



HAL
open science

La kinésiophobie et le modèle d'évitement de la peur de la douleur dans l'évaluation psychologique

Severine Conradi, Anne Masselin-Dubois

► To cite this version:

Severine Conradi, Anne Masselin-Dubois. La kinésiophobie et le modèle d'évitement de la peur de la douleur dans l'évaluation psychologique. Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement, 2019, 20 (4), pp.151-157. 10.1016/j.douler.2018.12.005 . hal-02956971

HAL Id: hal-02956971

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02956971>

Submitted on 20 Jul 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial | 4.0 International License

La kinésiophobie et le modèle d'évitement de la peur de la douleur dans l'évaluation psychologique

Kinesiophobia and the pain fear avoidance model in psychological assessment

Séverine Conradi¹, Anne Masselin-Dubois,

¹CHRU De Nancy – Hôpital Central, Consultation d'évaluation et de traitement de la douleur, 23 Bld
du Maréchal De Lattre de Tassigny 54000 Nancy, France

²Maître de conférences et psychologue clinique et psychopathologie, Laboratoire Psy-DREPI EA
7458: Dynamique relationnelle et processus identitaires. Université de Bourgogne Franche-Comté,
21000 Dijon, France.

*Auteur correspondant :

Séverine Conradi, Psychologue clinicienne, CHRU De Nancy – Hôpital Central, Consultation
d'évaluation et de traitement de la douleur, 23 Bld du Maréchal De Lattre de Tassigny 54000 Nancy,
France

conradi.pro@wanadoo.fr

Résumé:

La kinésiophobie a été identifiée dans des pathologies douloureuses telles que les lombalgies chroniques. Le modèle d'évitement de la peur de la douleur (ELP) a apporté une meilleure compréhension des facteurs de chronicisation de la douleur tels que les comportements d'évitement et de catastrophisme. Les techniques d'exposition graduée issue des thérapies comportementale et cognitive (TCC) offrent des outils pertinents pour réduire la kinésiophobie. La littérature actuelle apporte de nouvelles données qui étayent les processus de chronicisation par peur de la douleur. Cet article propose de faire un état des lieux des connaissances actuelles sur la kinésiophobie, des outils psychométriques disponibles, des outils thérapeutiques issus des TCC ; afin de présenter ce concept, de permettre un meilleur diagnostic et de préciser la prise en charge.

Mots clés : Kinésiophobie, douleur chronique, évaluation psychologique, évitement, thérapie comportementale et cognitive.

Summary:

The kinesiophobia was identified in painful pathologies such as the low back pain. The fear-avoidance model brought a better understanding of the chronic pain such as behaviors of avoidance and the catastrophizing. The behavioral and cognitive therapies (TCC) offer relevant tools to reduce the kinesiophobia. The current literature brings new data which support the processes by fear of the chronic pain. This paper suggests making a state current knowledge on the kinesiophobia, psychometric assessment, and therapeutic tools stemming from TCC; allow a better diagnosis and management.

Keywords: kinesiophobia, chronic pain, assessment psychological, avoidance, behavioral and cognitive therapie

Introduction

En clinique de la douleur, la kinésiophobie a été identifiée de longue date comme ayant un impact négatif sur la perception douloureuse, sa composante émotionnelle et le handicap fonctionnel ainsi que leurs évolutions. Le terme de kinésiophobie, associant le terme de mouvement à une peur intense, est défini par : « *une peur excessive, irrationnelle et débilitante du mouvement et de l'activité physique résultant d'un sentiment de vulnérabilité à une blessure douloureuse ou à une nouvelle blessure douloureuse* » [1]. Nous allons donc à travers cet article faire un point sur ce phénomène qui peut être au cœur des processus de chronicisation de la douleur en discutant l'évaluation, la prise en charge, et en proposant des réflexions cliniques au regard de la littérature récente.

Définition et modèles

Le concept de kinésiophobie émerge dans les années 80 pour aboutir à une première définition par Kori et col en 1990 [2] puis à une formalisation théorique par Vlaeyen et col quelques années après, en parallèle des recherches sur les facteurs d'ajustement à la douleur chronique [1]. Les auteurs évoqueront la kinésiophobie dans des modèles dits d'évitement lié à la peur (ELP) [3] ou de « peur de la douleur ».

L'impact néfaste de la kinésiophobie sur l'évolution de la douleur et ses conséquences (persistance des douleurs, limitation de la reprise des activités physiques, de la reprise d'activités professionnelles, de comorbidité anxio-dépressive) est reconnu.

Son caractère prédictif a également été étudié et a mis en évidence l'existence de facteurs de vulnérabilité au développement de la kinésiophobie dans la douleur chronique. Le rôle de la kinésiophobie dans le processus de chronicisation d'une douleur a donc été largement démontré dans des pathologies musculo-squelettiques.

Selon Vlaeyen [1], la kinésiophobie recouvre trois types de peurs : la peur de la douleur, la peur du mouvement qui induit une douleur présente ou anticipée, et la peur du mouvement qui entraîne une blessure ou une aggravation de la lésion actuelle (même si la lésion est considérée comme médicalement consolidée). Sur le plan clinique, l'individu évite d'effectuer des mouvements du corps ou d'une partie du corps. Par ailleurs, l'évitement n'est pas nécessairement généralisé ou perpétuel. En revanche, celui-ci fait l'objet d'une souffrance et d'une anxiété importantes, au risque d'induire une douleur plus marquée. Nous pouvons ainsi rencontrer parmi nos patients, des individus qui pratiquent des activités sportives ou qui travaillent en étant confrontés à une kinésiophobie. Dans ces cas de figures, les périodes d'activités seront souvent courtes et ponctuées fréquemment de douleur intense nécessitant l'arrêt de l'activité ou de la pratique sportive. Il s'agira parfois de conduites d'échappement face à la situation douloureuse redoutée.

La figure N°1 présente le modèle d'évitement de la peur de la douleur (ELP) à partir d'une situation clinique. Madame A est une patiente de 65 ans ayant subi une intervention chirurgicale suite à des douleurs d'arthrose (pose d'une prothèse totale de la hanche) nécessitant une rééducation fonctionnelle. Madame A est une patiente qui ne présente pas d'antécédents anxio-dépressifs, de troubles psychopathologiques et qui dit ne pas avoir eu peur de l'intervention chirurgicale ou des douleurs postopératoires anticipées. Suite à l'intervention chirurgicale, Madame A développe une kinésiophobie. Les douleurs post-opératoires l'amènent à appréhender les mouvements susceptibles de déclencher des douleurs. Elle se montre anxieuse avant de réaliser les exercices de rééducation, anticipe négativement les conséquences de ces exercices (« *je vais avoir encore plus mal* », « *je risque de déboîter ma prothèse* », « *je ne pourrais plus jamais marcher* »), et de ce fait, évite de réaliser les exercices de rééducation ou avec de telles précautions et limitation des mouvements qu'elle ne permet pas la rééducation. Elle évite de mobiliser sa hanche, perd en masse musculaire, ne reprend plus les activités physiques ou quotidiennes, se sent peu valide et demeure dépendante à autrui. Dans le modèle ELP, les croyances catastrophiques entraînent des comportements d'évitement par peur de déclencher ou majorer une douleur. Aussi, la kinésiophobie a pour conséquence un handicap fonctionnel et la chronicisation de la douleur par peur. Les études montrent que la kinésiophobie est corrélée positivement au handicap et non à l'intensité douloureuse. Cela souligne bien le rôle prépondérant de l'appréhension anxieuse (catastrophisme) de la douleur dans la kinésiophobie. La kinésiophobie est donc fonction de la peur de la douleur et non de l'intensité douloureuse.

Le modèle ELP a pour objectif thérapeutique la réduction de la peur de la douleur afin de favoriser la reprise d'activité. Il s'agit de proposer au patient de s'exposer à sa peur en se confrontant aux activités, mouvements jusqu'alors redoutés et évités. Cette technique d'exposition issue des thérapies comportementales et cognitives s'appuie sur la notion de conditionnement. Elle est fréquemment utilisée lors des thérapies d'exposition à un stimulus phobogène. Par exemple, dans la phobie spécifique des araignées, les patients vont progressivement s'exposer à des araignées par le biais d'images, de vidéos, puis « in vivo ». Néanmoins, en clinique de la douleur, le stimulus phobogène concerne la représentation subjective de la douleur chronique. Il s'agit donc pour le patient non pas seulement d'atténuer les conséquences physiologiques de l'anxiété associée à la douleur imaginée, mais bien de faire l'expérience de l'absence de la menace attendue (la douleur imaginée). Plus précisément, l'absence de douleur lors de mouvements évités permettra au patient de réduire la kinésiophobie et les pensées catastrophiques associées. Aussi, le travail psychothérapeutique impliquera un objectif comportemental, cognitif et émotionnel.

Réflexions actuelles

Ce modèle initialement mis en avant dans les lombalgies et les troubles musculo-squelettiques, est retrouvé dans d'autres pathologies douloureuses d'étiologie diverses telles que les migraines et céphalées [4], les douleurs neuropathiques [5], l'articulation mandibulaire [6] et les pathologies coronariennes induisant des douleurs d'artérite [7]. Nous pouvons toutefois nous demander s'il s'agit bien des mêmes processus en jeu et si nous sommes face à une kinésiophobie similaire à celle de la pathologie douloureuse. La spécificité de la kinésiophobie et les processus phobiques répondant aux lois de l'apprentissage font l'objet de débats théorico-cliniques chez les psychologues. Une méta-analyse réalisée par Korská [8] auprès de différentes pathologies douloureuses, ne distingue pas de rôle spécifique de la pathologie sur la kinésiophobie. Par ailleurs, Meulders et coll. [9] soutiennent l'existence des processus d'acquisition et de généralisation de la peur de la douleur, apportant ainsi une meilleure connaissance des processus.

Le modèle ELP est, par ailleurs, cliniquement discuté par Wideman et coll. [10] qui proposent de questionner plusieurs éléments de ce modèle. Il s'agit par exemple de confirmer le caractère cyclique du modèle et l'enchaînement des différents éléments. Est-ce que le catastrophisme génère la peur ou existerait-il d'autres facteurs impliqués ? Un modèle multifactoriel incluant l'approche motivationnelle de la douleur (modèle d'autorégulation) est également proposé. Enfin, ils discriminent la peur de l'incapacité, comme deux dimensions distinctes dans la kinésiophobie, et s'appuient sur l'analyse factorielle du TSK effectuée par Roleofs [11].

D'ailleurs la méta-analyse réalisée par Korská [8] sur le modèle ELP et l'intensité douloureuse nous apportent quelques données complémentaires sur les liens entre l'intensité douloureuse, la peur et l'évitement de la douleur, en soulignant que plus l'intensité douloureuse augmente, plus la peur et l'évitement de la douleur augmentent.

La durée de la douleur, le statut marital, l'âge moyen, le genre n'ont pas d'impact sur ce lien. Des analyses de modération ont également montré le rôle des facteurs culturels jusqu'à présent sous évalués dans les études sur la kinésiophobie. Aussi, Korská suggère d'être attentif aux individus présentant des scores d'intensité douloureuse élevés, ces derniers étant plus à risque de développer une kinésiophobie. Cette première méta-analyse nécessite cependant d'être confirmée. Vlaeyen [12] précisant lui-même en commentant ce travail que la poursuite des recherches sur la kinésiophobie nous permettra de mieux comprendre le rôle de la peur liée à la douleur sur les comportements d'évitement).

Enfin Vlaeyen, Combret et Linton [13] proposent une synthèse du modèle ELP en soulignant le rôle de la menace perçue élevée ou faible, de la représentation du préjudice et des priorités mises en place par l'individu, centrées soit sur le contrôle de la douleur ou sur ses valeurs.

La réflexion sur les mécanismes impliqués dans la kinésiophobie et les données récentes de la littérature apportent donc une meilleure compréhension du modèle de peur-évitement. De nouvelles

études confirmatoires auprès de populations douloureuses seraient cependant souhaitables afin de mieux appréhender les processus de chronicisation par peur de la douleur.

Evaluer pour individualiser

Devant la complexité des processus impliqués dans la kinésiophobie, il convient de mettre l'accent sur l'évaluation psychologique. En effet, au-delà de la présence ou l'absence d'un diagnostic de kinésiophobie, la compréhension des processus psychologiques impliqués et leurs rôles dans le maintien de la kinésiophobie serait à privilégier.

L'évaluation de la kinésiophobie comporte plusieurs niveaux : (1) Repérage-dépistage ; (2) Quantification – identification ; (3) Elaboration et confrontation des hypothèses.

Elle peut se faire à partir de l'observation (en consultation, en situation, etc...), de la perception des mouvements dans les activités quotidiennes et professionnelles, de l'identification du niveau d'activité et des auto-questionnaires validés.

Dans la littérature, seuls quelques outils psychométriques sont à disposition du professionnel de santé. En revanche, de nouvelles études semblent encore nécessaires pour clarifier le repérage, la quantification et la confrontation des hypothèses afin d'aboutir à un diagnostic pluriprofessionnel. Rappelons que les différents questionnaires sont le plus souvent développés en anglais ou en néerlandais. D'ailleurs, Kroska [8] identifie 16 auto-questionnaires permettant d'évaluer spécifiquement la peur de la douleur dont 2 seulement sont validés en langue française.

L'incontournable Echelle Tampa Scale for Kinésiophobia (TSK) [14], évalue la kinésiophobie. Initialement créée par KORI 1990, plusieurs études confirment les qualités psychométriques de cette échelle [14, 15, 16]. Le questionnaire est constitué de 17 items, coté sur une échelle de Likert de 1 à 4 comprenant des items inversés. Le score total égal ou supérieur à 40 est déterminé comme confirmant la présence d'une kinésiophobie significative [14]. Plus le score sera élevé plus l'intensité de la kinésiophobie est importante, le score maximum étant de 68.

Des analyses factorielles ont permis de définir deux facteurs du TSK [11] : l'évitement de l'activité ou « activity avoidance », et l'attention portée aux perceptions corporelles ou « somatic focus ». Des normes établies, sur des populations canadiennes, suédoise et néerlandaise, indiquent que le score des facteurs peut varier selon l'âge et le genre [11]. Il n'existe actuellement aucune donnée normative sur la population française.

Enfin, une version comportant 11 items a également été créée. Elle comprend les mêmes facteurs que celles du TSK mais aucune validation française n'est connue à ce jour [17, 18].

Le Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ) est un second questionnaire évaluant la kinésiophobie, créé par Waddell et col [19]. Il est composé de 16 items, cotés avec une échelle de Likert de 0 à 6 et permet le calcul de deux scores : les croyances sur la peur-évitement concernant le travail et les

croyances peur-évitement sur les activités physiques. Une version en langue française existe [20] et de bonnes qualités psychométriques auprès de la population française souffrant de lombalgies ont été retrouvées [21].

Plus récemment les travaux de deux équipes françaises ont porté sur la validation d'outil d'évaluation de la kinésiophobie et des croyances sur les lombalgies. Il s'agit des travaux de Dupeyron et col validant une version française du *Back Belief Questionnaire* (BBQ) [22]. Ce questionnaire comporte 14 items, cotés sur une échelle de Likert de 1 à 5. La structure initiale de l'outil n'a pas été modifiée. L'un des intérêts de cet outil serait de permettre un travail de modification des croyances dans une démarche d'éducation thérapeutique.

Bailly et col ont élaboré un auto-questionnaire à disposition du patient et des soignants [23]. En effet, les auteurs ont identifié 3 profils comportementaux : comportement adapté, détresse émotionnelle et kinésiophobie. Ce questionnaire en 7 items, se veut simple d'utilisation et suggère des stratégies comportementales différentes selon les profils. Il sera possible d'orienter vers une prise en charge centrée sur la réassurance physique (groupe « kinésiophobie ») ou vers une prise en charge physique et psychologique en cas de détresse émotionnelle (groupe « détresse émotionnelle »). Cet outil peut aider les professionnels de santé à orienter, en première intention, des patients, en évitant l'écueil de l'influence des croyances des soignants sur la présence d'une kinésiophobie [1, 24]. En revanche, la distinction entre souffrance émotionnelle et kinésiophobie, s'éloigne du modèle initial en effectuant une dichotomie entre des facteurs émotionnels, cognitifs et comportementaux pourtant en étroite interaction.

En effet, le diagnostic de phobie, initialement évoquée par Kori "The relationship of kinesiophobia to chronic pain is like the relationship of any phobia to the object of fear" [2] reste essentiel dans ce modèle. Les mécanismes d'acquisition d'une phobie restent au premier plan dans le processus de kinésiophobie.

A partir de notre pratique régulière de bilans psychologiques spécifiques douleur au sein d'une Structure Douleur chronique (SDC), nous a permis de constater que plusieurs problématiques cliniques sont à distinguer, chacune ayant un impact sur le projet thérapeutique du patient [25].

Au-delà de la présence fréquente de comorbidité anxieuse et dépressive qui, de fait, nécessite une évaluation psychologique et psychopathologique, il s'agira par exemple de distinguer :

- une kinésiophobie dans un contexte d'épuisement des défenses contre la douleur, en dehors d'une problématique de dépression avérée (présence d'un biais cognitif de pensées catastrophiques en lien avec la douleur, anticipation anxieuse associée à une kinésiophobie)
- une kinésiophobie sans épuisement des défenses contre la douleur (on ne retrouve pas le biais de catastrophisme par exemple)

- une kinésiophobie dans un contexte d'état de stress-posttraumatique en lien avec l'accident ou en lien avec la douleur elle-même.
- une kinésiophobie dans un tableau clinique présentant d'autres phobies préexistantes, même si elle n'était pas source de souffrance jusque-là puisque largement évitée par le patient (ex : phobie de l'eau, phobie du dentiste, etc...).
- etc...

La prise en charge de ces patients est complexe et nécessite d'autant plus la coordination des prises en charge pluriprofessionnelles associant un programme de prise en charge en rééducation et réadaptation fonctionnelle ou un programme de reprise de mouvement associé à une psychothérapie.

La coordination des deux approches complémentaires, leur succession sont également à discuter en équipe afin d'éviter la mise en échec du patient, qui n'aura qu'un effet de renforcement de la kinésiophobie.

Il est donc essentiel de prendre en compte les facteurs de renforcement de la douleur dans l'évaluation de la kinésiophobie [25] ; en outre, les processus psychopathologiques et/ou phobiques sont également à explorer du fait de leur intrication avec la kinésiophobie.

Modalités de prise en charge

Le modèle ELP apporte des éléments de compréhension sur la prise en charge thérapeutique de la kinésiophobie. Plus particulièrement l'accent est mis sur le déconditionnement par la reconfrontation aux mouvements évités par la peur. Les outils thérapeutiques préconisés sont ceux des thérapies comportementales et cognitives (TCC), principalement l'éducation thérapeutique et l'exposition. L'éducation thérapeutique consiste à apporter une information au patient en lui expliquant le modèle de peur-évitement, afin qu'il puisse comprendre ses propres comportements d'évitement en lien avec ses douleurs. Les TCC accordent de l'importance au partage d'information afin de permettre au patient d'être actif dans le reconditionnement. L'exposition suppose en effet que le patient soit acteur du changement. Accompagné de l'aide du thérapeute, le patient va s'exposer au stimulus phobogène, soit à sa peur de la douleur. Le patient recommencera progressivement à effectuer des mouvements sans déclencher de douleur. Les activités seront donc fractionnées afin de permettre une reconfrontation progressive à l'effort sans séquence douloureuse. En faisant l'expérience de l'absence de douleur attendue lors de ces expositions, le patient apprendra qu'il est possible de réaliser un mouvement sans déclencher de douleur. Il sera alors en mesure de réaliser des mouvements sans peur de douleur, sans catastrophisme. Rappelons néanmoins que ces expositions ne modifient pas l'expérience vécue et mémorisée de la douleur antérieure lors de la réalisation de ce même mouvement. Cela suppose donc pour le patient de généraliser les expositions à des contextes

différents et de rester vigilant quant aux possibles résurgences de kinésiophobie, plus particulièrement lorsque celle-ci a pu survenir dans un contexte traumatique. En effet, la kinésiophobie semble parfois liée à des facteurs psychotraumatiques et par conséquent la séquence douloureuse serait mémorisée par le patient et susceptible d'être réactivée. Le modèle de peur-évitement permettrait ainsi avant tout de retrouver une liberté de mouvement, de réduire l'anxiété et les pensées catastrophiques associées à la douleur, de réduire l'incertitude et la perte de contrôle face à l'expérience douloureuse telle que le patient se la représente.

Aussi, les thérapies comportementales, cognitives et émotionnelles issues de la troisième vague des TCC apportent-elles de nouvelles approches thérapeutiques pour réduire la kinésiophobie. La méditation de pleine conscience est le fait de « *porter son attention délibérément, au moment présent, sans jugement de valeur* » (Dr Jon Kabat-Zinn). Elle permet de modifier la relation entre le patient et la douleur et favorise son acceptation. Si la peur de la douleur peut persister en mémoire, la méditation de pleine conscience peut permettre au patient de s'exposer au vécu douloureux sans chercher à le modifier. L'activation comportementale suggérée dans les thérapies d'ACT pourrait permettre une exposition à la douleur comme le suggère le modèle de peur-évitement [26]. Les valeurs propres au patient apportent une direction à l'activation comportementale. Aussi, le patient ayant défini ses valeurs peut-il adopter des comportements qui répondent à ses objectifs de vie et non à ses objectifs thérapeutiques. Par exemple, une patiente présentant une douleur post-opératoire aura la possibilité de s'exposer à des comportements douloureux (danser) afin de retrouver le plaisir d'être dans un groupe social (club de danse). En recherchant le plaisir de danser, la patiente pourra surmonter sa peur de la douleur et faire l'expérience de l'absence de douleur attendue (pensée catastrophique : « si je danse ma douleur sera aggravée »). Dans le cadre thérapeutique, les activités sont déterminées en fonction des capacités du patient et graduées selon leur difficulté. Il s'agit donc bien d'une technique d'exposition comportementale mais le succès de l'exposition ne se mesure plus en fonction de la peur de la douleur mais selon l'adhésion du comportement aux valeurs du patient. C'est pourquoi, la motivation à adopter des comportements en dépit de la peur de la douleur ne peut qu'être renforcée par les thérapies d'ACT. De plus, la méditation de pleine conscience apporte une nouvelle manière d'appréhender les sensations douloureuses. Le patient ne cherche plus à supprimer ou réduire la douleur mais il lui est possible de réduire la souffrance émotionnelle associée à la douleur et de la vivre cette dernière dans sa composante primaire grâce à la pleine conscience. Cette nouvelle approche psychothérapeutique permet de ne plus penser à la douleur comme unique critère de succès dans la réduction de la kinésiophobie mais d'envisager l'exposition à la douleur autrement. Les études montrent en effet que les thérapies d'ACT, les TCC dont celles ayant recours à la méditation de pleine conscience, permettent au patient de réduire la peur de la douleur retrouver une meilleure flexibilité psychologique, une meilleure qualité de vie et de réduire l'anxiété et la dépression [26].

Conclusion

En conclusion, le modèle ELP reste toujours aussi pertinent et d'actualité pour comprendre les comportements d'évitement dans les pathologies douloureuses chroniques. Toutefois, la pluralité des pathologies douloureuses, la complexité de leurs présentations cliniques, les interrelations entre les différents processus en jeu dans la chronicisation de la douleur sont autant de paramètres à prendre en compte dans l'évaluation psychologique. En effet, sommes-nous face au même processus psychologiques dans ce modèle selon les différentes pathologies douloureuses - sous entendant ainsi une généralisation possible de la peur de la douleur et de ses conséquences - ou bien existe-il des spécificités à explorer en fonction des pathologies ? Par ailleurs, devant la pluralité des tableaux cliniques, comment adapter les prises en charge pour réduire la kinésiophobie et permettre au patient de retrouver un projet de vie satisfaisant ? Enfin, les recherches futures pourront s'intéresser à l'exploration des différences culturelles, des croyances, mais également des processus psychopathologiques.

Ces nouvelles études permettront de mieux comprendre les facteurs psychologiques et psychopathologiques impliqués dans la kinésiophobie.

Et ainsi, d'affiner les prises en charge ciblées et des interventions précoces. La recherche clinique pluriprofessionnelle, nous permettra de poursuivre une meilleure compréhension des mécanismes dans le processus de chronicisation et la kinésiophobie de la douleur.

Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts en relation avec cet article.

Bibliographie

- [1] Vlaeyen, J. W. S., & Crombez, G. (2009). La psychologie de la peur et de la douleur. *Revue du Rhumatisme*, 76(6), 511-516. <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2009.03.004>
- [2] Kori, S. H., Miller, R. P., & Todd, D. D. (1990). Kinesiophobia : a new view of chronic Pain Behavior. *Pain Management*, 1, 35-43.
- [3] Vlaeyen, J.W.S., Morley, Stephen, Boersma, K., De Jong, Jereon, & Linton, S. (2012). La peur de la douleur dans les douleurs chroniques. In *Douleur chronique et thérapies comportementales et cognitives (TCC)* (In Press, p. 51-63).
- [4] Kroska, E. B. (2017). A meta-analysis of fear-avoidance and pain intensity: The paradox of chronic pain. *Scandinavian Journal of Pain*, 13(1). <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2016.06.011>
- [5] Martins, I. P., Gouveia, R. G., & Parreira, E. (2006). Kinesiophobia in Migraine. *The Journal of Pain*, 7(6), 445-451. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2006.01.449>
- [6] De Jong, J. R., Vlaeyen, J. W. S., de Gelder, J. M., & Patijn, J. (2011). Pain-Related Fear, Perceived Harmfulness of Activities, and Functional Limitations in Complex Regional Pain Syndrome Type I. *The Journal of Pain*, 12(12), 1209-1218. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2011.06.010>
- [7] Visscher, C. M., Ohrbach, R., van Wijk, A. J., Wilkosz, M., & Naeije, M. (2010). The Tampa Scale for Kinesiophobia for Temporomandibular Disorders (TSK-TMD): *Pain*, 150(3), 492-500. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.06.002>
- [8] Bäck, M., Cider, Å., Herlitz, J., Lundberg, M., & Jansson, B. (2013). The impact on kinesiophobia (fear of movement) by clinical variables for patients with coronary artery disease. *International Journal of Cardiology*, 167(2), 391-397. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2011.12.107>
- [9] Meulders, A., Vandael, K., & Vlaeyen, J. W. S. (2017). Generalization of Pain-Related Fear Based on Conceptual Knowledge. *Behavior Therapy*, 48(3), 295-310. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.014>
- [10] Wideman, T. H., Asmundson, G. G. J., Smeets, R. J. E. M., Zautra, A. J., Simmonds, M. J., Sullivan, M. J. L., Edwards, R. R. (2013). Rethinking the fear avoidance model: Toward a multidimensional framework of pain-related disability: *Pain*, 154(11), 2262-2265. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.06.005>
- [11] Roelofs, J., van Breukelen, G., Sluiter, J., Frings-Dresen, M. H. W., Goossens, M., Thibault, P., Vlaeyen, J. W. S. (2011). Norming of the Tampa Scale for Kinesiophobia across pain diagnoses and various countries: *Pain*, 152(5), 1090-1095. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.01.028>
- [12] Vlaeyen, J.W.S (2016). The intricate relationship amongst pain intensity, fear and avoidance : *Scandinavian Journal of Pain*, Volume 13, 128-129.
- [13] Vlaeyen, J. W. S., Crombez, G., & Linton, S. J. (2016). The fear-avoidance model of pain: *PAIN*, 157(8), 1588-1589. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000574>
- [14] Vlaeyen, J. W. S., Kole-Snijders, A. M. J., Boeren, R. G. B., & van Eek, H. (1995). Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance: *Pain*, 62(3), 363-372. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(94\)00279-N](https://doi.org/10.1016/0304-3959(94)00279-N)

- [15] Swinkels-Meewisse, E. J. C. ., Swinkels, R. A. H. ., Verbeek, A. L. ., Vlaeyen, J. W. S. ., & Oostendorp, R. A. (2003). Psychometric properties of the Tampa Scale for kinesiophobia and the fear-avoidance beliefs questionnaire in acute low back pain. *Manual Therapy*, 8(1), 29-36. <https://doi.org/10.1054/math.2002.0484>
- [16] French, D. J., France, C. R., Vigneau, F., French, J. A., & Evans, T. R. (2007). Fear of movement/(re)injury in chronic pain: A psychometric assessment of the original English version of the Tampa scale for kinesiophobia (TSK): *Pain*, 127(1), 42-51. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.07.016>
- [17] Tkachuk, G. A., & Harris, C. A. (2012). Psychometric Properties of the Tampa Scale for Kinesiophobia-11 (TSK-11). *The Journal of Pain*, 13(10), 970-977. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.07.001>
- [18] Woby, S. R., Roach, N. K., Urmston, M., & Watson, P. J. (2005). Psychometric properties of the TSK-11: A shortened version of the Tampa Scale for Kinesiophobia: *Pain*, 117(1), 137-144. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.05.029>
- [19] Waddell, G., Newton, M., Henderson, I., Somerville, D., & Main, C. J. (1993). A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability: *Pain*, 52(2), 157-168. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(93\)90127-B](https://doi.org/10.1016/0304-3959(93)90127-B)
- [20] Chaory, K., Fayad, F., Rannou, F., Lefevre, M.-M., Fermanian, J., Revel, M., & Poiraudau, S. (2004). Validation of the French Version of the Fear Avoidance Belief Questionnaire. *Spine*, 29(8), 908-913.
- [21] Poiraudau, S., Rannou, F., Baron, G., Henanff, L. A., Coudeyre, E., Rozenberg, S., Ravaud, P. (2006). Fear-avoidance beliefs about back pain in patients with subacute low back pain: *Pain*, 124(3), 305-311. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.04.019>
- [22] Dupeyron, A., Lanhers, C., Bastide, S., Alonso, S., Toulotte, M., Jourdan, C., & Coudeyre, E. (2017). The Back Belief Questionnaire is efficient to assess false beliefs and related fear in low back pain populations: A transcultural adaptation and validation study. *PLOS ONE*, 12(12), e0186753. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186753>
- [23] Bailly, F., Foltz, V., Rozenberg, S., Norberg, M., Glemarec, J., Pouplin, S., Gossec, L. (2017). Développement et validation d'un questionnaire identifiant différentes stratégies comportementales chez les patients lombalgiques chroniques. *Joint Bone Spine*, 84(6), 725-731. <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2016.10.003>
- [24] Perrot, S., Trouvin, A.-P., Rondeau, V., Chartier, I., Arnaud, R., Milon, J.-Y., & Pouchain, D. (2017). Kinésiophobie et douleur induite par la kinésithérapie dans la prise en charge des douleurs d'origine musculo-squelettique : étude d'une cohorte nationale multicentrique de patients et leur médecin généraliste. *Revue du Rhumatisme*. <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2017.09.010>
- [25] Conradi, S., & Régnier, M. (2018). De la question de l'évaluation psychologique et de la psychométrie en douleur chronique. *Pratiques Psychologiques*, ss presse. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2018.02.002>
- [26] Masselin-Dubois, A. (2016), Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) et Mindfulness, un modèle de flexibilité psychologique pour la douleur chronique, *Douleurs*, 17, 233-251. <http://dx.org/10.1016/j-douleur.2016.08.003>

Figure 1 : Les douleurs chroniques post-opératoires de Madame A à partir du modèle d'évitement de la peur (Vlaeyen & Crombez, 2009).

