant/soigné conduisant à un changement (33). Elle est une collaboration entre deux personnes visant un objectif commun (34). Cette alliance implique donc les deux partis de façon équivalente.

L'alliance thérapeutique se définit par 3 composantes (35) :

- le lien entre le patient et le thérapeute
- un accord commun patient/thérapeute sur les objectifs du traitement
- un accord commun sur le traitement afin d'atteindre ces objectifs.

Les piliers de cette alliance thérapeutique sont (33) :

- la confiance
- la communication
- le respect mutuel
- la bienveillance.

Elle va permettre de rendre le patient acteur de sa rééducation. Pour cela, il est important de mettre en place une prise en charge centrée sur le patient avec un soutien émotionnel et sa participation (33).

En outre, d'autres facteurs sont importants pour la mise en place d'une alliance thérapeutique comme l'empathie et l'authenticité du thérapeute. L'empathie est la faculté du thérapeute à comprendre les sentiments et les attentes du patient et de les respecter. Elle se manifeste sous 2 formes : cognitive et émotionnelle. L'empathie cognitive est le fait d'adopter la façon de penser du patient. L'empathie émotionnelle est ce que ressent le thérapeute (une attention, une inquiétude ou une angoisse) face à la situation du patient (33). Elle permet au thérapeute de pouvoir distinguer les éléments influençant positivement ou négativement la relation thérapeutique (36).

De plus, le temps que le thérapeute dédit au patient importe également dans la construction de la relation thérapeutique (33).

Les facteurs pouvant influencer l'alliance thérapeutique sont donc essentiellement biologiques et psychosociaux (37).

1.3.2. Dans le cadre d'une douleur chronique

Dans le cadre d'une douleur aiguë, il est possible qu'un bilan centré sur le biomédical et l'anatomie puisse suffire pour avoir des résultats satisfaisants. Mais une fois que la douleur devient chronique, ce type de bilan ne suffit plus. En effet, pour comprendre un patient avec une douleur présente depuis plus de 3 mois, il est important d'ouvrir l'entretien à une dimension plus biopsychosociale et d'apporter aux thérapeutes une meilleure connaissance de la science de la douleur. Cela permet d'apporter plus de résultats sur le catastrophisme, sur le plan fonctionnel, sur la douleur et sur le coût des soins. Le premier entretien sera le premier pas dans la construction de l'alliance thérapeutique et de l'éducation thérapeutique du patient (38).

Il semble indispensable d'obtenir l'adhésion du patient à sa prise en charge afin qu'elle soit la plus adaptée et la plus efficace possible. En effet, dans le cas d'un patient atteint de douleurs chroniques, d'anxiété et donc potentiellement de kinésiophobie, il est parfois complexe d'adapter au mieux la rééducation physique si la communication et le

lien entre le kinésithérapeute et le patient sont rompus ou n'ont pas été mis en place (33).

L'alliance thérapeutique aura un effet sur divers domaines (33) :

- la douleur
- le handicap
- la perception de la qualité des soins apportés.

Enfin le kinésithérapeute est formé pour évaluer un patient dans sa globalité. Pour cela, il a à sa disposition un ensemble d'échelles et d'outils de mesure objectifs mais aussi des outils plus subjectifs comme l'écoute active. Cette écoute permettra au kinésithérapeute de comprendre la pathologie du patient dans un contexte global. Elle permettra un échange d'informations plus complet et la création d'un lien thérapeute/patient (et ainsi une meilleure prise en charge) (38).

1.3.3. L'implication du kinésithérapeute

Dans l'alliance thérapeutique, il est important que le thérapeute puisse avoir de l'empathie pour le patient mais sans implication émotionnelle : c'est la prise de perspective. Elle permet au thérapeute de réaliser une écoute active sans jugement quelconque et va donc favoriser une alliance thérapeutique solide (33).

Outre l'empathie du professionnel, sa faculté de compréhension des besoins et des émotions du patient est une qualité importante pour permettre la mise en place d'objectifs partagés et adaptés (33).

Au contraire, la détresse émotionnelle du kinésithérapeute est un facteur défavorable pour la mise en place de l'alliance thérapeutique. En effet, lorsque le kinésithérapeute est stressé, sa concentration et son mécanisme de réflexion en sont impactés. Cette détresse émotionnelle a un impact négatif sur les prises de décisions à chaque étape de la prise en charge, de l'établissement d'un lien avec le patient au choix des objectifs et des traitements adaptés. Cela peut être vu par le patient comme un manque de confiance en ses compétences de kinésithérapeute et ainsi affaiblir l'alliance thérapeutique (33).

Cette implication émotionnelle va dépendre de plusieurs facteurs comme le sexe attribué à la naissance du thérapeute et l'environnement de travail. En effet, les femmes auraient une sensibilité et une empathie plus développées que les hommes (33). Ceci induit donc un plus grand risque de détresse émotionnelle chez la femme (33). Par la suite, les conditions de travail vont impacter cette implication. Les kinésithérapeutes dans les hôpitaux sont plus sujets à la détresse émotionnelle que les thérapeutes en libéral (33).

La détresse émotionnelle varie également avec l'expérience professionnelle. La prise de décision sur chaque étape de prise en charge est facilitée par l'expérience et implique de moins en moins émotionnellement le professionnel (33).

1.3.4. Échelles d'évaluation

Cette alliance est le plus souvent évaluée par la Working Alliance Inventory Short Revised (WAI-SR). Cette échelle est composée de 12 items chacun évalué de 1 à 5 et répartis sur trois domaines : le lien, l'accord sur les objectifs, et l'accord sur les tâches. Dans ces items, il y a par exemple (39) :

- "Je me sens mal à l'aise avec ..."
- "J'ai l'impression de réellement comprendre ..."
- "Je crois que ... m'apprécie."

Plus le score est haut, plus l'alliance thérapeutique entre le patient et le thérapeute est forte (33).

Il est également possible d'évaluer l'empathie. L'échelle reconnue et la plus utilisée est l'échelle de l'empathie de Davis (IRI) (33). Elle se compose de 28 items cotés de 1 à 5, répartis en deux catégories, elles-mêmes divisées en sous-catégories (40)(41) :

- l'empathie cognitive avec :
 - la prise de perspective (exemple d'item : "J'ai parfois des difficultés à voir les choses du point de vue de l'autre.")
 - la fantaisie (exemple d'item : "Je me surprends assez souvent à rêver et à fantasmer sur des choses qui pourraient m'arriver.")

- l'empathie émotionnelle avec :
 - la préoccupation empathique (exemple d'item : "Parfois, je n'éprouve pas beaucoup de pitié quand d'autres gens ont des problèmes.")
 - la détresse personnelle (exemple d'item : "Face à des situations critiques, je me sens inquiet(e) et mal à l'aise.").

Plus le score est haut, plus l'empathie est élevée (33).

1.3.5. L'alliance thérapeutique, la kinésiophobie et la fibromyalgie

Un patient atteint d'un syndrome fibromyalgique a un plus grand risque de déclencher une kinésiophobie en raison de la douleur chronique, mais également d'autres symptômes diminuant les capacités fonctionnelles tels que (20) :

- les troubles de l'équilibre
- une faiblesse musculaire
- des raideurs
- la fatigue chronique associée aux troubles de l'attention.

La rééducation d'un patient fibromyalgique atteint de kinésiophobie nécessite une adaptation afin qu'elle soit la plus cohérente possible. Pour cela, il faut déterminer des objectifs de rééducation adaptés, éduquer le patient sur les mouvements les plus sûrs pour lui, et enfin introduire progressivement les mouvements évités par le patient dans le cadre de sa kinésiophobie (20).

De plus, la relation thérapeutique - et plus particulièrement l'alliance thérapeutique - entre le masseur-kinésithérapeute et le patient fibromyalgique peut être un outil à étudier et à développer.

Comment l'alliance thérapeutique permettrait-elle d'améliorer la prise en charge kinésithérapique de la kinésiophobie chez les patients fibromyalgiques ?

La première hypothèse est que l'alliance thérapeutique soignant/soigné serait un élément à part entière du traitement kinésithérapique de la kinésiophobie chez un patient fibromyalgique.

Les hypothèses secondaires sont :

- Les patients considérant l'alliance thérapeutique avec leur thérapeute comme solide seraient plus motivés et adhèreraient plus fortement à leur traitement.
- Le manque de formation des kinésithérapeutes sur cette pathologie pourrait entraîner des difficultés à la mise en place d'une alliance thérapeutique avec les patients fibromyalgiques.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1. PIC

Ce mémoire suit une méthodologie qui peut être décrite par un PIC :

- Population : les patients atteints du syndrome fibromyalgique
- Phénomène d'intérêt : le rôle de l'alliance thérapeutique
- Contexte : la kinésiophobie.

2.2. Matériel

Pour répondre à la question de recherche, deux questionnaires ont été diffusés :

- un questionnaire d'évaluation de la pratique professionnelle rempli par les kinésithérapeutes répondant aux critères d'inclusion/d'exclusion.
- un questionnaire patient évaluant leur expérience et leurs ressentis relatifs aux séances de kinésithérapie.

Ils ont été créés sur le logiciel Google Forms.

L'introduction de chaque questionnaire explique différents éléments :

- la présentation de l'investigatrice
- le sujet de l'étude
- les critères d'inclusion du questionnaire
- la durée de remplissage du questionnaire
- les remerciements
- le contact de l'investigatrice en cas de besoins d'informations.

2.2.1. Le questionnaire patient

Le questionnaire complet est visible en *annexe IV*.

La population étudiée se compose de personnes atteintes du syndrome fibromyalgique, suivies par un masseur-kinésithérapeute.

Les critères d'inclusion de ce questionnaire sont :

- être atteint d'un syndrome fibromyalgique
- être suivi ou avoir été suivi par un masseur-kinésithérapeute dans le cadre de la pathologie.

Les critères d'exclusion sont :

- un questionnaire incomplet
- toute personne n'ayant pas un diagnostic établi de syndrome fibromyalgique
- toute personne ne comprenant pas le français
- toute personne ayant des troubles cognitifs ne permettant pas la bonne compréhension du questionnaire.

Il est composé d'une introduction et de quinze questions. Il est construit sous forme d'un questionnaire de satisfaction. Les patients peuvent y donner leur ressenti par rapport à leur suivi kinésithérapique dans le cadre de leur fibromyalgie. Ces questions sont divisées en deux parties.

La première partie concerne la perception du patient de la relation thérapeutique avec le kinésithérapeute. Elle se compose de six questions fermées et de quatre questions ouvertes.

La deuxième partie aborde la notion de kinésiophobie ainsi que la prise en charge de celle-ci par le kinésithérapeute. Elle comporte trois questions fermées et deux questions ouvertes.

À la suite de trois tests réalisés par des étudiants, il a été convenu que le questionnaire pouvait être rempli en cinq minutes en moyenne.

2.2.2. Le questionnaire pour les kinésithérapeutes

Le questionnaire complet est visible en *annexe V*.

La population étudiée est composée de kinésithérapeutes ayant suivi ou suivant des patients fibromyalgiques.

Les critères d'inclusion de ce questionnaire sont :

- être masseur-kinésithérapeute diplômé d'État
- prendre en charge des patients atteints d'un syndrome fibromyalgique.

Les critères d'exclusion sont :

- un questionnaire incomplet
- toute personne ne comprenant pas le français.

Le questionnaire destiné aux masseur-kinésithérapeutes est une évaluation des pratiques professionnelles. Il est composé d'une introduction et de dix-sept questions majoritairement fermées. Elles sont divisées en plusieurs parties.

La première partie se compose de quatre questions se rapportant aux données personnelles des kinésithérapeutes permettant de comprendre le profil de chaque professionnel (sexe, diplôme(s)).

Par la suite, deux questions sont posées sur leurs ressentis par rapport à leur formation.

La troisième partie traite de la prise en charge de patients fibromyalgiques et de l'alliance thérapeutique qui y est associée. Elle se compose de quatre questions fermées et trois questions ouvertes.

Enfin la dernière partie aborde la prise en charge de la kinésiophobie avec les bilans et techniques utilisés. Elle est divisée en trois questions fermées et une question ouverte.

À la suite de trois tests réalisés par des étudiants, il a été convenu que le questionnaire pouvait être rempli en cinq minutes en moyenne.

2.3. Méthode

2.3.1. Diffusion du questionnaire patient

Le questionnaire destiné aux patients a été diffusé à partir de novembre 2024, par l'intermédiaire des réseaux sociaux. Il a été publié sur différents groupes Facebook sur la fibromyalgie en particulier sur douze groupes régionaux de l'association Fibromyalgie Maladie Incomprise.

Il a également été partagé par l'association FibromyalgieSOS sur leur site, leurs réseaux sociaux ainsi qu'en emailing.

Plusieurs personnes issues de contacts directs ont accepté d'y répondre et de le partager à leurs connaissances.

La diffusion du questionnaire a été clôturée le 28 décembre 2024.

2.3.2. Diffusion du questionnaire pour les kinésithérapeutes

Le questionnaire adressé aux kinésithérapeutes fut diffusé à partir d'octobre 2024.

Il a été communiqué par l'intermédiaire des réseaux sociaux. Sur Facebook, deux groupes d'anciens étudiants ont accepté de partager le lien. Sur Instagram, plusieurs comptes de kinésithérapeutes ont été contactés, ainsi que trois comptes spécialisés dans la communication autour de la fibromyalgie.

L'association nationale FibromyalgieSOS, suite à une prise de contact par mail, a accepté de le publier sur leurs réseaux sociaux (Facebook, Instagram, Twitter, scoop-it et leur forum), ainsi que sur leur site internet : <https://fibromyalgiesos.fr/aider-les-etudes/questionnaire-sur-la-fibromyalgie-pour-kinesitherapeutes/>. Ils ont, de plus, partagé le questionnaire à l'ensemble de leur newsletter en précisant que ce dernier était destiné à leur kinésithérapeute.

En outre, plusieurs professionnels issus de contacts directs et de connaissances directes ont accepté d'y répondre. Plusieurs kinésithérapeutes ont également diffusé ce questionnaire à leurs collègues pouvant être intéressés par le sujet et sur des groupes de professionnels sur les réseaux sociaux.

La diffusion a été clôturée le 28 décembre 2024.

2.4. Traitements des données

Après la diffusion, les réponses données ont été récoltées et analysées afin d'en déduire des résultats et une réponse à la problématique.

Tout d'abord, les données sont traitées par le logiciel GoogleForms. Par la suite, le logiciel Excel a été utilisé afin d'entre-croiser les résultats au sein d'un questionnaire, mais également entre les deux questionnaires.

Les données récoltées sont d'ordre qualitatif et quantitatif.

3. RÉSULTATS

Le questionnaire destiné aux patients a été complété par deux cent soixante-neuf personnes (n=269).

Les répondants numéros 51 et 144 sont exclus, n'étant pas suivis par un kinésithérapeute.

Le questionnaire destiné aux kinésithérapeutes a été rempli par quarante-trois professionnels (n=43).

Les répondants numéros 24, 28 et 45, n'étant pas masseurs-kinésithérapeutes, ont été exclus des résultats. Le répondant 35 a été exclu, n'étant pas diplômé d'État (étudiant en kinésithérapie).

3.1. Profils des kinésithérapeutes

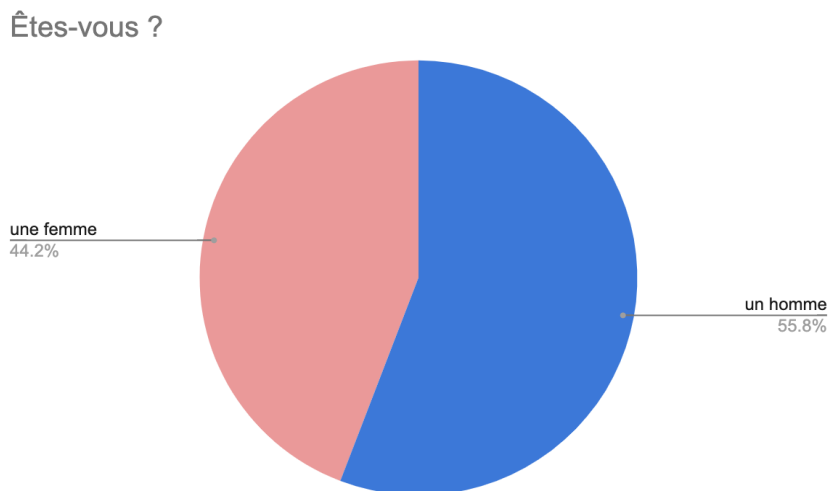


Figure 1 : /KINÉSITHÉRAPEUTES/ Graphique circulaire du sexe attribué à la naissance des répondants

Les professionnels ayant répondu au questionnaire sont majoritairement des hommes. Il y a 24 hommes soit 55,8% et 19 femmes soit 44,2% des répondants.

En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?

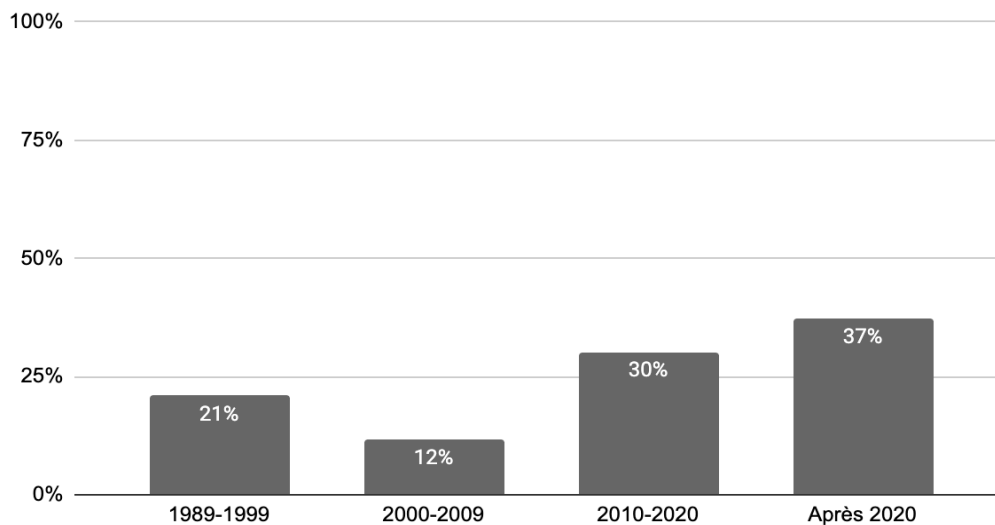


Figure 2 : /KINÉSITHÉRAPEUTES/ Histogramme de l'année de diplôme des répondants

La population est en grande partie diplômée depuis moins de cinq ans (37%). 30% des répondants ont été diplômés entre 2010 et 2020.

Avez-vous réalisé des formations continues en rapport avec la gestion de la douleur, les maladies chroniques ou la fibromyalgie par la suite ?

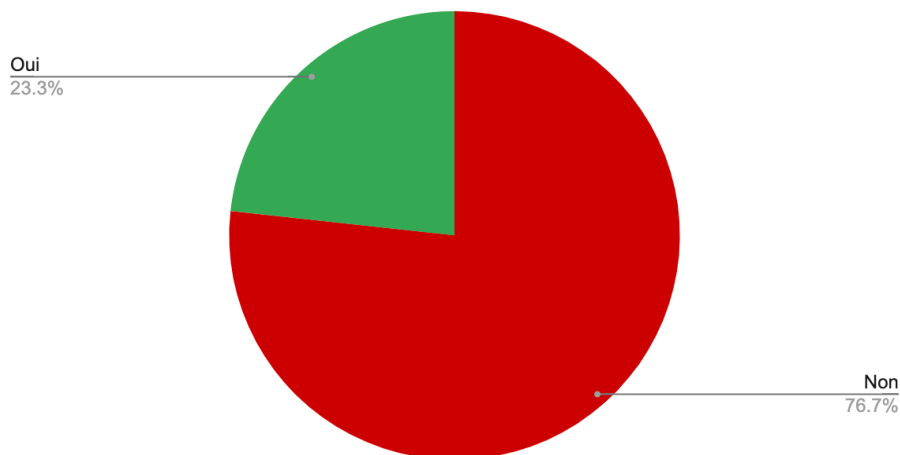


Figure 3 : /KINÉSITHÉRAPEUTES/ Graphique circulaire des formations continues

Peu de répondants ont réalisé des formations en rapport avec la fibromyalgie et la prise en charge de la douleur chronique. En effet, seulement 23,3% ont suivi ce type de formations.

Dans les formations continues, les kinésithérapeutes ont réalisé des formations sur la douleur (n=5), une formation de thérapie manuelle orthopédique (n=1) ou encore des formations sur des pathologies chroniques comme la sclérose en plaques, Parkinson, la bronchopneumopathie chronique obstructive, les troubles musculo-squelettiques et les troubles rachidiens (n=2). Seul un répondant a réalisé une formation spécifique sur la fibromyalgie et sa prise en charge non médicamenteuse. Un répondant a réalisé des formations sur la communication et l'hypnose. Deux kinésithérapeutes se sont informés sur les douleurs chroniques et la prise en charge de la fibromyalgie par l'intermédiaire de lectures d'articles scientifiques et de recherches personnelles.

Pensez-vous que votre formation vous a préparé(e) à la prise en charge de patients fibromyalgiques ?

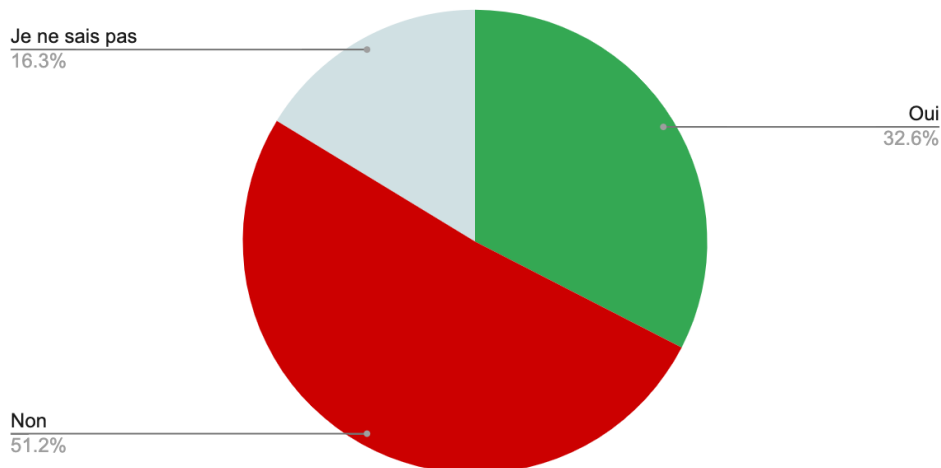


Figure 4 : /KINÉSITHÉRAPEUTES/ Graphique circulaire du ressenti des kinésithérapeutes par rapport à leur formation

51,2% des professionnels ont répondu ne pas se sentir préparés à la prise en charge de patients atteints de fibromyalgie. 32,6% des thérapeutes estiment être prêts à prendre en charge ces patients. 16,3% ne savent pas si leur formation leur a apporté les connaissances pour ce type de prise en charge.

Pour vingt-quatre répondants (n=24), les manques dans leur formation se portent sur :

- les connaissances spécifiques de la maladie pour 62,5% des professionnels (n=15)
- la prise en charge de la douleur pour 33,33% (n=8)
- la prise en charge psycho-sociale des malades chroniques pour 16,67% (n=4)
- les différents traitements pour 12,5% (n=3)
- un manque de pratique pour 8,33% (n=2)
- l'annonce du diagnostic et l'interprétation des patients pour 8,33% (n=2).

3.2. La prise en charge kinésithérapique

3.2.1. Suivis, ressentis et attentes des patients

Depuis quand êtes-vous suivi(e) ou durant combien de temps avez-vous été suivi(e) par un masseur-kinésithérapeute ?

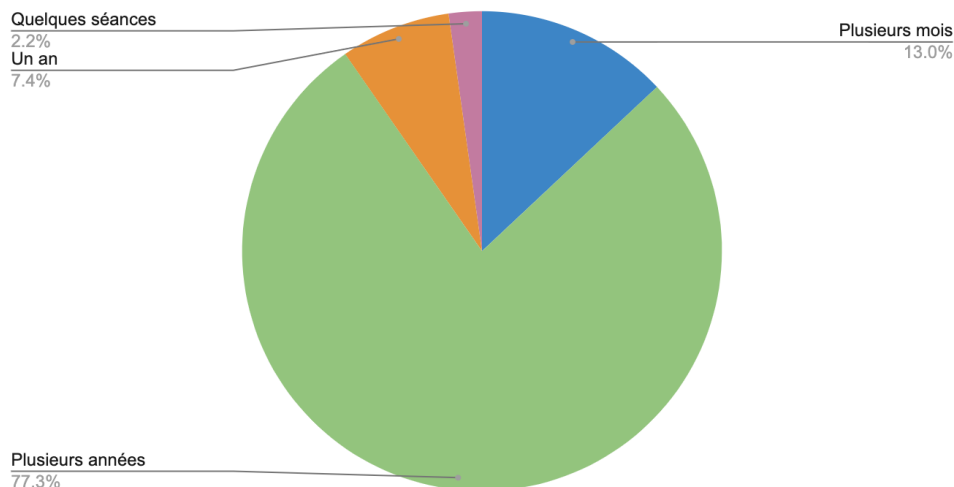


Figure 1 : /PATIENTS/ Graphique circulaire du suivi kinésithérapique des patients

Les patients sont suivis, en grande majorité (77,3%), depuis plusieurs années par un kinésithérapeute.

Comment vous sentez-vous pendant vos séances de kinésithérapie ?

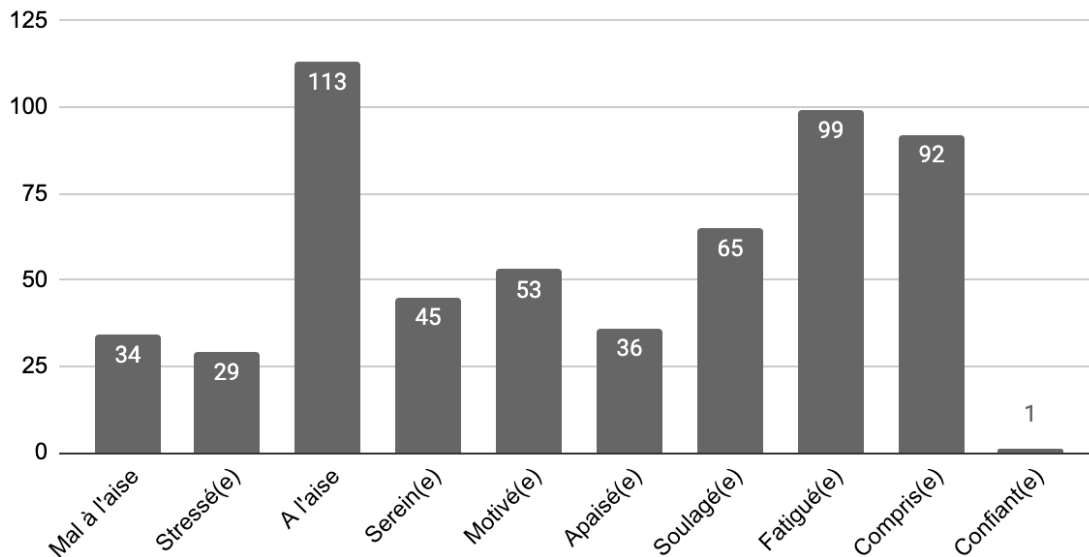


Figure 2 : /PATIENTS/ Histogramme des ressentis des patients

Les patients ont ensuite décrit leurs ressentis durant les séances de kinésithérapie. Pour cela, ils ont utilisé un à trois adjectifs chacun :

- 113 patients ont dit être à l'aise durant les séances (42% du total de réponses)
- 99 répondants sont fatigués (36,8%)
- 92 se sentent compris (34,2%)
- 53 personnes sont motivées (19%)
- 65 sont soulagés (24,16%)
- 45 sont sereins durant les séances (16,7%)
- 36 se sentent apaisés (13,38%)
- 34 sont mal à l'aise (12,6%)
- 29 sont stressés (10,78%)
- un patient se sent confiant (0,37%).

Qu'attendez-vous de vos séances de kinésithérapie ?

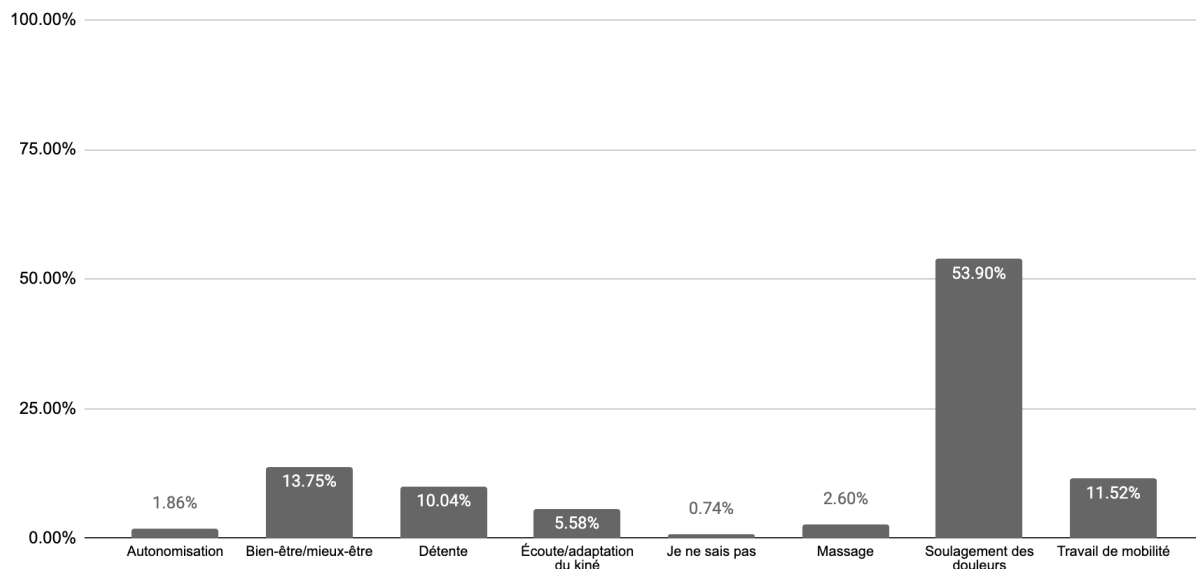


Figure 3 : /PATIENTS/ Histogramme des attentes des patients en kinésithérapie

L'attente majeure de 53,9% des patients en séance de kinésithérapie est le soulagement des douleurs. Ils ont également décrit une volonté de bien-être et de mieux-être après les séances dans 13,75% des cas. Un travail de mobilité et de renforcement est important pour 11,52% des patients. 10% des personnes souhaitent une détente physique et psychologique après leurs séances. L'écoute et l'adaptation du kinésithérapeute au patient sont les attentes principales pour 5,58% des répondants.

Pensez-vous que votre kinésithérapeute comprend bien vos symptômes et vos inquiétudes liés à la fibromyalgie ?

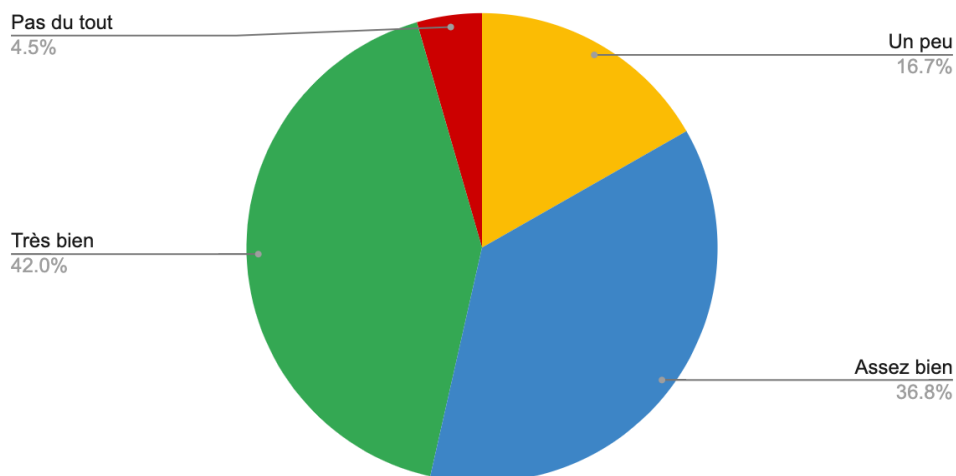


Figure 6 : /PATIENTS/ Graphique circulaire de la compréhension de la pathologie par les kinésithérapeutes

Pour 42% des patients, le kinésithérapeute comprend leurs symptômes et leurs inquiétudes engendrés par la fibromyalgie. Seuls 4,5% estiment ne pas être compris par le praticien.

Comment évalueriez-vous votre satisfaction générale par rapport à la relation thérapeutique avec votre kinésithérapeute ?

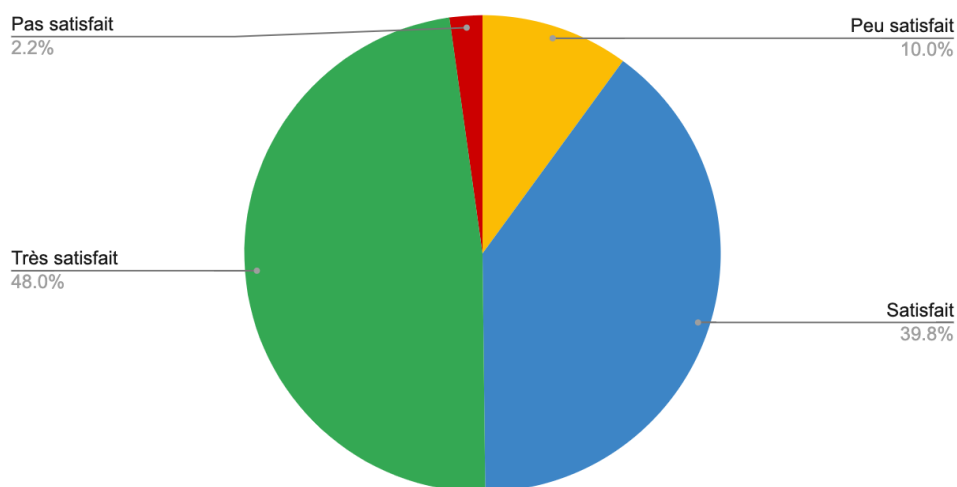


Figure 10 : /PATIENTS/ Graphique circulaire de la satisfaction des patients

Les patients ont évalué leur satisfaction vis-à-vis de leur prise en charge kinésithérapique :

- 48% sont très satisfaits
- 39,8% sont satisfaits
- 10% peu satisfaits
- 2,2% insatisfaits.

Presque 90% des patients sont donc satisfaits voire très satisfaits de leur prise en charge.

3.2.2. Prise en charge de la douleur chronique par les kinésithérapeutes

Les kinésithérapeutes ont décrit leur séance type lors d'une prise en charge d'un patient avec des douleurs chroniques. Différentes catégories en sortent :

- 67,4% des kinésithérapeutes utilisent le renforcement musculaire et le réentraînement à l'effort (travail actif, balnéothérapie) (n=29)
- 55,8% une écoute active, du temps et une adaptation à chaque patient (évaluation des douleurs et de l'anxiété) (n=24)
- 51,2% des techniques antalgiques (relaxation, physiothérapie, massage, travail respiratoire) (n=22)
- 37,2% réalisent un travail des mobilités (prise de conscience corporelle, étirements, mobilisation active) (n=16)
- 16,3% proposent une éducation thérapeutique du patient et des conseils d'hygiène de vie (n=7).

3.3. L'alliance thérapeutique

Pour vous, l'entente avec le kinésithérapeute est :

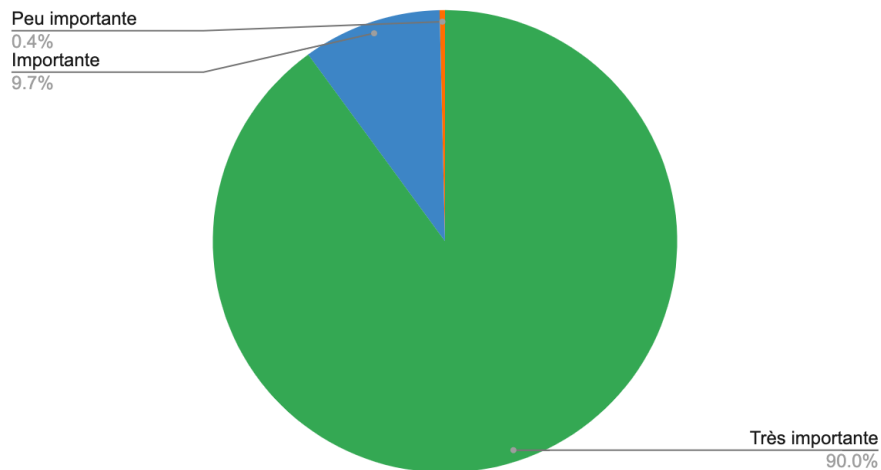


Figure 4 : /PATIENTS/ Graphique circulaire décrivant l'importance de l'entente soignant/soigné

Pour 268 patients sur 269, l'entente avec le kinésithérapeute est importante voire très importante.

Quelle place donnez-vous à l'alliance thérapeutique dans vos prises en charge ?

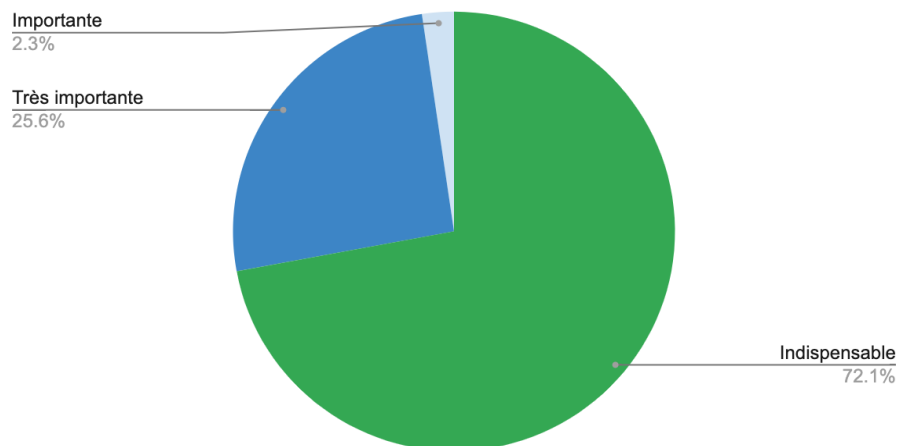


Figure 5 : /KINÉSITHÉRAPEUTES/ Graphique circulaire de la place de l'alliance thérapeutique

Les kinésithérapeutes accordent également tous une place importante à l'alliance thérapeutique. 72,1% des répondants estiment même l'alliance thérapeutique comme indispensable à la prise en charge de patients fibromyalgiques.

Si elle a de l'importance pour vous, en quoi impacte-t-elle votre prise en charge ?

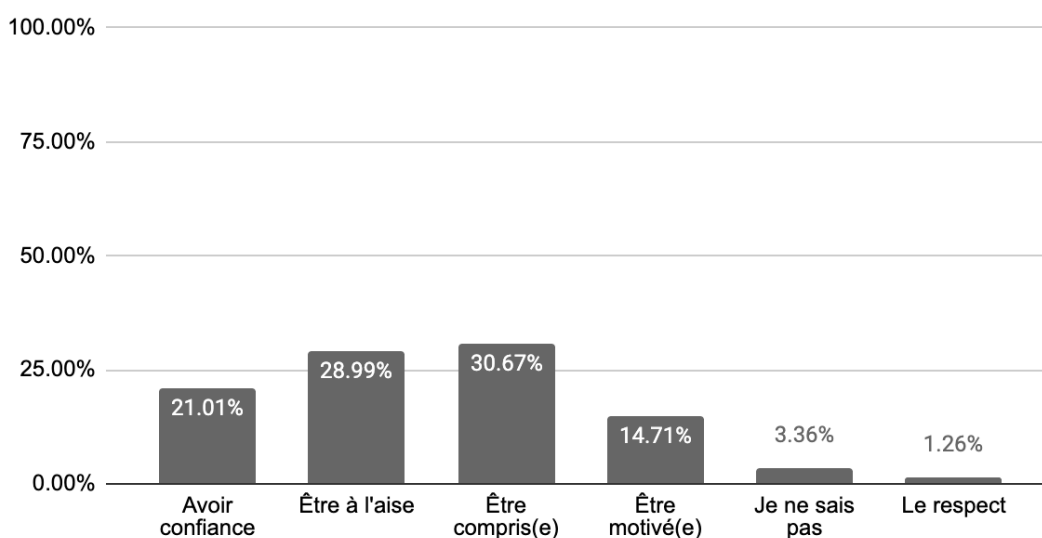


Figure 5 : /PATIENTS/ Histogramme de l'impact de l'entente soignant/soigné

Pour les patients considérant comme importante l'entente avec le kinésithérapeute, 30,67% estiment que cela les aide à être mieux compris. 29% des répondants déclarent être plus à l'aise grâce à cette entente professionnel/patient. Par la suite, 21% des patients expliquent l'importance de ce lien par la mise en place d'une relation de confiance entre les deux partis. Dans 14,7% des cas, l'entente avec le praticien permet de motiver le patient.

Une alliance thérapeutique solide vous aide dans vos prises en charge :

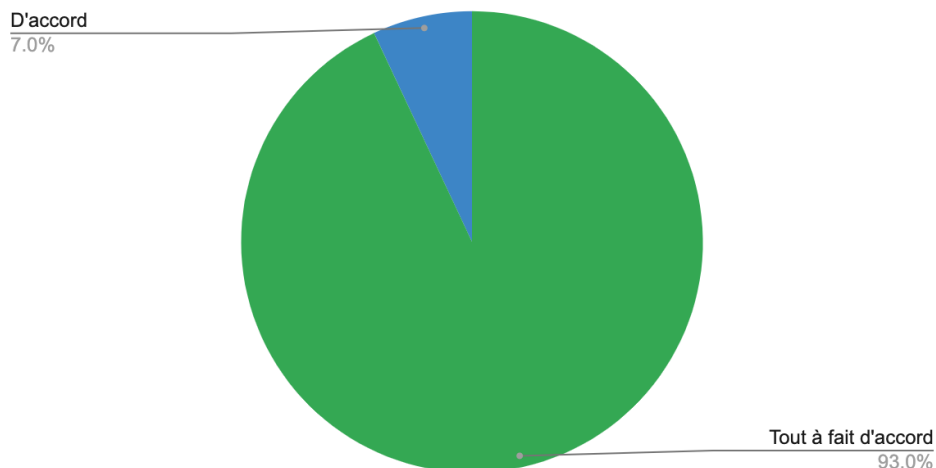


Figure 6 : /KINÉSITHÉRAPEUTES/ Graphique circulaire de l'impact de l'alliance thérapeutique

Pour les kinésithérapeutes, la mise en place d'une alliance thérapeutique solide aide dans les prises en charge kinésithérapiques pour l'intégralité des thérapeutes.

L'utilité de cette alliance est décrite par les professionnels par différentes notions :

- pour 48,8% des répondants, elle permet au patient d'avoir confiance en soi, en son thérapeute et en le projet de soin (n=21)
- pour 37,2%, de rendre le patient acteur de sa prise en charge (n=16)
- pour 32,56%, de permettre l'adhérence du patient à son traitement (n=14)
- pour 13,95%, d'augmenter la motivation du patient à réaliser ce traitement et à aller mieux mais aussi de motiver le thérapeute dans cette prise en charge (n=6)
- pour 11,6% des professionnels, d'augmenter les chances de récupération du patient (n=5)
- pour 9,3%, de favoriser une transparence entre le kinésithérapeute et le patient (n=4)
- pour 6,98%, un effet psychologique qui a son importance dans ce type de pathologies (n=3).

Les thérapeutes ont ensuite décrit les moyens de mettre en place cette alliance thérapeutique. Pour 72% des répondants, elle passe par l'écoute active, le dialogue et le temps accordé au patient (n=31). Pour 34,88% des thérapeutes, elle sera consolidée par les explications sur la pathologie et sur le traitement proposé (n=15). La notion d'empathie a également une place importante pour 11,6% des répondants ainsi que la communication entre le soignant et le soigné (n=5). En outre, l'attitude du praticien (souriant, habillé sobrement, façon de s'exprimer, capacité d'adaptation) ainsi que l'environnement sécurisant sont des éléments marquants de ce processus pour 13,95% des thérapeutes (n=6). 7% des professionnels donnent une place essentielle au non jugement du patient (n=3). Les principes de confiance, d'encouragements et de partage ont également leur place dans la construction de cette alliance pour 30% des professionnels (n=13). Enfin la bonne compréhension des besoins et des limites du patient tout en légitimant son expérience participent à l'évolution de la relation thérapeutique pour 11,6% des kinésithérapeutes (n=5).

Durant vos séances de kinésithérapie, arrivez-vous à vous confier ?

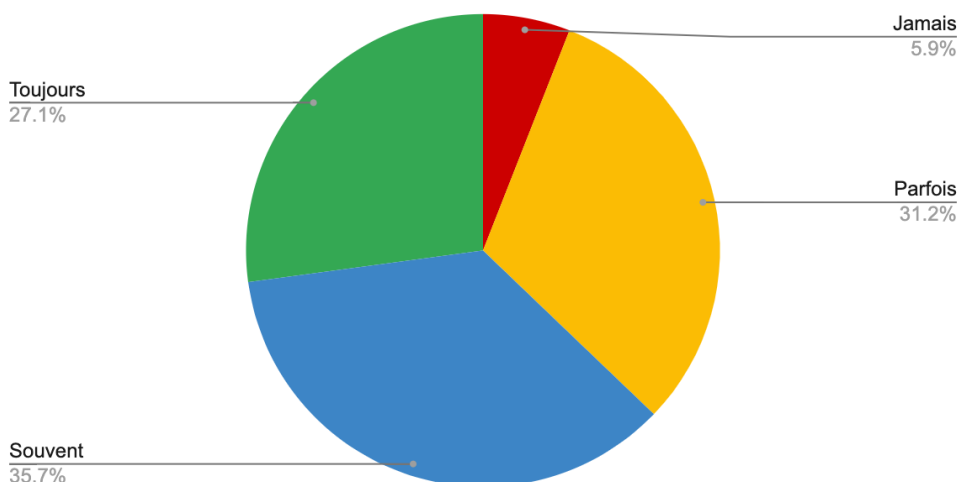


Figure 7 : /PATIENTS/ Graphique circulaire de la propension des patients à se confier

Durant les séances, 27% des patients arrivent à se confier de façon systématique. 36% des répondants se confient régulièrement au praticien. 31,2% arrivent parfois à se confier. En revanche, 5,9% des patients ne se confient jamais durant les séances.

En séance, les patients se confient-ils à vous ?

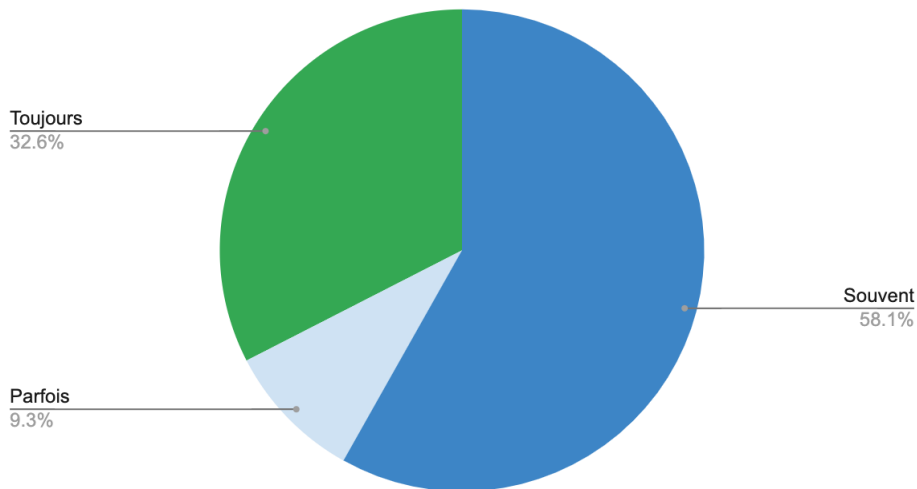


Figure 7 : /KINÉSITHÉRAPEUTES/ Graphique circulaire de la propension des patients à se confier aux répondants

Pour tous les kinésithérapeutes, les patients se confient durant leurs séances. En effet, chez 32,6% des praticiens, les patients se confient toujours à eux, 58,1% souvent et 9,3% parfois.

Si oui, cela permet d'améliorer votre prise en charge :

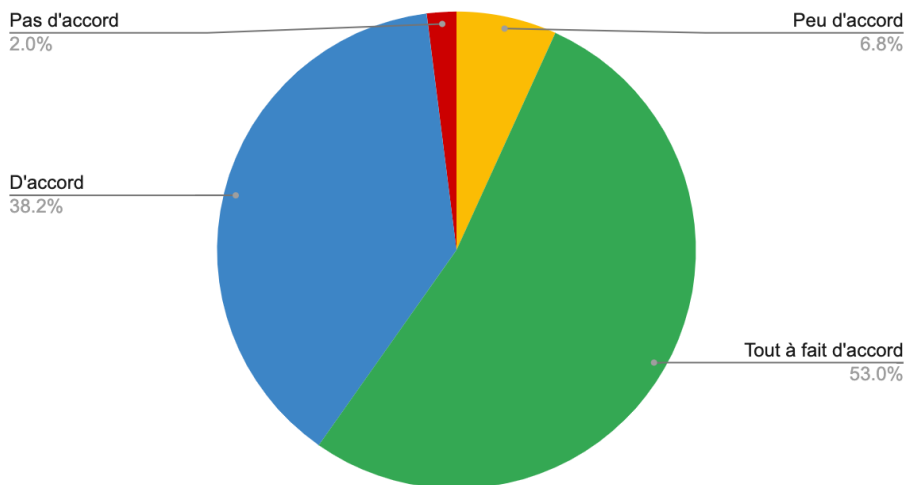


Figure 8 : /PATIENTS/ Graphique circulaire de l'impact des confessions sur la prise en charge

Pour les patients arrivant à se confier, 53% sont tout à fait d'accord que cela améliore leur prise en charge kinésithérapique et 38,2% sont d'accord. 6,8% sont peu en accord avec cette amélioration et 2% ne sont pas d'accord.

Si non, pourquoi ?

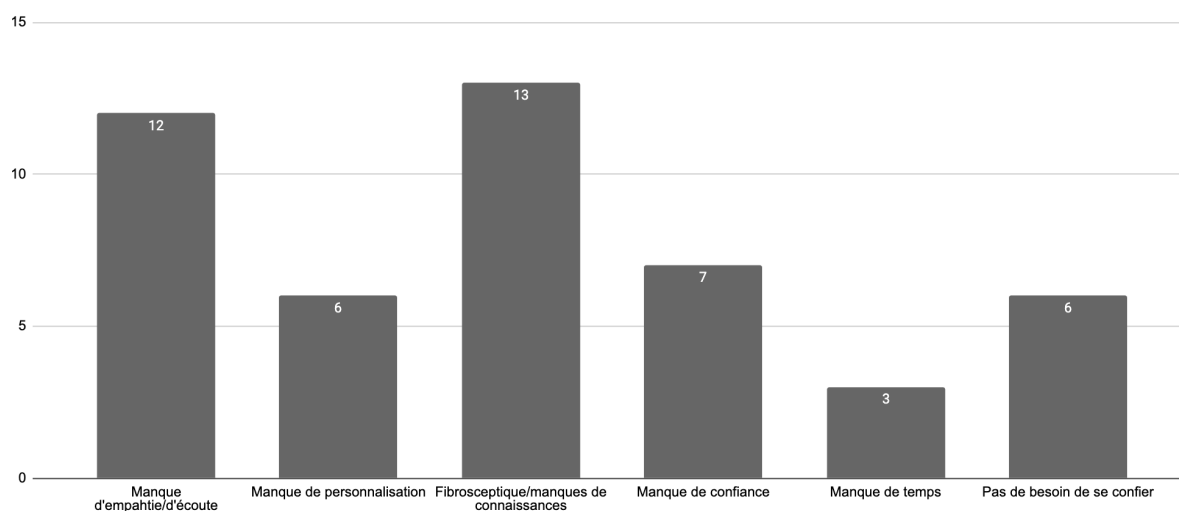


Figure 9 : /PATIENTS/ Histogramme des raisons des patients de ne pas se confier

Pour les patients qui n'arrivent pas à se confier durant les séances, différents motifs sont décrits (n=47) :

- 27,66% parlent de praticiens fibro-sceptiques (professionnels médicaux ne considérant pas la fibromyalgie comme "réelle") (42) ou ayant un manque de connaissances de la pathologie (n=13)
- 25,53% d'un manque d'empathie et d'écoute (n=12)
- 14,89% d'un manque de confiance envers le kinésithérapeute (n=7)
- 12,77% de peu voire pas de personnalisation du traitement (séances de groupe) (n=6)
- 12,77% d'un besoin de se confier auprès de ce professionnel n'étant pas ressenti (n=6)
- 6,38% d'un manque de temps dédié au patient (n=3).

Si oui, pensez-vous que cela favorise la prise en charge ?

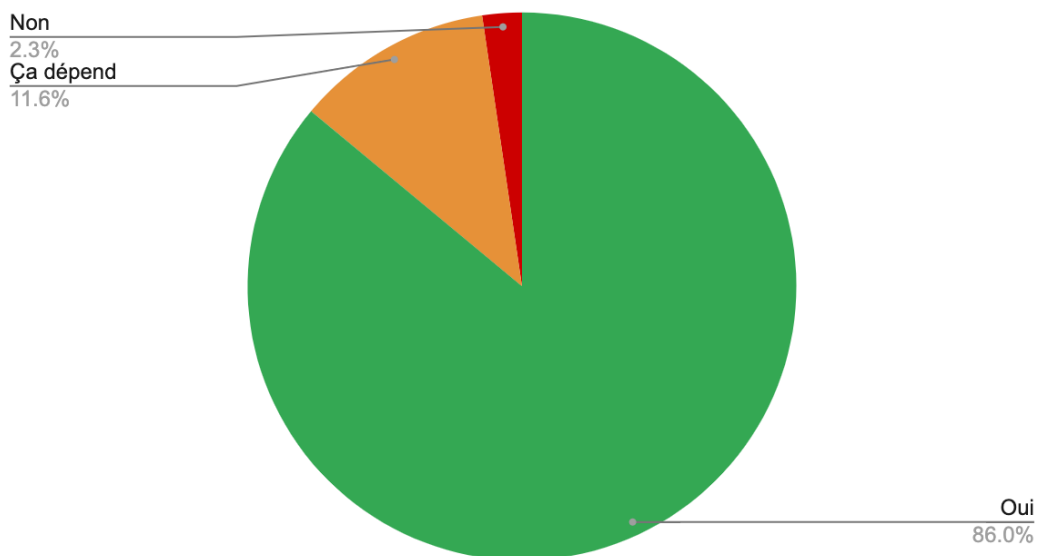


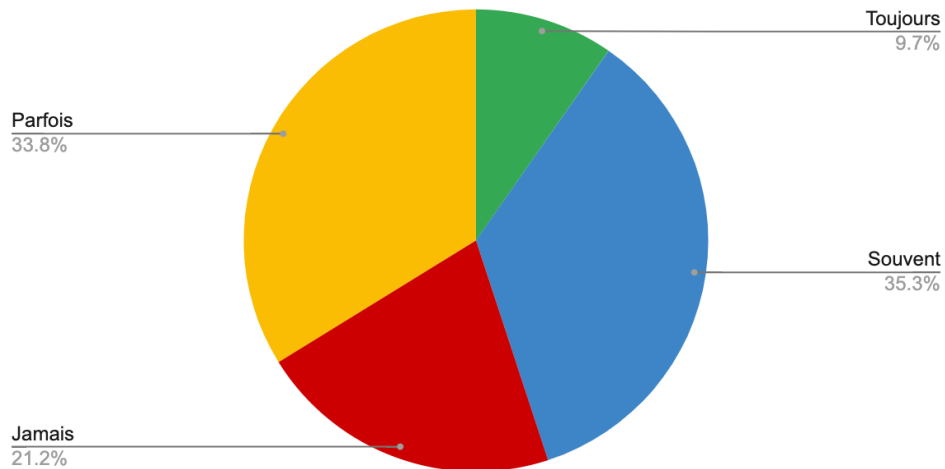
Figure 8 : /KINÉSITHÉRAPEUTES/ Graphique circulaire de l'impact des confessions lors des séances

Les thérapeutes estiment majoritairement ses confessions comme utiles à la prise en charge, mais certains nuancent tout de même leur impact :

- 86% estiment que la prise en charge du patient est améliorée lorsqu'il se confie à eux
- 2,3% ne pensent pas que cela aide à la prise en charge kinésithérapique
- 11,6% sont partagés car cela peut nourrir la douleur ou perturber le travail donc à prendre au cas par cas.

3.4. La kinésiophobie

Avez-vous déjà évité de réaliser certains gestes par peur d'avoir mal ?



***Figure 11** : /PATIENTS/ Graphique circulaire de la kinésiophobie chez les patients*

Une grande majorité des patients ont déjà eu peur de réaliser des mouvements au moins occasionnellement. En revanche, 21,2% des répondants n'ont jamais évité certains mouvements par peur d'avoir mal.

Si oui, lesquels ?

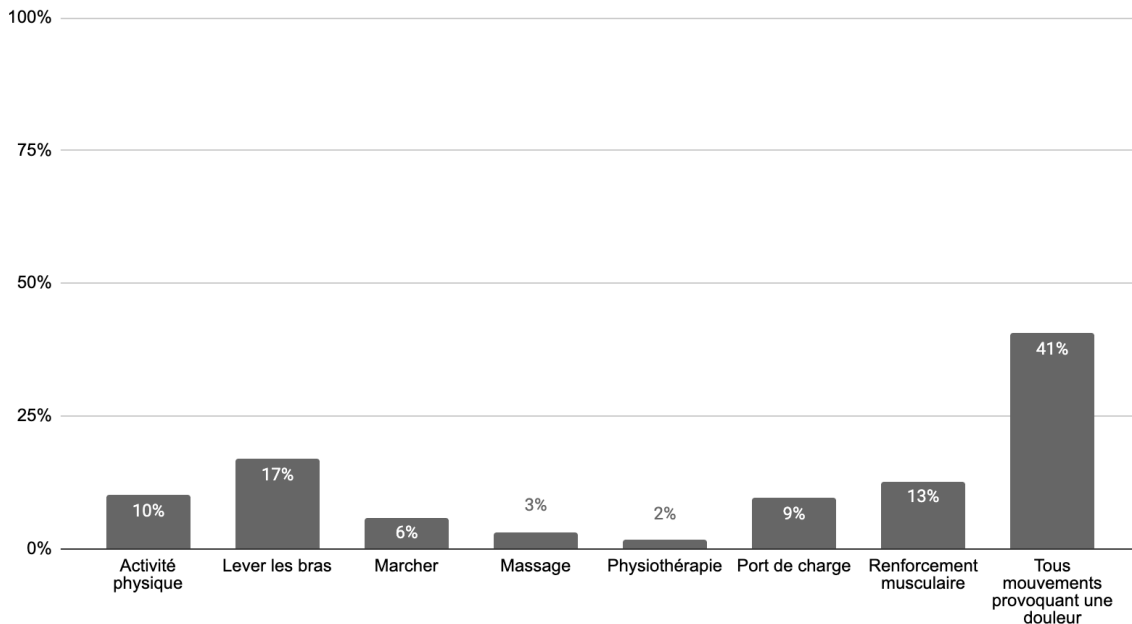


Figure 12 : /PATIENTS/ Histogramme des mouvements évités par les patients

Parmi les patients ayant répondu avoir peur de réaliser certains mouvements, 41% ont peur d'avoir mal dans une multitude de situations : monter des escaliers, s'accroupir, faire des tâches ménagères, certains loisirs comme le jardinage, les activités de la vie quotidienne, tous gestes brusques ou répétitifs, des postures prolongées ou même travailler par exemple. 17% des répondants évitent de lever les bras en raison surtout de douleurs aux épaules. Certaines techniques utilisées en séances de kinésithérapie sont aussi évitées par les patients : le renforcement musculaire (13%), l'activité physique (10%), marcher (6%), le massage (3%), la physiothérapie (2%).

Pensez-vous que les patients fibromyalgiques sont plus sujets à la peur du mouvement ?

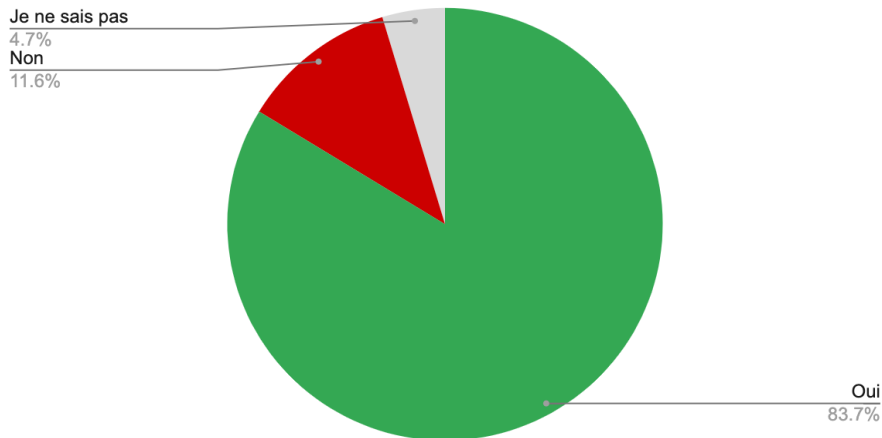


Figure 9 : /KINÉSITHÉRAPEUTES/ Graphique circulaire de la présence de kinésiophobie chez les patients

Pour 83,7% des kinésithérapeutes, les patients atteints d'un syndrome fibromyalgique sont sujets à la kinésiophobie. 11,6% ne considèrent pas que ces patients sont plus susceptibles de développer une kinésiophobie. 4,7% des kinésithérapeutes ne savent pas si cela est vrai.

Votre kinésithérapeute s'est-il intéressé à la peur de ces mouvements ?

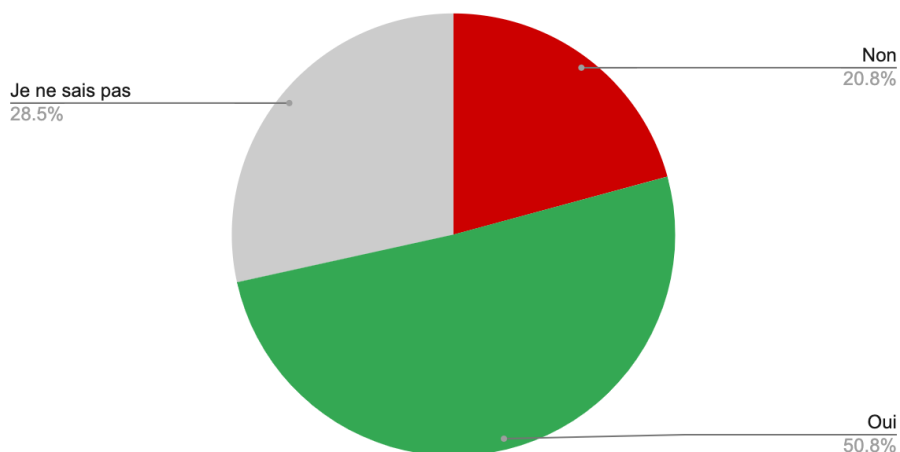


Figure 13 : /PATIENTS/ Graphique circulaire de la prise en charge de la kinésiophobie en kinésithérapie

Pour plus de la moitié des patients (50,8%), le kinésithérapeute s'est intéressé à la kinésiophobie. 20,8% des répondants estiment que cette peur n'a pas été prise en compte par le praticien. 28,5% ne savent pas si cette kinésiophobie a été prise en charge en kinésithérapie.

Si oui, comment ?

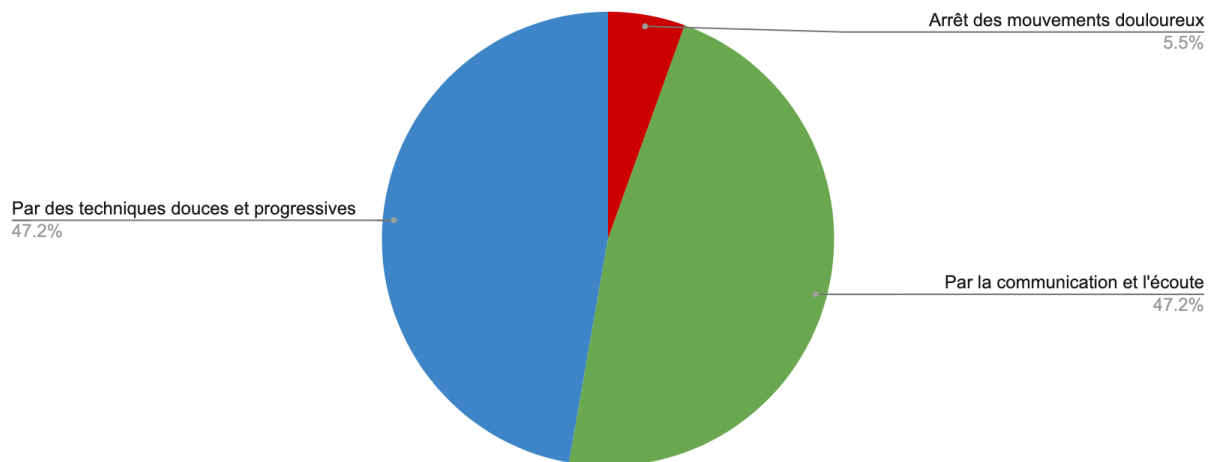


Figure 14 : /PATIENTS/ Graphique circulaire des techniques utilisées contre la kinésiophobie

Les kinésithérapeutes des répondants utilisent différentes techniques pour pallier cette peur :

- 47,2% passent par l'écoute et la communication avec leur patient (compréhension et adaptation)
- 47,2% par des techniques douces et progressives (massages, étirements, mobilisations douces)
- 5,5% des patients arrêtent simplement les mouvements douloureux.

La prise en charge de cette kinésiophobie a été décrite en plusieurs points clés par les kinésithérapeutes (n=37) :

- remise en charge progressive avec un travail infra-douloureux en actif de tout le corps (n=15)

- explication des bienfaits des mouvements et de la non dangerosité de ceux-ci pour casser les fausses croyances (n=15)
- discours positif, lien de confiance et encouragements pour rassurer et motiver le patient (n=13)
- exercices doux (balnéothérapie, yoga, pilates, relaxation) (n=8)
- éducation thérapeutique du patient à la douleur et autorééducation (n=3)
- autres techniques (séances de groupe, thérapie miroir, hypnose, réalité virtuelle, équithérapie et hippothérapie) (n=4).

Quelle(s) échelle(s) utilisez-vous pour réaliser un bilan de la kinésiophobie ?

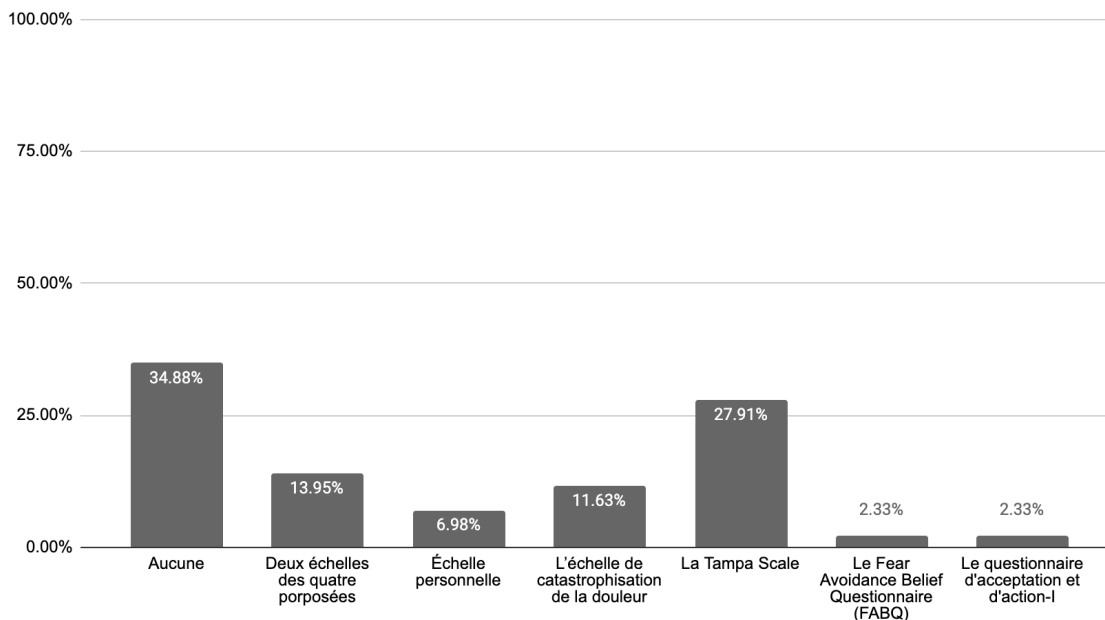


Figure 10 : /KINÉSITHÉRAPEUTES/ Histogramme des échelles utilisées dans le bilan de la kinésiophobie

Pour faire le bilan de la kinésiophobie, 27,9% des thérapeutes se servent de la Tampa scale. Par la suite, l'échelle de catastrophisation de la douleur est utilisée par 11,63% des professionnels. En outre, seulement 2,33% des répondants utilisent le Fear Avoidance Belief Questionnaire comme unique outil de bilan. Le questionnaire d'acceptation et d'action-I est également pertinent pour 2,33% des kinésithérapeutes. 13,95% des répondants combinent deux échelles d'évaluations sur les trois proposées.

Enfin, beaucoup de kinésithérapeutes réalisent un bilan subjectif (6,98%) voire aucun bilan de la kinésiophobie (34,88%).

Quelle(s) technique(s) utilisez-vous dans la prise en charge de la kinésiophobie ?

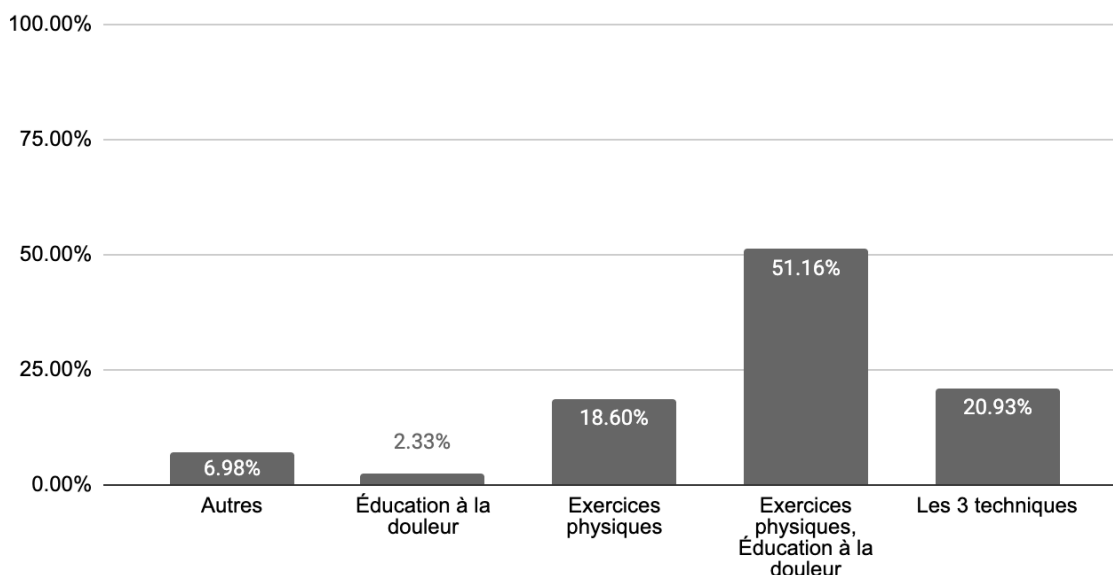


Figure 11 : /KINÉSITHÉRAPEUTES/ Histogramme des techniques utilisées dans le traitement de la kinésiophobie

La rééducation de la kinésiophobie est composée d'exercices physiques et d'éducation à la douleur pour plus de la moitié des kinésithérapeutes (51,16%). 20,93% des répondants utilisent la thérapie manuelle en complément des deux autres techniques. L'exercice physique, en technique de rééducation unique, est utilisé par 18,6% des répondants. L'éducation à la douleur est utilisée en seule technique par 2,33% des thérapeutes. 6,98% des professionnels utilisent d'autres techniques comme la balnéothérapie, des traitements antalgiques (massage, physiothérapie) et la communication.

Depuis que vous avez commencé vos séances de kinésithérapie, avez-vous remarqué une diminution de votre peur liée au mouvement ?

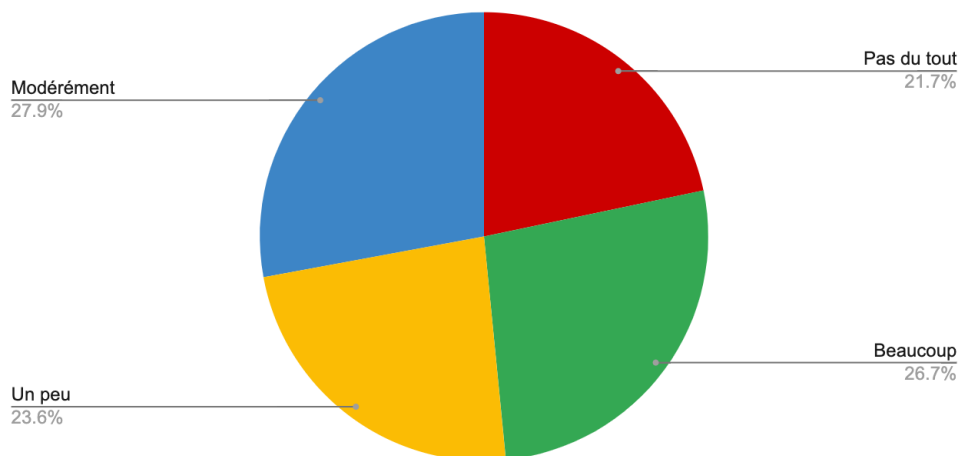


Figure 15 : /PATIENTS/ Graphique circulaire des effets de la kinésithérapie sur la kinésiophobie

Les patients sont très partagés au sujet de la diminution de cette peur suite aux séances de kinésithérapie :

- 26,7% ont remarqué une nette diminution
- 27,9% une diminution plutôt modérée
- 23,6% une légère diminution
- 21,7% aucune diminution.

4. DISCUSSION

4.1. La formation des kinésithérapeutes

La formation initiale de masso-kinésithérapie dure quatre années d'école et aborde de multiples thématiques comme les douleurs chroniques, la psychologie, la relation soignant/soigné ou l'éducation thérapeutique du patient.

Cette formation initiale a été décrite le plus souvent par les professionnels comme insuffisante. Certains thérapeutes parlent d'un manque de connaissances spécifiques de la maladie et des traitements possibles, mais aussi du suivi d'un patient atteint de douleurs chroniques. Ces manques sont parfois ressentis par les patients ce qui dessert la prise en charge.

Les répondants sont majoritairement diplômés depuis moins de cinq ans, ce qui signifie que la formation initiale actuelle comporte encore des manques dans ce domaine. Aucun enseignement n'est dédié spécifiquement à la fibromyalgie.

En formation continue, il est possible pour les kinésithérapeutes de se former sur la pathologie (en général sur deux jours) et d'étoffer leurs connaissances sur la prise en charge des douleurs chroniques.

En sachant que la fibromyalgie a une prévalence de 2 à 4% dans la population générale (4) et que sa prise en charge s'avère parfois complexe (5), il serait pertinent d'y consacrer des heures dans la formation initiale.

Si les professionnels se forment, cela pourrait diminuer le risque de manque de confiance en ses compétences du professionnel qui peut nuire à la relation thérapeute (33) et donc mettre en échec les deux partis. Ces manques de connaissances sur la pathologie peuvent également freiner la prise en charge de nouveaux patients atteints de fibromyalgie et donc participer à l'errance médicale de ces derniers.

Pour pallier le déficit de formation initiale dans ce domaine, il est donc nécessaire que les professionnels se forment et s'informent par leurs propres moyens au travers de lectures personnelles et de formations continues. Cela demande un engagement de la

part du kinésithérapeute afin qu'il ait les outils et les connaissances nécessaires à ce type de prise en charge.

4.2. La prise en charge kinésithérapique

Les attentes des patients en séances de kinésithérapie sont nombreuses. Les plus citées sont le soulagement des douleurs, un bien-être/mieux-être, du travail de mobilité, de la détente, de l'écoute et de l'adaptation de la part du kinésithérapeute.

Pour les kinésithérapeutes, la prise en charge se compose de renforcement musculaire, de réentraînement à l'effort, de techniques antalgiques, de travail de mobilité, d'éducation thérapeutique et de conseils d'hygiène de vie, mais aussi de temps, d'écoute et d'adaptation.

Les attentes des patients et les techniques des kinésithérapeutes semblent donc être en corrélation. Les patients sont en majorité satisfaits, voire très satisfaits, de leur prise en charge kinésithérapique.

En sachant que les patients fibromyalgiques ont souvent un contexte psycho-social complexe (5), les prises en charge kinésithérapiques décrites dans les résultats suivent ce que dit la littérature. En effet, dans le traitement d'un patient fibromyalgique mais surtout kinésiophobe, il est préconisé de faire preuve d'une grande adaptabilité (20).

Les trois adjectifs les plus utilisés par les patients pour décrire leur prise en charge sont : à l'aise, fatigué(e) et compris(e). Les adjectifs qui reviennent majoritairement sont positifs. La fatigue ressentie par les patients est expliquée par la fibromyalgie. En effet, la fatigue chronique est l'un des symptômes de cette pathologie (3).

4.3. L'alliance thérapeutique

Dans les deux questionnaires, l'alliance thérapeutique est décrite comme importante, voire indispensable, pour les kinésithérapeutes et les patients.

Sa mise en place passe par l'écoute, la communication, le temps dédié aux patients, l'adaptabilité, les explications de la pathologie et du traitement, l'empathie, la création

d'un lien de confiance, les encouragements et la bonne compréhension du patient et de son contexte.

Une alliance thérapeutique décrite comme solide semble en majorité permettre aux professionnels et aux patients de :

- créer un lien de confiance
- favoriser la motivation des deux partis
- favoriser l'adhérence des patients au traitement
- mettre en place une communication efficace entre soignant/soigné
- offrir la possibilité au patient de se confier si cela est souhaité par ce dernier
- augmenter les chances de récupération du patient.

Ces résultats font écho aux piliers de l'alliance thérapeutique que sont la confiance, la communication, le respect mutuel ainsi que la bienveillance (33).

La prise en charge kinésithérapique, à l'aide de cette alliance thérapeutique, doit être centrée sur le patient afin de le rendre acteur de sa rééducation (33).

La plupart des patients se confient à leur kinésithérapeute, ce qui favorise souvent une meilleure prise en charge de leur pathologie. Toutefois, certains patients rencontrent des difficultés à se livrer, notamment lorsque l'alliance thérapeutique est faible ou absente. D'autres, par choix, préfèrent ne pas partager d'informations personnelles avec leur kinésithérapeute.

De leur côté, presque tous les professionnels estiment que ces échanges ont un impact positif sur le traitement. Certains praticiens ne considèrent pas ces confessions comme bénéfiques : certains estiment qu'elles peuvent perturber, voire nuire, au bon déroulement de la prise en charge.

En sachant que deux des bases de l'alliance thérapeutique sont l'écoute et la communication, ces confessions font partie de l'élaboration et du maintien de cette relation soignant/soigné (33). Pour cela, les séances doivent être réalisées dans un climat de confiance et d'échanges, ainsi que dans un environnement sécurisé. Il est tout de même important de noter que ce n'est pas une obligation pour tous. Selon le

contexte psycho-social et la personnalité de chacun, il n'est pas toujours naturel ou bénéfique de se confier à un kinésithérapeute. Pour les professionnels, la prise de perspective est nécessaire pour que ces confessions soient bénéfiques à la prise en charge (33). C'est à eux d'encadrer les séances afin de laisser la place aux échanges sans que ceux-là n'aient d'impact sur le temps et la qualité de la prise en charge.

Plusieurs éléments peuvent constituer un frein à la mise en place de l'alliance thérapeutique, tels qu'un temps dédié au patient insuffisant, un manque d'empathie ressenti par le patient, une prise en charge peu personnalisée, ainsi que la présence de professionnels fibro-sceptiques ou manquant de connaissances spécifiques sur cette pathologie. Un thérapeute qui ne croit pas en l'existence de la pathologie ou de certains symptômes du patient, risque de stigmatiser le patient et ainsi provoquer de l'auto-stigmatisation. Ce phénomène entraîne un sentiment d'échec et de culpabilité chez le patient (15). Cela nuira donc à l'alliance thérapeutique et à l'ensemble de la prise en charge.

Tant dans la littérature que dans les réponses aux questionnaires, l'alliance thérapeutique est considérée comme un élément essentiel du traitement kinésithérapique. Associée aux techniques de rééducation, elle favorise une relation thérapeutique saine améliorant ainsi la prise en charge, aussi bien pour le patient que pour le thérapeute.

4.4. La kinésiophobie

La kinésiophobie est décrite par les patients fibromyalgiques par une peur de réaliser certains gestes du quotidien (lever les bras, marcher, etc.) mais aussi certaines techniques réalisées durant les séances de kinésithérapie. En effet, les patients ont cité le renforcement musculaire, l'activité physique, le massage et la physiothérapie comme techniques qui peuvent leur créer des douleurs et donc créer de l'appréhension voire de la peur avant de les réaliser. Cette kinésiophobie est alors un élément pouvant favoriser le désinvestissement, voire l'abandon du traitement kinésithérapique.

Une grande majorité des kinésithérapeutes reconnaissent la présence de kinésiophobie chez les patients fibromyalgiques. Il y a tout de même une part non négligeable des

praticiens qui n'estiment pas ces patients comme sujets à la kinésiophobie ou qui ne savent pas si c'est le cas. Selon la littérature, les patients atteints de douleurs chroniques sont à risque de développer une kinésiophobie (20). Il est donc pertinent de s'interroger sur la part de professionnels qui ne reconnaissent pas cette corrélation. Sachant qu'une partie des patients affirme ne pas craindre certains mouvements malgré la douleur, il est possible que ces kinésithérapeutes n'aient tout simplement pas pris en charge de patients fibromyalgiques atteints de kinésiophobie.

Une autre hypothèse serait que cette peur du mouvement n'a pas été détectée ni objectivée lors des séances. Cela ne signifie pas pour autant qu'elle n'est pas prise en compte de manière indirecte dans le traitement. Toutefois, ce manque de détection peut entraîner des difficultés d'adaptation des séances, avec un risque d'accentuation de la kinésiophobie et des douleurs du patient.

Les kinésithérapeutes intègrent généralement l'évaluation et le traitement de la kinésiophobie dans la prise en charge globale de la pathologie initiale. L'échelle la plus couramment utilisée est la Tampa Scale, mais une grande partie des professionnels ne réalise pas de bilan spécifique pour évaluer cette peur du mouvement. Sensibiliser les kinésithérapeutes aux différentes échelles d'évaluation pourrait être bénéfique afin d'assurer un suivi précis de l'évolution de la kinésiophobie tout au long du traitement. Une telle évaluation permettrait d'objectiver les progrès du patient dans son rapport à la douleur et au mouvement. En cas d'évolution défavorable, le thérapeute pourrait alors ajuster sa prise en charge de manière plus adaptée.

Le traitement kinésithérapique se compose d'exercices progressifs, de techniques antalgiques, mais aussi d'éducation thérapeutique du patient et d'une écoute active. Ces derniers éléments vont permettre au praticien de déconstruire les fausses croyances, ainsi que d'adapter au mieux le traitement au patient.

Les patients décrivent, à leur tour, la prise en charge de leur kinésiophobie par l'écoute et la communication avec le thérapeute, des techniques progressives et douces et parfois même l'arrêt des mouvements douloureux. Les traitements proposés par les répondants sont en adéquation avec la littérature qui préconise l'activité physique, l'éducation à la douleur et la thérapie manuelle (31).

Les répondants, et en particulier les patients, mettent donc l'accent sur les aspects doux, progressifs mais aussi relationnels du traitement. Une alliance thérapeutique solide a donc toute sa place dans le traitement de la kinésiophobie.

Les patients décrivent pour une majorité un effet positif de la kinésithérapie sur la kinésiophobie. Toutefois, 21,7 % des patients ne perçoivent aucun effet sur leur kinésiophobie. Cela pourrait s'expliquer par le fait que certains kinésithérapeutes ne considèrent pas ces patients comme kinésiophobes, mais aussi par le fait qu'une partie des patients a interrompu leur prise en charge, la jugeant inadaptée à leurs besoins.

4.5. Limites de l'étude

L'étude étant réalisée à l'aide de deux questionnaires, elle comporte certains biais.

Le questionnaire pour les kinésithérapeutes compte six fois moins de réponses que celui destiné aux patients (43 kinésithérapeutes pour 269 patients). Cela peut s'expliquer par différentes raisons :

- les kinésithérapeutes sont fortement sollicités et ne répondent donc pas à tous les questionnaires qui leur sont partagés
- tous les kinésithérapeutes ne suivent pas ou n'ont pas obligatoirement suivi des patients fibromyalgiques
- les patients fibromyalgiques sont en demande de reconnaissance de leur pathologie et sont donc plus enclins à participer à une étude sur celle-ci
- l'association FibromyalgieSOS a permis de toucher une grande population de patients fibromyalgiques.

Dans les résultats des deux questionnaires, sept répondants ont dû être exclus car ils ne remplissaient pas les critères d'inclusion de l'étude, ce qui a réduit la population en particulier celle des kinésithérapeutes (quatre répondants exclus sur quarante-sept).

La population de patients est donc plus significative que celle des kinésithérapeutes. Cet écart peut créer un questionnement sur l'intérêt porté par les professionnels et la sensibilisation des kinésithérapeutes à cette maladie.

La population de cette étude n'est qu'un échantillon de la population cible. Les résultats ne sont donc pas à généraliser à la totalité de la population de patients fibromyalgiques et de kinésithérapeutes.

Dans les deux questionnaires, les réponses aux questions ouvertes ont pu être hors sujets ou plus complexes à interpréter. Cela peut être dû à un manque de compréhension de la question de la part des répondants mais aussi par l'absence de cadre ou de limite, laissant une totale liberté de réponse. À l'inverse, les questions fermées ont été plus facilement interprétables mais ont pu orienter davantage les répondants.

5. CONCLUSION

La prise en charge de la kinésiophobie doit être considérée dans le traitement d'un patient fibromyalgique. Outre la rééducation sur le plan physique, la prise en charge de la kinésiophobie dans le cadre de la fibromyalgie doit également inclure une dimension psycho-sociale. En effet, il est important de soigner le patient dans sa globalité. Étant donné le profil anxieux et douloureux du patient, il n'est pas envisageable de négliger le contexte psychologique.

Cette étude a mis en lumière la place de l'alliance thérapeutique associée aux techniques rééducatives. Plus elle est présente et solide, plus le patient adhère au traitement et a de chance de récupérer.

Les principales problématiques identifiées sont donc le manque de formation des kinésithérapeutes, une éventuelle insuffisance dans la détection et la prise en charge de la kinésiophobie, ainsi qu'une partie du corps médical et paramédical qui reste fibro-sceptique.

Ce mémoire a permis de mettre en avant la satisfaction des patients fibromyalgiques par rapport à leur prise en charge kinésithérapique. Il serait intéressant de réaliser une étude plus interventionnelle.

Pour compléter les résultats obtenus dans ce mémoire, il pourrait être pertinent de réaliser un protocole évaluant l'impact de la formation des kinésithérapeutes sur la prise en charge des patients fibromyalgiques atteints de kinésiophobie. Pour cela, il serait intéressant de proposer une formation en e-learning à un panel de kinésithérapeutes et d'évaluer, à l'aide de la Tampa scale, le niveau de kinésiophobie de leurs patients avant et après la formation. Ceci n'est qu'un exemple des multiples protocoles pouvant être mis en place afin d'étudier la place de la kinésithérapie dans la prise en charge de la kinésiophobie chez les patients fibromyalgiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Grimaldi A. La maladie chronique. Trib Santé. 2006;13(4):45-51.
2. Queneau P, Serrie A, Trèves R, Bontoux D. Les douleurs chroniques en France. Recommandations de l'Académie nationale de médecine pour une meilleure prise en charge des malades. Bull Académie Natl Médecine. 1 sept 2018;202(7):1355-70.
3. Häuser W, Fitzcharles MA. Facts and myths pertaining to fibromyalgia. Dialogues Clin Neurosci. mars 2018;20(1):53-62.
4. KOÇYİĞİT BF, AKALTUN MS. Kinesiophobia Levels in Fibromyalgia Syndrome and the Relationship Between Pain, Disease Activity, Depression. Arch Rheumatol. 7 févr 2020;35(2):214-9.
5. Kaltsas G, Tsiveriotis K. Fibromyalgia. In: Feingold KR, Anawalt B, Blackman MR, Boyce A, Chrousos G, Corpas E, et al., éditeurs. Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000 [cité 26 nov 2023]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279092/>
6. Siracusa R, Paola RD, Cuzzocrea S, Impellizzeri D. Fibromyalgia: Pathogenesis, Mechanisms, Diagnosis and Treatment Options Update. Int J Mol Sci. 9 avr 2021;22(8):3891.
7. MALARET R par K. Ouest-France.fr. 2021 [cité 9 sept 2024]. Fibromyalgie : « Insoutenable ou gérable, la douleur est toujours là ». Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/sante/fibromyalgie-insoutenable-ou-gerable-la-douleur-e-st-toujours-la-22dc89d6-5978-11eb-bdcf-d9388ad0ac50>
8. Maffei ME. Fibromyalgia: Recent Advances in Diagnosis, Classification, Pharmacotherapy and Alternative Remedies. Int J Mol Sci. 23 oct 2020;21(21):7877.
9. Belgrand L, So A. Critères de diagnostic de la fibromyalgie. Rev Med Suisse. 16 mars 2011;286(10):604-8.
10. Staud R, Godfrey MM, Robinson ME. Fibromyalgia Patients Are Not Only Hypersensitive to Painful Stimuli But Also to Acoustic Stimuli. J Pain. 1 août 2021;22(8):914-25.
11. Pasini I, Perlini C, Donisi V, Mason A, Schweiger V, Secchettin E, et al. "INTEGRO INTEGRated Psychotherapeutic InterventiOn" on the Management of Chronic Pain in Patients with Fibromyalgia: The Role of the Therapeutic Relationship. Int J Environ Res Public Health. 23 févr 2023;20(5):3973.
12. Vallejo MA, Vallejo-Slocker L, Offenbaecher M, Hirsch JK, Toussaint LL, Kohls N, et al. Psychological Flexibility Is Key for Reducing the Severity and Impact of

- Fibromyalgia. *Int J Environ Res Public Health*. 8 juill 2021;18(14):7300.
13. Torres X, Bailles E, Valdes M, Gutierrez F, Peri JM, Arias A, et al. Personality does not distinguish people with fibromyalgia but identifies subgroups of patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 1 nov 2013;35(6):640-8.
 14. Emmanuel N. Principes généraux d'utilisation des médicaments opioïdes.
 15. Davis C, Gillard M. Addressing Self-Stigma in Fibromyalgia Using Pain Neuroscience Education: An Occupational Therapy Case Study. *Occup Ther Ment Health*. 2 oct 2023;39(4):436-53.
 16. Diagnostic - Association de la fibromyalgie de l'Estrie [Internet]. 2018 [cité 19 mars 2025]. Disponible sur: <https://fibromyalgie.ca/fibromyalgie/diagnostic/>
 17. Bennett R. The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses. *Clin Exp Rheumatol*. 2005;23(5 Suppl 39):S154-162.
 18. Bennett RM, Friend R, Jones KD, Ward R, Han BK, Ross RL. The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR): validation and psychometric properties. *Arthritis Res Ther*. 2009;11(4):R120.
 19. Seto A, Han X, Price LL, Harvey WF, Bannuru RR, Wang C. The Role of Personality in Patients with Fibromyalgia. *Clin Rheumatol*. janv 2019;38(1):149-57.
 20. Relationship between Kinesiophobia and Mobility, Impact of the Disease, and Fear of Falling in Women with and without Fibromyalgia: A Cross-Sectional Study - PMC [Internet]. [cité 29 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9316166/>
 21. Bordeleau M, Vincenot M, Lefevre S, Duport A, Seggio L, Breton T, et al. Treatments for kinesiophobia in people with chronic pain: A scoping review. *Front Behav Neurosci*. 20 sept 2022;16:933483.
 22. Role of kinesiophobia on pain, disability and quality of life in people suffering from chronic musculoskeletal pain: a systematic review | *British Journal of Sports Medicine* [Internet]. [cité 19 févr 2024]. Disponible sur: <https://bjsm.bmj.com/content/53/9/554.long>
 23. Lethem J, Slade PD, Troup JDG, Bentley G. Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception—I. *Behav Res Ther*. 1 janv 1983;21(4):401-8.
 24. Rousseau L. Comprendre les interactions entre douleur et mouvement pour lutter contre la kinésiophobie. *Mens Prat Tech Kinésithérapeute* [Internet]. 10 nov 2015 [cité 27 févr 2024];570. Disponible sur: <https://www.ks-mag.com/article/8364-comprendre-les-interactions-entre-douleur-et-mouvement-pour-lutter-contre-la-kinesiophobie>

25. Knapik A, Saulicz E, Gnat R. Kinesiophobia – Introducing a New Diagnostic Tool. *J Hum Kinet.* 4 juill 2011;28:25-31.
26. Kinésiophobie : quand la peur du mouvement freine la rééducation [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2020 [cité 2 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/actualites/patients/kinesiophobie-quand-la-peur-du-mouvement-freine-la-reeducation/>
27. ECHELLES ADULTES TOME 2_page108.pdf [Internet]. [cité 25 févr 2025]. Disponible sur: https://www.cofemer.fr/cofemer/ckeditorImage/Files/ECHELLES%20ADULTES%20TOME%202_page108.pdf
28. Conradi S, Masselin-Dubois A. La kinésiophobie et le modèle d'évitement de la peur de la douleur dans l'évaluation psychologique. *Douleurs Éval - Diagn - Trait.* 1 sept 2019;20(4):151-7.
29. Karobari MI, Assiry AA, Mirza MB, Sayed FR, Shaik S, Marya A, et al. Comparative Evaluation of Different Numerical Pain Scales Used for Pain Estimation during Debonding of Orthodontic Brackets. *Int J Dent.* 2021;2021:6625126.
30. Monestès JL, Villatte M, Mouras H, Loas G, Bond FW. Traduction et validation française du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II). *Eur Rev Appl Psychol.* 1 oct 2009;59(4):301-8.
31. Saracoglu I, Arik MI, Afsar E, Gokpinar HH. The effectiveness of pain neuroscience education combined with manual therapy and home exercise for chronic low back pain: A single-blind randomized controlled trial. *Physiother Theory Pract.* juill 2022;38(7):868-78.
32. Yilmaz Yelvar GD, Çırak Y, Dalkılıç M, Parlak Demir Y, Guner Z, Boydak A. Is physiotherapy integrated virtual walking effective on pain, function, and kinesiophobia in patients with non-specific low-back pain? Randomised controlled trial. *Eur Spine J.* 1 févr 2017;26(2):538-45.
33. Rodríguez-Nogueira Ó, Leirós-Rodríguez R, Pinto-Carral A, Álvarez-Álvarez MJ, Morera-Balaguer J, Moreno-Poyato AR. The association between empathy and the physiotherapy–patient therapeutic alliance: A cross-sectional study. *Musculoskelet Sci Pract.* juin 2022;59:102557.
34. Valot L, Lalau JD. L'alliance thérapeutique. *Médecine Mal Métaboliques.* 1 déc 2020;14(8):761-7.
35. The Therapeutic Alliance : Journal of Psychiatric Practice® [Internet]. [cité 29 févr 2024]. Disponible sur: https://journals.lww.com/practicalpsychiatry/fulltext/2022/09000/the_therapeutic_alliance.1.aspx

36. Kinney M, Seider J, Beaty AF, Coughlin K, Dyal M, Clewley D. The impact of therapeutic alliance in physical therapy for chronic musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract.* 2 août 2020;36(8):886-98.
37. Sørdenå P, Dalusio-King G, Hebron C. Conceptualisation of the therapeutic alliance in physiotherapy: is it adequate? *Musculoskelet Sci Pract.* 1 avr 2020;46:102131.
38. Diener I, Kargela M, Louw A. Listening is therapy: Patient interviewing from a pain science perspective. *Physiother Theory Pract.* 3 juill 2016;32(5):356-67.
39. Alix Y. Traduction du Working Alliance Inventory (WAI) version thérapeute, d'anglais en français, à l'aide d'une traduction aller-retour et d'une méthode de consensus Delph.
40. *Interprétation-des-questionnaires.pdf* [Internet]. [cité 26 févr 2025]. Disponible sur: <https://ufrsante.univ-poitiers.fr/wp-content/uploads/sites/169/2021/01/Interpre%CC%81tation-des-questionnaires.pdf>
41. Braun S, Rosseel Y, Kempenaers C, Loas G, Linkowski P. SELF-REPORT OF EMPATHY: A SHORTENED FRENCH ADAPTATION OF THE INTERPERSONAL REACTIVITY INDEX (IRI) USING TWO LARGE BELGIAN SAMPLES. *Psychol Rep.* déc 2015;117(3):735-53.
42. *inserm-ec-2020-fibromyalgie-synthese.pdf* [Internet]. [cité 1 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/2020-10/inserm-ec-2020-fibromyalgie-synthese.pdf>

ANNEXES

Annexe I : Questionnaire FIQ et Critères WPI et SSS (17)

Questionnaire fibromyalgie

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
SEXE : ☐ M ☐ F

Date : .../.../.....

Date de début de la douleur : .../.../.....

Questionnaire FIQ

Merci de bien vouloir répondre à toutes les questions :

-soit en entourant la réponse choisie. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

-soit en indiquant d'un trait l'endroit où vous vous situez entre deux positions extrêmes, comme dans l'exemple ci-dessous :

aucune douleur

douleurs très importantes

1-Etes-vous capable de :

(Veuillez entourer le numéro qui décrit le mieux l'état général dans lequel vous vous trouvez actuellement.

	Toujours	La plupart du temps	De temps en temps	Jamais
Faire les courses ?	0	1	2	3
Faire la lessive en machine ?	0	1	2	3
Préparer à manger ?	0	1	2	3
Faire la vaisselle à la main ?	0	1	2	3
Passer l'aspirateur ?	0	1	2	3
Faire les lits ?	0	1	2	3
Marcher plusieurs centaines de mètres ?	0	1	2	3
Aller voir des amis ou la famille ?	0	1	2	3
Faire du jardinage ?	0	1	2	3
Conduire une voiture ?	0	1	2	3
Monter les escaliers ?	0	1	2	3

Au cours des 7 derniers jours.

2. Combien de jours vous êtes-vous senti(e) bien ?

0 1 2 3 4 5 6 7

Si vous n'avez pas d'activité professionnelle, passez à la question 5.

3. Combien de jours de travail avez-vous manqué à cause de la fibromyalgie ?

0 1 2 3 4 5 6 7

4. Les jours où vous avez travaillé, les douleurs ou d'autres problèmes liés à votre fibromyalgie vous ont-ils gêné(e) dans votre travail ?

aucune gêne

gêne très importante

Au cours des 7 derniers jours,

5. Avez-vous eu des douleurs ?

aucune douleur

douleurs très importantes

6. Avez-vous été fatigué(e) ?

pas du tout fatigué (e)

extrêmement fatigué(e)

7. Comment vous êtes-vous senti(e) le matin au réveil ?

tout à fait reposé(e) au réveil

extrêmement fatigué(e) au réveil

8. Vous êtes-vous senti(e) raide ?

pas du tout raide

extrêmement raide

9. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou inquiet(e) ?

pas du tout tendu(e)

extrêmement tendu(e)

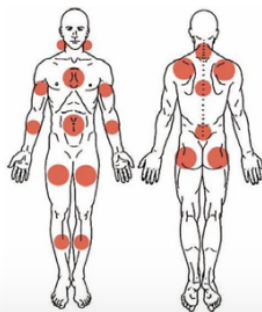
10. Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ?

pas du tout déprimé(e)

extrêmement déprimé(e)

Critères WPI et SSS de l'ACR

Notez précisément le nombre de zones où vous avez eu mal la semaine précédente.



Pour chacun des 3 symptômes cités ci-dessus, indiquer le niveau de sévérité lors de la semaine précédente en utilisant l'échelle suivante :

	Fatigue	Somnolence	Symptômes cognitifs
0 = pas de problème			
1 = problèmes légers ou modérés, généralement modérés ou intermittents			
2 = problèmes modérés, considérables, souvent présents et /ou à niveau modéré			
3 = problèmes importants, persistants, continus, handicapants au quotidien			
Total score-2A			

Au cours de la semaine passée, indiquez si avez ressenti ces symptômes somatiques entre 0 (pas de problème) et 3 (sévère) :

✓ Douleurs musculaires	✓ Syndrome de l'intestin irritable	✓ Fatigue
✓ Problème de mémoire ou de concentration	✓ Céphalées	✓ Douleurs/crampes abdominales
✓ Faiblesse musculaire	✓ Engourdissement/picotements	✓ Vertiges
✓ Insomnie	✓ Dépression	✓ Nervosité
✓ Constipation	✓ Douleurs abdominales hautes	✓ Nausées
✓ Douleur thoracique	✓ Diarrhée	✓ Bouche sèche
✓ Vision floue	✓ Fièvre	✓ Démangeaisons
✓ Sifflement respiratoire	✓ Syndrome de Raynaud	✓ Urticaire
✓ Acouphènes	✓ Vomissements	✓ Brûlure thoracique
✓ Aphtes buccaux	✓ Perte ou modification du goût	✓ Crise d'épilepsie
✓ Yeux secs	✓ Oppression respiratoire	✓ Perte d'appétit
✓ Eruption cutanée	✓ Hypersensibilité au soleil	✓ Trouble de l'audition
✓ Ecchymoses faciles	✓ Perte de cheveux	✓ Mictions fréquentes
✓ Douleurs à la miction	✓ Spasmes de la vessie	
Score-2B = Somme des symptômes :		

Annexe II : Échelle Tampa (26)

Consignes : Veuillez lire attentivement chaque question et encrer le numéro qui correspond le mieux à vos sentiments.		Fortement en désaccord	Quelque peu en désaccord	Quelque peu en accord	Fortement en accord
1.	J'ai peur de me blesser si je fais de l'activité physique	1	2	3	4
2.	Ma douleur ne ferait qu'intensifier si j'essayais de la vaincre	1	2	3	4
3.	Mon corps me dit que quelque chose ne va vraiment pas	1	2	3	4
4.	Si je faisais de l'activité physique, ma douleur serait probablement soulagée *	1	2	3	4
5.	Les gens ne prennent pas mon état de santé assez au sérieux	1	2	3	4
6.	Mon accident a mis mon corps en danger pour le reste de mes jours	1	2	3	4
7.	La douleur signifie toujours que je me suis blessé(e)	1	2	3	4
8.	Même si quelque chose aggrave ma douleur, cela ne veut pas dire que c'est dangereux *	1	2	3	4
9.	J'ai peur de me blesser accidentellement	1	2	3	4
10.	La meilleure façon d'empêcher que ma douleur s'aggrave est de m'assurer de ne pas faire des mouvements inutiles	1	2	3	4
11.	Je n'aurais pas tant de douleurs s'il ne se passait pas quelque chose de grave dans mon corps	1	2	3	4
12.	Bien que ma condition soit pénible, je serais mieux si j'étais physiquement actif(ve) *	1	2	3	4
13.	La douleur m'indique quand arrêter de faire des activités physiques pour que je ne me blesse pas	1	2	3	4
14.	Il n'est pas prudent qu'une personne avec un état de santé comme le mien soit physiquement active	1	2	3	4
15.	Je ne peux pas faire tout ce qu'une personne normale peut faire parce que j'ai plus de risques de me blesser	1	2	3	4
16.	Bien qu'il y ait quelque chose qui me cause beaucoup de douleurs, je ne pense pas que ce soit vraiment grave *	1	2	3	4
17.	Personne ne devrait être obligé de faire des exercices lorsqu'il(elle) ressent de la douleur	1	2	3	4

Annexe III : Le Fear Avoidance Belief Questionnaire (27)

2.2.5 **É**valuation individuelle face à la douleur* : **Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ)**

Vous trouverez ci-dessous des pensées que d'autres patients nous ont dites à propos de la douleur. Pour chaque remarque, veuillez entourer le chiffre entre 0 et 6 qui exprime le mieux ce que vous éprouvez et ce qui atteint ou pourrait atteindre votre dos.

	Absolument pas d'accord avec la phrase	Partiellement d'accord avec la phrase	Complètement d'accord avec la phrase
FABQ PHYSIQUE			
1 Ma douleur a été provoquée par l'activité physique	0	1 2 3 4 5	6
2 L'activité physique aggrave ma douleur	0	1 2 3 4 5	6
3 L'activité physique pourrait abîmer mon dos	0	1 2 3 4 5	6
4 Je ne voudrais pas faire d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur	0	1 2 3 4 5	6
5 Je ne devrais pas avoir d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur	0	1 2 3 4 5	6
FABQ TRAVAIL			
<i>Les phrases suivantes concernent comment votre travail actuel affecte ou pourrait affecter votre mal de dos :</i>			
6 Ma douleur a été causée par mon travail ou par un accident de travail	0	1 2 3 4 5	6
7 Mon travail a aggravé ma douleur	0	1 2 3 4 5	6
8 Je mérite la reconnaissance de mon mal de dos en tant qu'accident de travail	0	1 2 3 4 5	6
9 Mon travail est trop lourd pour moi	0	1 2 3 4 5	6
10 Mon travail aggrave ou pourrait aggraver ma douleur	0	1 2 3 4 5	6
11 Mon travail pourrait endommager/abîmer mon dos	0	1 2 3 4 5	6
12 Je ne devrais pas effectuer mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1 2 3 4 5	6
13 Je ne peux pas faire mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1 2 3 4 5	6
14 Je ne peux pas faire mon travail habituel tant que ma douleur n'est pas traitée	0	1 2 3 4 5	6
15 Je ne pense pas que je pourrais refaire mon travail habituel dans les 3 prochains mois	0	1 2 3 4 5	6
16 Je ne pense pas que je pourrais jamais refaire mon travail	0	1 2 3 4 5	6

TOTAL DES ITEMS

Échelle 1 : croyances concernant le travail (6 + 7 + 9 + 10 + 11 + 12 + 15, score qui s'étend de 0 à 42)

Échelle 2 : croyances concernant l'activité physique (2 + 3 + 4 + 5, score qui s'étend de 0 à 24)

Annexe IV : Questionnaire destiné aux patients. Lien : <https://forms.gle/LiyuYkN4aD4iErZp6>

Questionnaire Patient - Mémoire Fibromyalgie

Bonjour, je m'appelle Marie-Amélie DASSE. Je suis étudiante en dernière année d'école de masso-kinésithérapie à l'Institut de Kinésithérapie Podologie Orthopédie de Lille.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je réalise une enquête par questionnaire sur le **rôle de l'alliance thérapeutique dans la prise en charge de la kinésiophobie chez des patients atteints de la fibromyalgie**.

Pour participer à cette étude, plusieurs **critères d'inclusion** sont à respecter :

- Vous devez être diagnostiqué(e) d'un syndrome fibromyalgique
- Vous devez être suivi(e) ou avoir été suivi(e) par un masseur-kinésithérapeute dans le cadre de la fibromyalgie

En participant à cette enquête, vous acceptez que ces données soient utilisées dans la rédaction de mon mémoire. Ce questionnaire est **anonyme** afin de se conformer au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

Ce questionnaire dure environ 5min.

Je vous remercie pour votre temps et votre aide. Votre participation est importante pour la réalisation de mon mémoire.

Si vous avez besoin de plus d'informations, n'hésitez pas à me contacter à cette adresse : **m.dasse@ikpo.asso.fr**

* Indicates required question

1. Depuis quand êtes-vous suivi(e) ou durant combien de temps avez-vous été suivi(e) par un masseur-kinésithérapeute ? *

2. Comment vous sentez-vous pendant vos séances de kinésithérapie ? *

3. Qu'attendez-vous de vos séances de kinésithérapie ? *

4. Pensez-vous que l'entente avec votre kinésithérapeute a son importance dans votre prise en charge ? *

Check all that apply.

- ☐ Beaucoup
☐ Modérément
☐ Un peu
☐ Pas du tout

5. Si oui, en quoi impacte-t-elle votre prise en charge ?

6. Pensez-vous que votre kinésithérapeute comprend bien vos symptômes et vos inquiétudes liées à la fibromyalgie ? *

Mark only one oval.

- ☐ Très bien
☐ Assez bien
☐ Un peu
☐ Pas du tout

7. Durant vos séances de kinésithérapie, arrivez-vous à vous confier ? *

Check all that apply.

☐ Oui

☐ Non

☐ Other: _____

8. Si oui, cela permet-il d'améliorer votre prise en charge selon vous ?

Check all that apply.

☐ Oui

☐ Non

☐ Other: _____

9. Si non, pourquoi ?

10. Comment évalueriez-vous votre satisfaction générale par rapport à la relation thérapeutique avec votre kinésithérapeute ? *

Check all that apply.

☐ Très satisfait

☐ Assez satisfait

☐ Peu satisfait

☐ Pas satisfait

11. Avez-vous déjà évité de réaliser certains gestes par peur d'avoir mal ? *

Check all that apply.

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Jamais

12. Si oui, lesquels ?

13. Votre kinésithérapeute s'est-il intéressé à la peur de ces mouvements ? *

Check all that apply.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

14. Si oui, comment ?

15. Depuis que vous avez commencé vos séances de kinésithérapie, avez-vous remarqué une diminution de votre peur liée au mouvement ? *

Check all that apply.

- ☐ Beaucoup
- ☐ Modérément
- ☐ Un peu
- ☐ Pas du tout

Annexe V : Questionnaire d'évaluation des pratiques professionnelles des kinésithérapeutes. Lien : <https://forms.gle/uhZEd4JNfcZBMbsx7>

30/09/2024 13:44

Questionnaire kinésithérapeutes - Mémoire fibromyalgie

Questionnaire kinésithérapeutes - Mémoire fibromyalgie

Bonjour, je m'appelle Marie-Amélie DASSE. Je suis étudiante en dernière année d'école de masso-kinésithérapie à l'Institut de Kinésithérapie Podologie Orthopédie de Lille.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je réalise une enquête par questionnaire sur le **rôle de l'alliance thérapeutique dans la prise en charge de la kinésiophobie chez des patients atteints de la fibromyalgie**.

Pour participer à cette étude, plusieurs **critères d'inclusion** sont à respecter :

- Vous devez être diplômé(e) d'état en masso-kinésithérapie
- Vous devez prendre en charge un ou plusieurs patients atteints d'un syndrome fibromyalgique
- Vous devez exercer en France ou en DOM-TOM

En participant à cette enquête, vous acceptez que ces données soient utilisées dans la rédaction de mon mémoire. Ce questionnaire est **anonyme** afin de se conformer au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

Ce questionnaire dure environ 5min.

Je vous remercie pour votre temps et votre aide. Votre participation est importante pour la réalisation de mon mémoire.

Si vous avez besoin de plus d'informations, n'hésitez pas à me contacter à cette adresse : **m.dasse@ikpo.asso.fr**

** Indicates required question*

1. Êtes-vous ? *

Mark only one oval.

☐ une femme

☐ un homme

2. En quelle année avez-vous été diplômé ? *

3. Avez-vous réalisé des formations continues en rapport avec la gestion de la douleur, les maladies chroniques ou la fibromyalgie par la suite ? *

Mark only one oval.

☐ Oui

☐ Non

4. Si oui, lesquelles ?

5. Pensez-vous que votre formation vous a préparé à la prise en charge de patients fibromyalgiques ? *

Mark only one oval.

☐ Oui

☐ Non

☐ Je ne sais pas

6. Si non, quels sont les manques ?

7. Quelle serait une séance type, selon vous, pour un patient atteint de douleurs chroniques ? *

8. Quelle place donnez-vous à l'alliance thérapeutique dans vos prises en charge ? *

Mark only one oval.

- ☐ Indispensable
☐ Très importante
☐ Importante
☐ Peu importante
☐ Pas importante

9. Une alliance thérapeutique solide vous aide dans vos prises en charge : *

Mark only one oval.

- ☐ Tout à fait d'accord
☐ D'accord
☐ Peu d'accord
☐ Pas d'accord

10. Pourquoi ? *

11. Comment arrivez-vous à mettre en place l'alliance thérapeutique avec le patient ? *

12. En séance, les patients se confient-ils à vous ? *

Mark only one oval.

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Jamais

13. Si oui, pensez-vous que cela favorise la prise en charge ?

Mark only one oval.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Other: _____

14. Pensez-vous que les patients fibromyalgiques sont plus sujets à la peur du mouvement ? *

Mark only one oval.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

15. Si oui, comment faites-vous pour prendre en charge cette kinésiophobie ?

16. Quelle(s) échelle(s) utilisez-vous pour réaliser un bilan de la kinésiophobie ? *

Check all that apply.

- ☐ La Tampa Scale
☐ Le Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ)
☐ L'échelle de catastrophisation de la douleur
☐ Le questionnaire d'acceptation et d'action-I
☐ Other: _____

17. Quelle(s) technique(s) utilisez-vous dans la prise en charge de la kinésiophobie ? *

Check all that apply.

- ☐ Exercices physiques
☐ Thérapie manuelle
☐ Éducation à la douleur
☐ Other: _____

Résumé

Introduction : La fibromyalgie est une pathologie caractérisée par de multiples symptômes tels que des douleurs chroniques diffuses, une fatigue chronique, et une hypersensibilité aux stimuli. Les patients atteints de douleurs chroniques sont plus sujets au développement d'une kinésiophobie. Les kinésithérapeutes jouent un rôle important dans la prise en charge de patients atteints de fibromyalgie et de kinésiophobie grâce à de multiples outils comme l'activité physique ou le massage. Lors de la mise en place du traitement, le soignant et le soigné vont construire une alliance thérapeutique plus ou moins solide.

Matériel et méthode : Cette étude a été réalisée à l'aide de deux questionnaires : un de quinze questions, destiné aux patients fibromyalgiques, et un de dix-sept questions, destiné aux kinésithérapeutes.

Résultats : Au total, 269 patients et 43 kinésithérapeutes ont répondu aux questionnaires. 51,2% des kinésithérapeutes estiment leur formation comme insuffisante et seulement 23,3% ont réalisé des formations continues en rapport avec ce type de prise en charge. L'alliance thérapeutique est importante pour tous les professionnels et pour une très grande majorité des patients. Pour 83,7% des thérapeutes, les patients fibromyalgiques sont sujets à la kinésiophobie. 78,8% des patients ont déjà évité de réaliser certains gestes par peur d'avoir mal. 21,7% des patients ne voient pas d'amélioration de cette kinésiophobie avec la prise en charge kinésithérapique.

Discussion : L'alliance thérapeutique est un outil important pour les soignants comme pour les soignés. Elle peut rencontrer des freins lors de sa mise en place (formation du praticien, empathie, temps, etc.), ce qui peut diminuer les chances de récupération du patient. Les patients fibromyalgiques ont une certaine prédisposition au développement de la kinésiophobie. La prise en charge kinésithérapique est un élément pouvant diminuer cette kinésiophobie par différents moyens (dont une alliance thérapeutique solide). Globalement, les patients sont satisfaits de leur prise en charge et les deux partis sont en accord sur les différents points abordés de cette prise en charge.

Mots-clés : fibromyalgie, alliance thérapeutique, kinésiophobie, kinésithérapie, douleur chronique.

Abstract

Introduction : Fibromyalgia is a condition characterized by multiple symptoms, including chronic widespread pain, persistent fatigue and hypersensitivity to stimuli. Patients suffering from chronic pain are more prone to developing kinesiophobia. Physiotherapists play a key role in managing patients with fibromyalgia and kinesiophobia through various tools such as physical activity and massage. During the implementation of the treatment the healthcare professional and the patient build a therapeutic alliance of varying strength.

Materials and methods : This study was conducted using two questionnaires: one with fifteen questions designed for fibromyalgia patients and another with seventeen questions aimed at physiotherapists.

Results : A total of 269 patients and 43 physiotherapists completed the questionnaires. 51.2% of physiotherapists consider their training to be insufficient, and only 23.3% have completed continuing education related to this type of care. The therapeutic alliance is important for all professionals and for a very large majority of patients. According to 83.7% of therapists, fibromyalgia patients are prone to kinesiophobia. 78.8% of patients have avoided certain movements for fear of pain. 21.7% of patients do not see any improvement in their kinesiophobia with physiotherapy care.

Discussion : The therapeutic alliance is a key element for both healthcare professionals and patients. However, its establishment can be hindered by various factors such as practitioner training, empathy, and available time, which may impact the patient's recovery. Fibromyalgia patients appear to have a predisposition to developing kinesiophobia. Physiotherapy, particularly when based on a strong therapeutic alliance, can help reduce this fear of movement through various means. Overall, patients are satisfied with their care, and both parties agree on the various points discussed regarding this care.

Keywords : fibromyalgia, the therapeutic alliance, kinesiophobia, physiotherapy, chronic pain.