

## Représentation de la douleur chronique chez une patiente fibromyalgique

Gilles Girard, M.Ps.  
(ggirard.clscher@SSSS.gouv.qc.ca)

Département de médecine de famille, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke.

Pierre Arsenault, Ph.D., M.D.  
(pierre.arsenault@videotron.ca)

Département de médecine de famille, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke.

### Résumé

La douleur chronique constitue l'un des grands défis des médecins de famille. Cerner l'expérience et la représentation de la douleur et de ses impacts dans la vie du patient, est un pré-requis en vue d'une approche thérapeutique adaptée à sa condition. À partir de données issues des recherches sur la douleur chronique et de notre expérience clinique auprès de cette clientèle, nous avons construit, testé et bonifié auprès d'une dizaine de patients fibromyalgiques une grille d'entrevue permettant de définir la représentation de la douleur chronique et de ses impacts. Vous constaterez à l'aide d'une étude de cas, où est appliqué le critère de congruence, que cette grille d'analyse permet de comprendre la représentation que s'est construit le patient de sa maladie et de cibler les zones de changements éventuels susceptibles d'optimiser son adaptation à la maladie. Il sera intéressant de la valider auprès d'un plus grand éventail de patients.

### Mots clés

Douleur chronique ; fibromyalgie ; catastrophisme ; représentation de la maladie.

## Introduction

Le présent article vise à documenter, à l'aide d'une étude de cas, un canevas d'entrevue permettant de cerner l'expérience et la représentation de la douleur chronique et de ses impacts dans la vie du patient. C'est là un pré-requis en vue d'amorcer un suivi thérapeutique sur mesure et de cibler les zones de changements éventuels susceptibles d'optimiser l'adaptation à la maladie.

## 1. Dimensions à considérer dans l'évaluation et le suivi de patients souffrant de douleur chronique

La douleur chronique est omniprésente dans les milieux cliniques. On estime à près du tiers la proportion de la population canadienne qui souffre à des degrés variables de douleurs chroniques (Jovey et al., 2002). Contrairement à celui de la douleur aiguë, le traitement de la douleur chronique est difficile, exigeant, parfois déroutant et souvent décevant pour le clinicien.

La division entre douleurs nociceptives et neurogènes, couramment reconnue dans les milieux cliniques, fait récemment l'objet d'une

remise en question (Attal et Bouhassira, 2004). L'expérience clinique indique, en effet, que la douleur chronique inclut généralement une composante neurogène. Aux douleurs initiales, surtout nociceptives c'est-à-dire produites par stimulations de récepteurs périphériques (mécaniques, thermiques, chimiques, etc.), succède une composante essentiellement neurogène c'est-à-dire générée par les neurones nociceptifs eux-mêmes. L'activité spontanée et continue de ces neurones, couplée à des émotions exacerbées, diminue le seuil de tolérance à la douleur. Le traitement de la douleur chronique exige donc d'intervenir au-delà de la sphère biologique et de considérer à la fois les aspects cognitifs, émotionnels et comportementaux liés à la douleur (Gatchell et Turk, 1999).

Dans des entrevues préliminaires, nous avons observé que plusieurs patients se décrivent complètement envahis par les douleurs au point de ne percevoir aucune partie d'eux-mêmes qui ne soit pas handicapée ou paralysée par la maladie et ses impacts. Très souvent, le manque de compréhension ou de solution à la douleur, représente pour les patients (et leurs proches) une source d'anxiété et/ou de dépression ainsi que d'évitement pour différentes activités. Une fois ces éléments identifiés par le médecin, il est

ensuite possible d'intervenir, de dédramatiser le problème, de le recadrer, de valider et mobiliser les émotions pénibles et de proposer des activités adaptées et progressives. Le but est ici de redonner aux patients le contrôle sur leur vie et de leur permettre de renouer avec des plaisirs significatifs. À cette fin, il est indispensable que le médecin identifie le mode réactionnel du patient de même que ce qui l'anime. Certaines conditions cliniques, comme la fibromyalgie, constitue, à cet égard, un véritable défi.

Ce défi est d'autant plus important lorsque la réaction des patients est teintée de catastrophisme. Le catastrophisme (Sullivan, 2001), reconnu scientifiquement depuis une quinzaine d'années, est défini comme une croyance ou une orientation négative exagérée à l'égard des stimuli douloureux et de l'expérience de la douleur. Cette croyance est différente de la dépression bien qu'elle puisse en être un précurseur. La pensée catastrophique ou alarmiste est plus fréquente chez la femme, se développe tôt dans la vie, demeure relativement stable sans intervention et peut décroître chez les aînés. Elle s'accompagne d'une détresse psychologique et est souvent associée avec une expérience intense de la douleur bien qu'elle soit aussi observée en absence de la douleur. Le catastrophisme agit comme un filtre à travers lequel la personne évalue la douleur comme un danger avec lequel elle ne peut pas composer. Contrôle et catastrophisme sont inversement reliés. Des pensées catastrophiques peuvent conduire à l'évitement des activités. Le catastrophisme est un prédicteur démontré d'incapacités ultérieures, c'est-à-dire de restrictions ou limitations des activités dans les maladies chroniques.

## **2. Grille d'entrevue et représentation de la douleur chronique**

À partir des données issues de recherches sur la douleur chronique et de notre expérience clinique auprès de cette clientèle, nous avons construit une grille d'entrevue permettant de définir la représentation de la douleur chronique et de ses impacts. Notre grille d'entrevue inclut le point de vue du patient sur les cinq dimensions du modèle de Leventhal (1985) sur la représentation de la maladie (identité, cause perçue, chronologie, conséquences, traitement et contrôle). Nous avons ensuite testé la grille auprès d'une dizaine de patients fibromyalgiques

en l'ajustant au fur et à mesure en vue d'obtenir l'information pertinente souhaitée. Nous avons choisi la clientèle fibromyalgique parce qu'elle constitue un exemple typique de pathologies mixtes qui suscitent beaucoup de frustrations chez les médecins (Walker et al., 1997).

La grille comprend deux sections : une première comportant une séquence de onze (11) thèmes de questions (voir encadré 1 en annexe) et une seconde où le patient est invité à préciser, par écrit et à l'aide de pourcentages, ses réponses aux questions initiales (voir encadré 2 en annexe). Le fait d'amener le patient à quantifier ses réponses à l'aide de pourcentages, facilitera leurs utilisations ultérieures au moment de convenir d'objectifs thérapeutiques réalistes en termes de changements minimaux satisfaisants (Greenberg et al., 2001) Dans la première section, le patient est invité, au besoin, à élaborer brièvement ou à préciser ses réponses. Suite à chacun des thèmes, le clinicien résume les réponses du patient pour valider sa compréhension et introduit par la suite la prochaine question. L'ordre des questions peut varier et les thèmes du questionnaire peuvent être repris et précisés au cours de quelques entrevues. L'important, c'est de couvrir l'ensemble des thèmes proposés.

De plus, en vue d'évaluer le catastrophisme qui est déterminant dans la représentation de la maladie, nous demandons au patient de remplir le questionnaire PCS+ (voir encadré 3 en annexe), type Likert à cinq choix de réponses de 0 (pas du tout) à 4 (tout le temps). Le PCS (Pain Catastrophizing Scale), développé par Sullivan et al. (1995), est reconnu comme une mesure fidèle et valide du catastrophisme c'est-à-dire de la tendance du patient à envisager le pire scénario. Suite à la suggestion de Turner et Aaron (2001), nous avons ajouté quatre questions aux treize (13) initiales formulées par Sullivan pour mieux cerner la tendance au pire scénario. Le PCS+ comprend les trois sous-échelles initiales : rumination (énoncés 8, 9, 10 et 11), amplification (énoncés 6, 7 et 13) et impuissance (énoncés 1-5 et 12) et une nouvelle sous-échelle : tendance au pire scénario (énoncés 14-17). Le seuil (cut-off score) de catastrophisme est estimé à 32 qui correspond au tiers supérieur de la distribution des scores obtenus par Sullivan au PCS incluant un ajustement arithmétique pour les quatre nouveaux items.

Dans la perspective cognitive-behaviorale décrite par Turk et Gatchel (2002), les réponses du

patient à la grille d'entrevue permettent au clinicien de construire la représentation mentale de la douleur chronique, de ses impacts et de son traitement (voir encadré 4 en annexe). Ce schéma met en évidence la réalité subjective du patient et les croyances qu'il a développées par rapport à sa maladie. Il s'agit d'un système organisé de croyances qui oriente les anticipations du patient et son adaptation à la maladie et aux diverses situations de la vie (Chapman et al. 1999, Richard et Lussier, 2003).

### **3. Un exemple de représentation de la douleur chronique (encadré 5) et de son utilisation possible dans le suivi**

L'étude de cas qui vise à approfondir la compréhension d'une situation clinique particulière et à en saisir la complexité (Stake 2000), est la méthode de choix pour notre étude exploratoire. À titre d'exemple de représentation de la douleur chronique et de son utilisation possible dans le suivi d'un patient, nous présentons l'exemple de Marie (nom fictif) que nous avons interviewée conjointement à l'aide de la grille d'entrevue proposée. Par la suite nous avons rempli séparément la grille et comparé nos observations qui étaient pratiquement identiques. Au moment de l'entretien, Marie, âgée 43 ans, a déjà accompli un cheminement individuel important et en est arrivée à un bon niveau d'adaptation face à la maladie. Elle accepte d'échanger avec nous sur son évolution, ciblant deux moments significatifs : un premier, il y a six ans où elle se décrit au temps le plus pénible de sa maladie et le second, aujourd'hui, où elle se montre en contrôle de sa maladie. Marie a lu notre texte, s'y est tout à fait reconnue et a exprimé son accord sur sa formulation. Quelques détails de son histoire ont été modifiés pour préserver l'anonymat.

Il y a six ans alors que Marie avait 36 ans, son niveau de douleur physique qui oscillait globalement entre 0 et 4-5/10 au cours des dix années précédentes, est passé à son maximum, qu'elle surévalue à 10/10 en raison des impacts majeurs dans sa vie. Son niveau de douleur est demeuré élevé pendant les quatre années qui ont suivi malgré les diverses médications prescrites, sauf l'ibuprofène qui la soulageait partiellement sans la priver de ses moyens pour composer avec son quotidien. Cette douleur persistante

s'accompagnait d'une fatigue envahissante et de diverses situations très stressantes dans sa vie : conflit majeur avec son employeur à qui elle consacrait 80 heures/semaine comme gestionnaire, suivi d'une perte de statut au travail, deuxième séparation de couple avec un conjoint toxicomane et joueur pathologique et pertes financières subséquentes entraînant la perte de sa maison et sentiments de culpabilité et d'impuissance par rapport à son fils, âgé de 12 ans, qui accusait des difficultés d'adaptation et déménageait chez son père. La patiente souligne qu'elle s'est alors sentie clouée « au tapis », dépassée par la succession d'événements pénibles et révoltée contre les « injustices des êtres humains » qui l'entouraient. On l'a diagnostiquée comme présentant une dépression majeure. On lui a prescrit des antidépresseurs sans lui offrir de suivi adéquat : ce qu'elle déplore vivement. Elle ne se voyait pas déprimée, mais plutôt submergée par les douleurs physiques et la colère contre les injustices qu'elle subissait au point de se percevoir révoltée et en danger de s'enlever la vie.

Elle a donc décidé de ne pas prendre cette médication et de voir ses problèmes de santé comme une opportunité de s'arrêter pour faire le point et se retrouver comme personne. Pour se comprendre, elle a entrepris des études en service social qu'elle terminera prochainement. Au cours de sa formation, elle a réalisé qu'elle laissait souvent les autres drainer son énergie pour être appréciée. Elle s'est mise à utiliser davantage son énergie et sa colère dans le but de se respecter elle-même. Au cours des dernières années, elle avait négligé sa santé et pris 60 livres. Elle a décidé de s'entraîner physiquement, de s'engager dans des activités d'échanges en groupe et de faire de la place pour des loisirs comme le plein air et le cinéma qu'elle avait mis de côté. Au contact de d'autres personnes aux prises avec la maladie, elle a construit le rêve d'un jour posséder à nouveau une maison pour accueillir et accompagner des gens en difficulté.

Par moments, elle décrit des épisodes de rechute où les douleurs physiques sont réactivées comme il y a 8 mois suite à un accident d'automobile où elle a été secouée physiquement sans blessure grave. Contrairement à il y a six ans, elle se voit comme l'agent principal de son traitement et souhaite qu'un médecin concerné l'accompagne et l'encourage à persister dans son cheminement. Entre autres, elle perçoit que ses relations avec son entourage immédiat demeurent décevantes et

à travailler. Elle aimerait aussi apprendre à voir venir ses rechutes en vue de les atténuer.

#### **4. Comparaison de la représentation de la maladie chez Marie avec celle de d'autres patients qui s'adaptent moins bien**

Le critère majeur pour évaluer la qualité de l'adaptation d'une personne face à la maladie, c'est la congruence entre ses pensées, ses sentiments et ses actions. D'où l'utilité de schématiser la représentation mentale des douleurs chroniques du patient pour identifier ses zones d'incohérence ou de contradictions, l'aider à percevoir et corriger ses distorsions cognitives, et l'encourager à se fixer des objectifs de changement concrets et réalistes. Chez Marie, le niveau de congruence a progressé au cours des six dernières années : aujourd'hui, tout se tient dans ce qu'elle évoque : la perception, les impacts et le sens de sa maladie, ses émotions, ses solutions actuelles, ses plaisirs, ses projets, ses attentes envers elle-même, ses proches et le médecin et même la description de ce qui lui reste à travailler.

Chez d'autres patients dont l'adaptation est moins réussie, la cohérence entre les différents éléments de leur schéma fait défaut. Leur perception de la maladie est limitée à la dimension physique. Les impacts de la maladie sont amplifiés ou minimisés. Ils n'arrivent pas à donner un sens approprié à leur situation. Leurs émotions pénibles sont incontrôlées ou niées sous le couvert d'une volonté forcée de pensée positive. Leurs plaisirs actuels sont peu investis et peu satisfaisants. Leurs projets et leurs attentes envers eux-mêmes, leurs proches et le médecin sont soit pauvres, soit démesurées et peu accessibles. Les patients chez qui la congruence est faible, éprouvent de la difficulté à cerner ce qui ne va pas dans leur vie et à préciser des objectifs thérapeutiques pertinents. Ils accusent malgré eux une hypervigilance soit par rapport à leurs douleurs persistantes, revendiquant à répétition une médication plus forte pour les contrôler, soit par rapport à des émotions envahissantes comme la frustration, la peur et l'impuissance, soit par rapport à des pensées intrusives en termes d'anticipations négatives pour l'avenir.

Même au plus fort de sa maladie, Marie décrit une certaine partie d'elle-même qui demeurait

intacte et non-contaminée par la maladie, à savoir sa volonté, son courage et son ressort face aux épreuves : « Lors des crises, je voulais encore; mon corps ne suivait pas ». D'autres patients qui présentent souvent des co-morbidités et dont les ressources personnelles sont pauvres ou envahies par la maladie, réussissent moins bien à s'en sortir au point de perdre toute identité personnelle aux dépens de la maladie et de la souffrance. Au cours des six dernières années, Marie est demeurée en contact avec ses émotions pénibles malgré leur intensité et le risque de perdre le contrôle. En les exprimant en contexte sécuritaire de groupes d'entraide, elle a réussi à endosser la responsabilité de sa colère et à l'orienter vers le respect d'elle-même et des autres. Ajoutant à cela son analyse réflexive personnelle, Marie a réussi à contrer le catastrophisme qu'elle affichait dans le passé et qui est présent chez la plupart des patients fibromyalgiques (Sullivan, 1998). Les patients qui ne peuvent pas contenir leurs émotions, développent des distorsions perceptives de leur réalité et manquent d'énergie pour persister dans leurs démarches d'adaptation.

De plus, Marie s'est engagée dans un programme d'entraînement physique adapté à sa condition de santé. Plusieurs patients souffrant de douleurs chroniques cessent toute activité physique pour atténuer la douleur qu'ils associent avec l'activité ou en font parfois trop et s'épuisent, réactivant leurs douleurs et leur tendance à rester inactifs (Turk et Sherman, 2002). Enfin, Marie nous mentionne que son rêve de posséder une maison pour dépanner des personnes dans le besoin, l'a beaucoup aidée à persister dans son cheminement. Gullacksen et Lidbeck (2004) insistent sur l'importance d'encourager les sujets en situation de douleur chronique à développer une nouvelle perception du futur qui soit à la fois réaliste et stimulante pour eux. Plusieurs patients restent fixés à des projets irréalistes par rapport à leur condition ou n'entrevoient plus de plaisirs, ni de possibilités intéressantes pour l'avenir. Lorsqu'ils réussissent à compléter le deuil de certains plaisirs auxquels ils n'ont plus accès, ils parviennent patiemment à en découvrir d'autres qui les comblent à nouveau.

#### **Conclusion**

Une grille d'analyse où sont mis en jeu les principaux déterminants de la douleur chronique, constitue un outil intéressant pour le clinicien. Il lui est ainsi possible d'identifier rapidement des sources conflictuelles (ou incongruences) dans

les perceptions de ses patients ou encore dans leurs réactions face aux douleurs. Il peut ainsi proposer des réflexions pertinentes et des pistes d'interventions. Sans se substituer entièrement au travail du psychothérapeute, il aide son patient à amorcer certains changements de comportements salutaires.

Dans notre étude, l'utilité de cette grille a été illustrée dans le cas de Marie et confirmée, au préalable, auprès d'une dizaine de patients fibromyalgiques avec qui nous avons élaboré et testé cette grille. Un projet de recherche plus élaboré permettra de valider définitivement cette grille d'analyse sur un nombre plus important de patients souffrant de diverses conditions cliniques avec douleurs chroniques. Il y sera utile de comparer les données recueillies sur la représentation de la maladie avec les réponses à un instrument standardisé tel que le l'IPQ-R (Moss-Morris et autres, 2002).

## Références

Attal N, Bouhassira D. Can pain be more or less neuropathic. *Pain* 2002(110) : 510-511.

Chapman CR, Nakamura Y, Flores LY. Chronic Pain and Consciousness: A Constructivist Perspective. In: Gatchel RJ, Turk DC. *Psychological Factors in Pain*. New York: Guilford Press 1999, p.35-55.

Gatchel RJ, Turk DC. *Psychosocial Factors in Pain: Critical Perspectives*. New York: Guilford Press, 1999.

Greenberg G, Ganshorn K, Danilkewich A. Solution-focused therapy, counseling model for busy family physicians. *Canadian Family Physician* 2001; 47 : 2289-2295.

Gullacksen AC, Lidbeck J. The life adjustment process in chronic pain: Psychological assessment and clinical implications. *Pain Research Management* 2004; 9(3): 145-153.

Jovey RD, Boulanger A, Gallagher R, Gillen M, Goldman B, Peloso PM, Thompson EN. *La gestion de la douleur*. Canadian Pain Society, 2002.

Leventhal EA, Nerenz D. The assessment of illness cognition. In: Karoly P. *Measurement Strategies in Health Psychology*. New York: Wiley, 1985, p.517-555.

Moss-Morris RJ, Weinnam KJ, Petrie R, Horne R, Cameron LD, Buik D. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health* 2002; 17: 1-16.

Richard C, Lussier MT. Les représentations de la santé et de la maladie. *MedActual FMC*; septembre 2003: 35-40.

Stake RE. Case studies. In: Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of Qualitative Research* (second edition). Thousand Oaks: Sage Publications 2000, p.435-454.

Sullivan MJL, Thorn B, Hayrhornthwaite JA, Keefe F, Martin M, Bradley LA, Lefebvre JC. Theoretical Perspectives on the Relation Between Catastrophizing and Pain. *The Clinical Journal of Pain* 2001; 17: 52-64.

Sullivan MJL, Stanish W, Waite H, Sullivan M, Tripp DA. Catastrophizing, pain and disability in patients with soft-tissue injuries. *Pain* 1998; 77: 253-260.

Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: Development and Validation. *Psychological Assessment* 1995; (4):524-532.

Turk DC, Sherman JJ. Treatment of Patients with Fibromyalgia Syndrome. In: Turk DC, Gatchel RJ. *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook* (Second Edition). New York: Guilford Press, 2002, p.390-416.

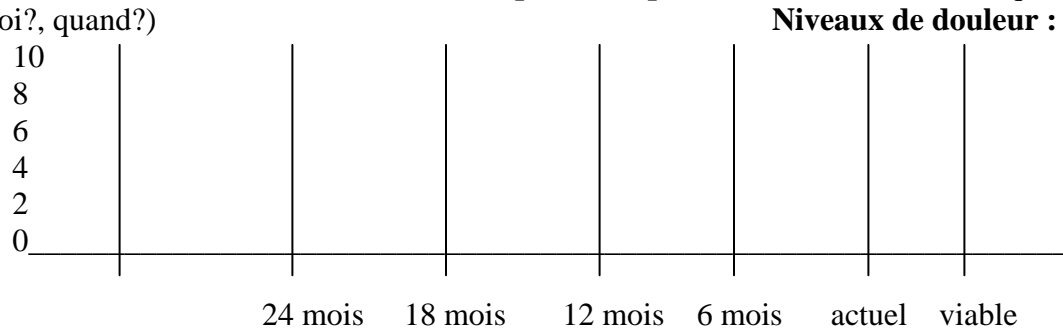
Turner JA, Aaron LA. Pain-Related Catastrophizing: What Is It? *The Clinical Journal of Pain* 2001;17: 65-71.

Walker EA, Katon WJ, Keegan D, Gardner G, Sullivan M. Predictors of physician frustration in the care of patients with rheumatological complaints. *General Hospital Psychiatry* 1997; 19: 315-323.

## ANNEXES

### Encadré 1 : Grille d'entrevue avec un patient présentant une douleur chronique

1. **Portrait de votre douleur et son évolution dans le temps** : Sur une échelle de 0-10, quel est le niveau actuel de votre douleur? Son niveau il y a 6 mois? Il y a 1 an?...(jusqu'à 6 mois avant le début de la maladie). Épisodes antérieurs de douleurs intenses (>6/10)? Niveau viable de la douleur (où vous pouvez continuer à faire certaines activités)? Avez-vous subi des **pertes importantes** dans votre vie (qui?, quoi?, quand?)



2. Qu'est-ce que cette maladie **a changé** dans votre vie? (rechercher 3 éléments et les faire prioriser :1,2,3...)
3. Qu'est-ce qui vous **dérange le plus** dans le fait de souffrir de ...?
4. **Qu'avez-vous fait** jusqu'à présent pour vous en sortir? Quels **résultats** avez-vous obtenus? Et **qu'est-ce qui vous a déçu**?
5. Quelle est **la première idée qui vous vient en tête** en lien avec le fait de souffrir de cette maladie?
6. Parlez-moi du **sens** que cette maladie prend dans votre vie. (Ou quelle **idée** avez-vous développée pour comprendre la présence de la maladie dans votre vie?)
7. **Comment vous sentez-vous** par rapport à la maladie et ses conséquences dans votre vie?
8. Quels sont **vos plaisirs actuels** dans la vie de tous les jours? (les faire prioriser : 1, 2, 3...) Les plaisirs auxquels vous avez renoncé? (les faire prioriser)
9. Dans l'avenir, quel est le « prochain pas » que vous comptez faire pour **mieux vivre avec la maladie**? Ex. : Avez-vous un projet, quelque chose que vous voulez faire pour améliorer votre condition? Si oui, précisez?

10. Qui est **la personne la plus proche de vous** affectivement? À quel point cette personne vous comprend et vous soutient dans votre maladie? Qu'est-ce qui vous aide? Qu'est-ce qui vous déçoit?
  
11. **Qu'attendez-vous de moi** concrètement par rapport à votre maladie? Quel est votre objectif avec moi? Comment comptez-vous le réaliser?

### Encadré 2 : Quantifiez vos réponses.

**Consigne :** En lien avec ce que vous m'avez dit sur vous et votre maladie, répondez aux questions suivantes par un **pourcentage**, (indiquant où vous situez sur une échelle de 0 à 100):

A) Quel est le **niveau actuel** d'intensité de votre douleur? (0 : nul, 100% : maximal c'est-à-dire au pire qu'on puisse imaginer) \_\_\_\_\_

B) À quel point votre niveau de douleur actuelle est-il **tolérable**? (0% : pas du tout tolérable, 100% : tout à fait tolérable) \_\_\_\_\_

C) À quel point les impacts négatifs de votre maladie **limitent votre vie** ou vous empêchent de vivre?(0% : aucunement, 100% : complètement) \_\_\_\_\_

D) Quelle partie de vous (en pourcentage) demeure **en santé** ou non affectée par la maladie? (0 : aucune en santé, 100% : entièrement en santé) \_\_\_\_\_

E) La présence **d'émotions pénibles**? (0% : jamais, 100% : toujours) \_\_\_\_\_

F) Les **plaisirs actuels** que vous avez dans votre vie? (0% : aucun, 100% : les plaisirs que j'avais quand j'étais bien) \_\_\_\_\_

G) Votre **habileté actuelle** (compétence, efficacité) à faire face à la maladie? (0% : nulle, 100% : très bonne) \_\_\_\_\_

H) Votre **espoir réel** de mieux vivre avec la maladie? (0% : aucun, 100% : très bon) \_\_\_\_\_

I) Votre **sentiment d'être compris(e) et soutenu(e)** par la personne la plus proche de vous? (0% : nul, 100% : au maximum) \_\_\_\_\_

J) Selon vous, votre maladie est un problème : (encerclez un des 5 traits)

\_\_\_\_\_

**Physique**                      **Mixte**                      **Psychologique**

Puis, indiquez par un X (sur la même ligne) l'opinion de votre médecin selon votre point de vue.

K) **Dans le traitement de votre maladie**, sur un total de 100% pour les trois dimensions, quelle part (en pourcentage) attribuez-vous à :

- vos actions \_\_\_\_\_
- celles de votre médecin \_\_\_\_\_
- celles de vos proches \_\_\_\_\_

total : 100%



### Encadré 3 : ÉCHELLE PCS +

---

Nom : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Chacun vit des situations douloureuses à certains moments dans sa vie. De telles expériences peuvent inclure des maux de tête, des maux de dents, des douleurs musculaires ou articulaires. Les gens sont souvent exposés aux situations qui peuvent causer la douleur telles que la maladie, les accidents, les interventions dentaires ou chirurgicales.

Nous sommes intéressés à connaître les types de pensées et d'émotions que vous avez lorsque vous êtes en douleur. Voici dix-sept (17) énoncés décrivant différentes pensées et émotions qui peuvent être associées à la douleur. À l'aide de l'échelle suivante, indiquez sur la ligne, le degré auquel correspondent ces pensées et émotions lorsque vous éprouvez la douleur.

0= pas du tout                      1= à un faible degré                      2= à un degré modéré  
3= à un degré élevé                      4= tout le temps

Lorsque j'éprouve la douleur,

1. je me préoccupe tout le temps si la douleur va cesser \_\_\_\_\_
2. j'ai le sentiment que je ne peux pas fonctionner \_\_\_\_\_
3. c'est terrible et je pense que ça n'ira jamais mieux \_\_\_\_\_
4. c'est affreux et j'ai le sentiment que ça me dépasse \_\_\_\_\_
5. j'ai le sentiment que je ne peux plus l'endurer \_\_\_\_\_
6. j'ai peur que la douleur empire \_\_\_\_\_
7. je n'arrête pas de penser à d'autres situations douloureuses \_\_\_\_\_
8. je veux avec anxiété que la douleur s'en aille \_\_\_\_\_
9. je ne peux pas la chasser de mon esprit \_\_\_\_\_
10. je n'arrête pas de penser à comment ça fait mal \_\_\_\_\_
11. je n'arrête pas de penser à quel point je veux que la douleur cesse \_\_\_\_\_
12. il n'y a rien que je puisse faire pour réduire l'intensité de la douleur \_\_\_\_\_
13. je me demande si quelque chose de plus sérieux peut survenir \_\_\_\_\_
14. je ne peux pas m'empêcher d'envisager que le pire scénario puisse survenir \_\_\_\_\_
15. je pourrais finir paralysé(e) ou devenir de plus en plus invalide \_\_\_\_\_
16. je ne pourrai plus travailler et subvenir à mes besoins ou à ceux de mes proches \_\_\_\_\_
17. et si elle devient plus sévère, je ne pourrai plus fonctionner normalement \_\_\_\_\_

**Encadré 4**

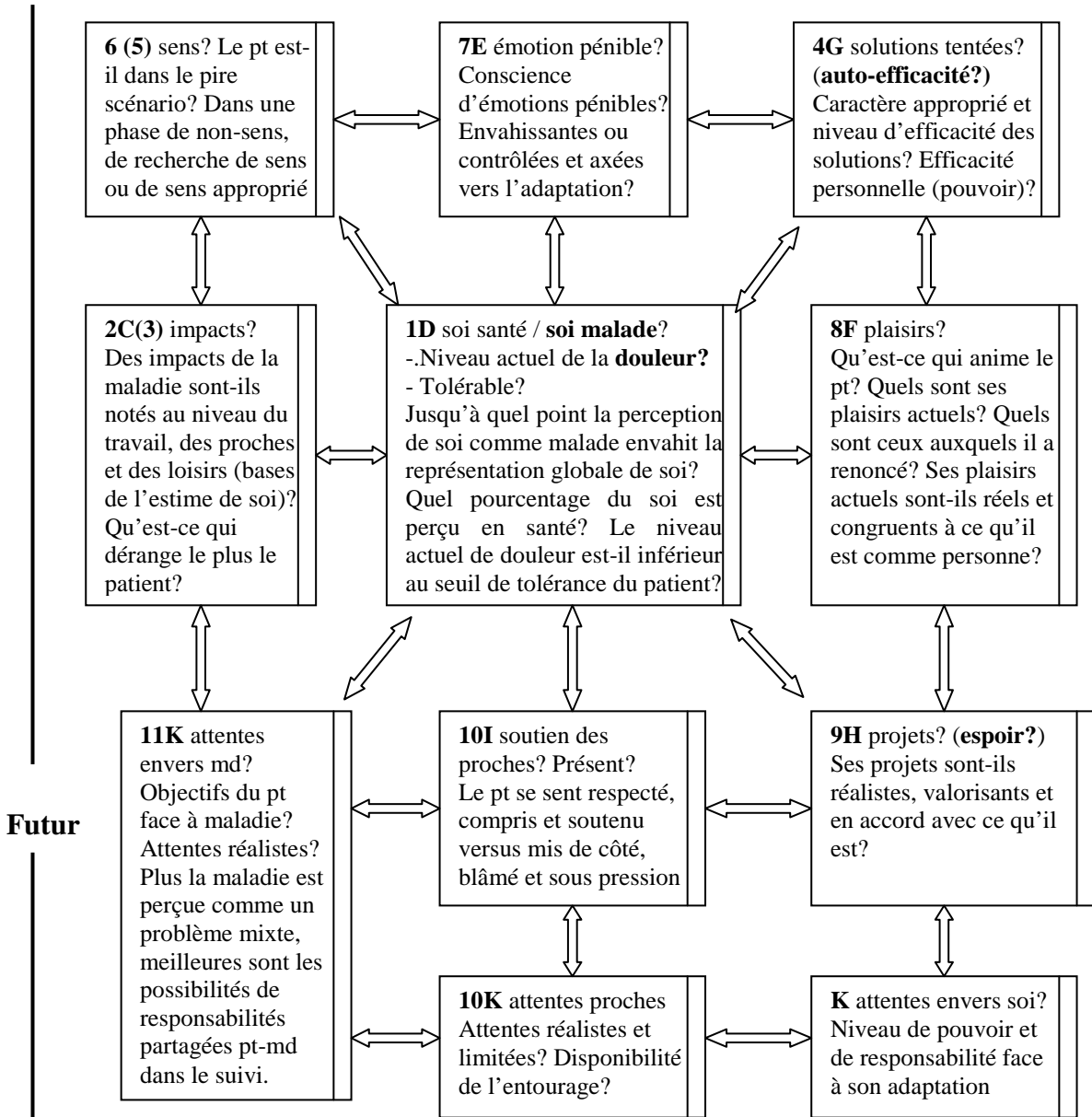
**Représentation mentale de la maladie et de la douleur chronique et de ses impacts**

**Maladie**

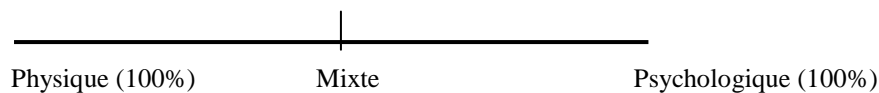
**Santé**

Les chiffres et les lettres en caractères gras situés dans le haut des cases réfèrent respectivement aux questions des encadrés 1 (chiffres) et 2 (lettres)

**Présent**



**(J)** Nature du problème de santé (modèle d'attribution) selon le patient (|), et le médecin (\*):



Indiquez en rouge sur le schéma les cibles ou objectifs d'intervention convenus avec le patient

**Encadré 5**

**Représentation mentale de la maladie et de la douleur chronique et de ses impacts**

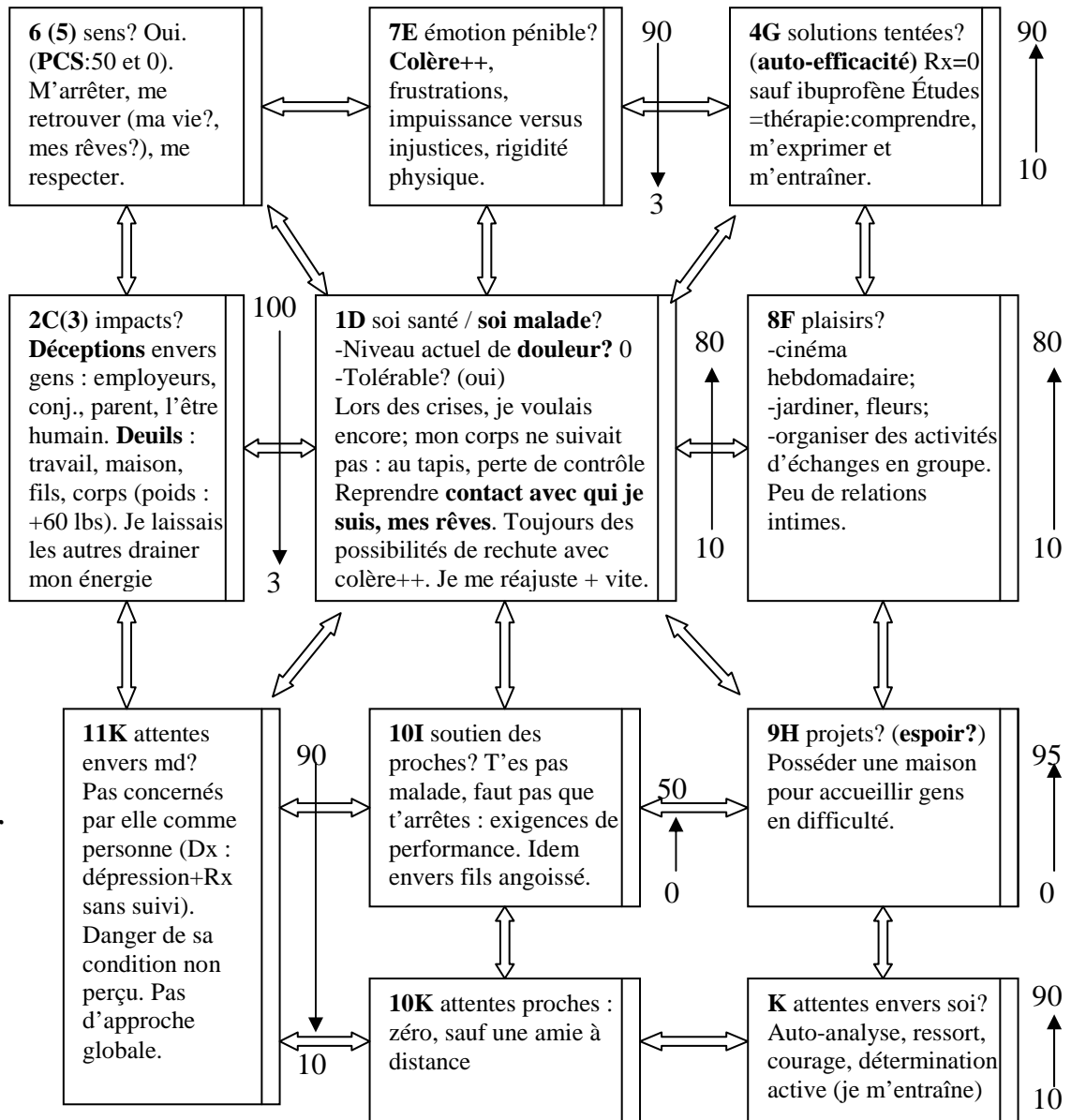
Nom : Marie, 43 ans, gestionnaire, puis étudiante, séparée et mère d'un fils de 19 ans.

**Maladie**

**Santé**

Les chiffres à droite des cases réfèrent aux pourcentages évoqués par la patiente aux items de l'encadré 2 à deux moments de sa vie.

**Présent**



(J) Nature du problème de santé (modèle d'attribution) selon le patient (|), et le médecin (\*):

