

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
et
Université de Sherbrooke

ÉCOLE INTERACTIONNELLE DE DOULEURS ABDOMINALES CHRONIQUES
Un parcours stratégique pour apprendre à s'autotrainer

Par Sophie Duhaime

Département des sciences de la santé
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Mémoire présenté au Département des sciences de la santé de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M.Sc.) en sciences cliniques

21 juin 2010

Liste des évaluateurs:

Isabelle Gaumont, Ph.D., directrice de recherche, Département des sciences de la santé, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Dat Nhut Nguyen, M.D., directeur de recherche, CSSS Rouyn-Noranda

Jacques Charest, Ph.D., directeur de recherche, Département des sciences de la santé, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Anaïs Lacasse, Ph.D., membre du programme, Département des sciences de la santé, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Pierre Rainville, Ph.D., membre extérieur au programme, Département de stomatologie, Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal



BIBLIOTHÈQUE

Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans Depositum, site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous.

L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre. Il est donc interdit de reproduire ou de publier en totalité ou en partie ce document sans l'autorisation de l'auteur.

ÉCOLE INTERACTIONNELLE DE DOULEURS ABDOMINALES CHRONIQUES

Un parcours stratégique pour apprendre à s'autotrainer

Par Sophie Duhaime

RÉSUMÉ

Les douleurs abdominales chroniques touchent plus d'un adulte sur cinq, autant les hommes que les femmes. Qu'elles aient reçu ou non un diagnostic, ces personnes ont peu ou pas de ressources à leur disposition pour les aider à faire face à leur situation. Le but de ce projet de recherche a consisté à évaluer l'efficacité d'un traitement en groupe des douleurs abdominales chroniques appelé École interactionnelle de douleurs abdominales chroniques (ÉIDAC). Il s'agit d'une étude quasi expérimentale effectuée auprès de 15 participants sélectionnés à la suite d'une évaluation médicale et d'une évaluation interactionnelle. L'échantillon a été réparti de façon non aléatoire en deux groupes (groupe traitement : n = 8 ; groupe liste d'attente : n = 7) selon l'âge, le sexe, le niveau de douleur et d'incapacité. Au départ, le groupe traitement a été comparé au groupe liste d'attente. Plus tard, le groupe liste d'attente a aussi bénéficié de l'ÉIDAC. Chacun des groupes a été évalué à trois occasions : avant et après l'intervention, puis quatre mois plus tard lors d'une relance. Les outils d'évaluation utilisés sont : l'échelle visuelle analogique (pour l'évaluation de l'intensité et de l'aspect désagréable de la douleur), l'inventaire de dépression de Beck II, le questionnaire généraliste SF-36 l'échelle du lieu de contrôle de Levenson (IPC), le questionnaire de la perception de l'état de santé (IPQ-R), le questionnaire de l'évaluation de la dramatisation de la douleur (PCS) et l'index d'incapacité reliée à la douleur. Les résultats montrent une diminution marquée, entre le début et la fin de l'intervention, de l'incapacité reliée à la douleur, du niveau de dramatisation de la douleur et de la sévérité des symptômes dépressifs. On note une diminution significative de la douleur lors de la relance. On observe également une amélioration significative de la qualité de vie et de plusieurs sous-échelles reliées à la perception de la maladie, notamment une diminution de la perception de la chronicité de la maladie, une augmentation du contrôle personnel et du contrôle attribué au traitement, une amélioration de la cohérence reliée aux symptômes et une diminution de la représentation émotionnelle. Enfin, les résultats indiquent aussi une diminution significative du contrôle externe associé à la chance. Les conclusions de cette étude préliminaire supportent la pertinence d'évaluer l'ÉIDAC à l'aide d'un essai clinique randomisé.

Mots clés : douleur abdominale chronique, thérapie brève, École interactionnelle, autotraining, qualité de vie, dépression

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	V
LISTE DES TABLEAUX.....	VI
LISTE DES ENCADRÉS.....	VII
INTRODUCTION.....	1
1 ÉTAT DES CONNAISSANCES	3
1.1 Classification des douleurs abdominales chroniques	3
1.2 Prévalence des douleurs abdominales chroniques.....	6
1.3 Les causes des douleurs abdominales chroniques	7
1.3.1 Biologiques	8
1.3.1.1 Hypersensibilité viscérale.....	8
1.3.1.2 Dysfonction musculaire.....	10
1.3.2 Psychosociales	12
1.4 Conséquences des douleurs abdominales chroniques	13
1.5 Traitements	14
1.5.1 Traitements pharmacologiques et chirurgicaux.....	14
1.5.2 Autres traitements	15
1.6 École interactionnelle de douleur chronique	18
1.6.1.1 Base systémique	18
1.6.1.2 Base stratégique.....	21
2 L'ÉCOLE INTERACTIONNELLE DE DOULEURS ABDOMINALES CHRONIQUES	23
2.1 Contexte général.....	23
2.2 Déroulement chronologique	25
2.2.1 Rencontre 1 – Le contrat.....	26
2.2.2 Rencontre 2 – Douleur aiguë	31

2.2.3	Rencontre 3 – Le stress	35
2.2.4	Rencontre 4 – Au quotidien	36
2.2.5	Rencontre 5 – Nutrition	39
2.2.6	Rencontre 6 – Anatomie	40
2.2.7	Rencontre 7 – Recréer le problème.....	42
2.2.8	Rencontre 8 – Relance	43
3	OBJECTIFS.....	44
3.1	Objectifs principal	44
3.2	Objectifs spécifiques	44
3.3	Hypothèses de recherche	45
4	MÉTHODOLOGIE	46
4.1	Devis de recherche	46
4.1.1	Répartition des groupes	46
4.2	Processus de recrutement	47
4.3	Processus de sélection	48
4.3.1	Critères d’inclusion.....	48
4.3.2	Critères d’exclusion	48
4.3.3	Évaluation médicale.....	49
4.3.4	Bilans interactionnel et fonctionnel	51
4.4	Variables.....	52
4.4.1	Variable indépendante	52
4.4.2	Variables dépendantes	53
4.5	Outils d’évaluation	53
4.5.1	Échelles visuelles analogiques (ÉVA).....	54
4.5.2	Inventaire de dépression de Beck (BDI-II).....	54
4.5.3	Questionnaire généraliste SF-36 (<i>Short Form 36</i>).....	55
4.5.4	Échelle du lieu de contrôle de Levenson (IPC)	56
4.5.5	Questionnaire de la perception de l’état de santé (IPQ-R)	56

4.5.6	Évaluation de la dramatisation de la douleur (PCS)	57
4.5.7	Index de l'incapacité reliée à la douleur	57
4.6	Analyses statistiques.....	58
4.7	Considérations éthiques.....	58
5	RÉSULTATS	60
5.1	Description des participants	60
5.1.1	Diagnostiques de douleurs chroniques de l'échantillon	60
5.2	Statistiques descriptives de l'échantillon.....	62
5.3	Taux de rétention.....	63
5.4	Comparaisons intergroupes	64
5.5	Comparaisons intragroupes	68
5.5.1	Douleur	69
5.5.2	Symptômes dépressifs.....	70
5.5.3	Qualité de vie et état de santé général.....	71
5.5.4	Attribution du lieu de contrôle.....	72
5.5.5	Perception de la maladie	73
5.5.6	Dramatisation de la douleur	75
5.5.7	Incapacité reliée à la douleur	76
6	DISCUSSION.....	80
6.1	Taux de rétention.....	80
6.2	Comparaisons intergroupes	80
6.3	Comparaisons intragroupes	81
6.4	Limites de l'étude et suggestions de recherches futures	85
6.4.1	Taille de l'échantillon	85
6.4.2	Intervention multidimensionnelle	86
6.4.3	L'absence de mesure physiologique	86
6.4.4	Aucune mesure à long terme	87
6.5	Retombées de l'étude	87

7	CONCLUSION	88
8	REMERCIEMENTS	89
	RÉRÉRENCES.....	91
	ANNEXE 1 : CONTRAT.....	99
	ANNEXE 2 : ROUTINE MOTRICE.....	102
	ANNEXE 3 : CARNET DE ROUTE.....	104
	ANNEXE 4 : STRATÉGIE DE GESTION DES CAPACITÉS	106
	ANNEXE 5 : TÂCHE NUTRITION	109
	ANNEXE 6 : ANNONCE DE RECRUTEMENT	113
	ANNEXE 7 : LETTRE AUX MÉDECINS.....	115
	ANNEXE 8 : ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE	117
	ANNEXE 9 : INVENTAIRE DE DÉPRESSION DE BECK (BDI-II)	119
	ANNEXE 10 : QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE ET ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL (SHORT-FORM 36).....	122
	ANNEXE 11 : ÉCHELLE DU LIEU DE CONTRÔLE DE LEVENSON (IPC).....	128
	ANNEXE 12 : QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA PERCEPTION DE LA MALADIE (IPQ-R).....	133
	ANNEXE 13 : ÉCHELLE DE DRAMATISATION DE LA DOULEUR	136
	ANNEXE 14 : INDEX D'INCAPACITÉ RELIÉE À LA DOULEUR.....	138
	ANNEXE 15 : AUTORISATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'UQAT	140
	ANNEXE 16 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	142
	ANNEXE 17 : DIAGNOSTICS RÉPERTORIÉS CHEZ CHACUN DES CANDIDATS	148

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Regroupement des diagnostics selon les catégories de douleurs abdominales chroniques.....	4
Figure 2 : Diaphragme pelvien externe - tirée et adaptée de Guillaume (2004).	11
Figure 3 : Disposition de la salle.	24
Figure 4 : Abdominus : illustration des principaux muscles de la paroi abdominale.....	28
Figure 5 : Modèle schématique du déroulement de l'étude	47
Figure 6 : Diagnostics de douleur chronique à l'intérieur de l'échantillon	60
Figure 7 : Comparaisons intergroupes.....	65
Figure 8 : Représentation graphique de l'évolution de la variable Douleur (intensité et aspect désagréable) sur une période de sept mois (pré-traitement, post-traitement, relance).	69
Figure 9 : Représentation graphique de l'évolution de la variable Symptômes dépressifs sur une période de sept mois (pré-traitement, post-traitement, relance)	70
Figure 10 : Représentation graphique de l'évolution des deux composantes de la variable Qualité de vie et état de santé général sur une période de sept mois (pré-traitement, post-traitement, relance).....	71
Figure 11 : Représentation graphique de l'évolution des trois composantes de la variable Attribution du lieu de contrôle sur une période de sept mois (pré-traitement, post-traitement, relance)	72
Figure 12 : Représentation graphique de l'évolution la variable Perception de la maladie sur une période de sept mois (pré-traitement, post-traitement, relance).....	74
Figure 13 : Représentation graphique de l'évolution la variable Dramatisation de la douleur sur une période de sept mois (pré-traitement, post-traitement, relance).	75
Figure 14 : Représentation graphique de l'évolution de la variable Incapacité liée à la douleur sur une période de sept mois (pré-traitement, post-traitement, relance)	76

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Tactiques thérapeutiques utilisées à l'ÉIDAC.....	22
Tableau 2 : Plan d'une rencontre	26
Tableau 3 : Critères d'exclusion	49
Tableau 4 : Critères diagnostiques utilisés pour l'évaluation des candidats	50
Tableau 5 : Diagnostics répertoriés dans l'échantillon	61
Tableau 6 : Analyse descriptive des participants recrutés (n = 16).....	62
Tableau 7 : Résultats statistiques des différentes variables dépendantes - comparaisons intergroupes – Test de Kruskal-Wallis (comparaison 2 échantillons indépendants)	67
Tableau 8 : Résultats des analyses statistiques intragroupes pour l'ensemble des variables dépendantes –Test des rangs signés de Wilcoxon	77
Tableau 9 : Résumé des résultats des analyses statistiques intragroupe et intergroupe pour l'ensemble des variables dépendantes.....	79
Tableau 10 : Calcul de la puissance des tests et de l'échantillon requis pour atteindre une puissance de 95 %.....	81

LISTE DES ENCADRÉS

Encadré 1 : Exercice de transfert de poids	29
Encadré 2 : Exercice de respiration abdominale en position couchée.....	29
Encadré 3 : Bascule postérieure du bassin en position couchée.....	30
Encadré 4 : Bascule complète du bassin en position couchée.....	34
Encadré 5 : Bascule complète du bassin en position assise.....	34
Encadré 6 : Exercice de stabilisation.....	37
Encadré 7 : Exercice de stabilisation en mouvement	41

INTRODUCTION

Vivre avec une douleur chronique présente des conséquences majeures au plan biopsychosocial, tant pour l'individu que pour son entourage (Baune et al., 2008). Les douleurs abdominales chroniques n'échappent pas à cette réalité. Le plus souvent dépourvues de cause organique apparente, elles représentent une problématique qui soulève colère et frustration, tant chez les professionnels de la santé que chez les patients pour qui on n'arrive à trouver, ni explication, ni traitement satisfaisant (Kenny, 2004).

Jusqu'au XXe siècle, on considérait que les organes viscéraux étaient insensibles à la douleur ; plusieurs évidences témoignent maintenant du contraire. En effet, non seulement les viscères sont sensibles à la douleur, mais ils le sont parfois de façon démesurée et sans qu'on en comprenne les raisons (Al-Chaer et Traub, 2002). Toutefois, nous savons maintenant que l'hypersensibilité viscérale n'est généralement pas la seule responsable. Des recherches plus récentes ont clairement démontré le rôle de la paroi abdominale dans plusieurs formes de douleurs abdominales chroniques, tant chez les hommes (Clemens et al., 2000) que chez les femmes (Haugstad et al., 2006).

Le but de ce projet de recherche consiste à évaluer un programme basé sur la rééducation musculaire de la paroi abdominale, l'intégration de changements d'habitudes de vie et de changements cognitifs, pour traiter, en groupe, la douleur abdominale et pelvienne chronique. Appelé ici École interactionnelle de douleurs abdominales chroniques (ÉIDAC), ce programme vise à amener le patient à apprendre à s'autotrainer. D'un point de vue clinique, une telle approche représente un avantage considérable pour les professionnels de la santé qui sont sollicités de façon récurrente par ce type de clientèle.

Le présent mémoire comporte six chapitres. Le premier présente l'état des connaissances concernant les douleurs abdominales chroniques et les traitements existants. Le second chapitre décrit le contexte et le déroulement de l'ÉIDAC. Le troisième chapitre présente les objectifs ainsi que les hypothèses de ce projet de recherche. Le chapitre quatre décrit les aspects méthodologiques : devis de recherche, répartition des groupes, processus de recrutement, processus de sélection, variables et outils d'évaluation. Enfin, le cinquième chapitre présente les résultats qui précèdent la discussion au sixième chapitre.

1 ÉTAT DES CONNAISSANCES

Les douleurs abdominales chroniques (DAC) représentent une problématique multifactorielle pour laquelle il existe peu de consensus, que ce soit au niveau du diagnostic, de la prévalence, des composantes et des traitements. C'est cette complexité que nous tentons de mettre en évidence dans cette section.

1.1 Classification des douleurs abdominales chroniques

Dû à certaines particularités des DAC, présentées plus loin dans cette section, le diagnostic est difficile à préciser. Les DAC se divisent en deux grandes catégories : les douleurs pelviennes chroniques (DPC), partie inférieure de l'abdomen, et les douleurs gastro-intestinales, parties inférieure et supérieure de l'abdomen (voir figure 1).

Les DPC se définissent comme une douleur non cyclique, persistante depuis plus de 6 mois, localisée au niveau de la partie inférieure de l'abdomen, d'une intensité suffisamment élevée pour avoir un impact négatif sur la qualité de vie (Cheong et William, 2006).

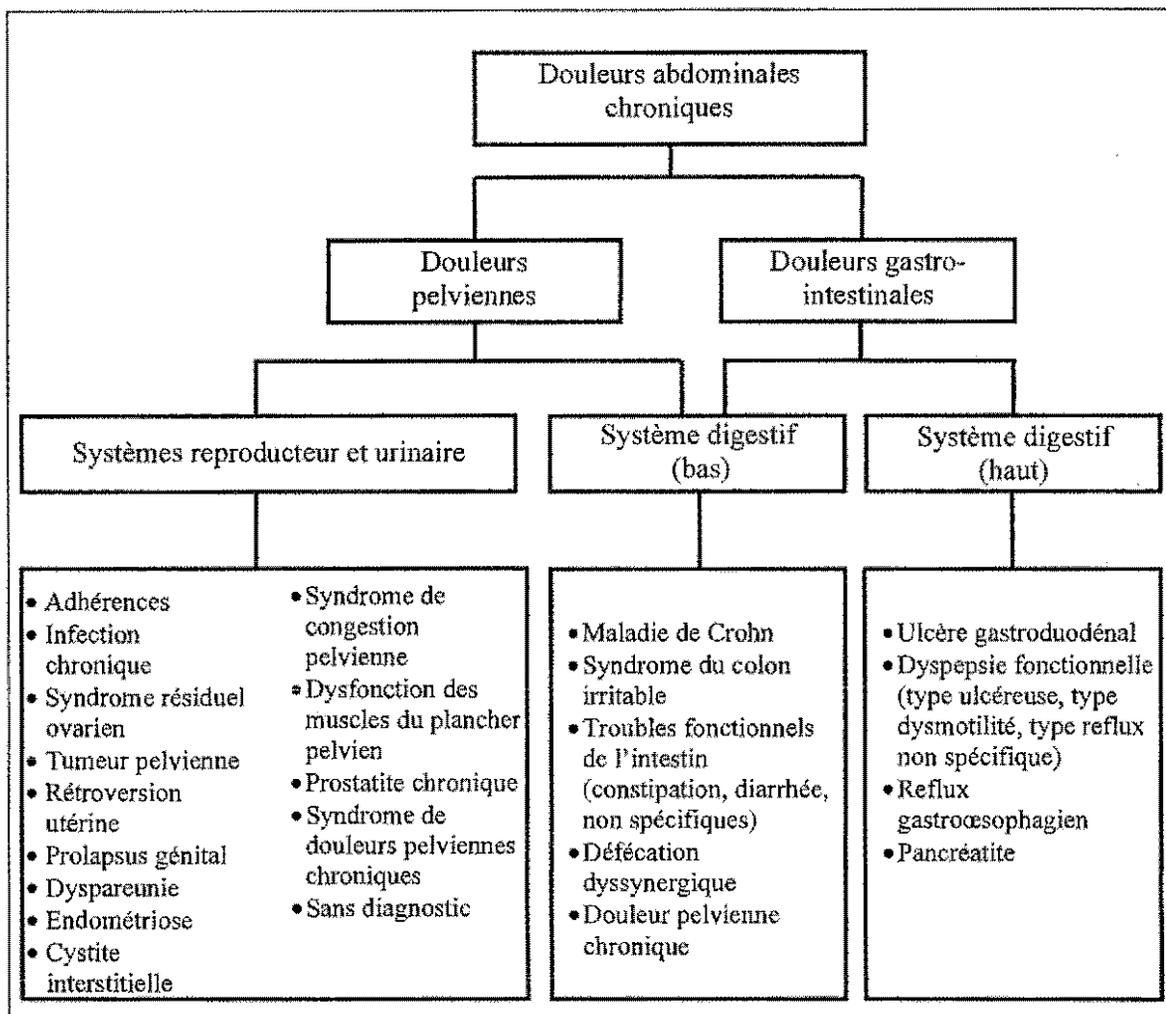


Figure 1. Regroupement des diagnostics selon les catégories de douleurs abdominales chroniques

Pour leur part, les douleurs gastro-intestinales se définissent généralement selon les critères du Rome III : système de classification international des troubles fonctionnels gastro-intestinaux (Drossman, 2006). Elles impliquent la présence de douleur pendant au moins 12 semaines, non nécessairement consécutives, pendant les 12 derniers mois. Les troubles peuvent se présenter à tous les niveaux du système digestif, de l'œsophage au rectum (Corazziari, 2004). Les différents diagnostics du système gastro-intestinal se distinguent en deux principales catégories, soient les troubles associés au système digestif haut et ceux associés au système digestif bas.

On différencie également deux types d'affections, soient les maladies organiques (ex : maladie de Crohn) et les troubles digestifs fonctionnels (TDF) – appelés aussi troubles fonctionnels gastro-intestinaux (TFGI) (ex : syndrome du colon irritable). Tel que l'indique la figure 1, la distinction entre les différentes catégories de douleurs abdominales chroniques n'est pas systématique. En effet, les troubles reliés au système digestif bas peuvent être classés dans les douleurs gastro-intestinales et dans les douleurs pelviennes.

Dans le cas d'un trouble présentant une lésion ou une anomalie organique, le diagnostic sera posé de façon précise suite à une évaluation médicale. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'un trouble fonctionnel, c'est-à-dire sans pathologie apparente, le diagnostic repose sur une évaluation clinique et dépend principalement du spécialiste qui l'effectue (Wessely et al., 1999). Une personne qui présente une douleur chronique à la partie inférieure de l'abdomen peut recevoir, par exemple, un diagnostic de colon irritable si elle est évaluée par un gastroentérologue, ou encore un diagnostic de douleur pelvienne chronique si elle est évaluée par un gynécologue.

Les gens souffrant de DAC présentent également un taux de comorbidité élevé. Des données concernant le syndrome du colon irritable (SCI) par exemple démontrent qu'environ la moitié de la population qui en souffre rencontre les critères diagnostiques de douleur pelvienne chronique, la moitié d'entre eux présentent aussi les critères diagnostiques de fibromyalgie et certains souffrent également de lombalgie chronique, fatigue chronique, dyspareunie et plusieurs autres troubles (Whitehead et al., 2002). Selon ces auteurs, plusieurs hypothèses tentent de justifier ce phénomène de comorbidité : l'hypersensibilité viscérale, des déficits au niveau du contrôle inhibiteur diffus nociceptif, l'hyperactivité musculaire, la réaction au stress ou encore des facteurs d'ordre psychologique. Il semble toutefois qu'aucun consensus n'existe quant à l'origine de cette manifestation.

Notons que l'enchevêtrement des différents symptômes contribue à accentuer le phénomène de comorbidité. Ainsi, la même personne peut se voir attribuer plusieurs diagnostics en relation avec ses douleurs abdominales (ex : douleurs pelviennes chroniques, SCI, douleur fonctionnelle ano-rectale, dyspepsie fonctionnelle, douleur thoracique non cardiaque). Cette situation entraîne nécessairement une grande variabilité au niveau des études de prévalence (Drossman, 2006).

1.2 Prévalence des douleurs abdominales chroniques

Identifier la prévalence de chacun des types de DAC demeure un défi. Certaines études par exemple présentent des données concernant la prévalence liée au syndrome du colon irritable (SCI) seulement, qui est estimée à 22% dans la population adulte (Nicholl et al., 2007), tandis que d'autres s'intéressent à l'ensemble des TFGI, qui affecteraient de 4% à 20% de la population générale et seraient à l'origine d'une consultation sur trois chez le gastro-entérologue (Ducrotte, 2005). Bien qu'on observe généralement une prévalence supérieure des TFGI chez les femmes (Chang et al., 2006), ce n'est pas nécessairement le cas pour tous les diagnostics. La dyspepsie fonctionnelle (digestion pénible et douloureuse) par exemple semble présenter une prévalence supérieure chez la population masculine.

Également, certaines études évaluent la prévalence des douleurs pelviennes chroniques en excluant le SCI, tandis que d'autres les incluent. C'est le cas notamment de Zondervan et son équipe (2001) qui estiment que les douleurs pelviennes chroniques accablent environ 24% des femmes âgées de 18 à 50 ans et que les problèmes les plus fréquents sont le SCI et les douleurs d'ordre uro-génital.

Il est également important de mentionner que la majorité des femmes souffrant de DAC expérimentent un amalgame de plusieurs types de troubles, par exemple : SCI + incontinence + dyspareunie (douleurs au cours des rapports sexuels) (Zondervan et Kennedy, 2005).

En ce qui concerne la population masculine, on estime de 5% à 16% la proportion des hommes qui expérimentent un problème de douleur pelvienne chronique (DPC) au cours de leur vie (Krieger et al., 2002). Cette donnée n'inclue toutefois pas le SCI; les problèmes les plus fréquents rapportés sont la prostatite chronique et le syndrome de douleurs pelviennes chroniques (Walz et al., 2007).

Ces quelques données nous permettent de constater une absence de consensus dans les définitions associées à chaque type de trouble. Ainsi, les résultats des études de prévalence dépendent essentiellement des critères utilisés par chaque équipe de chercheurs pour classer les différents symptômes et présentent une grande variabilité. Il est donc difficile de déterminer la prévalence avec précision.

1.3 Les causes des douleurs abdominales chroniques

Certaines caractéristiques propres aux douleurs chroniques, notamment leur persistance et l'absence de pathologie apparente, représentent une réalité qui nécessite une conceptualisation différente de la douleur, tel que le propose le modèle circulaire de la douleur de Marchand (2009). Cette perspective suppose une interaction entre les composantes biologiques et psychosociales pour expliquer le phénomène de la douleur chronique. La direction du lien de causalité partage les professionnels de la santé. Une partie d'entre eux croient qu'à l'origine, un trouble physique cause des douleurs chroniques et engendre ainsi des problèmes psychologiques (ex : la dépression).

L'autre partie croit plutôt l'hypothèse que les douleurs chroniques constituent l'expression somatique d'un trouble psychologique (Grace, 2000). Pour notre part, on ne privilégie ni l'une ni l'autre de ces croyances. L'interaction entre ces deux composantes est tellement étroite que nous les traitons ici toutes les deux. Dans les pages qui suivent, nous verrons plus en détail la composante biologique et la composante psychosociale.

1.3.1 Biologiques

La composante biologique comporte plusieurs groupes anatomiques disposant d'une innervation spécifique. Vu leur rôle important dans la DAC, ils sont décrits séparément.

Rappelons que la cavité abdominale est délimitée à la partie supérieure du tronc par le diaphragme et à la partie inférieure par le plancher pelvien. L'abdomen est composé principalement de muscles et d'organes. Chacun de ces groupes anatomiques dispose d'une innervation spécifique. Vu leur importance dans la problématique, nous les étudierons séparément en identifiant leur rôle potentiel dans les douleurs abdominales chroniques.

1.3.1.1 Hypersensibilité viscérale

Certains organes contenus dans la cavité abdominale, notamment ceux reliés au système digestif, sont composés d'une couche de muscles lisses dont les contractions sont involontaires, comme le péristaltisme de l'intestin ou pour permettre le broyage des aliments dans l'estomac. Les parois de ces organes possèdent une faible quantité de récepteurs qui sont associés essentiellement au système nerveux autonome. Ils sont dotés notamment de mécanorécepteurs sensibles au degré d'étirement des organes et de chimiorécepteurs qui réagissent au taux de CO₂ dans le sang.

L'influx nerveux est ainsi transmis par les voies sympathiques et parasympathiques, puis une fois les signaux reçus au niveau des centres supérieurs, une réaction motrice autonome est déclenchée et ajuste l'action des muscles lisses. En d'autres mots, les organes viscéraux sont sensibles à la distension, à l'inflammation et à l'ischémie. Leur réglage automatique n'est généralement pas reconnu consciemment (Tortora et al., 1999).

Des études récentes révèlent également la présence de fibres afférentes nociceptives au niveau des organes viscéraux ; ces dernières seraient normalement silencieuses et deviendraient sensibilisées par l'inflammation (Al-Chaer et Traub, 2002). La convergence des informations nociceptives provenant des viscères et de celles provenant de la périphérie rend souvent difficile l'identification de l'origine de la douleur; il s'agit de douleur référée (Marchand, 2009). Ces particularités anatomiques et physiologiques expliquent que la douleur viscérale soit souvent définie comme étant vague, diffuse, ondoyante, difficile à localiser. Elle est souvent interprétée comme de l'inconfort, une sensation désagréable.

Notons également que dans le cas de la douleur viscérale, l'intensité de la douleur ressentie ne reflète pas nécessairement la sévérité de la condition. Une douleur importante peut être causée par le passage de gaz dans l'intestin, alors qu'une condition sévère comme un cancer du colon n'occasionnera parfois aucune douleur (Al-Chaer et Traub, 2002).

Concernant les douleurs abdominales chroniques, des études supportent maintenant l'hypothèse de l'hypersensibilité viscérale, notamment dans les troubles de colon irritable (Azpiroz et al., 2007). Ce postulat est généralement confirmé par un seuil de douleur plus bas, une plus grande sensibilité aux distensions répétées et une douleur qui s'étend au-delà de la zone distendue (région ano-rectale).

Les observations permettant d'évaluer ces phénomènes sont obtenues par des techniques spécialisées, telles la manométrie et le barostat, qui permettent d'analyser les variations de l'activité musculaire des muscles lisses. Bien que l'hypersensibilité viscérale puisse être démontrée au niveau cortical par des techniques comme la tomographie par émission de positons (TEP) ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM), les mécanismes à l'origine de ce phénomène demeurent encore mal compris.

1.3.1.2 Dysfonction musculaire

Une considération particulière doit être apportée à la composante musculaire dans le traitement des symptômes associés aux DAC. Considérant que les muscles composant la cavité thoraco-abdomino-pelvienne représentent un ensemble fonctionnel indissociable, la dysfonction de l'un ou l'autre de ces groupes de muscles se répercute nécessairement sur le reste de la structure musculaire de ce « contenant » (Guillarme, 2004).

Les caractéristiques structurales et fonctionnelles des muscles squelettiques diffèrent des muscles lisses à plusieurs égards. Ils sont composés de fibres rouges et blanches, ces dernières ayant des particularités et des fonctions qui leurs sont propres. Ces muscles contiennent de nombreux nerfs et vaisseaux sanguins et leur contraction nécessite un apport important en nutriments et en oxygène. Les fibres musculaires squelettiques possèdent plusieurs récepteurs, dont des nocicepteurs qui sont à l'origine du message douloureux. Ces afférences sont transportées aux centres supérieurs par l'entremise du système nerveux central où elles sont interprétées. Toutefois, contrairement aux messages reçus des muscles lisses, les réactions qui découlent de l'interprétation de ces informations sont généralement volontaires (Tortora et al., 1999).

Il existe deux types de fibres musculaires striées, soient les fibres toniques (muscles locaux) responsables généralement du tonus musculaire, de la posture et de la contention des organes, et les fibres phasiques (muscles globaux) qui sont responsables principalement des mouvements. Plus précisément, au niveau de la région abdomino-pelvienne, on retrouve les deux catégories de muscles. Les principaux muscles responsables de la posture et du tonus de base sont le transverse de l'abdomen, les fibres médianes du carré des lombes, les fibres profondes psoas-iliaque et les multifides. Quant aux muscles responsables des différents mouvements de cette région, on retrouve notamment le muscle droit de l'abdomen, les obliques internes et externes, les fibres antérieures du psoas, ainsi que plusieurs muscles dorsaux, lombaires et fessiers. Plus précisément au niveau du plancher pelvien, on distingue trois couches de muscles : (i) un plan superficiel (périnée), (ii) un plan moyen (diaphragme urogénital) et (iii) un plan profond (diaphragme pelvien). Ce dernier plan est subdivisé en deux parties, soient le diaphragme pelvien interne et le diaphragme pelvien externe. Cette couche de muscles, qui a la forme d'un hamac, est composée notamment d'un ensemble de muscles regroupés sous l'appellation de *releveur de l'anus* (figure 2).

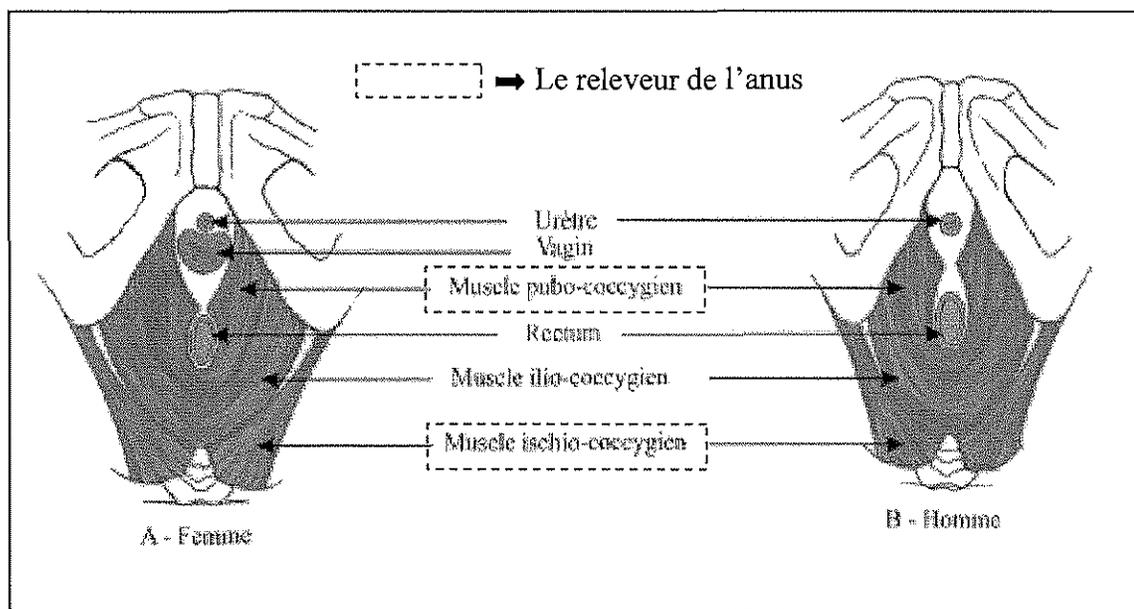


Figure 2. Diaphragme pelvien externe - tirée et adaptée de Guillaume (2004).

La composante musculaire de plusieurs types de DAC est maintenant bien démontrée. Des études présentent une relation entre le syndrome de douleur pelvienne chronique (SDP) chez l'homme et une dysfonction musculaire au niveau du plancher pelvien (Hetrick et al., 2003). Potts et son équipe (2003) rapportent également que la prostatite chronique serait plus souvent une problématique d'ordre musculaire plutôt qu'une infection au niveau de la prostate. Des dysfonctions au niveau du plancher pelvien se révèlent également être à l'origine de différents troubles tels la constipation dyssynergique et l'incontinence urinaire et fécale (Bharucha, 2006). Certaines techniques permettent maintenant d'identifier clairement le fonctionnement de l'ensemble des muscles de la paroi abdominale et ainsi d'identifier les mécanismes à l'origine de différentes catégories de troubles abdominaux chroniques (Bo et Sherburn, 2005).

1.3.2 Psychosociales

Au-delà des composantes biologiques impliquées dans la douleur, nous savons maintenant que d'autres facteurs jouent un rôle important dans sa perception, son interprétation et sa modulation. En effet, un même stimulus nociceptif sera vécu différemment d'un individu à un autre en fonction de plusieurs facteurs tels la culture, l'expérience passée et l'état émotionnel ; ainsi, la douleur est une expérience subjective dont les différentes composantes (nociceptive, sensori-discriminative, motivo-affective et comportementale) ne peuvent être dissociées (Marchand, 2009). Conséquemment, il est possible de moduler la perception de la douleur en intervenant sur l'une ou l'autre de ces composantes.

Les différents mécanismes neurophysiologiques à l'origine du phénomène de modulation de la douleur par les centres supérieurs sont complexes et demeurent partiellement compris. Il est toutefois intéressant de noter que ce champ de connaissance apporte une contribution importante dans le domaine du traitement de la douleur chronique.

Coughlin et ses collaborateurs (2000) par exemple ont démontré qu'une diminution de l'attribution du lieu de contrôle externe associé à la chance constitue un élément relié à la réussite du traitement. De son côté, Cross (2006) rapporte dans une étude qu'un contrôle externe (chance) élevé est associé à un plus haut taux de visites chez le médecin. Certains chercheurs ont également rapporté une relation inversement proportionnelle entre la qualité de vie et la dramatisation de la douleur (Lame et al., 2005; Nijs et al., 2008).

En fait, l'implication de facteurs psychologiques et sociaux est clairement démontrée dans plusieurs types de DAC, tels le SCI (Bennett et al., 1998) et les DPC. Ces composantes sont d'ailleurs à l'origine de plusieurs conséquences importantes associées à la problématique, comme nous le verrons dans la section suivante.

1.4 Conséquences des douleurs abdominales chroniques

Les douleurs abdominales chroniques ne sont pas des maladies qui menacent directement la vie des personnes qui en sont atteintes. Toutefois, les conséquences qui en découlent sont nombreuses et variées. Elles se répercutent sur tous les aspects de la vie de l'individu : absentéisme au travail, baisse de productivité, baisse du niveau d'énergie, détresse psychologique, anxiété, dépression, dégradation de la vie familiale, bouleversement de la relation de couple et détérioration de la qualité de vie (Duffy, 2001; Stones et al., 2000).

En plus de ces conséquences associées à la douleur, le fait d'être confronté au scepticisme des médecins face à cette douleur entraîne souvent le sentiment de n'être pas compris ou pas cru. Cette situation provoque de la frustration et compromet la relation entre patient et intervenant (Kenny, 2004). On rencontre également souvent de la colère et de l'insatisfaction chez les individus aux prises avec des douleurs abdominales auxquelles on n'arrive pas à trouver, ni un diagnostic, ni un traitement satisfaisant (Slade et Cordle, 2005).

Les DAC représentent également un fardeau socio-économique important, soit par des coûts directs (consultation, méthodes de diagnostic, traitements, etc.) et des coûts indirects (absentéisme) (Ducrotte, 2005). Ainsi, on constate que la complexité relative aux DAC, dont les conséquences sont multidimensionnelles, impose une intervention qui va au-delà d'un problème physique. De plus, les limites des traitements entraînent de l'insatisfaction tant de la part du thérapeute que du client et deviennent ainsi une partie du problème.

1.5 Traitements

Dans le système de santé, les différents types de DAC relèvent de spécialités médicales différentes. Étant donné les difficultés entourant le diagnostic, ajouté à l'évidence de la perspective multidimensionnelle, il n'est pas étonnant de constater une absence de consensus sur la prise en charge de cette problématique.

1.5.1 Traitements pharmacologiques et chirurgicaux

Parmi les interventions médicales traditionnelles, nous retrouvons principalement les traitements chirurgicaux et pharmacologiques. Il existe plusieurs types de chirurgies utilisées pour le traitement des DAC, notamment la laparoscopie chirurgicale, l'hystérectomie partielle ou complète, la colectomie et plusieurs autres.

Quant aux médicaments, les principales catégories sont les antidépresseurs, les anxiolytiques, les antidouleurs, les anti-inflammatoires (dans les cas de maladies chroniques inflammatoires), les antidiarrhéiques et les laxatifs (principalement dans le traitement du SCI). Notons que les traitements invasifs et pharmacologiques ont souvent des effets secondaires négatifs, voire même irréversibles dans certains cas de chirurgie. De plus, peu de données supportent leur efficacité (Strzempko et Chesla, 2007).

Il est également important de noter qu'en plus d'agir essentiellement sur les symptômes, ces différents types de traitements sont tributaires de ressources externes à l'individu, qui dépend ainsi du système médical. Autrement dit, ils ne lui permettent pas de développer ses propres ressources internes pour accroître le contrôle sur sa situation.

1.5.2 Autres traitements

La complexité des diagnostics de la DAC et ses conséquences multidimensionnelles ont fait émerger de nouvelles approches de traitements qui intègrent les composantes psychosociales du problème.

L'hypnothérapie par exemple s'avère en partie efficace pour les troubles liés à la motilité gastro-intestinale, due à son impact sur le stress et les émotions (Houghton et al., 2002). Certaines études ont également démontré des effets positifs dans le traitement des TFGI lorsque la composante psychologique est aussi prise en charge (par hypnothérapie, psychothérapie, antidépresseurs) (Levy et al., 2006). Enfin, on sait maintenant que des habiletés personnelles telles la communication et la relaxation sont des ressources importantes à exploiter (Bennett et al., 1998; Slade et Cordle, 2005).

Il existe d'autres types de traitements qui sont, quant à eux, orientés vers la rééducation musculaire, ce qui est logiquement corrélé à l'évidence de l'implication de la composante pariétale dans plusieurs types de DAC. L'approche la plus utilisée et la plus reconnue est certainement le biofeedback. Son efficacité est démontrée dans le traitement de plusieurs problèmes associés aux DAC, dont la douleur pelvienne chronique (Cornel et al., 2005), la prostatite chronique (Potts, 2003), les troubles fonctionnels de constipation (Chiarioni et al., 2006), l'incontinence fécale (Chiarioni et al., 2002) et l'incontinence urinaire (Jundt et al., 2002).

Les principales techniques de biofeedback utilisées sont la manométrie et l'électromyographie (EMG). La manométrie ano-rectale est employée principalement pour la rééducation musculaire dans les cas de constipation fonctionnelle ou d'incontinence fécale. Elle consiste à insérer dans l'anus une sonde munie d'un ballonnet gonflable qui sera localisé au niveau du rectum.

Les différentes mesures saisies sont les variations de la pression à l'intérieur du canal anal et la sensibilité rectale (douleur, envie de déféquer). Cette technique est également utilisée pour évaluer l'hypersensibilité viscérale telle que mentionnée plus haut. Fait intéressant, en ce qui concerne l'utilisation du biofeedback dans le traitement de l'incontinence fécale, Chiarioni et son équipe (2002) ont démontré que son efficacité est attribuable davantage à l'amélioration de la perception rectale qu'à l'augmentation de la force musculaire ano-rectale.

Dans le cas de la rééducation périnéale pour le traitement de l'incontinence urinaire, l'EMG s'effectue en introduisant une sonde intravaginale ou en utilisant des électrodes de surface pour mesurer l'activité musculaire. Le feedback perçu par le patient lui permet d'ajuster l'intensité de sa contraction. Cette technique s'est avérée efficace tant chez l'homme (Clemens et al., 2000) que chez la femme (Jundt et al., 2002).

Si le biofeedback s'avère une approche intéressante, son application technique présente plusieurs limites. D'abord, le recours à des appareils spécialisés ainsi que l'assistance d'un spécialiste constituent des facteurs qui réduisent considérablement l'accessibilité au traitement. De plus, l'insertion de différents accessoires dans les orifices naturels s'avère essentiellement désagréable. Et enfin, le traitement est encore une fois tributaire d'une ressource extérieure à l'individu.

Une autre approche appelée « *body awareness therapy* » a récemment été expérimentée pour traiter des cas de SCI (Eriksson et al., 2007). Ce type d'intervention vise autant la composante psychologique que physique du problème.

Ainsi, des exercices de posture, de coordination, de respiration, de relaxation et de « conscience du corps » sont présentés aux participants par des physiothérapeutes. Effectué en groupe de 7 à 10 personnes, le traitement comprend 24 rencontres échelonnées sur 24 semaines. Les résultats de l'étude rapportent une amélioration significative de l'état de santé des participants, tant au niveau physique que psychologique. Il s'agit d'une approche intéressante qui considère les différents aspects du problème. Une limite : l'intervention nécessite un nombre élevé de rencontres. Notons également que 30% des participants ont abandonné avant la fin du traitement et n'ont pas été considérés comme un échec dans les résultats de l'étude.

Dans le même ordre d'idée, Haugstad et son équipe (2006) ont démontré certaines caractéristiques communes à un groupe de femmes souffrant de douleurs pelviennes chroniques, notamment des problèmes de posture, de coordination ainsi qu'une respiration thoracique. Ils ont également relevé une hypertrophie et une raideur musculaire significatives à la région du psoas-iliaque et des droits de l'abdomen.

Au-delà de l'hypnothérapie, du biofeedback et du « *body awareness therapy* », un traitement en groupe, appelé École interactionnelle de douleur chronique (ÉIDC), est utilisé avec succès depuis plus de dix ans pour traiter la lombalgie chronique (Charest et al., 1996) et, plus récemment, la fibromyalgie (de Souza et al., 2007). Dans la présente étude, notre choix d'appliquer l'ÉIDC aux douleurs abdominales chroniques repose sur ses principales caractéristiques novatrices suivantes : un nombre restreint de rencontres, la non utilisation d'appareils spécialisés ou invasifs, la maximisation du confort des patients durant les rencontres, l'usage d'un contrat thérapeutique convenu avec le client incluant ses objectifs personnels et des interventions axées sur le développement de ses compétences et ses ressources personnelles.

1.6 École interactionnelle de douleur chronique

Notre choix d'appliquer l'ÉIDC aux douleurs abdominales chroniques repose aussi sur la pertinence de son cadre théorique et, plus spécifiquement, sur ses bases *systémique* et *stratégique (tactiques thérapeutiques)*.

1.6.1.1 Base systémique

L'approche interactionnelle repose sur le principe de causalité circulaire. À l'inverse de la causalité linéaire (A entraîne B ; B entraîne C ; C entraîne D, etc.), la causalité circulaire implique une chaîne d'événements dans laquelle A entraîne B ; B entraîne C ; mais C renvoie à A. Autrement dit, l'effet influence la cause. Appliquée à un système humain, la causalité circulaire implique que chacun des individus s'influencent l'un l'autre à travers leurs communications.

Dans une perspective interactionnelle, l'intervention repose sur la description du problème, des *solutions tentées* et des *exceptions*. Également soumises au principe de causalité circulaire, les solutions tentées maintiennent le problème. En fait, certaines personnes demeurent persuadées que les actions qu'elles posent pour régler leur problème deviendront efficaces si elles persistent dans leurs efforts. Et c'est ce qu'elles font en essayant toujours un peu plus de la même chose. Pour d'autres, le répertoire de solutions est simplement limité à ce qu'ils font actuellement. C'est la seule solution qu'ils connaissent. À la base de l'École interactionnelle, le modèle systémique et stratégique considère que :

La persistance du problème résulte essentiellement d'un cercle vicieux – un circuit en boucle – entre certains comportements (ou symptômes) indésirables et des efforts inopérants (les *solutions tentées*) pour les éliminer. À travers ce lien de causalité circulaire et en dépit de tentatives bien intentionnées et souvent logiques en apparence, les solutions déployées pour résoudre le problème finissent par le maintenir. (Charest et Perron, 2000, p. 155)

À l'inverse, les exceptions représentent les moments où le problème n'existe pas, ou encore, les moments où l'intensité ou la fréquence du problème est plus faible. On encouragera donc systématiquement le client à utiliser les moyens qui lui permettent de faire apparaître ces moments d'exception. Les informations liées aux solutions tentées et aux exceptions constituent ainsi la pierre angulaire de l'intervention stratégique.

En plus de la causalité circulaire, les stratégies utilisées dans l'approche interactionnelle sont soutenues par quatre propriétés simples de la communication (axiomes) qui régissent les interactions à l'intérieur des systèmes.

L'impossibilité de ne pas communiquer, une propriété simple mais étonnante, stipule que tout comportent, verbal ou non-verbal, a valeur de message. Par exemple, détourner notre regard d'une personne parce qu'on ne veut pas lui parler communique par le fait même à cette personne un message, qui provoquera inévitablement une réaction de sa part.

Chaque message comporte *un contenu et une relation*. L'information transmise représente le contenu. L'aspect relationnel, qui s'exprime essentiellement par des comportements non-verbaux, indique plutôt de quelle façon le message devrait être compris. À titre d'exemples, le ton de la voix, le regard et la proximité donnent des indices sur le sens qu'un individu veut donner à son message.

La communication s'effectue de façon *symétrique ou complémentaire*. L'utilisation de l'un ou l'autre de ces modèles ne dépend pas de ce qui se dit dans une discussion, mais de la position de chacun des interlocuteurs par rapport au sujet discuté. Ainsi, une interaction symétrique est utilisée lorsque les partenaires s'efforcent de maintenir l'égalité en donnant et en recevant dans une même proportion. C'est le cas par exemple de deux amis qui planifient leur prochaine excursion de pêche.

À l'inverse, une interaction complémentaire implique que le comportement de l'un complète celui de l'autre. Si l'un des deux amis pêcheurs est architecte et que le second planifie la construction d'une maison, les échanges sur ce sujet s'effectueront de façon complémentaire, l'un profitant de l'expertise de l'autre. Comme le démontre l'exemple précédent, l'utilisation de ces deux modèles fluctuent au gré des échanges. Plus précisément, dans le cas de l'École interactionnelle, la tactique thérapeutique *expert, non expert ou égalitaire* réfère à ces deux modèles fondamentaux de communication (voir Base stratégique).

Enfin, la communication prend une forme *verbale ou non verbale*. Le langage verbal communique généralement le contenu du message, tandis que le langage non verbal sert à établir et maintenir les relations interhumaines. Responsable des deux tiers de la perception d'un message (Knapp, 2002; Siegel, 1992), un comportement non verbal peut être produit volontairement pour influencer un individu. Les trois principaux dispositifs de communication non verbale sont le regard, la voix et l'expression faciale.

La base systémique présentée dans cette section joue un rôle primordial dans l'établissement et le maintien de l'alliance thérapeutique, qui découle essentiellement de l'interaction entre clients et praticiens. Certaines particularités de l'École interactionnelle ciblent cette composante : toutes les séances sont animées par les deux mêmes praticiens, les patients et les praticiens s'engagent mutuellement par la signature d'un contrat, une pause de 15 minutes est prévue à chaque rencontre et permet des échanges informels, l'expertise des patients est considérée par les praticiens, chaque patient reçoit une routine motrice personnalisée (voir description de l'ÉIDAC – chapitre 2). La particularité d'un traitement de groupe quant à elle rend possible l'interaction entre plusieurs patients aux prises avec une problématique similaire (une douleur abdominale chronique). Ces derniers ont ainsi l'opportunité d'échanger sur leurs expériences et de partager des trucs. Puis enfin, la prescription de tâches, qui est présentée dans la section suivante, considère l'interaction entre le patient et son entourage.

1.6.1.2 Base stratégique

Pour mettre en œuvre la démarche stratégique, les praticiens de l'ÉIDC s'appuient sur des tactiques thérapeutiques. Une tactique thérapeutique désigne un ensemble de moyens coordonnés et pratiques disposés conformément au but poursuivi : apprendre à s'autotrainer. Ces tactiques modifient chez le patient la vision qu'il a de sa situation, le faisant passer de « victime » de son problème à « capable de composer » avec ce problème.

Les huit tactiques thérapeutiques utilisées dans l'ÉIDAC sont résumées dans le tableau 1. L'utilisation de la tactique thérapeutique *Client ou touriste* sera expliquée dans la section 4.4.4 - Bilans interactionnel et fonctionnel) et l'utilisation des sept autres sera présentée à l'intérieur de la description de l'intervention (L'École interactionnelle de douleurs abdominales chroniques) dans le chapitre suivant.

Tableau 1
Tactiques thérapeutiques utilisées à l'ÉIDAC

Tactiques	Actions du praticien
1. Client ou touriste	Évaluer si le participant est « client »; s'il est « touriste », le rendre « client ».
2. Expert, non expert ou égalitaire	Adopter, à mesure qu'évolue le traitement, une position de non expert, une position d'expert ou une position égalitaire adaptée aux particularités du client et à la spécificité de la situation.
3. Marge de manœuvre	Conserver la possibilité de choisir ou de modifier sa position au gré de l'évolution du traitement (ex. : savoir faire demi-tour).
4. Changement minimal	Convenir du changement minimal attendu par le client à l'ÉIDAC (contrat).
5. Recadrage	Fournir une explication verbale qui change le sens conceptuel ou émotionnel d'une situation particulière tout en restant compatible avec le cadre de référence du client.
6. Avancer lentement	Inciter le client à ralentir en le mettant en garde contre le danger d'aller trop vite.
7. Échelle analogique	Utiliser une échelle analogique (visuelle de 10 cm ou verbale de 0 à 10) pour : (i) pour quantifier le changement, (ii) communiquer avec précision son état actuel, (iii) moduler les attentes du client et (iv) convenir du changement minimal en contournant la difficulté des clients incapables de décrire en termes concrets leur problème ou le résultat visé à l'ÉIDAC.
8. Épilogue	Demander au client d'expliquer (et ainsi de s'expliquer) le contrôle qu'il exerce désormais sur son problème.

Compte tenu de l'efficacité de l'école interactionnelle sur d'autres conditions de douleurs chroniques (lombalgie, fibromyalgie), tout porte à croire que ce type d'intervention pourrait contribuer à améliorer la prise en charge des DAC.

2 L'ÉCOLE INTERACTIONNELLE DE DOULEURS ABDOMINALES CHRONIQUES

L'ÉIDAC a été élaborée à partir des bases systémique et stratégique décrites précédemment. Cette section présente une description plus détaillée de l'ÉIDAC. Le contexte propre au déroulement des séances de l'École interactionnelle sera suivi du déroulement des rencontres.

2.1 Contexte général

L'École interactionnelle de douleurs abdominales chroniques (ÉIDAC) se déroule en sept séances, échelonnées sur trois mois, suivie d'une rencontre (relance) quatre mois plus tard. Plus précisément, les trois premières rencontres de l'École surviennent sur une base hebdomadaire. Ensuite, les 4^e, 5^e et 6^e rencontres ont lieu aux deux semaines. Enfin, la 7^e séance a lieu trois semaines après la rencontre précédente. Cet arrangement du calendrier n'est pas aléatoire et vise deux buts principaux. Premièrement, la répartition des sept rencontres sur une période de temps suffisamment longue (3 mois) permet de soutenir une rééducation musculaire optimale. Deuxièmement, une fois la maîtrise des exercices de base assurée par un suivi rigoureux au cours des trois premières rencontres, les semaines de relâche encouragent le développement de l'autonomie et l'intégration des apprentissages au quotidien.

Toutes les séances sont animées par les deux mêmes praticiens, favorisant l'établissement d'une alliance thérapeutique élevée et le pouvoir d'influence interpersonnel des praticiens. À l'intérieur de la salle, les clients sont disposés en « L » de façon à faciliter les échanges visuels et verbaux (voir figure 3). Le matériel disponible (tapis, chaises, ballons, oreillers et serviettes) permet à chacun des clients d'adopter une position confortable en tout temps. Ils sont régulièrement invités à bouger (se lever, marcher dans la salle) et à changer de position chaque fois qu'ils en ressentent le besoin.

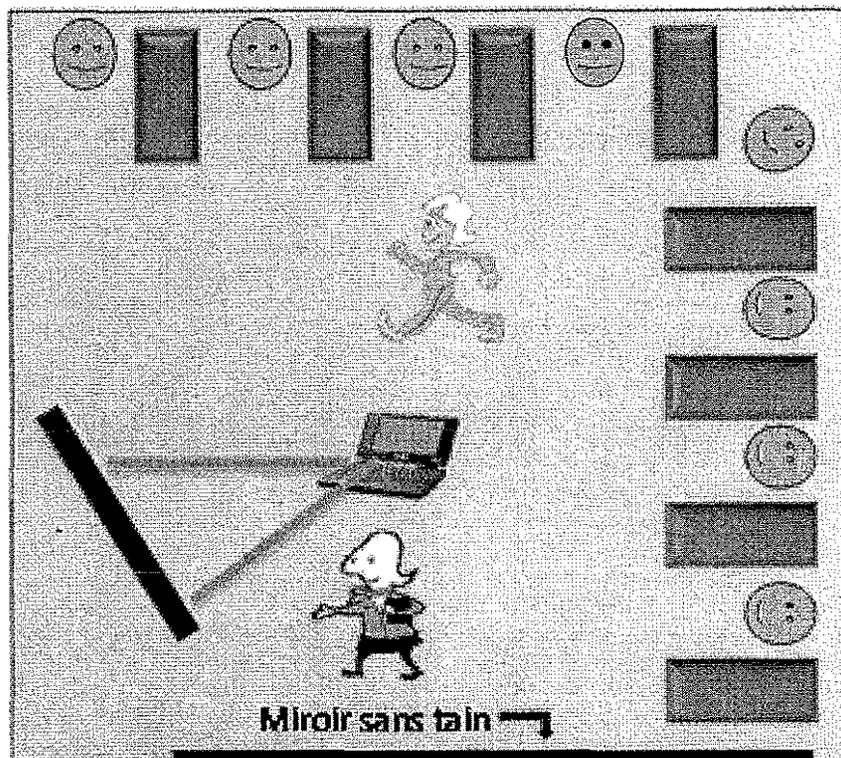


Figure 3. Disposition de la salle.

Le matériel pédagogique est présenté à l'aide de diapositives électroniques et sur support papier : chaque participant dispose d'un cartable dans lequel il place les documents papiers remis au début de chaque séance (routine motrice personnalisée, carnet de route pour noter la pratique des exercices à faire d'ici la prochaine rencontre, consigne pour une activité particulière, etc.). Il n'y a pas de prise de notes pendant la séance, laissant ainsi toute la place aux interactions entre les participants (clients et praticiens).

L'ÉIDAC constitue un programme structuré pour traiter, en groupe de huit patients, les douleurs abdominales chroniques. Son but : apprendre aux clients à s'autotrainer ou à agir différemment face à leurs douleurs. Comme nous le verrons maintenant plus en détail, l'ÉIDAC assure aux clients une trajectoire progressive et par étapes.

2.2 Déroulement chronologique

À l'exception de la première, chaque rencontre en groupe se déroule selon le plan décrit au tableau 2. Elles comportent trois périodes d'exercices et des périodes de discussions. La pause interactionnelle fait partie intégrante de l'École. Durant cette pause, les praticiens adoptent une position égalitaire avec les clients ; ils profitent de ce moment pour poursuivre leur influence et être attentifs au langage des patients. Il s'agit également d'une excellente occasion de recueillir certaines informations qui pourraient s'avérer utiles dans le cadre de l'intervention.

Tableau 2
Plan d'une rencontre

	Démarche	Durée (min.)	
1 ^{ère} partie	Accueil	5	60
	Routine motrice	30	
	Retour sur les tâches	20	
	Respiration	5	
	Pause interactionnelle	15	15
2 ^e partie	Thème de la séance (1)	15	75
	Nouvel exercice relié au thème	10	
	Thème de la séance (2) + discussions	15	
	Exercice	10	
	Synthèse	5	
	Travail à faire	10	
	Plan d'action + feedback sur la rencontre	10	
	Total	150	

2.2.1 Rencontre 1 – Le contrat

Cette première rencontre en groupe est capitale. La dynamique entre les clients ainsi que la relation entre eux et les praticiens débutent à cette rencontre. Ce dernier aspect est fondamental dans l'établissement de l'alliance thérapeutique, l'élément responsable en grande partie de l'adhérence au traitement (Abouguendia, 2004). L'objectif ultime de cette première rencontre est de s'assurer que les personnes reviennent lors des rencontres subséquentes.

Thèmes. Lors de cette séance, on débute avec chacun des clients la négociation d'un contrat (annexe 1) qu'ils devront compléter à domicile et ramener à la prochaine séance. Le contrat permet au client d'identifier des attentes réalistes et mesurables en plus de renforcer son engagement dans le programme. Il scelle également l'engagement entre les deux partis concernés et renforce l'alliance thérapeutique. Dans ce contrat, les praticiens s'engagent à diminuer la douleur des patients de façon significative et à les aider à atteindre deux objectifs personnels. De leur côté, les clients s'engagent à investir 45 minutes par jour, six jours par semaine, pour effectuer les exercices et autres tâches qui leur seront demandés tout au long du programme.

La diminution de la douleur qui sera inscrite sur le contrat se définit en termes de *changement minimal* (tactique thérapeutique). Autrement dit, on demande à chaque client d'identifier quelle serait la plus petite diminution de sa douleur qu'il pourrait atteindre, sur une période limitée de trois mois, qui lui confirmerait que sa participation à l'École a valu la peine. Sur la diapositive qui accompagne cette période de négociation, on propose des réductions variant de 5 % à 20 %. Si un client mentionne une réduction de 20%, on note sa réponse puis on poursuit la négociation. Le praticien peut demander par exemple : « *Est-ce qu'une réduction de 10% d'ici la fin de l'École signifierait que ça ne valait pas la peine d'assister aux rencontres?* ». Généralement les clients répondent qu'une réduction de 10% serait un début d'amélioration considérable qui justifierait leur participation à l'École. Le cas échéant, c'est ce pourcentage qui sera inscrit sur le contrat. En ce qui concerne les objectifs personnels, les clients doivent en identifier cinq pendant la semaine qui suit cette première séance. Au cours de la prochaine rencontre, deux de ces objectifs seront négociés tel que décrit plus loin à la rencontre 2 – Douleur aiguë.

Puis on présente également notre mascotte « Abdominus ». Comme le montre la figure 4, nous avons utilisé l'image de la maison pour représenter la structure musculaire de la paroi abdominale.

Ici notre intention était d'informer les clients, au tout début du programme, que ces muscles (ou groupes de muscles) sont impliqués d'une façon ou d'une autre dans la plupart des douleurs abdominales chroniques et que nous allons en tenir compte dans notre intervention. D'ailleurs, la co-animatrice de l'ÉIDAC est thérapeute en réadaptation physique et possède les habiletés nécessaires à l'élaboration de routines motrices adaptées. Abdominus permet d'imager avec simplicité les différents concepts présentés tout au long de l'École.

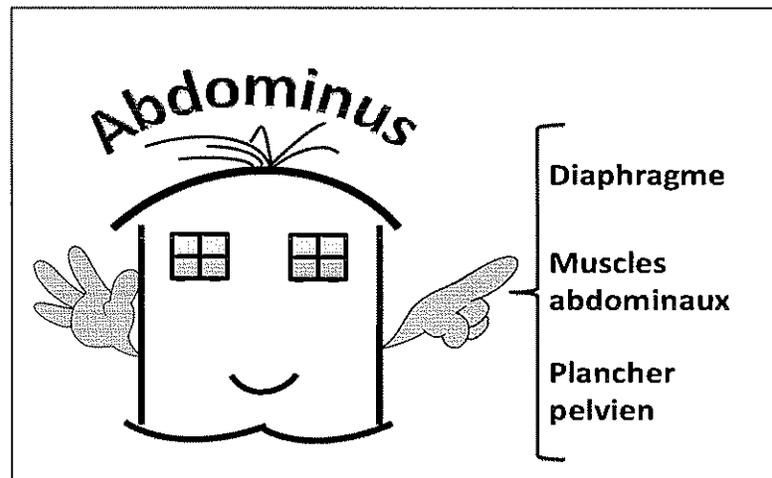


Figure 4. Abdominus : illustration des principaux muscles de la paroi abdominale

Exercices. Trois exercices sont introduits lors de cette première rencontre, soient le transfert de poids (encadré 1), la respiration abdominale en position couchée (encadré 2) et la bascule postérieure du bassin en position couchée (encadré 3).

En position debout, les pieds espacés à la largeur des épaules, on transfère le poids sur un pied puis on avance l'autre pied, comme on le fait pour initier la marche; on transfère ensuite le poids en alternance sur le pied avant, puis sur le pied arrière. Après cinq répétitions, on inverse la position des pieds et on refait cinq transferts de poids.

Encadré 1. Exercice de transfert de poids

Couché confortablement sur un tapis, les genoux pliés, on dépose une main sur le bas ventre et l'autre main sur le thorax. On inspire en gonflant le ventre et en évitant de bouger le thorax. Il faut éviter de pousser le ventre vers l'avant en forçant avec les muscles droits de l'abdomen; il faut plutôt que le ventre se gonfle suite au mouvement descendant du diaphragme.

Encadré 2. Exercice de respiration abdominale en position couchée

Le transfert de poids et la bascule du bassin visent la rééducation de la proprioception¹ et du contrôle des muscles stabilisateurs, dont les multifides et les transverses de l'abdomen. Étant donné l'importance de la rééducation de ces muscles dans le traitement, ces exercices évolueront à l'intérieur d'une progression logique tout au long du programme.

¹ « Connaissance des parties du corps, de leur position et de leur mouvement dans l'espace, sans que l'individu ait besoin de les vérifier avec ses yeux » - Définition tirée du Grand dictionnaire terminologique (Office québécoise de la langue française).

En position couchée, les genoux pliés, on effectue une légère pression sur les pieds de façon à ce que les fesses se soulèvent légèrement, tandis que le bas du dos va se déposer à plat au sol. On tient la position une ou deux secondes et on relâche lentement pour revenir à la position initiale. On répète cinq fois.

Il est important de s'assurer que la bascule se fait avec la force des jambes et des transverses (non pas en contractant les muscles droits de l'abdomen). Autrement dit, le ventre doit rester mou lorsqu'on effectue l'exercice.

Encadré 3. Bascule postérieure du bassin en position couchée

De même, l'exercice de respiration en position couchée est la première étape d'un cheminement évolutif débutant en position couchée, ensuite assise et, enfin, debout. En effet, dans la mesure où les muscles stabilisateurs d'un individu ne sont pas efficaces, l'individu compense avec ses muscles globaux (droits de l'abdomen et obliques). Afin de maintenir la posture et l'équilibre, ces muscles sont contractés en position debout; les relâcher pour effectuer une respiration abdominale entraînerait nécessairement un déséquilibre. Les exercices de respiration progresseront donc parallèlement aux exercices de stabilisation. L'objectif est d'arriver à relâcher les muscles globaux en position debout et permettre une respiration abdominale.

On ne s'attend pas à ce que les clients maîtrisent les exercices qu'on leur présente dès le départ ; il s'agit d'un apprentissage qui prend plusieurs semaines. L'important c'est de ne pas leur faire vivre d'échec, de les féliciter pour leur bon travail, ce qui les encouragera à poursuivre leurs efforts.

Les principales directives qui leurs sont données concernant les exercices sont : LENTEMENT ET SANS DOULEUR. On insiste sur le fait qu'un exercice qui occasionne de la douleur, ou qui augmente la douleur, n'est pas un exercice approprié et doit être fait différemment. La douleur fait déjà partie intégrante de leur vie, il n'est surtout pas question ici d'en ajouter.

Tâches. Deux tâches sont demandées aux clients à la fin de cette première rencontre. 1 - Compléter la liste des cinq objectifs qu'ils aimeraient atteindre d'ici la fin des rencontres (et à partir desquels on sélectionnera les deux objectifs à inscrire sur le contrat). 2 - Ne pas entreprendre d'autres traitements concernant leurs douleurs abdominales chroniques, ou cesser les autres traitements en cours, le cas échéant, pour la durée de l'École (physiothérapie, acupuncture, etc.). Cette restriction a pour but de ne pas interférer avec les résultats de l'École et n'inclut pas les traitements de nature pharmacologique sous prescription.

2.2.2 Rencontre 2 – Douleur aiguë

C'est lors de cette deuxième rencontre que les contrats sont finalisés individuellement avec chaque client avant la rencontre, pendant la pause ou après la fin de la séance. Ainsi, on sélectionne deux objectifs, parmi les cinq préalablement identifiés par le client, qu'on inscrira sur le contrat dans des termes réalistes et mesurables, en tenant compte de la courte période sur laquelle se déroule l'École (3 mois).

L'utilisation de *l'échelle visuelle analogique* est souvent utile pour quantifier des objectifs. Par exemple, l'objectif « *Avoir moins peur que la douleur empire* » pourrait être présenté, à l'aide d'une échelle de 0 (aucune peur) à 10 (la pire peur que je puisse imaginer), de cette façon : « *Passer de 8 à 6 sur l'échelle de la peur que la douleur empire* ». Une fois le contrat complété, les deux partis apposent leur signature et le client doit également faire signer un membre significatif de son entourage.

Thèmes. La douleur constitue un élément important de la motivation à intégrer l'École et c'est pour cette raison que ce sujet est abordé au début du programme. Plus précisément, l'objectif de cette rencontre est d'amener les individus à adopter une position d'*expert* face à leur problème de douleur abdominale chronique.

La stratégie d'intervention utilisée pour atteindre ce but est de les aider à identifier les techniques qu'ils utilisent pour gérer les crises aiguës et qui fonctionnent. Donc les clients, à qui on cède la position d'*expert*, sont invités à partager leurs trucs et leurs expériences. La liste des trucs est transcrite sur une feuille par une personne de l'équipe derrière le miroir et une copie est remise à chaque client à la fin de la rencontre. Cette démarche permet aux individus d'augmenter leur perception du contrôle qu'ils ont sur la gestion de leur problème en pratiquant un moyen efficace proposé par le groupe. Pour le praticien, prendre une position de non expert ne signifie pas avoir un rôle passif dans la discussion, au contraire. Ce dernier doit judicieusement orienter les conversations et *recadrer*, au besoin, les solutions non recommandables. Par exemple, si un client propose que prendre 2 ou 3 bières l'aide à soulager sa douleur parce que ça le détend, le praticien peut recadrer de la façon suivante : *donc ce que Jean nous mentionne, c'est que se détendre peut aider à soulager la douleur aiguë, est-ce bien exact Jean ?* Et le praticien inscrit sur la liste des trucs : *Se détendre.*

Puis, en relation avec l'exercice qui sera introduit, on aborde le concept de *zone neutre*. Cette dernière est présentée aux clients comme étant la zone de confort, celle où leur colonne vertébrale ne leur semble ni trop en position antérieure, ni trop en position postérieure. Elle peut s'expliquer par la posture dans laquelle ils ressentent le plus de confort, le moins de douleur, le meilleur alignement et le plus d'équilibre. Chaque individu est invité à trouver l'expression qui lui convient le mieux pour décrire cette zone.

Exercices. Lors de cette deuxième séance, on présente aux clients une routine motrice personnalisée conçue suite aux observations effectuées lors du bilan fonctionnel et qui sera ajustée à chaque rencontre selon le rythme et les particularités de chacun. Cette routine motrice doit se faire sur une durée maximale de 15 minutes. Un exemple de routine motrice est présenté à l'annexe 2. Une feuille de route est remise aux clients à chaque rencontre afin qu'ils notent le temps et le moment de la journée qu'ils consacrent à la réalisation de leur routine à la maison (annexe 3).

Chaque individu a également un programme cardiorespiratoire à effectuer trois fois par semaine et adapté à ses capacités. Par exemple, à une personne complètement inactive, nous prescrivons cinq minutes de marche, alors que la personne déjà active est invitée à choisir une activité cardiorespiratoire de son choix, d'une durée initiale de 20 minutes. À la fin du programme, la majorité des clients font de la marche ou des activités cardiorespiratoires d'une durée de 20 à 30 minutes.

À ce stade-ci, on ajoute la bascule antérieure du bassin. On entreprend donc la bascule complète du bassin (postérieure et antérieure) en position couchée (encadré 4) et en position assise (encadré 5).

Couché confortablement sur un tapis, les genoux pliés, on effectue une légère pression sur les pieds de façon à ce que les fesses se soulèvent légèrement, tandis que le bas du dos va se déposer à plat au sol. On tient la position une ou deux secondes et on relâche lentement pour revenir à la position initiale. Ensuite on entreprend de décoller les pieds du sol, sans toutefois qu'ils ne quittent vraiment le sol, pendant que le bas du dos s'arque légèrement. On répète la bascule complète cinq fois.

Il est important de s'assurer que la bascule se fait avec la force des jambes et les transverses (non pas en contractant les muscles droits de l'abdomen). Autrement dit, le ventre doit rester mou lorsqu'on effectue l'exercice correctement.

Encadré 4. Bascule complète du bassin en position couchée

Assis sur une chaise ou sur un ballon, on pousse les fesses vers l'avant, en arrondissant légèrement le bas du dos; on revient ensuite à la position de départ; on pousse ensuite les fesses vers l'arrière, de façon à arquer légèrement le bas du dos; on revient à la position de départ; on cherche la zone neutre. On répète la bascule complète cinq fois en cherchant la zone neutre après chaque bascule complète.

Encadré 5. Bascule complète du bassin en position assise

Tâches. Trois tâches sont demandées aux clients à la fin de cette troisième séance. 1 – Débuter leur routine motrice et leur programme d'activité cardiorespiratoire. 2 – Essayer un nouveau truc, parmi la liste qui leur a été remise, pour gérer les crises aiguës. 3 – À une occasion d'ici la prochaine rencontre, dire un compliment (ou un point positif) à une personne de leur entourage.

Cette troisième tâche est en relation avec l'amélioration des habiletés de communication, une des cibles de l'ÉIDAC. Trois consignes sont données pour l'exécution de cette tâche : (i) un compliment doit d'abord être sincère, (ii) il doit être relatif à une situation récente et (iii) il doit être formulé de façon brève (moins de 30 secondes) en regardant l'interlocuteur dans les yeux.

2.2.3 Rencontre 3 – Le stress

Comme nous l'avons soulevé dans la première section de ce document, nous savons que les centres supérieurs jouent un rôle important au niveau de la modulation de la douleur. Le stress notamment est un élément sur lequel on peut exercer un contrôle à partir des centres supérieurs et dont l'impact sur la douleur ressentie est bien démontré (Plews-Ogan et al., 2005). Dans le cadre de notre intervention, nous avons abordé le contrôle du stress en termes de *techniques de gestion*.

Thèmes. Lors de cette rencontre, on discute de la relation entre la respiration et le stress. Le message ici : quand le stress occasionne une respiration thoracique rapide, il est possible de le contrôler en adoptant une respiration abdominale lente. La gestion du stress est ensuite abordée de la même façon que les crises aiguës, c'est-à-dire qu'on attribue aux clients la position d'expert et à l'intérieur d'une discussion en groupe, on les invite à partager les trucs qui les aident dans la gestion de leur stress. Une liste écrite des solutions efficaces mentionnées par le groupe leur est également remise; les voilà avec de nouvelles ressources à leur disposition.

En relation avec la rééducation musculaire de la paroi abdominale, on aborde à ce moment-ci le *plancher pelvien*. On présente les trois principaux rôles de ce groupe de muscles, soient *soutenir* les organes intra-abdominaux, *retenir* les urines et les selles et *permettre* d'évacuer lorsque requis.

Exercices. À ce stade-ci s'ajoute une variante à la bascule du bassin. On effectue une bascule du bassin complète en position assise sur une chaise, sur laquelle on a préalablement déposé une serviette roulée. On demande aux clients, pendant cet exercice, de porter leur attention sur le plancher pelvien. L'objectif de cette démarche est de rétablir la proprioception de ce groupe de muscles. En basculant le bassin, le contact des muscles périnéaux avec la serviette roulée favorise la perception de cette partie du corps. En expérimentant, on constate que porter l'attention sur une partie du corps entraîne une légère contraction, qui est égale au tonus de base dans le cas du plancher pelvien. Notons que cette légère contraction des muscles du plancher pelvien favorise la contraction des muscles transverses de l'abdomen (Critchley, 2002) ; ainsi, cette évolution dans la présentation des exercices contribue à rétablir la synergie de l'ensemble de la composante musculaire de l'abdomen, qui est une partie inhérente de la rééducation musculaire et qui permet de rétablir le bon fonctionnement de l'ensemble de ces muscles (Madill, 2007; Thompson, 2006).

Tâches. À la fin de cette troisième séance, trois tâches sont demandées aux participants. 1 – À une occasion d'ici la prochaine rencontre, essayer un nouveau truc pour gérer le stress, parmi la liste qui leur a été remise. 2 – À trois reprises d'ici la prochaine rencontre, faire un compliment (ou mentionner un point positif) à un membre de leur entourage. 3 – Poursuivre leur routine motrice et leur programme cardiorespiratoire.

2.2.4 Rencontre 4 – Au quotidien

Le transfert des différents apprentissages dans la vie de tous les jours constitue la cible de cette rencontre.

Thèmes. Pendant cette quatrième séance, un document est remis aux clients. Ce document comprend un texte d'une page qui explique l'adaptation que nécessite, pour un individu, de vivre avec une douleur chronique (annexe 4).

Le tableau qui accompagne ce texte propose différentes tactiques permettant une meilleure gestion des capacités. On discute en groupe de ces différentes tactiques en demandant aux individus de donner des exemples de l'utilisation qu'on peut en faire dans le quotidien.

À ce moment-ci, on présente certaines notions relatives à l'aspect physiologique du système digestif. On aborde notamment les trois principales conditions nécessaires à la défécation : (i) le volume nécessaire pour déclencher le réflexe de masse du gros intestin, (ii) la sensation au niveau de l'ampoule rectale signalant que le contenu est prêt à sortir et (iii) la posture favorisant l'expulsion du contenu.

Exercices. On introduit la bascule complète du bassin debout, avec la recherche de la zone neutre et l'attention dirigée vers le plancher pelvien; cet exercice est appelé *stabilisation* (encadré 6).

On s'installe debout, en évitant de bloquer les genoux, les pieds à la largeur des épaules. Dans un premier temps, on rentre les fesses en pliant légèrement les genoux et en pointant le nombril vers le haut; ainsi, la courbe au bas du dos va s'atténuer. On relâche lentement et on revient à la position de départ; on pousse ensuite les fesses vers l'arrière, de façon à arquer légèrement le bas du dos; on revient à la position de départ; on cherche la zone neutre, on porte l'attention sur le plancher pelvien. On répète la bascule complète cinq fois en cherchant la *zone neutre* et en portant l'attention sur le plancher pelvien après chaque bascule complète.

Encadré 6. Exercice de stabilisation

Tâches. Cinq tâches sont demandées aux clients à la fin de cette quatrième rencontre.

1 – Disposer 10 autocollants (petits ronds rouges) dans son environnement quotidien (salle de bain, cuisine, voiture, bureau, etc.). À la vue d'un autocollant, la personne doit effectuer une stabilisation.

2 – À une occasion d'ici la prochaine rencontre, essayer un nouveau truc pour gérer ses capacités, parmi les différentes propositions du tableau de *gestion des capacités*.

3 – À une occasion d'ici la prochaine rencontre, se retenir quelques minutes lors d'une envie d'aller à la selle. Cet exercice a pour but d'explorer ce qui se passe lorsque le contenu de l'ampoule rectale n'est pas évacué (il remonte, douleur au ventre, bouchon, etc.).

4 – À une occasion d'ici la prochaine rencontre, effectuer une communication différente. La recherche montre que la communication verbale et non verbale des partenaires, particulièrement au sujet de la douleur sévère, diminue le bien-être psychologique et le support des ressources de leurs conjoints qui en prennent soin (Stephens, 2006). De plus, la capacité de bien choisir les moments de communiquer ou d'éviter de communiquer au sujet de la douleur s'avère un élément déterminant dans l'ajustement des partenaires face à la douleur chronique (Stephens, 2006).

Suivant la procédure propre au changement minimal (tactique thérapeutique), l'ÉIDAC amorce une légère modification au plan de la communication entre les clients et leur entourage. Plus spécifiquement, à cette rencontre on demande aux clients d'établir, à une occasion et au moment opportun d'ici la prochaine rencontre, une communication différente. Pour cet exercice, les clients doivent débiter la communication par un point positif et poursuivre en faisant quelque chose de différent de leur communication habituelle. Cette communication différente est brève (dure une minute ou moins) et peut prendre diverses formes : parler avec un ton de voix différent, établir un contact visuel, se rapprocher de l'interlocuteur, etc. L'objectif est de susciter une réflexion sur leur façon de communiquer, pour éventuellement l'améliorer.

5 – Poursuivre leur routine motrice et leur programme cardiorespiratoire.

2.2.5 Rencontre 5 – Nutrition

Il y a très peu d'évidence dans la littérature en ce qui concerne l'association de certains types d'aliments avec les douleurs abdominales chroniques. Une alimentation riche en gras, le manque de fibres alimentaires et l'intolérance à certains aliments sont les aspects de la nutrition qui sont le plus supportés par les études (Drisko et al., 2006; Simren et al., 2007). À l'intérieur de l'ÉIDAC, la dimension nutrition est abordée de façon simple en termes d'habitudes alimentaires de base.

Thèmes. Les trois principaux sujets abordés concernant la nutrition sont (i) la *régularité* dans la prise de repas, (ii) la *satiété* (sensation, délais, etc.) et (iii) les changements *graduels* dans l'ajout ou l'élimination de certains aliments. On discute en groupe de ces différents aspects de l'alimentation et de leur impact sur le système digestif (ex : alimentation riche en gras et manque de fibres). On poursuit sur le fonctionnement du système digestif en abordant plus en profondeur le processus de sécrétion et de réabsorption de l'eau. L'objectif est d'informer davantage les gens sur les troubles fonctionnels de diarrhée et de constipation.

Exercices. Rendu à la septième semaine du programme, on constate une amélioration dans l'accomplissement des exercices effectués par les clients, ce qu'on attribue à une meilleure condition des muscles stabilisateurs. Ainsi, on entreprend la respiration abdominale debout.

Tâches. Cinq tâches sont demandées aux clients à la fin de cette cinquième rencontre.

- 1 – Dépendamment de la situation de chaque individu, on leur attribue une tâche relative à la nutrition qui est en rapport avec l'un des trois thèmes abordés (annexe 5).
- 2 – À une occasion d'ici la prochaine rencontre, souffler dans la main (en position fermée) lors de l'effort de défécation, ce qui a pour but d'empêcher le blocage de la respiration (Valsalva).

Cette prescription de tâche représente un 180°. Proposer une tâche à 180° signifie prescrire une action à l'opposé de ce que le client fait habituellement. Par exemple, expirer est une action à l'opposé de bloquer la respiration.

En fait, en questionnant les clients sur leurs habitudes de défécation lors du bilan fonctionnel, la majorité d'entre eux révèle effectuer une manœuvre de Valsalva lors de l'effort pour déféquer. Autrement dit, ils forcent en bloquant leur respiration et en contractant l'ensemble des muscles intra-abdominaux, ce qui entraîne automatiquement une contraction des muscles du plancher pelvien, dont les sphincters, et empêche le contenu d'être évacué (Neumann et Gill, 2002; Sapsford et Hodges, 2001). En soufflant dans la main fermée, on évite de bloquer la respiration, réduisant ainsi la pression intra-abdominale et par le fait même, la contraction des muscles du plancher pelvien. 3 – On demande aux gens qui expérimentent des problèmes de diarrhée de se retenir quelques minutes lorsqu'ils ressentent l'envie d'aller à la selle. Cet exercice permet une meilleure réabsorption de l'eau par le colon, assurant ainsi une consistance plus solide des selles, ce qui leur sera expliqué à la prochaine rencontre. 4 – Effectuer une communication efficace d'ici la prochaine rencontre. Les différentes réflexions lors du retour sur cette tâche au début de la rencontre fournissent aux clients de nouvelles pistes à envisager pour améliorer leur communication. 5 – Poursuivre leur routine motrice et leur programme cardiorespiratoire.

2.2.6 Rencontre 6 – Anatomie

Bien que la composante anatomique apparaisse tout au long du programme, c'est à l'intérieur de cette rencontre que nous avons abordé l'aspect davantage neurophysiologique de la douleur. L'utilisation de termes spécialisés n'étant d'aucune utilité pour les clients, c'est davantage à l'aide d'images et d'exemples que nous avons intégré les différents thèmes de la séance. Le principal objectif de cette rencontre est de fournir aux participants un rationnel supplémentaire aux exercices qui leurs sont présentés depuis le début de l'École.

Thèmes. Dans cette séance, nous abordons la proprioception des muscles stabilisateurs ainsi que leur rôle dans la posture. De façon succincte, on décrit la proprioception comme étant la communication entre le cerveau et les muscles, un lien essentiel au bon fonctionnement de ces derniers.

Ces explications ont pour but d'aider les individus à comprendre pourquoi ces muscles doivent être entraînés et d'associer cet objectif au programme d'exercices qui leur a été présenté. On aborde également le système nerveux autonome en distinguant les systèmes sympathique et parasympathique, ainsi que leur rôle respectif dans certains troubles fonctionnels digestifs.

Exercices. À ce stade avancé du programme, on effectue un exercice de stabilisation en mouvement (encadré 7). Nous sommes également rendus à l'étape de respirer en marchant. Cet exercice nécessite d'être en mesure de (i) stabiliser et (ii) maîtriser la respiration abdominale.

En position assise, on stabilise puis on se lève lentement; on stabilise de nouveau et on marche quelques pas puis on revient à l'endroit initial; et enfin, on stabilise et on se rassoit lentement.

On refait cette routine trois fois.

Encadré 7. Exercice de stabilisation en mouvement

Tâches. Trois tâches sont demandées aux clients à la fin de cette sixième rencontre. 1 – Effectuer chaque jour l'exercice de stabilisation en mouvement. 2 – Étant donné que la prochaine rencontre sera la dernière avant la relance, on leur demande de remplir les feuilles d'évaluation de la douleur pendant trois jours non consécutifs, et de les rapporter avec eux à la prochaine rencontre. 3 – Poursuivre leur routine motrice et leur programme cardiorespiratoire.

2.2.7 Rencontre 7 – Recréer le problème

L'objectif de cette dernière rencontre est essentiellement d'encourager les clients à s'attribuer les changements et à poursuivre leur parcours sur les chemins de l'autotraitement.

Thèmes. Dans cette séance, on utilise la tactique thérapeutique appelée *épilogue*. Cette tactique consiste à amener les individus à énoncer ce qu'ils devraient faire pour retrouver leur état initial du début de l'École. Répondre à cette question nécessite pour eux d'énumérer ce qu'ils doivent éviter de faire, en résumant par le fait même ce qu'ils ont appris dans l'École.

Cette démarche leur permet de réaliser le contrôle qu'ils ont acquis face à leur problème. Une synthèse des différents sujets abordés au cours du programme est présentée au cours de la rencontre, avec des discussions en groupe sur les apprentissages et les points qui ont été les plus significatifs pour chacun des clients. Puis, afin de vérifier l'atteinte de la réduction de la douleur inscrite sur les contrats, on compile les évaluations de la douleur complétées depuis la dernière rencontre et on les compare avec les évaluations effectuées avant l'École. Ainsi, on est en mesure de souligner les améliorations, puis on remet un diplôme à chacun des individus qui a complété l'École. Avant de se quitter, on insiste sur les éventuelles rechutes et sur le fait qu'ils possèdent maintenant des outils nécessaires pour gérer ces rechutes.

Étant donné qu'il s'agit de la dernière rencontre, aucun nouvel exercice n'est présenté. Les clients sont encouragés à poursuivre leur programme d'exercices personnalisé.

2.2.8 Rencontre 8 – Relance

La relance a lieu quatre mois après la fin de l'ÉIDAC. L'objectif : partager en groupe les expériences relatives au parcours de chacun des individus depuis la dernière rencontre. Il s'agit également d'une occasion d'encourager la poursuite des efforts pour continuer sur les chemins de l'autotraitement.

Thèmes. Pendant cette séance, on demande aux clients d'expliquer quelles sont les stratégies qui se sont avérées les plus utiles pour eux au cours de ces derniers mois, puis quels sont les exercices et les trucs qu'ils ont continué à pratiquer ? On s'informe également des rechutes qui sont survenues depuis notre dernière rencontre et on vérifie quels ont été les moyens privilégiés pour les gérer. Finalement, on évalue verbalement l'amélioration survenue au niveau de leur qualité de vie suite à l'École.

3 OBJECTIFS

3.1 Objectif principal

Ce projet de recherche vise principalement à évaluer une intervention multidisciplinaire, non pharmacologique, ne nécessitant aucun matériel spécialisé, qui met l'emphasis essentiellement sur les habiletés des participants à s'autotrainer.

3.2 Objectifs spécifiques

Étant donné les nombreuses conséquences associées aux DAC, l'ÉIDAC intègre à l'intérieur d'une même intervention une variété de techniques permettant d'intervenir sur les aspects physiques et psychologiques de l'individu (rééducation musculaire, respiration diaphragmatique, programme cardiorespiratoire, stratégies de gestion des crises aiguë, du stress et des capacités, communication).

Cette étude visait plus spécifiquement à vérifier l'impact de cette intervention (ÉIDAC) sur l'intensité et l'aspect désagréable de la douleur ressentie par les clients, la sévérité des symptômes dépressifs, la qualité de vie générale, l'attribution du lieu de contrôle, la perception de la maladie, la dramatisation de la douleur et l'incapacité reliée à la douleur.

3.3 Hypothèses de recherche

Au départ, nous avons émis l'hypothèse que les clients participant à l'ÉIDAC présenteraient :

1. Une diminution de la douleur.
2. Une diminution des symptômes dépressifs.
3. Une augmentation de la qualité de vie et de l'état de santé général.
4. Une amélioration de l'attribution du lieu de contrôle.
5. Une amélioration de la perception de la maladie.
6. Une diminution du niveau de la dramatisation de la douleur (*catastrophizing*).
7. Une diminution de l'incapacité reliée à la douleur.
8. Une amélioration qui se maintient au-delà de 4 mois suivant la fin de l'intervention.

4 MÉTHODOLOGIE

La section méthodologie comporte les sept éléments suivants : devis de recherche, processus de recrutement, processus de sélection, variables, outils d'évaluation, analyses statistiques et considérations éthiques.

4.1 Devis de recherche

Il s'agit d'une étude quasi expérimentale pré test / post test avec groupe témoin non équivalent dans laquelle nous avons comparé les résultats d'un groupe ÉIDAC (groupe A) avant et après l'intervention à un groupe contrôle (groupe B) qui a été évalué aux deux mêmes dates. Nous avons effectué une troisième et dernière évaluation auprès du groupe A quatre mois plus tard, soit lors de la relance, afin de vérifier l'effet de l'intervention dans le temps.

Le groupe contrôle (groupe B) a également été traité et nous avons comparé les résultats avant et après l'intervention, ainsi que quatre mois plus tard, soit lors de la relance. Au total, le projet s'est échelonné sur une période de 12 mois avec un échantillon de 15 participants. La figure 5 résume le déroulement de l'étude.

4.1.1 Répartition des groupes

Les candidats ont été répartis de façon non aléatoire en deux groupes, expérimental (A) et contrôle (B), et appariés selon (1) l'âge, (2) le sexe, (3) le niveau de douleur et (4) le niveau d'incapacité. Cette répartition nous a permis de rendre les deux groupes les plus semblables possible et ainsi augmenter la validité des résultats intergroupes. Étant donné la petite taille de l'échantillon, une répartition aléatoire ne permettait pas d'avoir deux groupes semblables.

4.3 Processus de sélection

Voici maintenant le processus qui nous a permis de sélectionner les sujets pour l'étude, soit l'identification des critères d'inclusion et d'exclusion, l'évaluation médicale et les bilans fonctionnel et interactionnel.

4.3.1 Critères d'inclusion

Les participants, hommes ou femmes, devaient être âgés de 18 ans et plus et souffrir de douleur abdominale chronique selon les critères diagnostiques du tableau 3 (dyspepsie, syndrome du colon irritable, endométriose, cystite interstitielle, douleur pelvienne chronique). Les aptitudes psychologiques et cognitives devaient être jugées normales par le médecin lors de l'examen médical à la clinique de la douleur. Ils devaient également être capables de lire et écrire en français, puisque c'est dans cette langue que s'est déroulé l'ensemble de l'intervention.

4.3.2 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion visent essentiellement à s'assurer que la personne sélectionnée sera en mesure de fournir son consentement libre et éclairé et qu'elle recevra un traitement qui convient à sa situation. Le tableau 2 présente la liste des cinq critères d'exclusion.

Tableau 3
Critères d'exclusion

Critère	Justification
Grossesse	Nécessite un suivi médical spécialisé.
Causes infectieuses	Nécessitent des traitements médicaux spécialisés et ponctuels.
Cancer	Nécessite un suivi médical spécialisé.
Déficience intellectuelle	Suivre l'ÉIDAC nécessite des aptitudes intellectuelles « normales ».
Suicidaire ou en délire	Nécessite un suivi en psychologie.

4.3.3 Évaluation médicale

Dans le cadre de la sélection, l'évaluation médicale a consisté à (i) confirmer un diagnostic de DAC et (ii) éliminer les *red flags*. Cette évaluation a été menée par le Dr Nguyen, anesthésiologiste et cosuperviseur du projet de recherche et comportait essentiellement deux étapes, soit l'anamnèse et l'examen physique. Les différents diagnostics présents chez un même patient ont été compilés pour nous permettre de vérifier le nombre de douleurs chroniques secondaires de notre échantillon. Les critères diagnostiques qui ont été utilisés sont présentés au tableau 4.

Tableau 4 *Critères diagnostiques utilisés pour l'évaluation des candidats*

Diagnostic	Critère
Dyspepsie	Sentiment de trop plein suite au repas (postprandial), une satiété prématurée et une douleur ou brûlures d'estomac (critères de Rome III).
Syndrome du colon irritable	Douleur abdominale ou un inconfort, au moins 3 jours par mois et depuis au moins trois mois, associé à deux ou plus des problèmes suivants : soulagement de la douleur avec la défécation, début associé avec un changement dans la fréquence des selles, début associé avec un changement dans la forme (ou l'apparence) des selles (critères de Rome III).
Endométriose	Douleur pelvienne (souvent plus sévère lors des menstruations ou de l'ovulation), avec dysménorrhée, infertilité, dyspareunie sévère, symptômes cliniques liés au colon ou à la vessie, écoulement menstruel anormal, fatigue chronique.
Cystite interstitielle	Douleur pelvienne chronique perçue comme une pression ou un inconfort perçu comme étant relié à la vessie, accompagnée par au moins un autre symptôme urinaire comme l'urgence urinaire persistante ou la fréquence urinaire anormale.
Douleur pelvienne chronique	Douleur non cyclique depuis plus de 6 mois localisée au niveau du plancher pelvien, de la partie antérieure de la paroi abdominale ou en dessous du nombril, du bas du dos ou des fesses, dont l'intensité est suffisante pour entraîner des incapacités fonctionnelles ou nécessiter des soins médicaux.
Fibromyalgie	Historique de douleur répandue ($\geq 11/18$ points de sensibilité), présente depuis au moins trois mois (des deux côtés du corps, au-dessus et en-dessous de la taille, au niveau de la distribution axiale).

4.3.4 Bilans interactionnel et fonctionnel

Le bilan interactionnel est une étape importante dans le processus de sélection. C'est l'occasion d'évaluer l'intérêt du client à participer et à s'impliquer dans l'École. On applique ici une tactique thérapeutique appelée « *client ou touriste* ». Si le participant n'est pas client, il est peu probable qu'il investisse les efforts nécessaires pour la réussite de l'intervention. Trois critères sont utilisés pour identifier si un candidat est client : (a) il a déjà tenté de résoudre son problème de douleur abdominale chronique, (b) il n'a pas réussi à se soulager par ses seuls moyens et (c) il a besoin de notre aide (Fisch et al., 1986). Les deux questions que nous avons utilisées pour vérifier la position de nos participants face à cet aspect sont: (a) *Comment prévoyez-vous organiser votre horaire pour être en mesure de consacrer 45 min. par jour, six jours par semaine, pour effectuer les exercices et les tâches qui vous seront demandés dans le cadre du programme ?* (b) *Quelle assurance pouvez-vous nous donner que vous assisterez à toutes les rencontres de l'École ?* On ne sélectionne pas à l'ÉIDAC la personne qui demeure touriste en dépit des tentatives pour la rendre cliente. C'est le cas par exemple de l'individu qui, au moment de l'évaluation, ne pense pas être en mesure d'investir le temps requis pour ce traitement.

Le bilan interactionnel permet également aux praticiens de façonner les attentes des clients. On confirme effectivement au candidat que l'intervention a le potentiel d'améliorer sa condition générale, sans toutefois éliminer son problème en totalité. On lui fait part du calendrier des rencontres et de la nécessité de participer à toutes les séances dans la mesure du possible ; un maximum de deux absences reste toutefois acceptable. Ainsi, l'objectif de ces échanges est de créer, s'il y a lieu, des attentes réalistes tant au niveau de l'amélioration souhaitée que les efforts qu'il faudra y consentir.

Afin de limiter le nombre de déplacements des clients pour des rencontres individuelles, le bilan fonctionnel est fait en même temps que le bilan interactionnel. Ce dernier vise deux objectifs. Premièrement, on vérifie les capacités physiques et fonctionnelles de chacun des individus dans le but de préparer pour eux un programme d'exercice individualisé. Deuxièmement, on questionne les clients afin de connaître (1) leurs solutions tentées, c'est-à-dire les actions qu'ils ont entrepris jusqu'ici et qui contribuent à maintenir leur problème et (2) les exceptions, c'est-à-dire les actions qui fonctionnent et qui les aident à gérer leur problème. Ces informations serviront à déterminer les tâches à prescrire tout au long du programme, tel qu'expliqué dans la section 1, Prescription de tâches.

Afin d'augmenter notre marge de manœuvre, on ne donne pas de réponse immédiate au candidat concernant son éventuelle acceptation dans le programme; on attend d'avoir complété l'évaluation de tous les candidats avant de prendre une décision. Environ une semaine après l'évaluation, on rappelle le participant pour lui confirmer s'il est admis dans le projet et le cas échéant, à quel groupe il a été assigné (expérimental ou contrôle).

4.4 Variables

4.4.1 Variable indépendante

L'intervention (ÉIDAC) constitue la variable indépendante. Tel qu'expliqué en détail dans le deuxième chapitre, elle s'est déroulée en 7 rencontres de 2 h ½ chacune, échelonnées sur 12 semaines, auxquelles s'ajoute une relance (8^e rencontre) quatre mois plus tard.

4.4.2 Variables dépendantes

L'efficacité du traitement a été estimée à l'aide des sept variables dépendantes suivantes : intensité et aspect désagréable de la douleur, symptômes dépressifs, qualité de vie et état de santé général, attribution du lieu de contrôle, perception de la maladie, dramatisation de la douleur et incapacité reliée à la douleur. Ces variables dépendantes ont été évaluées aux T₀, T₁, T₂ et T₃, à l'aide des instruments de mesure indiqués au tableau 4.

Tableau 4
Variables dépendantes et les instruments de mesure

Variable	Instrument de mesure
1. Douleur (intensité et aspect désagréable)	Échelles visuelles analogiques (ÉVA)
2. Symptômes dépressifs	Inventaire de dépression de Beck-II
3. Qualité de vie et état de santé général	Questionnaire généraliste SF-36
4. Attribution du lieu de contrôle	Échelle du lieu de contrôle de Levenson (IPC)
5. Perception de la maladie	Questionnaire de la perception de l'état de santé (IPQ-R)
6. Dramatisation de la douleur	Dramatisation de la douleur (ICP)
7. Incapacité reliée à la douleur	Index de l'incapacité reliée à la douleur

4.5 Outils d'évaluation

Cette section présente plus en détail les 7 outils d'évaluation utilisés pour l'étude. Un modèle de chacun de ces questionnaires est présenté aux annexes 8 à 14.

4.5.1 Échelles visuelles analogiques (ÉVA)

La douleur a été mesurée à l'aide de deux échelles visuelles analogiques distinctes. La première mesure l'intensité de la douleur sur une ligne horizontale de 10 cm, dont la partie extrême gauche (0 mm) est équivalente à *l'absence complète de douleur* et l'extrême droite de la ligne (100 mm) représente *la pire douleur qu'on puisse imaginer*. Une deuxième échelle évalue l'aspect désagréable de la douleur, également à l'aide d'une ligne horizontale de 10 cm, sur laquelle la partie extrême gauche (0 mm) signifie une *douleur aucunement désagréable* et l'extrême droite de la ligne (100 mm) équivaut à *la douleur plus désagréable qu'on puisse imaginer*. Simples à appliquer, les ÉVA sont largement utilisées pour évaluer la douleur en recherche clinique.

Elles ont comme principal avantage de permettre de quantifier des variables subjectives. Le sujet doit marquer d'un trait vertical les deux échelles à chaque deux heures pendant toute la période d'éveil, et ce pendant trois jours non consécutifs. Le résultat est obtenu en additionnant les mesures en millimètres de chacune des échelles, puis en divisant le total par le nombre d'échelles marquées. Les ÉVA ont été validées comme échelles de ratio (Price et al., 1983). Un modèle de ce formulaire est présenté à l'annexe 8.

4.5.2 Inventaire de dépression de Beck (BDI-II)

Traduit en français en 1982 (Bourque et Beaudette, 1982), le BDI est l'un des instruments les plus fréquemment utilisés pour évaluer la gravité d'une dépression (Piotrowski et Keller, 1992). Des études soulignent son haut degré de précision (Beck et al., 1988) et sa très bonne validité (Beck et Steer, 1987). Traduit en français en 1996, la dernière version de l'Inventaire de dépression de Beck (BDI-II) constitue une révision majeure de l'instrument (Beck et al., 1998).

Ce test procure une estimation quantitative de l'intensité des sentiments dépressifs. Il comprend 21 items de symptômes et d'attitudes qui décrivent une manifestation comportementale spécifique de la dépression. Les caractéristiques mesurées sont : image négative de soi, aspect somatique et humeur. Pour chacun des items, une série de propositions est présentée au répondant qui doit choisir celle qui correspond le mieux à son humeur. Les propositions sont graduées de 0 (valeur dépressive nulle) à 3 (valeur dépressive maximale). Le résultat est obtenu en additionnant les scores attribués à chaque item. Un modèle de ce formulaire est présenté à l'annexe 9.

4.5.3 Questionnaire généraliste SF-36 (*Short Form 36*)

Le questionnaire SF-36 mesure la perception de la qualité de vie actuelle liée à la santé par rapport à huit dimensions : la mobilité et les performances physiques, les limitations dans les actes de la vie quotidienne, l'intégration sociale, les restrictions dans les occupations habituelles (dus soit à des problèmes physiques, soit à des problèmes psychologiques), la douleur physique, la souffrance psychique, la vitalité et la santé perçue. Il permet également de déterminer dans quelle mesure le répondant considère que des problèmes psychiques ou physiques affectent son bon fonctionnement. Il est auto-administré et applicable pour toutes les catégories de personnes ayant des difficultés et des limitations causées par des problèmes de santé.

Ce questionnaire est valide en français et largement accepté pour l'évaluation de la qualité de vie (Ware, Jr., 2000) et du bien-être physique et mental (Viane et al., 2003). Il constitue l'instrument de mesure le plus utilisé dans les études s'intéressant à la qualité de vie des gens souffrant de douleurs abdominales chroniques (Neelakantan et al., 2004). Simple d'usage, cet instrument présente une excellente sensibilité et une excellente fidélité. Un modèle de ce formulaire est présenté à l'annexe 10.

4.5.4 Échelle du lieu de contrôle de Levenson (IPC)

Ce formulaire auto-administré permet d'évaluer trois lieux de contrôle, soient interne (I), externe par des individus tout-puissants (P) et externe associé à la chance ou au hasard (C). Il est disposé en trois sections indépendantes, composées chacune de 8 items de type Likert, notés de -3 (pas du tout d'accord) à 3 (tout à fait d'accord). On obtient le résultat du contrôle interne par la somme des items 1, 4, 5, 9, 18, 19, 21 et 23, à laquelle on ajoute 24, le résultat du contrôle externe (P) par la somme des items 3, 8, 11, 13, 15, 17, 20 et 33, à laquelle on ajoute 24 et le résultat du contrôle externe (C) par la somme des items 2, 6, 7, 10, 12, 14, 16 et 24, à laquelle on ajoute 24.

Traduit et validé en français (Loas et al., 1994), ce questionnaire est simple d'application et possède une bonne validité interne. Il est utilisé fréquemment dans le domaine de la recherche clinique (Rossier et al., 2002) et la relation entre l'augmentation du lieu de contrôle interne et l'efficacité des traitements est bien démontrée dans les cas de douleurs chroniques (Coughlin et al., 2000). Un modèle de ce formulaire est présenté à l'annexe 11.

4.5.5 Questionnaire de la perception de l'état de santé (IPQ-R)

Ce questionnaire auto-administré évalue la perception de l'individu quant à la durée, l'évolution, la gravité, les effets et les causes de sa maladie. Dans la première section, le patient encercle « *oui* » ou « *non* » à chaque question et aux deuxième et troisième sections, il coche son degré d'accord avec les items proposés (pas du tout d'accord à entièrement d'accord). Cette version révisée de l'IPQ (IPQ-R) (Moss-Morris et al., 2002) a été traduite et validée en français (Pucheu et al., 2005). Le lien entre la représentation de la maladie et le *coping* est démontré dans certaines formes de traitements, dont la fibromyalgie (Albaret, 2007) et l'asthme (Chateaux et Spitz, 2006).

Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes intéressés spécifiquement aux sous-échelles suivantes : identité, dimension temporelle (chronique/aiguë), contrôle personnel, contrôle attribué au traitement, conséquences, cohérence de la maladie et représentation émotionnelle. Un modèle de ce formulaire est présenté à l'annexe 12.

4.5.6 Évaluation de la dramatisation de la douleur (PCS)

Ce formulaire auto-administré permet d'évaluer le niveau de dramatisation associée à la douleur. Cette évaluation s'effectue à l'aide de 13 items de type Likert portant sur les comportements de rumination, les idées alarmantes et le sentiment de détresse ressenti lors de crises douloureuses. Ce formulaire a été validé en français (French et al., 2005) et il possède une très bonne validité interne (Sullivan et Pivik, 1995). C'est un outil qui est largement utilisé en recherche clinique notamment en ce qui concerne les douleurs chroniques. Le résultat de l'évaluation s'obtient en additionnant les cotes accordées à chacun des 13 items. Un modèle de ce formulaire est présenté à l'annexe 13.

4.5.7 Index de l'incapacité reliée à la douleur

Ce formulaire auto-administré permet de mesurer l'impact de la douleur sur les habitudes de vie des individus. À l'aide d'échelles de 0 (aucune incapacité) à 10 (incapacité totale), l'individu doit identifier le niveau d'incapacité qu'il expérimente pour 7 catégories d'activités de la vie quotidienne (famille/responsabilités domestiques, loisirs, activités sociales, profession, activités sexuelles, autonomie et activités de soutien vital). Validé depuis plus de 20 ans (Tait et al., 1987), l'utilisation de cet outil est courante dans la recherche clinique en douleur chronique (McCahon et al., 2005). Le score global est obtenu en additionnant simplement les résultats aux 7 propositions. Un modèle de ce formulaire est présenté à l'annexe 14.

4.6 Analyses statistiques

Toutes les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel SPSS. Des tests statistiques non-paramétriques ont été utilisés en raison de la petite taille de l'échantillon et du fait qu'on ne peut assumer une distribution normale des variables continues mesurant les caractéristiques de la population étudiée. Le test de Kruskal Wallis a été utilisé pour effectuer les comparaisons intergroupes (t_0 vs t_1). Quant aux comparaisons intragroupes, elles ont été effectuées à l'aide du test des rangs signés de Wilcoxon. Nous avons d'abord comparé les résultats pré-traitement avec les résultats post-traitement pour tous les sujets ayant reçu le traitement (groupe A + groupe B ; N=14). Nous avons ensuite comparé les résultats pré-traitement avec ceux de la relance (4 mois plus tard), ceci afin de vérifier le maintien des changements dans le temps. Nous avons finalement utilisé un seuil de signification de $p < 0.05$.

4.7 Considérations éthiques

Ce projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (annexe 15). Les risques associés à l'intervention étaient mineurs étant donné qu'il s'agissait d'une approche basée sur des techniques de relaxation, de gestion des capacités, de communication et des exercices de faible intensité. Toutefois, une certaine gêne et un inconfort étaient susceptibles d'être ressentis par la nature des sujets abordés et des exercices (qui concernent souvent des parties intimes de l'anatomie) dans le contexte d'une intervention de groupe. Le fait que ces séances étaient filmées pouvait aussi être une source de gêne.

Pour éviter au maximum ces inconvénients potentiels, nous avons accordé une attention particulière à (a) la disposition des gens dans la salle, afin qu'ils puissent faire les exercices face au mur plutôt que face au miroir ou à la caméra, (b) le choix des exercices, qui n'exigeaient pas de positions et de touchers potentiellement embarrassants et (c) une utilisation d'un langage professionnel et respectueux.

La participation à ce projet de recherche ne comportait aucun coût et les participants n'ont reçu aucune rémunération en échange de leur participation. Cependant, chaque participant s'est vu rembourser (à la fin de l'étude) les frais de stationnement à l'Université occasionnés par les rencontres de l'École et les évaluations

Les données nominatives et les enregistrements des séances sur DVD sont d'accès exclusif aux chercheurs impliqués dans l'étude (Sophie Duhaine, Isabelle Gaumont, Dat Nhut Nguyen et Jacques Charest) et sont gardés sous clé au Laboratoire de recherche des Sciences de la santé de l'UQAT. Les DVD sont conservés pendant 1 an et seront détruits par la suite. Concernant les propos des participant(e)s pendant les séances, les chercheurs sont tenus à la confidentialité la plus stricte.

La participation à cette étude était entièrement volontaire et les participants étaient libres de se retirer à tout moment, sans qu'aucune modification ne soit apportée à leur relation avec les chercheurs en charge de l'étude et sans aucune modification à la qualité des soins qu'ils reçoivent par l'entremise du CSSSRN. Chaque participant a été informé du déroulement de l'étude et son acceptation de participer a été confirmée par une signature d'un formulaire de consentement dont il a pu en conserver une copie (annexe 16). Un résumé des résultats de l'étude sera envoyé aux participants après l'acceptation du mémoire.

5 RÉSULTATS

5.1 Description des participants

Au total, 18 candidats ont été recrutés. Pendant le processus de sélection, un candidat a été exclu après l'évaluation médicale en raison de la mention à son dossier médical de la présence d'un cancer. Une candidate a été jugée « touriste » par les praticiens lors du bilan interactionnel et a été exclue du projet pour cette raison. Aucun autre critère d'exclusion n'a été rencontré par les autres candidats ; 16 participants ont donc été retenus au départ.

5.1.1 Diagnostics de douleurs chroniques de l'échantillon

Un total de 49 diagnostics, soit une moyenne de 3 diagnostics par individu, ont été répertoriés par le médecin. Tel qu'illustré dans la figure 6, la majorité des participants (87%) présentent deux troubles chroniques ou plus.

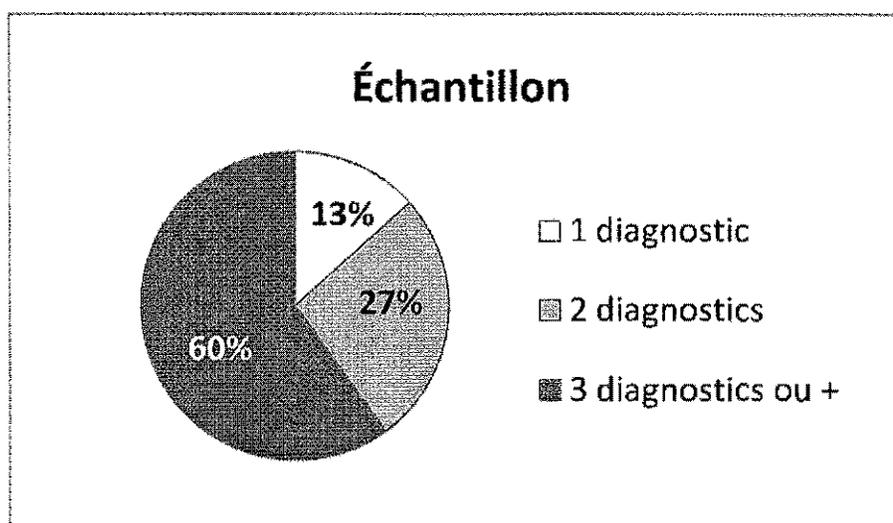


Figure 6. Diagnostics de douleur chronique à l'intérieur de l'échantillon

L'un des candidats souffrait de 6 troubles chroniques et chez deux patients, nous en avons répertorié cinq. Ce phénomène de multiple douleurs chroniques reflète bien les observations rapportées dans la littérature (Whitehead et al., 2002). La lombalgie chronique, la douleur chronique secondaire la plus fréquente, est présente chez plus du 2/3 des sujets. Le groupe expérimental a un total de 20 diagnostics (min : 1 ; max : 7 ; médiane : 2) et le groupe contrôle a un total de 29 diagnostics (min : 2 ; max : 5 ; médiane : 3,5). Le tableau 5 résume le nombre de candidats reliés à chacun des diagnostics vérifiés lors de l'évaluation médicale. Le tableau de l'annexe 17 pour sa part présente le détail des diagnostics et de la durée de la douleur chronique pour chacun des individus des deux groupes.

Tableau 5
Diagnostics répertoriés dans l'échantillon

Trouble - Douleurs abdominales chroniques	Nbre	%
Syndrome du colon irritable (SCI)	11	68,75
Douleur pelvienne chronique	8	50,00
Dyspepsie	7	43,75
Cystite interstitielle	4	25,00
Endométriose	2	12,50
Neuropathie	2	12,50
Trouble – Autres	Nbre	%
Lombalgie/cervicalgie chronique	9	56,25
Fibromyalgie	4	25,00
Migraine	2	12,50

Les tests de *Trendelenbourg* (vérification de la stabilité du bassin) et l'*Active Straight Leg Raising (ASLR)* (vérification de la force des transverses de l'abdomen et des fessiers) ont démontré que la totalité des participants avaient également un problème de stabilisation. Ce constat confirme l'importance de la rééducation musculaire de l'ensemble de la paroi abdominale.

5.2 Statistiques descriptives de l'échantillon

Le tableau 6 présente la description des deux groupes pour chacune des variables dépendantes au t_0 .

Tableau 6
Analyse descriptive des participants recrutés (n = 16)

Variables		Groupe A	Groupe B
Âge	min ; max (médiane)	27 ; 66 (43,5)	35 ; 68 (48,5)
Sexe			
Hommes	n (%)	1 (12,5)	2 (25)
Femmes	n (%)	7 (87,5)	6 (75)
Douleur (ÉVA 0 à 100 mm)	min ; max (médiane)		
Intensité		1,0 ; 55,7 (20,2)	0,9 ; 54,3 (29)
Aspect désagréable		0 ; 53,1 (17,8)	0 ; 52,9 (3,8)
Symptômes dépressifs (Beck II ; /63)	min ; max (médiane)	0 ; 33 (13,5)	17 ; 45 (19,5)
Qualité de vie et état de santé général (Questionnaire de santé généraliste SF-36)	min ; max (médiane)		
Composante physique (/100)		27,9 ; 55,5 (38,6)	26 ; 51,9 (34)
Composante psychologique (/100)		6 ; 67,1 (47,7)	21,5 ; 50,4 (31,4)

Variables		Groupe A	Groupe B
Attribution du lieu de contrôle (Échelle du lieu de contrôle de Levenson ; (0 – 48)	min ; max (médiane)		
Interne (I)		13 ; 37 (34)	14 ; 38 (30)
Externe (P)		5 ; 28 (18,5)	6 ; 40 (28,5)
Externe (C)		9 ; 37 (21)	7 ; 38 (20,5)
Perception de la maladie (Questionnaire de perception de la maladie)	min ; max (médiane)		
Identité (/14)		2 ; 11 (5)	2 ; 11 (5,5)
Dim. temp. chronique/aiguë (/24)		4 ; 21 (16)	15 ; 24 (19)
Conséquences (/24)		1 ; 24 (13)	7 ; 20 (14)
Contrôle personnel (/24)		14 ; 23 (18,5)	8 ; 18 (16,5)
Contrôle attribué au traitement (/20)		8 ; 21 (13)	10 ; 18 (14)
Cohérence de la maladie (/20)		0 ; 18 (12)	4 ; 17 (10)
Représentation émotionnelle (/24)		0 ; 20 (12,5)	6 ; 21 (15)
Dramatisation de la douleur (Échelle de dramatisation de la douleur ; /52)	min ; max (médiane)	1 ; 42 (23,5)	22 ; 44 (30)
Incapacité reliée à la douleur (Index de l'incapacité reliée à la douleur ; /70)	min ; max (médiane)	3 ; 57 (21)	4 ; 51 (36)

5.3 Taux de rétention

Un participant du groupe expérimental (A) s'est désisté juste avant le début de l'intervention pour des raisons de santé; sa condition était devenue si difficile qu'il n'arrivait plus à quitter la maison pour des périodes de quelques heures. Malgré les explications qui lui ont été fournies sur la disponibilité d'une civière et la possibilité de se coucher au besoin, il a maintenu sa position et n'a pas participé à l'ÉIDAC. Nous avons donc débuté l'étude avec 15 participants (13 femmes, 2 hommes).

Un seul abandon a eu lieu pendant l'étude. La mère de la cliente concernée s'est retrouvée en phase terminale d'un cancer et est décédée pendant l'intervention. Cette situation a occasionné trois absences et nous avons dû exclure cette cliente du projet. Nous avons donc complété l'intervention avec un $n = 14$.

5.4 Comparaisons intergroupes

Les résultats des différentes variables dépendantes ont été comparés au t_1 entre le groupe « *traitement* » ($n=7$) et le groupe « *liste d'attente* » ($n=7$). La figure 7 présente les résultats des comparaisons intergroupes pour chacune des variables. Les rectangles noirs indiquent les variables pour lesquelles une différence significative a été observée.

Les résultats montrent des différences intergroupes significatives pour plusieurs variables dépendantes. C'est le cas notamment pour l'attribution du lieu de contrôle relatif à la chance, la dramatisation de la douleur et l'incapacité reliée à la douleur. Concernant l'évaluation de la perception de la douleur, les deux groupes présentent des différences significatives au niveau de trois des huit composantes, soient le contrôle personnel, le contrôle attribué au traitement et la représentation émotionnelle de la maladie (figure 7).

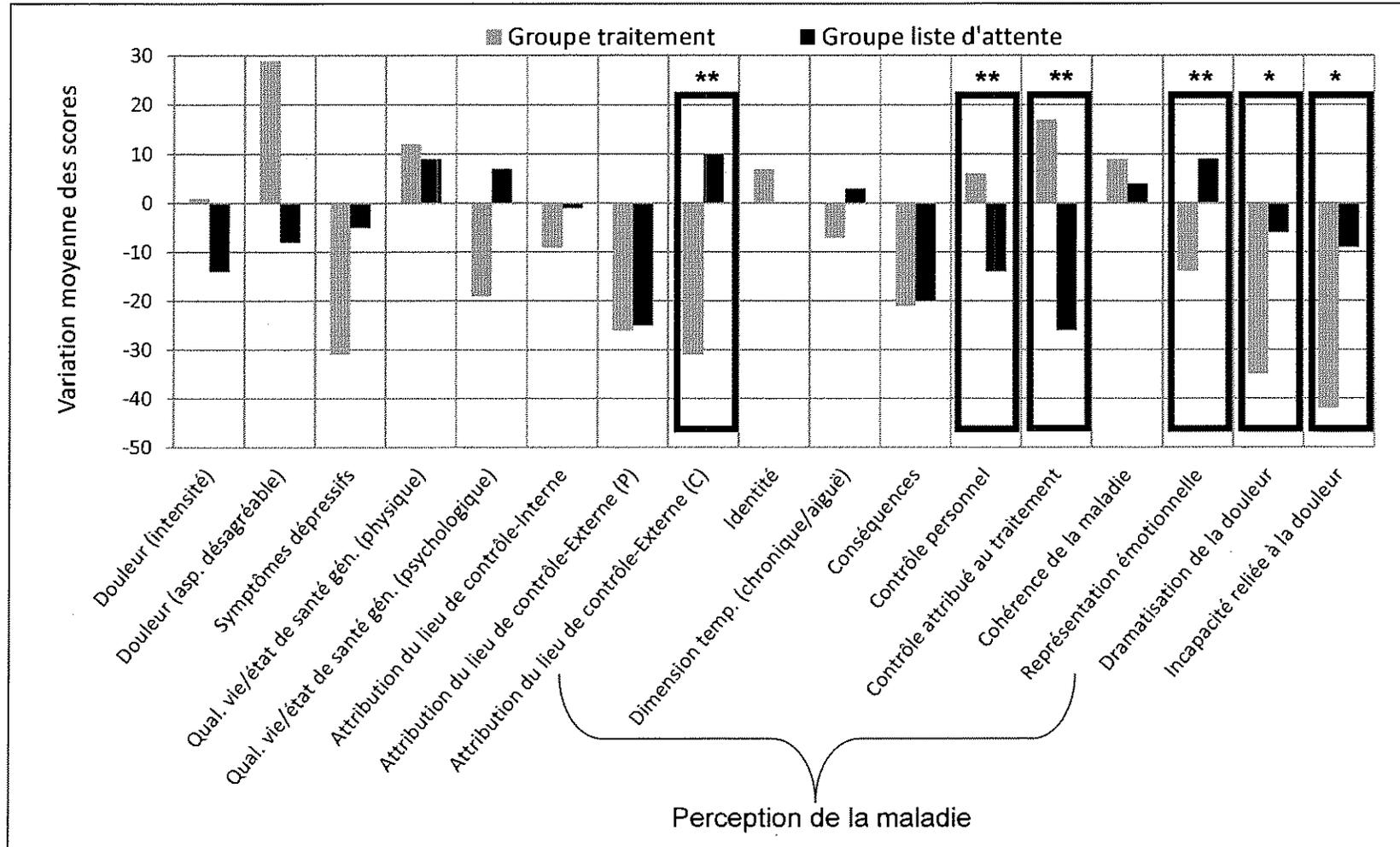


Figure 7. Comparaisons intergroupes (T₀ vs T₁) ; *p < 0.05 ; **p < 0.01.

Le tableau 7 présente les résultats des analyses comparatives pour chacune des variables ainsi que les données de base à partir desquelles les tests ont été effectués. La valeur critique a été identifiée avec $k-1$ degré de liberté, avec une erreur alpha de $p < 0.05$.

Dans la colonne de l'extrême droite du tableau, les valeurs de H qui confirment une différence significative entre les deux groupes sont accentuées en caractères gras. Les chiffres inscrits à gauche de certaines variables quant à eux sont associés aux commentaires ci-dessous concernant les résultats spécifiques pour cette variable.

Tableau 7

Résultats statistiques des différentes variables dépendantes - comparaisons intergroupes - Test de Kruskal-Wallis (comparaison 2 échantillons indépendants)

	Variable	S _{1/n₁}	S _{2/n₂}	S _{global}	D	H
1.	Douleur (intensité)	1,86	-1,5	0,31	36,41	2,40
	Douleur (aspect désagréable)	1,43	1,83	1,61	0,53	0,03
2.	Sentiment dépressif	-3,29	0	-1,64	37,79	2,15
3.	Qualité de vie et état de santé général (composante physique)	1,86	0,29	1,07	8,64	0,49
	Qualité de vie et état de santé général (composante psychologique)	-8,07	-0,64	-4,36	193,14	11,04
4.	Attribution du lieu de contrôle (interne)	0,07	-5,1	-2,08	78,00	4,45*
	Attribution du lieu de contrôle (externe-Tout-Puissant)	-5,64	-6,64	-6,64	3,5	0,2
	Attribution du lieu de contrôle (externe- chance)	-7,6	2	-2	268,8	15,36**
5.	Perception de la maladie (identité)	1,7	0,08	0,82	7,13	0,40
	Perception de la maladie (dimension temporelle [chronique/aiguë])	-1,07	2,25	-0,33	17,16	0,98
	Perception de la maladie (conséquences)	-7,14	-4,33	-5,85	25,50	1,46
	Perception de la maladie (contrôle personnel)	1,64	-5,42	-1,62	161,01	9,20**
	Perception de la maladie (contrôle attribué au traitement)	2,92	-6,41	-1,75	261,33	14,93**
	Perception de la maladie (cohérence)	-2,5	-0,71	-1,36	8,12	0,46
	Perception de la maladie (représentation émotionnelle)	-4,1	2,75	-0,36	127,97	7,31*
6.	Dramatisation de la douleur	-8,2	-3	-3	78,87	4,50*
7.	Incapacité liée à la douleur	-6,8	-1,17	-3,72	105,43	6,02*

*p < 0.05; **p < 0.01; S_{1/n₁} = moyenne des rangs du groupe expérimental ; S_{2/n₂} = moyenne des rangs du groupe contrôle ; S_{glob} = moyenne globale de tous les rangs ; D = somme des carrés des écarts ; H = approximation de la distribution.

Au sujet de la sous-échelle *composante psychologique* de la variable *qualité de vie et état de santé général*, elle présente une valeur H de 11,04, ce qui est au-delà du seuil critique nécessaire pour rejeter l'hypothèse nulle. Toutefois, tel que le démontre la moyenne des rangs du groupe 1 ($S_1/n_1 = -8,07$), le score de cette variable a évolué à la baisse, indiquant une diminution de la qualité de vie. Ce phénomène s'explique par la diminution importante des résultats de deux sujets du groupe traitement.

Concernant la sous-échelle *interne* de la variable *attribution du lieu de contrôle*, les résultats indiquent une différence significative. Cette différence n'est cependant pas due à une augmentation du score du groupe « traitement » comme on s'y attendait, mais à une diminution de celui du groupe « liste d'attente ».

En somme, les résultats intergroupes démontrent des différences significatives sur quatre des sept variables analysées : amélioration de l'attribution du lieu de contrôle (externe-chance), diminution de la dramatisation de la douleur, diminution de l'incapacité reliée à la douleur et amélioration de trois composantes reliées à la perception de la maladie, soient l'augmentation du contrôle personnel, l'augmentation du contrôle attribué au traitement et la diminution de la représentation émotionnelle de la maladie.

5.5 Comparaisons intragroupes

Dans cette section, nous aborderons les variables dans le même ordre qu'elles apparaissent à la section méthodologie (tableau 8). Pour chacune d'entre elles, les moyennes des trois évaluations (pré-traitement, post-traitement, relance) sont présentées sous forme de figures. Le tableau 9 résume ensuite les résultats des analyses statistiques pour chacune des variables. Les analyses ont été effectuées pour un $n=14$, soit le total des deux groupes.

5.5.1 Douleur

La figure 8 présente l'évolution des deux composantes : intensité et aspect désagréable. Ce graphique montre une diminution de la douleur à l'évaluation post-traitement, qui devient plus significative à la relance.

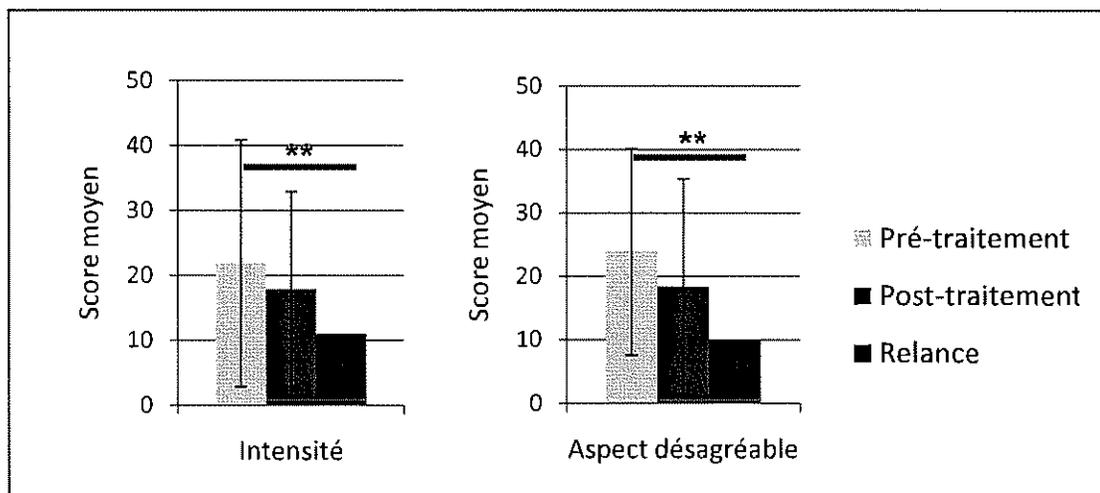


Figure 8. Représentation graphique de l'évolution de la variable Douleur (intensité et aspect désagréable) sur une période de sept mois (pré-traitement, post-traitement, relance) ; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

Comme l'indiquent les résultats au tableau 8, l'analyse statistique confirme l'hypothèse en révélant une diminution significative de la douleur tant pour la composante *intensité* ($p < 0.01$) que pour *l'aspect désagréable* ($p < 0.01$). Toutefois, la diminution de la douleur n'est pas significative immédiatement après l'intervention (pré-traitement vs post-traitement).

5.5.2 Symptômes dépressifs

La figure 9 fait ressortir une diminution significative du score au post-traitement (42%). On constate également que cette diminution s'accroît à la relance (58%).

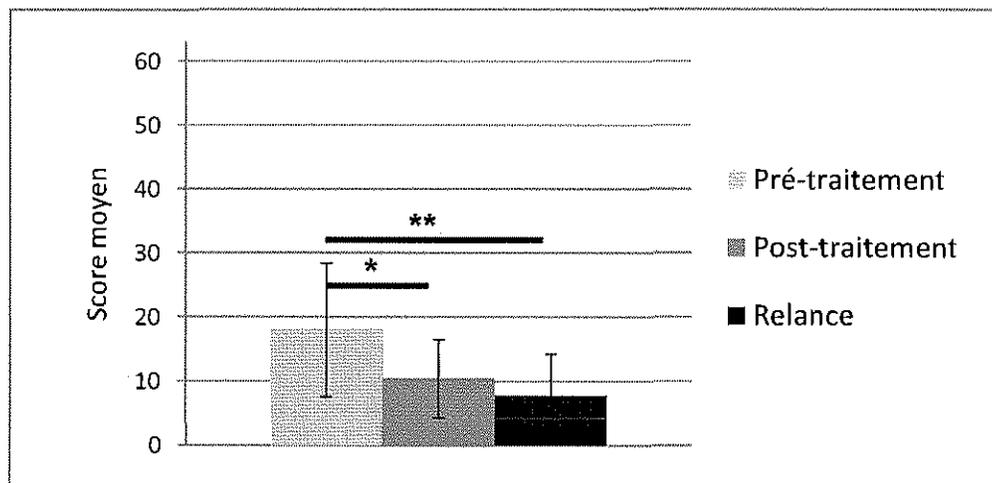


Figure 9. Représentation graphique de l'évolution de la variable Symptômes dépressifs sur une période de sept mois (pré-traitement, post-traitement, relance) ; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

L'analyse statistique confirme l'hypothèse en révélant une diminution significative de la sévérité des symptômes dépressifs immédiatement après l'intervention ($p < 0.05$) qui s'accroît à la relance ($p < 0.01$).

5.5.3 Qualité de vie et état de santé général

La figure 10 fait ressortir une amélioration de la composante physique de la variable immédiatement après l'intervention (14%), amélioration qui s'accroît davantage à la relance (19%). La composante psychologique quant à elle présente une amélioration après la relance (14%).

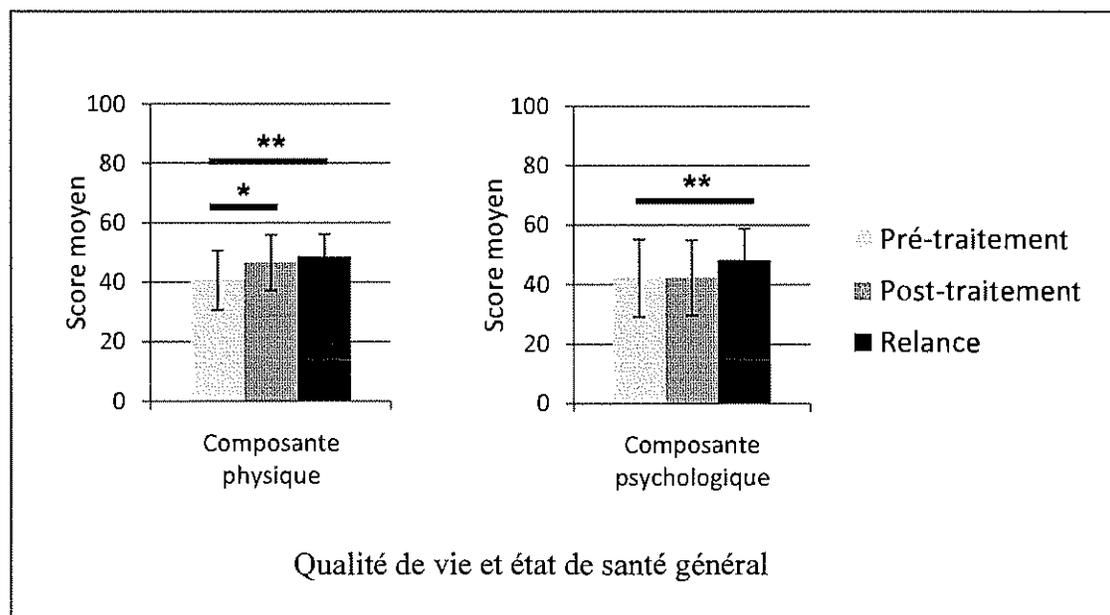


Figure 10. Représentation graphique de l'évolution des deux composantes de la variable Qualité de vie et état de santé général sur une période de sept mois (pré-traitement, post-traitement, relance) ; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

En ce qui concerne la composante physique de la qualité de vie, l'analyse statistique confirme l'hypothèse en révélant une différence significative immédiatement après le traitement ($p < 0.05$) qui se maintient nettement à la relance ($p < 0.01$). La composante psychologique de la qualité de vie pour sa part demeure stable immédiatement après l'intervention, mais présente amélioration significative à la relance ($p < 0.01$).

5.5.4 Attribution du lieu de contrôle

La figure 11 montre que la sous-échelle du contrôle externe relatif à la chance (C) présente une diminution significative immédiatement après l'intervention. On constate également que cette diminution se maintient à la relance.

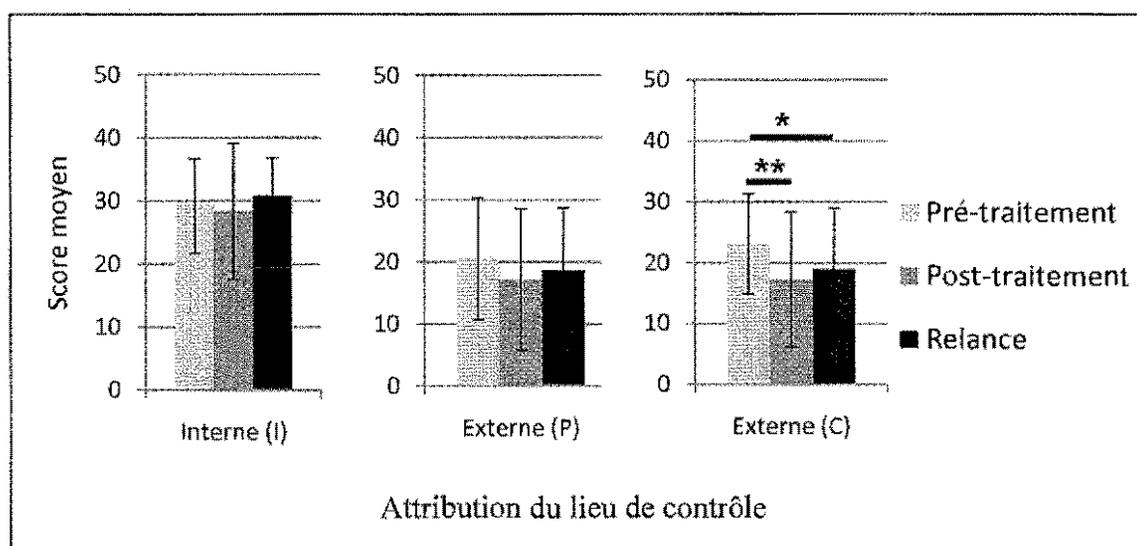


Figure 11. Représentation graphique de l'évolution des trois composantes de la variable Attribution du lieu de contrôle sur une période de sept mois (pré-traitement, post-traitement, relance ; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$).

Les analyses statistiques confirment l'hypothèse en révélant une diminution significative de la composante externe liée à la chance (C) ($p < 0.01$) et à la relance ($p < 0.05$). Les résultats ne démontrent pas d'amélioration significative pour le contrôle interne (I). Quant au contrôle externe associé à des individus tout-puissants (P), le score a évolué à la baisse tel qu'espéré après l'intervention. Cette diminution n'est toutefois pas significative selon les analyses statistiques.

5.5.5 Perception de la maladie

Comme le démontre la figure 12, six des sept sous-échelles affichent une amélioration. Autrement dit, seule la composante *identité* ne présente pas une amélioration significative.

En effet, les analyses statistiques confirment de façon significative une diminution de l'aspect temporel (chronique/aiguë) à la relance avec une valeur $p = 0.05$, une diminution des conséquences associées à la maladie à la relance ($p < 0.05$) une augmentation du contrôle personnel à la relance ($p < 0.05$), une augmentation du contrôle attribué au traitement immédiatement après l'intervention ($p < 0.05$) qui se maintient à la relance ($p < 0.05$), une augmentation de la cohérence de la maladie à la relance ($p < 0.05$) et une diminution de la représentation émotionnelle immédiatement après le traitement ($p < 0.05$) qui se maintient à la relance ($p < 0.05$).

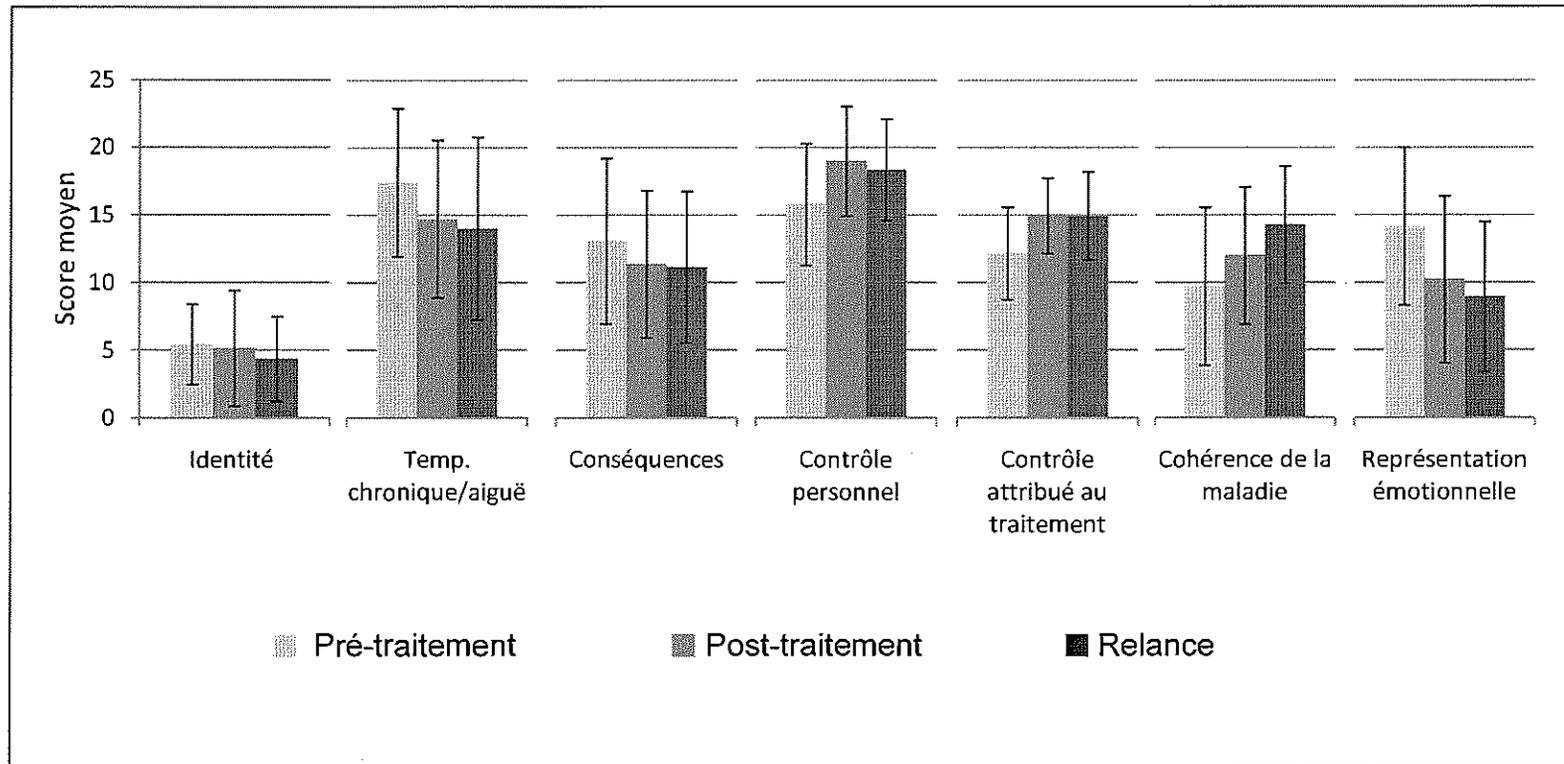


Figure 12. Représentation graphique de l'évolution la variable Perception de la maladie sur une période de sept mois (pré-traitement, post-traitement, relance) ; *p < 0.05.

5.5.6 Dramatisation de la douleur

La figure 13 fait ressortir une diminution significative du score obtenu en post-traitement (52%). On constate également que cette diminution se maintient lors de la relance.

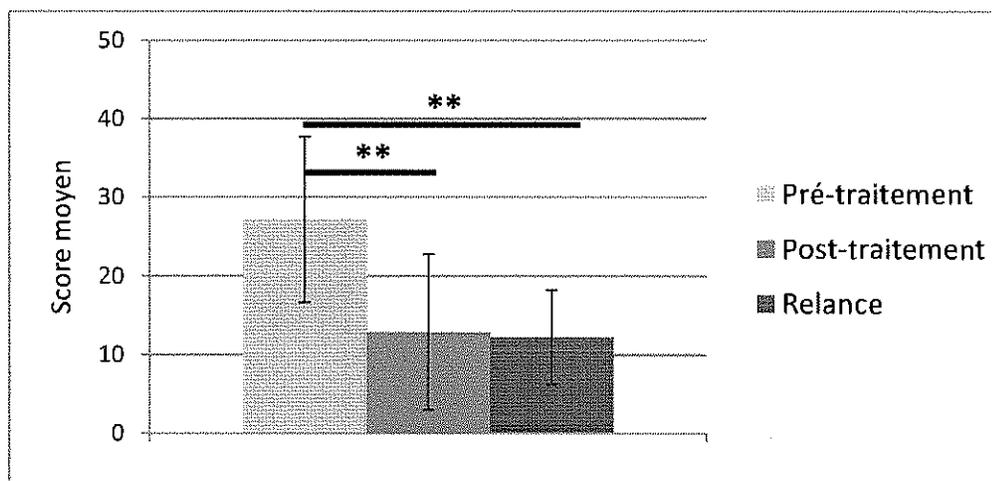


Figure 13. Représentation graphique de l'évolution de la variable Dramatisation de la douleur sur une période de sept mois (pré-traitement, post-traitement, relance) ; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

L'analyse statistique confirme l'hypothèse en révélant une diminution significative immédiatement après l'intervention ($p < 0.01$) qui se maintient à la relance ($p < 0.01$).

5.5.7 Incapacité liée à la douleur

La figure 14 fait ressortir une diminution significative du score après l'intervention (44%). On constate également que cette diminution se maintient lors de la relance.

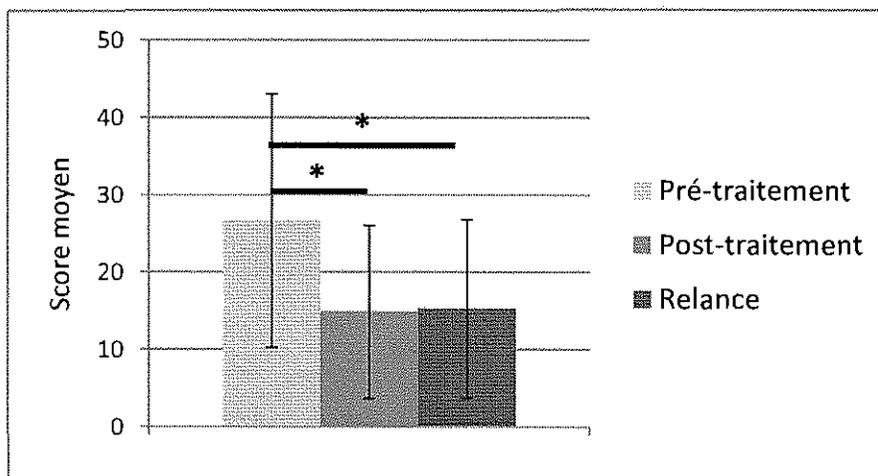


Figure 14. Représentation graphique de l'évolution de la variable Incapacité liée à la douleur sur une période de sept mois (pré-traitement, post-traitement, relance) ; *p < 0.05 ; **p < 0.01.

L'analyse statistique confirme l'hypothèse en révélant une diminution significative immédiatement après l'intervention ($p < 0.01$) qui se maintient à la relance ($p < 0.01$).

Tableau 8

Résultats des analyses statistiques intragroupes pour l'ensemble des variables dépendantes – Test des rangs signés de Wilcoxon

Variables dépendantes (n=14)		Pré- traitement	Post- traitement	Relance	Pré-traitement vs post-traitement	Pré-traitement vs relance
		Moyenne (ÉT)	Moyenne (ÉT)	Moyenne (ÉT)	Valeur p	Valeur p
Douleur	Intensité	21,9 (19,0)	17,8 (16,9)	12,4 (16,6)	.530	.006
	Aspect désagréable	23,9 (16,3)	18,4 (17,1)	9,9 (14,8)	.198	.002
Symptômes dépressifs		18 (10,4)	10,4 (6,1)	7,8 (7,5)	.018	.006
Qualité de vie et état de santé général	PCS	40,7 (10)	46,6 (9,3)	48,6 (7,6)	.013	.003
	MCS	42,3 (13)	42,4 (12,6)	46,2 (10,6)	.851	.003
Attribution du lieu de contrôle	Interne	29,2 (7,5)	28,4 (10,8)	30,9 (6,0)	.550	.556
	Externe (P)	20,6 (9,8)	17,2 (11,4)	18,7 (10)	.073	.330
	Externe (C)	23,1 (8,2)	17,1 (11,1)	19 (10,0)	.008	.028
Perception de la maladie	Identité	5,4 (3,0)	5,1 (4,3)	4,4 (3,1)	.823	.179
	Temporel chronique/aiguë	17,4 (5,5)	14,7 (5,8)	14 (6,8)	.194	.050
	Conséquences	12,5 (6,1)	11,4 (5,5)	11,14 (5,6)	.140	.039

Contrôle personnel	15,8 (4,5)	19 (4,1)	18,4 (3,7)	.061	.004
Contrôle attribué au traitement	12,1 (3,4)	15 (2,8)	14,9 (3,3)	.044	.015
Cohérence de la maladie	9,7 (5,9)	12 (5,1)	14,3 (4,3)	.114	.017
Représentation émotionnelle	14,1 (5,9)	10,2 (6,2)	8,9 (5,6)	.020	.017
Dramatisation de la douleur	27,2 (10,5)	12,9 (9,9)	12,3 (6,6)	.002	.001
Incapacité reliée à la douleur	26,6 (16,4)	14,9 (11,2)	15,3 (11,5)	.002	.003

Le tableau 9 pour sa part présente un résumé des résultats de l'ensemble des analyses statistiques. Pour chacune des variables nous avons indiqué les résultats significatifs des analyses intragroupes et intergroupes, ainsi que la direction du changement.

Tableau 9

Résumé des résultats des analyses statistiques intragroupes et intergroupes pour l'ensemble des variables dépendantes.

Variable dépendante	Division	Direction du changement	Pré-traitement/ post traitement	Pré-traitement/ relance	Intergroupe
1 Douleur	Intensité	Diminution		X	
	Aspect désagréable	Diminution		X	
2 Symptômes dépressifs		Diminution	X	X	
3 Qualité de vie et état de santé général	PCS	Augmentation	X	X	
	MCS	Augmentation		X	
4 Lieu de contrôle	Interne	Augmentation			
	Externe (P)	Diminution			
	Externe (C)	Diminution	X	X	X
5 Perception de la maladie	Identité	Diminution			
	Temporelle : Chronique/aiguë	Diminution		X	
	Conséquences	Diminution		X	
	Contrôle personnel	Augmentation		X	X
	Contrôle attribué au traitement	Augmentation	X	X	X
	Cohérence de la maladie	Augmentation		X	
6 Dramatisation de la douleur	Représentation émotionnelle	Diminution	X	X	
7 Incapacité liée à la douleur		Diminution	X	X	X

6 DISCUSSION

6.1 Taux de rétention

Comparé au taux moyen de rétention des interventions de groupes qui se situe généralement à environ 25% (Gucciardi et al., 2007), l'ÉIDAC obtient un résultat remarquable, soit 93% si on considère un seul abandon au cours de l'intervention. Ceci est comparable aux résultats obtenus dans les Écoles interactionnelles de lombalgie chronique et de fibromyalgie qui ont été expérimentées dans le passé et dont les taux de rétention étaient de 88% (Charest et al., 1996) et 96% (de Souza et al., 2007) respectivement.

6.2 Comparaisons intergroupes

En dépit de la petite taille des échantillons comparés, les résultats font ressortir des différences significatives au niveau de quatre des sept variables dépendantes évaluées : l'Attribution du lieu de contrôle, composante externe - chance ; Dramatisation de la douleur ; Incapacité reliée à la douleur ; Perception de la maladie (contrôle personnel, contrôle attribué au traitement et représentation émotionnelle). Ceci confirme une amélioration de la condition des clients qui est supérieure à l'effet de l'écoulement du temps en ce qui concerne ces variables. La petite taille des deux groupes comparés ne permet toutefois pas de généraliser les résultats. Soulignons également que la multiplicité des tests statiques réalisés dans cette étude augmente le risque global d'erreur de type 1.

Une étude avec de plus grands groupes serait nécessaire. Le tableau 10 indique la puissance des tests pour les variables ayant démontré une différence significative dans la présente étude, ainsi que le nombre de sujets qui serait nécessaire pour obtenir une puissance de 95% en considérant les résultats obtenus.

Tableau 10 Calcul de la puissance des tests et de l'échantillon requis pour atteindre une puissance de 95 %

Variable	Puissance obtenue (2 groupes de 7)	Nombre de sujet par groupe requis pour une puissance de 95%	Total de l'échantillon requis
Attribution du lieu de contrôle			
Externe -- chance	100 %	—	—
Perception de la maladie			
Contrôle personnel	50,7 %	27	54
Contrôle attribué au traitement	84,8 %	11	22
Représentation émotionnelle	56,0 %	24	48
Dramatisation de la douleur	64,5 %	10	20
Incapacité liée à la douleur	44,3 %	33	66

On peut donc déterminer que deux groupes de 33 sujets seraient souhaitables pour augmenter la puissance des résultats. Les conclusions qui découlent de cette étude préliminaire supportent la pertinence de vérifier l'efficacité de l'intervention auprès d'un échantillon plus grand.

6.3 Comparaisons intragroupes

Que ce soit immédiatement après l'intervention ou encore à la relance, les comparaisons intragroupes révèlent des améliorations significatives pour chacune des sept variables dépendantes à l'étude : douleur, sentiment dépressif, attribution du lieu de contrôle, qualité de vie et état de santé général, dramatisation de la douleur, perception de la maladie et, enfin, incapacité liée à la douleur.

Douleur. La variation entre le niveau de douleur ressentie (intensité et aspect désagréable) ne s'est pas avérée significative immédiatement après l'intervention. Les caractéristiques particulières reliées aux douleurs abdominales permettent d'expliquer ce résultat. Pour certaines patientes, les douleurs sont cycliques et varient, à l'intérieur d'un mois, d'aucune douleur certaines journées à des journées de *crises douloureuses* intenses. Dans cette étude, deux sujets ne présentaient aucune douleur lors de la première évaluation (pré-traitement) mais vivaient une période douloureuse lors de la deuxième évaluation (post-traitement). Ce phénomène a eu un impact sur les moyennes des évaluations. À la relance, toutefois, les résultats montrent une diminution importante de la douleur. Pour contrer les variations cycliques importantes de la douleur abdominale chronique et pour améliorer la fidélité de son évaluation, il faudrait, par exemple, mesurer la douleur sur une période d'un mois en prenant soin de noter, en plus, la fréquence, l'intensité et la durée de chacune des crises douloureuses.

Symptômes dépressifs. On observe ici une diminution importante du score moyen après l'intervention et à la relance. Bien que la diminution de la douleur ait un impact sur cette variable, d'autres facteurs semblent avoir contribué à la diminution du sentiment dépressif. À titre d'exemple, plusieurs clients ont souligné l'effet positif du groupe qui leur a permis de briser l'isolement et de partager leurs expériences. D'autres rapportent l'aide que procure la pratique d'exercices comme la respiration abdominale, porter l'attention au plancher pelvien, etc.

Le sentiment d'être écouté sans jugement a également été mentionné comme un élément important de l'intervention. L'effet positif du groupe, la pratique réussie d'exercices personnalisés et le sentiment d'être écouté sans jugement sont en étroite relation avec les caractéristiques de l'animation à l'ÉIDAC.

Plus spécifiquement, les animateurs : (i) encouragent l'usage des forces et des compétences des clients, (ii) prennent le plus souvent possible la position de non expert et (iii) maximisent la collaboration des clients. Les animateurs s'assurent de cette collaboration en mettant l'emphase sur le développement d'une alliance thérapeutique forte en convenant d'un but (changement minimal) avec chacun des clients, en personnalisant les tâches prescrites et en établissant un lien significatif avec chacun d'eux (Charest, 2009).

Attribution du lieu de contrôle. Les résultats indiquent une diminution significative à la sous-échelle contrôle externe – chance. Une telle diminution constitue un élément important de la réussite d'un traitement, notamment dans les cas de douleurs chroniques (Coughlin et al., 2000). Inversement, un contrôle externe - chance élevé est associé à un plus haut taux de visites chez le médecin (Cross et al., 2006). Quand l'autotraitement de la douleur chronique constitue le but de l'intervention, comme dans le cas de l'ÉIDAC, augmenter le sentiment de contrôle représente un point positif.

Qualité de vie et état de santé général. Les résultats obtenus pour cette variable indiquent une amélioration significative tant au niveau de sa composante physique (immédiatement après l'intervention) qu'au niveau de sa composante psychologique (à la relance). Point important à souligner : une étude rapporte une relation inversement proportionnelle entre la qualité de vie et la dramatisation de la douleur chez les personnes souffrant de douleur chronique (Lame et al., 2005). Plus spécifiquement, le sens donné à la douleur influence davantage la qualité de vie que l'intensité de la douleur. Ces données corroborent nos résultats : l'ÉIDAC a entraîné une amélioration de la qualité de vie accompagnée d'une diminution importante de la dramatisation de la douleur.

Dramatisation de la douleur. Les résultats montrent une diminution significative après l'intervention qui se maintient lors de la relance. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Nijs et ses collaborateurs (2008) qui ont démontré une étroite relation entre, d'une part, la dramatisation de la douleur, principalement les sous-catégories « vulnérabilité » et « rumination » et, d'autre part, la douleur ressentie, la dépression, la limitation aux activités et certaines composantes de la qualité de vie chez un groupe de femmes souffrant du syndrome de fatigue chronique accompagnée de douleur somatique répandue.

Perception de la maladie. Les résultats indiquent une amélioration significative sur six des sept sous-échelles de la variable perception de la maladie : dimension temporelle (chronique/aiguë), conséquences, contrôle personnel, contrôle attribué au traitement, cohérence de la maladie et représentation émotionnelle. Moss-Morris et Chalder (2003) ont démontré que les gens perçoivent plus négativement leur maladie lorsqu'elle n'est pas associée à une explication médicale. À l'ÉIDAC, les informations et les exercices associés au plancher pelvien ont permis à certains individus de mieux comprendre les problèmes de constipation et d'incontinence fécale et de les associer à un problème de contrôle musculaire plutôt qu'à une maladie sur laquelle ils n'ont aucun contrôle. Autrement dit, une meilleure compréhension de leur condition et des solutions qui permettent de l'améliorer entraîne chez les patients une plus grande cohérence des symptômes, une meilleure perception du contrôle personnel et du contrôle attribué à l'intervention (ÉIDAC), ainsi qu'une diminution de la perception de conséquences négatives et de la représentation émotionnelle de la maladie.

Incapacité reliée à la douleur. Les résultats montrent ici aussi une diminution significative qui se maintient sur une période de quatre mois (relance). Nos résultats vont dans le même sens que ceux d'une autre étude rapportant une relation entre l'augmentation du sentiment d'efficacité personnelle (*self-efficacy*) et la diminution de l'incapacité reliée à la douleur (Denison et al., 2004).

Plusieurs clients de l'ÉIDAC expérimentaient des troubles d'incontinence fécale et de ballonnements sévères au début de l'École, ce qui avait un impact sur leurs activités de la vie quotidienne. À la fin de l'intervention, la plupart des patients rapportent une importante diminution de la fréquence de ces problèmes. Ainsi, la rééducation musculaire, ajoutée à l'augmentation du sentiment de contrôle, semblent diminuer chez le patient la perception de son incapacité reliée à la douleur.

6.4 Limites de l'étude et suggestions de recherches futures

6.4.1 Taille de l'échantillon

La très petite taille de l'échantillon et l'absence concomitante de randomisation font de ce projet une étude préliminaire. Bien que les résultats soient généralement positifs, ils ne peuvent pas être généralisés. Un plus grand nombre de sujets permettrait une meilleure évaluation de l'efficacité de l'ÉIDAC ainsi qu'une meilleure validité des résultats.

Le nombre de sujets souhaitable pour des analyses intergroupes a été déterminé précédemment à 66. Ce nombre augmenterait également de façon considérable la puissance des résultats des analyses intragroupes. À titre d'exemple, pour une diminution moyenne de l'intensité de la douleur de 10% avec un écart-type de 15, tel qu'obtenu dans la présente étude (pré-traitement/relance), ce nombre permettrait d'atteindre une puissance de près de 100 %.

6.4.2 Intervention multidimensionnelle

Une deuxième limite concerne l'identification des composantes spécifiques de l'intervention, ainsi que l'aspect particulier de la condition des individus sur laquelle ils ont eu un effet. Autrement dit, qu'est-ce qui a agit sur quoi ?

Par exemple, les résultats ne permettent pas d'identifier objectivement quelle composante du programme est principalement responsable de la diminution du sentiment dépressif ou des autres modifications de la condition physique et psychologique des individus. De même, nous ne sommes pas en mesure d'identifier si la diminution de la douleur est attribuable à la rééducation musculaire, à la respiration abdominale seulement ou encore aux recadrages.

6.4.3 L'absence de mesures physiologiques

L'absence de mesures physiologiques sur les groupes de muscles ciblés par notre programme de rééducation musculaire représente une troisième limite. Bien qu'on ait remarqué une évolution dans l'exécution des exercices, ce qui nous laisse supposer une amélioration de la fonction musculaire de la paroi abdominale, aucune mesure objective ne nous permet de confirmer ou d'infirmier cette hypothèse.

Il serait intéressant de mesurer, par exemple, l'efficacité des muscles stabilisateurs (transverse de l'abdomen) et du plancher pelvien (*levator anis*) avant et après l'intervention afin de pouvoir mieux analyser l'effet du programme de rééducation musculaire.

6.4.4 Aucune mesure à long terme

Enfin, une quatrième limite concerne l'effet à long terme de l'intervention. Nous savons que les améliorations se sont maintenues sur une période de 4 mois après l'intervention. L'ajout d'une autre évaluation, un an plus tard par exemple, permettrait de vérifier l'impact de l'ÉIDAC à plus long terme.

6.5 Retombées de l'étude

Les résultats de cette recherche s'ajoutent aux données précédentes qui démontraient l'efficacité d'une École interactionnelle de douleur chronique pour le traitement de la lombalgie chronique (Charest et al., 1996) et de la fibromyalgie (de Souza et al., 2007). Il s'agit somme toute d'une avenue prometteuse qui pourrait contribuer à venir en aide à une population pour qui il existe actuellement bien peu de traitements efficaces.

Plusieurs avantages font de l'ÉIDAC une alternative intéressante pour traiter des douleurs abdominales chroniques, comme le syndrome du colon irritable et les douleurs pelviennes chroniques. Il s'agit d'un traitement en groupe, interdisciplinaire, non-invasif, non-pharmacologique, accessible (aucun appareil spécialisé n'est requis) et, surtout, qui a recours aux capacités des personnes et à leurs ressources internes.

D'un point de vue clinique, ce type d'intervention présente un intérêt considérable, que ce soit pour le système de santé, pour le professionnel de la santé ou pour le patient. Pour le système de santé, on peut penser notamment à une diminution des coûts associés aux nombreuses visites médicales, aux chirurgies et aux examens spécialisés. Pour le professionnel de la santé, le fait de traiter plusieurs patients en même temps représente une maximisation du temps et des ressources. Pour sa part, le patient bénéficie d'un groupe de soutien, d'une écoute bienveillante et de solutions qui favorisent son autonomie et son sentiment de pouvoir agir.

7 CONCLUSION

L'objectif de cette étude consistait à vérifier l'efficacité de l'École interactionnelle pour le traitement de différents types de douleurs abdominales chroniques. La rééducation musculaire et des interventions stratégiques constituent les bases de ce programme structuré pour traiter en groupe les douleurs abdominales chroniques. Son but : apprendre aux patients à s'autotrainer ou, plus simplement, à agir différemment face à la douleur.

Les résultats démontrent que cette intervention de groupe a eu un impact positif sur les sept variables à l'étude. Plus spécifiquement, les participants de l'ÉIDAC rapportent une diminution de leur douleur, une diminution du sentiment dépressif, une amélioration de leur qualité de vie et état de santé général, un meilleur sentiment de contrôle, une meilleure perception de la maladie, ainsi qu'une diminution importante de la dramatisation de la douleur et de l'incapacité reliée à la douleur. De plus, ces améliorations se sont maintenues quatre mois après la fin de l'École.

L'effet du groupe est un élément important de l'ÉIDAC : les participants ont mentionné clairement les bienfaits d'avoir brisé l'isolement et d'avoir pu échanger sur leurs expériences reliées aux différentes difficultés reliées à la maladie. Le sentiment d'être écouté, compris et surtout cru, est également un point important soulevé par tous les clients de l'École.

Ce type d'intervention s'avère donc une alternative prometteuse pour le traitement de certains types de douleurs abdominales chroniques, dont le colon irritable et la douleur pelvienne chronique. Cibler l'autotraining peut être profitable tant pour les professionnels du système de santé que pour les patients et leur entourage.

8 REMERCIEMENTS

Ce projet a été possible grâce à la collaboration extraordinaire de certaines personnes à qui je désire faire part de ma reconnaissance. Merci au Dr Dat-Nhut Nguyen, anesthésiologiste au CSSS de Rouyn-Noranda et directeur du mémoire, qui a joué un rôle instrumental dans la réalisation de ce projet. En plus de nous avoir généreusement fait bénéficier de son expertise médicale, sa contribution personnelle a été d'une valeur inestimable tout au long de cette entreprise. Merci à Jacques Charest, psychologue et professeur au département des sciences de la santé de l'UQAT et aussi directeur du mémoire, qui m'a permis d'acquérir les compétences requises pour entreprendre un projet d'École interactionnelle de douleur chronique. Son intérêt, sa générosité et sa disponibilité ont été déterminants dans la réalisation de cette recherche. Merci à Isabelle Gaumond, professeure au département des sciences de la santé de l'UQAT et directrice du mémoire, qui a accepté de m'encadrer et de me supporter tout au long de mon parcours.

Je suis particulièrement reconnaissante à Josée Boucher, à la fois une co-animatrice exemplaire et une amie extraordinaire, qui a joué un rôle capital tout au long du déroulement des interventions. Ses compétences en tant que thérapeute en réadaptation physique, ajoutées à son dévouement, son dynamisme et ses habiletés en relations interpersonnelles, ont grandement facilité une application adéquate des ÉIDAC dans ce projet.

Je tiens à souligner le magnifique travail des techniciens du service de l'audiovisuel, dont la collaboration a été précieuse dans la réalisation de ce type de projet. Je profite également de l'occasion pour remercier l'UQAT pour la gracieuseté de ses locaux et ses services techniques, ainsi que la subvention octroyée dans le cadre de cette recherche (fonds institutionnel de recherche).

Finalement, merci à mon conjoint, Stéphane, sans qui cette aventure n'aurait pas été possible, ainsi qu'à mes deux enfants, Dorothée et Florent, pour leur présence et leur amour inconditionnel, un carburant indispensable lors de périodes de dur labeur.

RÉFÉRENCES

- Abouguendia, M. (2004). Alliance as a Mediator of Expectancy Effects in Short-Term Group Psychotherapy. *Group Dynamics : Theory, Research, and Practice* 8[1, 3-12].
- Al-Chaer, E. D. & Traub, R. J. (2002). Biological basis of visceral pain: recent developments. *Pain*, 96, 221-225.
- Albaret, M. C. (2007). *La perception de la maladie et le coping chez les personnes fibromyalgiques*. Université Toulouse-le-Mirail.
- Azpiroz, F., Bouin, M., Camilleri, M., Mayer, E. A., Poitras, P., Serra, J. et al. (2007). Mechanisms of hypersensitivity in IBS and functional disorders. *Neurogastroenterology & Motility - journal*, 19, 62-88.
- Baune, B. T., Caniato, R. N., Garcia-Alcaraz, M. A., & Berger, K. (2008). Combined effects of major depression, pain and somatic disorders on general functioning in the general adult population. *Pain*, 138, 310-317.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1987). *Manual for the Beck Depression Inventory*. Texas: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. A. (1998). *Inventaire de Dépression de Beck, deuxième édition*. (Harcourt Assessment ed.) Toronto.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Bennett, E. J., Piesse, C., Palmer, K., Badcock, C. A., Tennant, C. C., & Kellow, J. E. (1998). Functional gastrointestinal disorders: psychological, social, and somatic features. *Gut*, 42, 414-420.
- Bharucha, A. E. (2006). Pelvic floor: anatomy and function. *Neurogastroenterology & Motility - journal*, 18, 507-519.
- Bo, K. & Sherburn, M. (2005). Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. *Physical Therapy*, 85, 269-282.

- Bourque, P. & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Revue Canadienne des Sciences du comportement*, 211-218.
- Chang, L., Toner, B. B., Fukudo, S., Guthrie, E., Locke, G. R., Norton, N. J. et al. (2006). Gender, age, society, culture, and the patient's perspective in the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*, 130, 1435-1446.
- Charest, J. (2009). Traitement en groupe de la douleur chronique : l'École interactionnelle. *Revue québécoise de psychologie* 30[3], 163-187.
- Charest, J., Chenard, J. R., Lavignolle, B., & Marchand, S. (1996). *Lombalgie: École interactionnelle du dos*. (Masson ed.) Paris.
- Charest, J. & Perron, J. C. (2000). Prescription de comportements dans un cas de dépression avec idéations suicidaires. *Revue québécoise de psychologie*, 21, 153-172.
- Chateaux, V. & Spitz, E. (2006). Perception de la maladie et adhérence thérapeutique chez des enfants asthmatiques. *Pratiques psychologiques*, 12, 1-16.
- Cheong, Y. & William, S. R. (2006). Chronic pelvic pain: aetiology and therapy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 20, 695-711.
- Chiarioni, G., Bassotti, G., Stanganini, S., Vantini, I., & Whitehead, W. E. (2002). Sensory retraining is key to biofeedback therapy for formed stool fecal incontinence. *The American Journal of Gastroenterology*, 97, 109-117.
- Chiarioni, G., Whitehead, W. E., Pezza, V., Morelli, A., & Bassotti, G. (2006). Biofeedback is superior to laxatives for normal transit constipation due to pelvic floor dyssynergia. *Gastroenterology*, 130, 657-664.
- Clemens, J. Q., Nadler, R. B., Schaeffer, A. J., Belani, J., Albaugh, J., & Bushman, W. (2000). Biofeedback, pelvic floor re-education, and bladder training for male chronic pelvic pain syndrome. *Urology*, 56, 951-955.
- Corazziari, E. (2004). Definition and epidemiology of functional gastrointestinal disorders. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 18, 613-631.
- Cornel, E. B., van Haarst, E. P., Schaarsberg, R. W., & Geels, J. (2005). The effect of biofeedback physical therapy in men with Chronic Pelvic Pain Syndrome Type III. *European Urology*, 47, 607-611.

- Coughlin, A. M., Badura, A. S., Fleischer, T. D., & Guck, T. P. (2000). Multidisciplinary treatment of chronic pain patients: its efficacy in changing patient locus of control. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *81*, 739-740.
- Critchley, D. (2002). Instructing pelvic floor contraction facilitates transversus abdominis thickness increase during low-abdominal hollowing. *Physiotherapy Research International*, *7*, 65-75.
- Cross, M. J., March, L. M., Lapsley, H. M., Byrne, E., & Brooks, P. M. (2006). Patient self-efficacy and health locus of control: relationships with health status and arthritis-related expenditure. *Rheumatology (Oxford)*, *45*, 92-96.
- de Souza, J. B., Charest, J., & Marchand, S. (2007). École interactionnelle de fibromyalgie: description et évaluation. *Douleur et Analgésie*, *20*, 213-218.
- Denison, E., Asenlof, P., & Lindberg, P. (2004). Self-efficacy, fear avoidance, and pain intensity as predictors of disability in subacute and chronic musculoskeletal pain patients in primary health care. *Pain*, *111*, 245-252.
- Drisko, J., Bischoff, B., Hall, M., & McCallum, R. (2006). Treating irritable bowel syndrome with a food elimination diet followed by food challenge and probiotics
- Drossman, D. A. (2006). Rome III: the new criteria. *Chinese Journal of Digestive Diseases*, *7*, 181-185.
- Drossman, D. A. (2006). The functional gastrointestinal disorder and the Rome III process. *Gastroenterology*, *130*, 1377-1390.
- Ducrotte, P. (2005). Physiopathologie et traitement des troubles fonctionnels intestinaux. *EMC-Hépatogastroentérologie*, 400-412.
- Duffy, S. (2001). Chronic pelvic pain: defining the scope of the problem. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, *74 Suppl 1*, S3-S7.
- Eriksson, E. M., Moller, I. E., Soderberg, R. H., Eriksson, H. T., & Kurlberg, G. K. (2007). Body awareness therapy: a new strategy for relief of symptoms in irritable bowel syndrome patients. *World Journal of Gastroenterology*, *13*, 3206-3214.
- Fisch, R., Weakland, J. H., & Segal, L. (1986). *Tactiques du changement*. (Seuil ed.) Paris.

- French, D. J., Noël, M., Vigneau, F., French, J. A., & Cyr, C. P. (2005). L'Échelle de dramatisation face à la douleur PCS-CF - Adaptation canadienne en langue française de l'échelle "Pain Catastrophizing Scale". *Revue Canadienne des Sciences du comportement*, 37, 181-192.
- Grace, V. M. (2000). Pitfalls of the medical paradigm in chronic pelvic pain. *Baillieres Best Pract. Res Clin. Obstet. Gynaecol.*, 14, 525-539.
- Gucciardi, E., Cameron, J. I., Liao, C. D., Palmer, A., & Stewart, D. E. (2007). Program design features that can improve participation in health education interventions. *BMC Med. Res Methodol.*, 7, 47.
- Guillarme, L. (2004). *Rééducation thoraco-abdomino-pelvienne par le concept ABDO-MG*. (Éditions FRISON-ROCHE ed.) Paris.
- Haugstad, G. K., Haugstad, T. S., Kirste, U. M., Leganger, S., Wojniusz, S., Klemmetsen, I. et al. (2006). Posture, movement patterns, and body awareness in women with chronic pelvic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 637-644.
- Hetrick, D. C., Ciol, M. A., Rothman, I., Turner, J. A., Frest, M., & Berger, R. E. (2003). Musculoskeletal dysfunction in men with chronic pelvic pain syndrome type III: a case-control study. *Journal of Urology*, 170, 828-831.
- Houghton, L. A., Calvert, E. L., Jackson, N. A., Cooper, P., & Whorwell, P. J. (2002). Visceral sensation and emotion: a study using hypnosis. *Gut*, 51, 701-704.
- Jundt, K., Peschers, U. M., & Dimpfl, T. (2002). Long-term efficacy of pelvic floor re-education with EMG-controlled biofeedback. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 105, 181-185.
- Kenny, D. T. (2004). Constructions of chronic pain in doctor-patient relationships: bridging the communication chasm. *Patient Education and Counseling*, 52, 297-305.
- Knapp, M. L. (2002). *Nonverbal Communication in Human Interaction*. Toronto : Wadsworth.
- Krieger, J. N., Ross, S. O., & Riley, D. E. (2002). Chronic prostatitis: epidemiology and role of infection. *Urology*, 60, 8-12.
- Lame, I. E., Peters, M. L., Vlaeyen, J. W., Kleef, M., & Patijn, J. (2005). Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *European Journal of Pain*, 9, 15-24.

- Levy, R. L., Olden, K. W., Naliboff, B. D., Bradley, L. A., Francisconi, C., Drossman, D. A. et al. (2006). Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*, *130*, 1447-1458.
- Loas, G., Dardennes, R., Dhee-Perot, P., Leclerc, V., & Fremaux, D. (1994). Opérationnalisation du concept de "lieu de contrôle": traduction et première étude de validation de l'échelle de contrôle de Levenson (IPC: The internal powerful others and chance scale). *Annales Médico-Psychologiques*, *152*, 466-469.
- Madill, S. J. (2007). A Contextual Model of Pelvic Floor Muscle Defects in Female Stress Urinary incontinence. New York Academy of Sciences 1101, 335-360.
- Marchand, S. (2009). *Le phénomène de la douleur (2^e éd.)*. (Chenelière-Éducation ed.) Montréal.
- McCahon, S., Strong, J., Sharry, R., & Cramond, T. (2005). Self-report and pain behavior among patients with chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, *21*, 223-231.
- Moss-Morris, R. & Chalder, T. (2003). Illness perceptions and levels of disability in patients with chronic fatigue syndrome and rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, *55*, 305-308.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, L. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, *17*, 1-16.
- Neelakantan, D., Omojole, F., Clark, T. J., Gupta, J. K., & Khan, K. S. (2004). Quality of life instruments in studies of chronic pelvic pain: a systematic review. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *24*, 851-858.
- Neumann, P. and Gill, V. (2002). Pelvic Floor and Abdominal Muscle Interaction : EMG Activity and Intra-abdominal Pressure. *International Urology Journal*, *13*, 125-132.
- Nicholl, B. I., Halder, S. L., Macfarlane, G. J., Thompson, D. G., O'Brien, S., Musleh, M. et al. (2007). Psychosocial risk markers for new onset irritable bowel syndrome - Results of a large prospective population-based study. *Pain*.
- Nijs, J., Van de, P. K., Louckx, F., Truijen, S., & De, M. K. (2008). Exercise performance and chronic pain in chronic fatigue syndrome: the role of pain catastrophizing. *Pain Med.*, *9*, 1164-1172.

- Piotrowski, C. & Keller, J. W. (1992). Psychological testing in applied settings: A literature review from 1982-1992. *Journal of Training & Practice in Professional Psychology*, 6, 74-82.
- Plews-Ogan, M., Owens, J. E., Goodman, M., Wolfe, P., & Schorling, J. (2005). A pilot study evaluating mindfulness-based stress reduction and massage for the management of chronic pain. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 1136-1138.
- Potts, J. M. (2003). Chronic pelvic pain syndrome: a non-prostatocentric perspective. *World Journal of Urology*, 21, 54-56.
- Price, D. D., McGrath, P. A., Rafii, A., & Buckingham, B. (1983). The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain*, 17, 45-56.
- Pucheu, S., Consoli, S. M., & Lecomte, T. (2005). Personnalité, représentations et adaptation à la maladie cancéreuse: étude comparative. *Revue Francophone Psycho-Oncologie*, 4, 268-277.
- Rossier, J., Rigozzi, C., & Berthoud, S. (2002). Validation de la version française de l'échelle de contrôle de Levenson (IPC), influence de variables démographiques et de la personnalité. *Ann.Méd.-Psychol.*, 160, 138-148.
- Sapsford, R. R. and Hodges, Paul (2001). Contraction of the Pelvic Floor Muscles During Abdominal Maneuvers. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82, 1081-1088.
- Siegel, S. M. (1992). Nonverbal Relational Control in Family Communication. *Journal of Nonverbal Behavior* 16, 117-139.
- Simren, M., Abrahamsson, H., Bosaeus, I., Brummer, R. J., Dolk, A., Lindberg, G. et al. (2007). Nutritional aspects in patients with functional gastrointestinal disorders and motor dysfunction in the gut. Working team report of the Swedish Motility Group (SMoG)
- Slade, P. & Cordle, C. (2005). Psychological aspects of the management of chronic pelvic pain. *Current Obstetric & gynaecology*, 298-305.
- Stephens, M. A. P. (2006). Older Women With Osteoarthritis and Their Caregiving Husbands : Effects of Pain and Pain Expression on Husbands' Well-Being and Support. *Rehabilitation Psychologie* 51[1], -12.

- Stones, R. W., Selfe, S. A., Fransman, S., & Horn, S. A. (2000). Psychosocial and economic impact of chronic pelvic pain. *Bailliere's best practice & research - Clinical obstetrics & gynaecology*, *14*, 415-431.
- Strzempko, B. F. & Chesla, C. (2007). Relational patterns of couples living with chronic pelvic pain from endometriosis. *Qualitative Health Research*, *17*, 571-585.
- Sullivan, M. J. L. & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and Validation. *Psychological Assessment*, *7*, 524-532.
- Tait, R. C., Pollard, C. A., Margolis, R. B., Duckro, P. N., & Krause, S. J. (1987). The Pain Disability Index: psychometric and validity data. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *68*, 438-441.
- Thompson, J. A. (2006). Altered Muscle Activation Patterns in Symptomatic Women During Pelvic Floor Muscle Contraction and Valsalva Manoeuvre. *Neurology and Urodynamics* *25*, 268-276.
- Tortora, G. J., Grabowski, S. R., & Parent, J.-C. (1999). *Principes d'anatomie et de physiologie*. Anjou.
- Viane, I., Crombez, G., Eccleston, C., Poppe, C., Devulder, J., Houdenhove, B. V. et al. (2003). Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: empirical evidence and reappraisal. *Pain*, 65-72.
- Walz, J., Perrotte, P., Hutterer, G., Suardi, N., Jeldres, C., Benard, F. et al. (2007). Impact of chronic prostatitis-like symptoms on the quality of life in a large group of men. *BJU International*, *100*, 1307-1311.
- Ware, J. E., Jr. (2000). SF-36 health survey update. *Spine*, *25*, 3130-3139.
- Wessely, S., Nimnuan, M., & Sharpe, M. (1999). Functional somatic syndromes: one or many? *The Lancet*, 936-939.
- Whitehead, W. E., Palsson, O., & Jones, K. R. (2002). Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? *Gastroenterology*, *122*, 1140-1156.
- Zondervan, K. T. & Kennedy, S. H. (2005). Epidemiology of chronic pelvic pain. *International Congress Series*, *1279*, 77-84.

Zondervan, K. T., Yudkin, P. L., Vessey, M. P., Jenkinson, C. P., Dawes, M. G., Barlow, D. H. et al. (2001). Chronic pelvic pain in the community--symptoms, investigations, and diagnoses. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 184, 1149-1155.

ANNEXE 1 :

CONTRAT

Contrat

Nom : _____

Je m'engage à :

1. Parcourir les 8 étapes mentionnées;
2. Effectuer le travail personnel recommandé;
3. Modifier mon emploi du temps pour consacrer en moyenne 45 minutes par jour, six jours par semaine, pour la durée de l'École interactionnelle de douleurs abdominales chroniques, aux apprentissages théoriques et pratiques identifiés dans le programme de l'École.

En retour, je m'attends à ce que ces apprentissages théoriques combinés à mes nouvelles habiletés pratiques me permettent à la fin de l'École de :

1. Soulager adéquatement mes douleurs abdominales chroniques de _____%
2. Rencontrer les deux objectifs personnels suivants :

En foi de quoi, je signe le présent contrat.

Participant

Date

Membre significatif de mon entourage

Date

Animatrice (Josée Boucher ou Sophie Duhaime)

Date

5 objectifs personnels

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Quelques exemples d'objectifs personnels

Activité au plan

Affectif	Aller manger au restaurant quand ça me plaît Faire une sortie par mois avec mon conjoint Ne pas avoir peur de planifier une soirée avec des amis Avoir une vie sexuelle à mon goût
Cognitif	Connaître des stratégies qui me permettent de contrôler la douleur Mieux comprendre mes symptômes
Physique	Être capable de marcher 30 minutes sans devoir arrêter Faire une heure de voiture sans devoir arrêter Manger trois repas par jour Me coucher une fois de moins par jour Aller à la selle à chaque jour Avoir une diarrhée de moins par semaine
Sommeil	Me réveiller une fois de moins par nuit Avoir une meilleure qualité de sommeil

ANNEXE 2 :

ROUTINE MOTRICE

ANNEXE 3 :

CARNET DE ROUTE

Carnet de route - 16 au 22 mai 2008

Nom : _____

Vendredi	Marche _____ min
	Routine motrice _____ min
Samedi	Marche _____ min
	Routine motrice _____ min
Dimanche	Marche _____ min
	Routine motrice _____ min
Lundi	Marche _____ min
	Routine motrice _____ min
Mardi	Marche _____ min
	Routine motrice _____ min
mercredi	Marche _____ min
	Routine motrice _____ min
Jeudi	Marche _____ min
	Routine motrice _____ min

Communication efficace :

Je trouve que (point positif) : _____

Événement (fait): _____

Je me sens (émotion): _____

Tâche nutrition (personnalisée) :

Tâche évacuation (défécation) :

ANNEXE 4 :

STRATÉGIE DE GESTION DES CAPACITÉS

Stratégies de gestion des capacités¹

Refuser la tâche	Accepter la tâche
<p>DIRE NON</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ « Désolé, mais je n'ai pas le temps de faire cette tâche ». ➤ « Désolé, mais j'ai fait ma part ». ➤ Prendre son temps pour répondre / dire non maintenant ou plus tard. ➤ Revenir à la demande, faire un bilan et changer d'idée si nécessaire. <p>DÉLÉGUER</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifier les ressources disponibles autour de vous. ➤ Une fois la tâche déléguée, accepter que les choses soient faites différemment. 	<p>PLANIFIER</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Donner des priorités aux tâches. ➤ Être flexible (changer l'ordre de priorité). ➤ Prévoir un scénario pour faire face à l'imprévu. ➤ Planifier des pauses ou des arrêts. <p>VARIER</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Faire plusieurs types de tâches différentes. ➤ Varier le nombre et le format des tâches de la journée. ➤ Débuter avec les tâches qu'on aime moins et continuer avec celles qu'on préfère ou l'inverse.
Se valoriser	
<p>S'OBSERVER</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ S'auto-observer durant la journée. ➤ Faire un bilan de la journée. ➤ Observer l'environnement et adapter sa journée en conséquence. <p>PRIORISER</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mieux vaut 3 journées d'activités modérées qu'une journée excessive suivie de 2 jours en épuisement. ➤ S'octroyer du temps pour soi, pour les amis et pour la famille. 	

¹Tableau tiré de : Barcellos de Souza, J., Charest, J., & Marchand, S. (2007). École interactionnelle de fibromyalgie : description et évaluation. *Douleur et analgésie*, 20, 213-218.

Avoir un problème de santé chronique amène souvent une perte de capacité. Ceci se traduit dans la vie de tous les jours par une différence entre le « vouloir » et le « pouvoir ». « **Vouloir** » faire quelque chose dépend de la volonté, qui est sous le contrôle du cerveau. « **Pouvoir** » faire quelque chose dépend en plus de la capacité physique réelle de la personne.

On peut résumer cela en parlant du « **cerveau qui veut** » et du « **corps qui peut** ».

Dans une vie sans perte de capacité, le « **vouloir faire** » et le « **pouvoir faire** » s'ajustent automatiquement depuis la naissance. Quand nous n'avons jamais fait de course à pied par exemple, il ne nous vient pas à l'idée de nous mettre subitement à courir pour aller chercher le journal au dépanneur deux kilomètres plus loin. Nous allons plutôt marcher, c'est normal.

Or, quand survient une perte de capacité qui persiste, la logique voudrait que le « **cerveau qui veut** » s'ajuste rapidement au « **corps qui peut moins** ». Mais le cerveau est un organe très entêté ! Souvent, il continue à vouloir la même chose, même si le corps n'en est plus capable. Et quand le corps n'en peut plus, il tire la sonnette d'alarme. *La fatigue et la douleur* sont les sonnettes d'alarme habituelles.

Plus la personne endure sans changer sa manière de faire les choses pour s'adapter à ses nouvelles capacités, plus la fatigue et la douleur augmentent, et contribuent à faire baisser encore plus les capacités de la personne. Elle est alors prise dans un cercle vicieux. Bien des gens sont pris dans le scénario suivant : le malaise amène une difficulté progressive à faire une activité. La personne continue la même chose jusqu'à ce que le malaise soit trop important. Et là, elle arrête tout. Après une période de quelques jours ou quelques semaines, son malaise a diminué. La personne voit tout le retard qu'elle a accumulé et met les bouchées doubles. Son malaise augmente progressivement jusqu'à la prochaine rechute d'arrêt total. Et ainsi de suite...

Le drame est que de rechute en rechute, la personne se décourage de plus en plus, sa forme physique diminue, et sa capacité baisse progressivement jusqu'à un niveau qui peut atteindre l'alitement. La manière la plus efficace d'interrompre ce cercle vicieux est de remettre en place les mécanismes normaux d'ajustement entre le « **cerveau qui veut** » et le « **corps qui peut** », en développant une gestion consciente de nos capacités. En effet, l'expérience démontre qu'en appliquant des principes de gestion de ses capacités actuelles, même si elles semblent très diminuées par rapport aux capacités passées, la personne note une augmentation progressive de ses capacités, jusqu'à ce qu'elle en soit un jour satisfaite.

Le tableau ci-joint décrit trois stratégies de gestion des capacités. Il s'agit d'implanter tranquillement une ou plusieurs de ces stratégies, avec pour objectif l'amélioration lente mais continue de la capacité globale de la personne. La recette varie pour chacun et peut nécessiter plusieurs essais et erreurs, car rappelons-nous que le cerveau est un organe entêté, et donc qui n'aime pas vraiment le changement.

ANNEXE 5 :

TÂCHE NUTRITION

Madame X

Manger ?!?



Régularité...

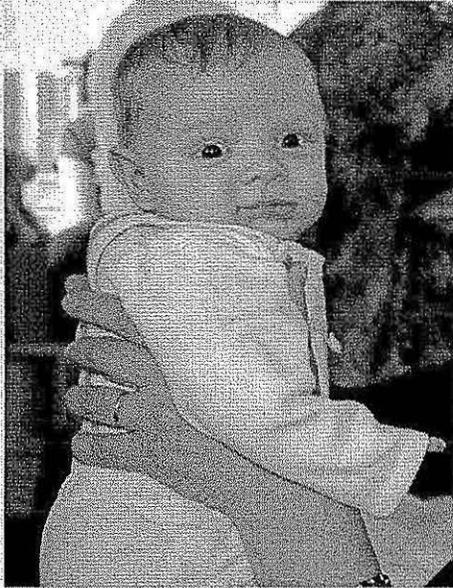
Satiété...

Graduel...

Une fois par semaine, à la fin d'une journée pendant laquelle vous aurez pris trois repas, portez attention aux sensations de votre estomac.

Madame Y

Manger ?!?



Régularité...

Satiété...

Graduel...

Une fois par semaine, pendant un repas, porter attention aux signes qui vous indiquent que vous avez atteint votre niveau de satiété.

Madame Z

Manger ?!?



Régularité...

Satiété...

Graduel...

À une reprise d'ici la prochaine rencontre, pendant un repas, porter attention aux sensations qui vous indiquent que vous tolérez (ou non) un aliment.

ANNEXE 6 :

ANNONCE DE RECRUTEMENT

Recherche sur le traitement de la douleur abdominale chronique

Dans le cadre d'une recherche clinique, *nous vous offrons de participer à un groupe de gestion des douleurs abdominales et pelviennes chroniques* (syndrome du colon irritable, endométriose, cystite interstitielle, dysménorrhée, prostatite chronique, dyspepsie fonctionnelle, etc.).

Sous la direction de Dr. Isabelle Gaumont (neurophysiologiste), Dr. Jacques Charest (psychologue), Dr. Dat Nhut Nguyen (médecin) et Sophie Duhaime (étudiante à la maîtrise en sciences cliniques), ce projet se déroule de la façon suivante :

Quand? Au printemps 2008 : sept rencontres en groupe d'une durée de 2 heures chacune (vendredi a.m.), étalées d'avril à juin

Où? Au campus de l'Université à Rouyn-Noranda

Coût? Gratuit

Votre problème sera traité avec respect et confidentialité

Si vous êtes intéressé(e), veuillez nous contacter en laissant votre nom et votre numéro de téléphone sur notre boîte vocale.

Sophie Duhaime, étudiante-chercheure
(819) 762-0971 poste 2454



Université du Québec
en Abitibi-Témiscamingue

ANNEXE 7 :

LETTRE AUX MÉDECINS



**Université du Québec
en Abitibi-Témiscamingue**

Rouyn-Noranda, le 20 février 2008

Aux médecins de famille du CSSSRN

Objet : Recrutement de client(e)s pour une École interactionnelle de douleurs abdominales chroniques

Une équipe de chercheurs de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue démarre actuellement une recherche visant à vérifier l'efficacité d'un programme structuré (École interactionnelle) pour traiter en groupe les douleurs abdominales chroniques. Plus précisément, il s'agit d'une intervention non-pharmacologique, basée sur des programmes d'exercices, de relaxation et de changements d'habitudes de vie, dans laquelle l'emphase sera mise sur les capacités des individus concernés à apprendre à s'autotrainer.

Chercheurs dans cette étude :

- Sophie Duhaime, candidate à la maîtrise en Sciences cliniques, UQAT
- Isabelle Gaumond, Ph.D., professeure, UQAT
- Dat Nhut Nguyen, M.D., anesthésiologiste au CSSSRN
- Jacques Charest, Ph.D., professeur, UQAT.

Afin de poursuivre l'élaboration de ce projet, nous devons recruter une clientèle intéressée à participer. Il n'y a aucune restriction à l'égard du sexe ou du type de douleur (pelvienne ou digestive). Nous avons préparé un communiqué à l'intention des patient(e)s qui pourraient être des candidats potentiels, incluant les indications pour nous contacter. Des copies de ce communiqué se trouvent à l'urgence et aux postes de chirurgie et de médecine. Nous vous invitons à le remettre à vos patient(e)s souffrants de douleurs abdominales chroniques. Cette invitation peut également être adressée à des personnes à l'extérieur de l'hôpital.

Votre collaboration sera grandement appréciée! Ultérieurement, nous vous présenterons les résultats de cette étude.

Sophie Duhaime, B.Sc.
Candidate à la maîtrise en sciences cliniques
Département des sciences de la santé
(819) 762-0971, poste 2454

ANNEXE 8 :

ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE

Évaluation de la douleur

Intensité de la douleur (physique)		Aspect désagréable de la douleur (émotif)	
Aucune douleur	La plus intense que je puisse imaginer	Aucune douleur	La plus désagréable que je puisse imaginer
07:00	_____	07:00	_____
09:00	_____	09:00	_____
11:00	_____	11:00	_____
13:00	_____	13:00	_____
15:00	_____	15:00	_____
17:00	_____	17:00	_____
19:00	_____	19:00	_____
21:00	_____	21:00	_____
23:00	_____	23:00	_____
01:00	_____	01:00	_____
03:00	_____	03:00	_____
05:00	_____	05:00	_____

Notes :

Nom : _____

Date : _____

ANNEXE 9 :

INVENTAIRE DE DÉPRESSION DE BECK (BDI-II)

Nom _____ Situation de famille _____ marié(e) vivant en union libre
 divorcé(e) veuf(ve)
 séparé(e) célibataire

Âge _____ Sexe _____ M F Profession _____ Niveau d'études _____

Consigne : Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Entourez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire exactement ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et entourez-le. Assurez-vous de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modifications de l'appétit).

1 Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis tout le temps triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux(se) que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3 Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant quant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir quant aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir quant aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir quant aux choses qui me plaisaient habituellement.

5 Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

6 Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2 Je m'attends à être puni(e).
- 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7 Sentiments négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
- 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas du tout.

8 Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tous mes défauts.
- 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9 Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10 Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11 Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12 Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13 Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14 Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vauds absolument rien.

15 Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16 Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1b Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3a Je dors presque toute la journée.
- 3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18 Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

19 Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Note: Ce formulaire est imprimé en noir et bleu. Si ces deux couleurs n'apparaissent pas sur le présent exemplaire, c'est qu'il a été photocopié en violation des lois ayant trait aux droits d'auteur.

Sous-total, page 2

Sous-total, page 1

Score total

ANNEXE 10 :

**QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE ET ÉTAT DE
SANTÉ GÉNÉRAL (SHORT-FORM 36)**

Questionnaire de santé SF-36

Comment répondre

Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Veuillez répondre à toutes les questions en cochant le cercle correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

Prénom : _____

Nom : _____

Age : _____ Sexe : _____

Date : _____

Choisissez une seule réponse pour chaque question.

1. En général, diriez-vous que votre santé est :

Excellente

Très bonne

Bonne

Moyenne

Faible

2. En pensant à votre santé d'il y a un an, comment comparez-vous votre santé actuelle ?

Beaucoup
mieux que
l'an dernier

Un peu
mieux que
l'an dernier

À peu près
pareille à
l'an dernier

Un peu
moins
bonne que
l'an dernier

Beaucoup
moins
bonne que
l'an dernier

3. Les questions suivantes portent sur vos activités quotidiennes. Votre santé actuelle vous limite-t-elle présentement dans ces activités ? Si oui, à quel degré ?

	Oui, très limité	Oui, un peu limité	Non, pas limité du tout
a) Activités rigoureuses (courir, lever des objets lourds, participer à des sports intenses)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Activités modérées (bouger une table, passer l'aspirateur, jouer au bowling, ou au golf)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Lever ou porter des paquets	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Monter plusieurs séries d'escaliers de suite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Monter un escalier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Se plier, s'agenouiller, se pencher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Marcher plus d'un kilomètre et demi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Marcher quelques centaines de mètres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Marcher cent mètres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k) Prendre votre bain ou vous laver	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Durant la dernière semaine, avez-vous expérimenté les problèmes suivants durant vos activités quotidiennes, en conséquence de votre santé physique ?

	Tout le temps	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
a) Diminué le temps passé sur le travail ou autres activités	<input type="radio"/>				
b) Accompli moins que vous ne l'auriez voulu	<input type="radio"/>				
c) Été limité dans le genre de travail ou autres activités	<input type="radio"/>				
d) Eu des difficultés à faire un travail ou autres activités (ex. : pris plus d'effort)	<input type="radio"/>				

5. Durant la dernière semaine, avez-vous expérimenté les problèmes suivants durant vos activités quotidiennes en conséquence de votre santé psychologique (comme être déprimé ou anxieux) ?

	Tout le temps	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
a) Diminué le temps passé sur le travail ou autres activités	<input type="radio"/>				
b) Accompli moins que vous ne l'auriez voulu	<input type="radio"/>				
c) Fait votre travail ou autres activités avec moins de minutie que normalement	<input type="radio"/>				

6. Durant la dernière semaine, à quel niveau votre santé physique et/ou psychologique a-t-elle interféré dans vos activités sociales régulières avec parents, amis, voisins ou groupes ?

Pas du tout Légèrement Modérément Beaucoup Énormément

7. Quel niveau de douleur physique avez-vous vécu durant la dernière semaine ?

Pas du tout Très peu Un peu Modérément Beaucoup Énormément

8. Durant la dernière semaine, à quel degré la douleur a-t-elle interféré avec votre travail quotidien (incluant votre travail en dehors et à l'intérieur de votre domicile) ?

Pas du tout Légèrement Modérément Beaucoup Énormément

9. Les questions suivantes concernent comment vous vous sentez et comment les événements dans votre vie se sont déroulés durant la dernière semaine. Pour chaque question, répondez au plus proche de ce que vous ressentez.

Durant la dernière semaine :

	Tout le temps	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
a) Étiez-vous plein de vie ?	<input type="radio"/>				
b) Avez-vous été nerveux ?	<input type="radio"/>				
c) Vous êtes-vous senti si bas que personne ne pouvait vous réconforter ?	<input type="radio"/>				
d) Étiez-vous calme et serein ?	<input type="radio"/>				
e) Aviez-vous plein d'énergie ?	<input type="radio"/>				
f) Étiez-vous déprimé ?	<input type="radio"/>				
g) Étiez-vous épuisé ?	<input type="radio"/>				
h) Étiez-vous heureux ?	<input type="radio"/>				
i) Étiez-vous fatigué ?	<input type="radio"/>				

ANNEXE 11 :

ÉCHELLE DU LIEU DE CONTRÔLE DE LEVENSON (IPC)

Échelle du lieu de contrôle de Levenson (IPC)

Le but des questions suivantes est de connaître vos opinions personnelles face à différentes situations qui se passent dans votre vie. Pour chaque phrase, veuillez dire à quel degré vous êtes en accord ou en désaccord avec l'énoncé en *encerclant* le degré qui correspond à votre opinion.

Assurez-vous de répondre selon ce que vous pensez qu'il se passe réellement plutôt que selon ce que vous aimeriez qu'il se passe idéalement. S'il vous plaît, donnez une réponse pour chaque énoncé même si vous n'êtes pas tout à fait sûr(e).

1) Lorsque ce n'est pas moi qui mène la situation, c'est généralement car je n'ai pas toute la compétence requise.

tout à fait en désaccord	plutôt en désaccord	faiblement en désaccord	faiblement d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
-----------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------	--------------------	-------------------------

2) En grande partie, ma vie est contrôlée par des événements qui arrivent par hasard.

tout à fait en désaccord	plutôt en désaccord	faiblement en désaccord	faiblement d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
-----------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------	--------------------	-------------------------

3) Il me semble que ce qui m'arrive dans la vie est surtout déterminé par des gens qui ont du pouvoir.

tout à fait en désaccord	plutôt en désaccord	faiblement en désaccord	faiblement d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
-----------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------	--------------------	-------------------------

4) Que je sois impliqué(e) ou non dans un accident d'automobile dépend surtout de ce que je suis un mauvais ou un bon conducteur.

tout à fait en désaccord	plutôt en désaccord	faiblement en désaccord	faiblement d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
-----------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------	--------------------	-------------------------

5) Le fait que mes projets se réalisent ou pas dépend essentiellement de moi.

tout à fait en désaccord	plutôt en désaccord	faiblement en désaccord	faiblement d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
-----------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------	--------------------	-------------------------

6) Il arrive qu'il n'y ait aucun moyen de protéger mes intérêts personnels contre la malchance.

Échelle du lieu de contrôle de Levenson (IPC)

tout à fait en désaccord	plutôt en désaccord	faiblement en désaccord	faiblement d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
--------------------------	---------------------	-------------------------	---------------------	-----------------	----------------------

7) Lorsque j'obtiens ce que je désire, c'est généralement parce que j'ai de la chance.

tout à fait en désaccord	plutôt en désaccord	faiblement en désaccord	faiblement d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
--------------------------	---------------------	-------------------------	---------------------	-----------------	----------------------

8) Quelle que soit ma compétence, le seul moyen que l'on me confie des responsabilités importantes, est de faire appel à ceux qui détiennent le pouvoir de décision.

tout à fait en désaccord	plutôt en désaccord	faiblement en désaccord	faiblement d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
--------------------------	---------------------	-------------------------	---------------------	-----------------	----------------------

9) C'est essentiellement le fait que je sois aimable ou pas qui détermine si je suis estimé(e) par les autres.

tout à fait en désaccord	plutôt en désaccord	faiblement en désaccord	faiblement d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
--------------------------	---------------------	-------------------------	---------------------	-----------------	----------------------

10) J'ai souvent constaté dans ma vie que ce qui doit m'arriver va m'arriver.

tout à fait en désaccord	plutôt en désaccord	faiblement en désaccord	faiblement d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
--------------------------	---------------------	-------------------------	---------------------	-----------------	----------------------

11) Ma vie est surtout contrôlée par des personnes qui ont le pouvoir.

tout à fait en désaccord	plutôt en désaccord	faiblement en désaccord	faiblement d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
--------------------------	---------------------	-------------------------	---------------------	-----------------	----------------------

12) Que je sois impliqué(e) ou non dans un accident d'automobile est surtout une question de chance ou de malchance.

tout à fait en désaccord	plutôt en désaccord	faiblement en désaccord	faiblement d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
--------------------------	---------------------	-------------------------	---------------------	-----------------	----------------------

Échelle du lieu de contrôle de Levenson (IPC)

13) Il est presque impossible à des gens comme moi de protéger leurs intérêts lorsque ces derniers sont en opposition avec ceux de groupes puissants de la société.

tout à fait en désaccord	plutôt en désaccord	faiblement en désaccord	faiblement d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
--------------------------	---------------------	-------------------------	---------------------	-----------------	----------------------

14) Il n'est pas toujours sage, en ce qui me concerne, de faire des projets trop longtemps à l'avance parce que souvent, c'est plutôt le hasard qui décide du cours des événements.

tout à fait en désaccord	plutôt en désaccord	faiblement en désaccord	faiblement d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
--------------------------	---------------------	-------------------------	---------------------	-----------------	----------------------

15) Pour avoir ce que je veux, il me faut plaire à ceux qui sont au-dessus de moi.

tout à fait en désaccord	plutôt en désaccord	faiblement en désaccord	faiblement d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
--------------------------	---------------------	-------------------------	---------------------	-----------------	----------------------

16) Lorsque c'est moi plutôt qu'un autre qui mène la situation, c'est parce que j'ai eu la chance de me trouver au bon endroit, au moment propice

tout à fait en désaccord	plutôt en désaccord	faiblement en désaccord	faiblement d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
--------------------------	---------------------	-------------------------	---------------------	-----------------	----------------------

17) S'il arrivait que, dans un milieu, des personnes qui ont de l'influence sur les autres décident qu'elles ne m'aiment pas, je ne serais probablement pas très estimé(e) dans ce milieu.

tout à fait en désaccord	plutôt en désaccord	faiblement en désaccord	faiblement d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
--------------------------	---------------------	-------------------------	---------------------	-----------------	----------------------

18) Les choses qui m'arrivent dans la vie arrivent généralement parce que j'en ai décidé ainsi.

tout à fait en désaccord	plutôt en désaccord	faiblement en désaccord	faiblement d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
--------------------------	---------------------	-------------------------	---------------------	-----------------	----------------------

19) Ce qui fait que je parviens ou pas à défendre mes intérêts dépend essentiellement des actions que j'entreprends.

tout à fait en désaccord	plutôt en désaccord	faiblement en désaccord	faiblement d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
--------------------------	---------------------	-------------------------	---------------------	-----------------	----------------------

Échelle du lieu de contrôle de Levenson (IPC)

20) Que je sois impliqué(e) ou non dans un accident d'automobile dépend surtout des autres conducteurs sur ma route.

tout à fait en désaccord	plutôt en désaccord	faiblement en désaccord	faiblement d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
--------------------------	---------------------	-------------------------	---------------------	-----------------	----------------------

21) Le fait que j'obtienne ou non ce que je désire dépend essentiellement des efforts que je fait pour l'avoir.

tout à fait en désaccord	plutôt en désaccord	faiblement en désaccord	faiblement d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
--------------------------	---------------------	-------------------------	---------------------	-----------------	----------------------

22) Afin que mes projets puissent se réaliser, je m'assure qu'ils cadrent avec les désirs des gens qui exercent un certain pouvoir sur moi.

tout à fait en désaccord	plutôt en désaccord	faiblement en désaccord	faiblement d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
--------------------------	---------------------	-------------------------	---------------------	-----------------	----------------------

23) Ce sont mes propres actions qui déterminent ce qui m'arrive d'agréable et de désagréable dans la vie.

tout à fait en désaccord	plutôt en désaccord	faiblement en désaccord	faiblement d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
--------------------------	---------------------	-------------------------	---------------------	-----------------	----------------------

24) C'est surtout le destin qui fait de moi une personne estimé(e) ou non par l'ensemble des gens.

tout à fait en désaccord	plutôt en désaccord	faiblement en désaccord	faiblement d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
--------------------------	---------------------	-------------------------	---------------------	-----------------	----------------------

ANNEXE 12 :

**QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA PERCEPTION DE LA MALADIE
(IPQ-R)**

Le questionnaire revu et corrigé portant sur la perception de la maladie (IPQ-R)

VOTRE POINT DE VUE SUR VOTRE MALADIE						
<p>Vous trouverez, ci-dessous, une liste de symptômes que vous avez peut-être constatés depuis le début de votre maladie.</p> <p>Dans la première colonne, encerclez <i>Oui</i> (pour chaque symptôme que vous avez constaté) ou <i>Non</i> (pour les autres symptômes).</p> <p>Dans la deuxième colonne, encerclez <i>Oui</i> (pour chaque symptôme que vous pensez être lié à votre maladie) ou <i>Non</i> (pour les autres symptômes).</p>						
	J'ai constaté ce symptôme depuis le début de ma maladie		Ce symptôme est lié à ma maladie			
Douleur	Oui	Non	Oui	Non		
Mal de gorge	Oui	Non	Oui	Non		
Nausée	Oui	Non	Oui	Non		
Essoufflement	Oui	Non	Oui	Non		
Perte de poids	Oui	Non	Oui	Non		
Fatigue	Oui	Non	Oui	Non		
Raideur des articulations	Oui	Non	Oui	Non		
Irritation des yeux	Oui	Non	Oui	Non		
Respiration bruyante	Oui	Non	Oui	Non		
Maux de tête	Oui	Non	Oui	Non		
Troubles de la digestion	Oui	Non	Oui	Non		
Difficulté à dormir	Oui	Non	Oui	Non		
Vertiges ou étourdissements	Oui	Non	Oui	Non		
Affaiblissement	Oui	Non	Oui	Non		
<p>Nous voulons connaître votre façon de voir votre maladie. Il n'y a donc ni bonne ni mauvaise réponse.</p> <p>Les énoncés ci-dessous concernent votre maladie. Pour chacun, veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord ou non en cochant la case correspondant à votre choix.</p>						
		PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	PLUS OU MOINS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT À FAIT D'ACCORD
IP1	Ma maladie durera peu de temps.					
IP2	Ma maladie est permanente plutôt que temporaire.					
IP3	Ma maladie durera longtemps.					
IP4	Cette maladie passera rapidement.					
IP5	Je m'attends à avoir cette maladie pour le reste de mes jours.					
IP6	Ma maladie est un état grave.					
IP7	Ma maladie a des conséquences importantes sur ma vie.					
IP8	Ma maladie n'a pas eu beaucoup d'effets sur ma vie.					

		PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS D'ACCORD	PLUS OU MOINS D'ACCORD	D'ACCORD	TOUT À FAIT D'ACCORD
IP9	Ma maladie modifie fortement la manière dont les autres me voient.					
IP10	Ma maladie a de conséquences financières importantes.					
IP11	Ma maladie cause des difficultés à mes proches.					
IP12	Je peux poser plusieurs actions en vue de contrôler mes symptômes.					
IP13	Ma façon d'agir a une influence sur l'évolution de ma maladie.					
IP14	L'évolution de ma maladie dépend de moi.					
IP15	Rien de ce que je fais ne peut influencer ma maladie.					
IP16	J'ai la capacité d'influencer ma maladie.					
IP17	Mes actions n'auront pas d'effets sur l'évolution de ma maladie.					
IP18	Ma maladie diminuera avec le temps.					
IP19	Il y a très peu de choses qui peuvent être faites pour diminuer ma maladie.					
IP20	Les traitements seront efficaces pour soigner ma maladie.					
IP21	Les traitements peuvent prévenir les effets négatifs de ma maladie.					
IP22	Les traitements peuvent contrôler ma maladie.					
IP23	Il n'y a rien à faire pour améliorer mon état de santé.					
IP24	Je ne comprends rien à mes symptômes.					
IP25	Ma maladie est un mystère pour moi.					
IP26	Je ne comprends pas ma maladie.					
IP27	Ma maladie n'a aucun sens pour moi.					
IP28	Je comprends clairement ma maladie.					
IP29	Les symptômes de ma maladie changent beaucoup d'un jour à l'autre.					
IP30	Mes symptômes apparaissent et disparaissent de manière cyclique.					
IP31	L'évolution de ma maladie est imprévisible.					
IP32	Selon un cycle continu, mon état de santé s'améliore, puis il se détériore.					
IP33	Penser à ma maladie me déprime.					
IP34	Quand je pense à ma maladie, je deviens de mauvaise humeur.					
IP35	Ma maladie me met en colère.					
IP36	Ma maladie ne m'inquiète pas.					
IP37	Ma maladie me rend anxieux.					
IP38	Ma maladie me fait peur.					

ANNEXE 13 :

ÉCHELLE DE DRAMATISATION DE LA DOULEUR



Droits Réservés © 1995
Michael JL Sullivan

PCS-CF

Nom: _____ Age: _____ Sexe: _____ Date: _____

Chacun d'entre nous aura à subir des expériences douloureuses. Cela peut être la douleur associée aux maux de tête, à un mal de dent, ou encore la douleur musculaire ou aux articulations. Il nous arrive souvent d'avoir à subir des expériences douloureuses telles que la maladie, une blessure, un traitement dentaire ou une intervention chirurgicale.

Dans le présent questionnaire, nous vous demandons de décrire le genre de pensées et d'émotions que vous avez quand vous avez de la douleur. Vous trouverez ci-dessous treize énoncés décrivant différentes pensées et émotions qui peuvent être associées à la douleur. Veuillez indiquer à quel point vous avez ces pensées et émotions, selon l'échelle ci-dessous, quand vous avez de la douleur.

0 – pas du tout 1 – quelque peu 2 – de façon modère 3 – beaucoup 4 – tout le temps

Quand j'ai de la douleur ...

- 1 j'ai peur qu'il n'y aura pas de fin à la douleur.
- 2 je sens que je ne peux pas continuer.
- 3 c'est terrible et je pense que ça ne s'améliorera jamais.
- 4 c'est affreux et je sens que c'est plus fort que moi.
- 5 je sens que je ne peux plus supporter la douleur.
- 6 j'ai peur que la douleur s'empire.
- 7 je ne fais que penser à d'autres expériences douloureuses.
- 8 avec inquiétude, je souhaite que la douleur disparaisse.
- 9 je ne peux m'empêcher d'y penser.
- 10 je ne fais que penser à quel point ça fait mal.
- 11 je ne fais que penser à quel point je veux que la douleur disparaisse.
- 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 grave va se produire.

...*Total*

ANNEXE 14 :

INDEX D'INCAPACITÉ RELIÉE À LA DOULEUR

ANNEXE 15 :

**AUTORISATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE
L'UQAT**



Université du Québec
en Abitibi-Témiscamingue

445, boul. de l'Université, Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5E4
Téléphone: (819) 782-0971 Télécopieur: (819) 797-4727

Le 5 février 2008

Madame Sophie Duhaimc
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
445, boulevard de l'Université
Rouyn-Noranda (Québec)
J9X 5E4

OBJET : Évaluation éthique
École interactionnelle de douleurs abdominales chroniques

Madame,

Le Comité d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue a revu votre protocole et le formulaire de consentement suite aux commentaires que nous vous avons expédiés le 28 janvier dernier. Suite à cette réévaluation, nous avons le plaisir de vous informer que votre projet de recherche satisfait adéquatement aux normes éthiques dictées par la Politique d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains de notre établissement.

En vous souhaitant tout le succès escompté dans votre projet, je vous prie de recevoir, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

François Rupp, Ph.D.
Président
Comité d'éthique de la recherche impliquant
des êtres humains (CÉR) – UQAT

c.c. : Mme Isabelle Gaumond, Ph.D. et M. Jacques Charest, directeurs du projet de
recherche

ANNEXE 16 :

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
POUR PARTICIPER À LA RECHERCHE**

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE : ÉCOLE INTERACTIONNELLE DE DOULEURS ABDOMINALES CHRONIQUES

NOM DES CHERCHEURS ET LEUR APPARTENANCE :

Sophie Duhaime, candidate à la maîtrise en sciences cliniques

Isabelle Gaumont, Ph.D., professeure, département des sciences de la santé, UQAT

Dat Nhut Nguyen, M.D., anesthésiologiste, CSSSRN

Éric Chaize, M.D., médecin de famille, CSSSRN

Jacques Charest, Ph.D., psychologue, professeur, département des sciences de la santé, UQAT

COMMANDITAIRE OU SOURCE DE FINANCEMENT : Aucun

DURÉE DU PROJET : Janvier 2008 à décembre 2008

BUT DE LA RECHERCHE :

Cette étude a pour objectif d'évaluer l'efficacité d'une intervention en groupe, sous forme d'École interactionnelle, dans le traitement des individus vivant avec des douleurs abdominales chroniques.

DESCRIPTION DE VOTRE PARTICIPATION À LA RECHERCHE :

Si vous acceptez de participer à l'étude, vous serez assigné(e) au hasard soit à l'École prévue au printemps 2008, soit à l'École prévue à l'automne 2008.

Vous avez donc une chance sur deux de faire partie du groupe qui participera à l'École interactionnelle de douleurs abdominales chroniques. Toutefois, ceux et celles qui seront assignés au groupe « Liste d'attente » auront l'opportunité de participer à l'École dès l'automne 2008.

Pendant la durée de cette étude (6 mois), vous serez évalué(e) à trois reprises de la façon suivante.

Rencontres d'évaluation

La première rencontre d'évaluation, qui aura lieu au tout début de l'étude, se déroulera sur une période d'environ 1h30. Pendant ce temps, nous procéderons à (a) la lecture et à la signature de ce formulaire de consentement, (b) l'administration de cinq questionnaires et (c) l'évaluation de la douleur ressentie à l'aide d'une grille papier-crayon.

Les deuxième et troisième rencontres d'évaluation dureront environ 1h chacune et auront lieu immédiatement après l'intervention « École » de même que trois mois après la fin de celle-ci. Ces rencontres impliquent (a) l'administration des mêmes questionnaires et (b) l'évaluation de la douleur ressentie.

Les questionnaires que vous aurez à remplir serviront à : (a) évaluer votre niveau de sentiment dépressif, (b) évaluer votre qualité de vie et votre état de santé général, (c) évaluer votre niveau d'incapacité reliée à la douleur, (d) évaluer votre niveau de contrôle face à votre situation et (e) évaluer votre perception de votre problème. Quant à la douleur ressentie, elle sera évaluée à l'aide d'échelles visuelles analogiques.

Intervention

Si vous faites partie du groupe « Liste d'attente », nous communiquerons avec vous pour chaque rencontre d'évaluation et pour vous inviter à la seconde École à l'automne 2008.

Si vous faites partie du groupe « École », les étapes de participation sont les suivantes :

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE – ÉCOLE INTERACTIONNELLE DE DOULEURS ABDOMINALES CHRONIQUES				
Évaluation 1 (1h30)	École*	Évaluation 2 (1 heure)	Trois mois de pause	Rencontre de relance** + évaluation (1h)

*7 rencontres échelonnées sur trois mois

**8^e rencontre

Lors des 8 rencontres de l'École, les participant(e)s seront appelé(e)s à discuter en groupe, à apprendre différents exercices de renforcement musculaire et/ou de relaxation des muscles du plancher pelvien, de respiration et à effectuer des lectures et des tâches à domicile. Les principaux objectifs de ces rencontres sont d'aider les participant(e)s à gérer leur douleur et développer des techniques et des stratégies pour s'autotrainer. Ces séances sont filmées pour les raisons suivantes : (a) pour assurer un suivi de l'évolution des participant(e)s, (b) pour permettre le rattrapage d'une rencontre en cas d'absence d'un(e) participant(e) et (c) pour permettre l'enseignement de l'École à d'autres intervenants.



DESCRIPTION DES AVANTAGES À PARTICIPER À LA RECHERCHE :

D'après les résultats positifs obtenus avec d'autres Écoles interactionnelles (fibromyalgie et lombalgie chronique), cette intervention pourrait entraîner une diminution de vos douleurs et une amélioration de votre qualité de vie. Tel qu'indiqué plus haut, si vous faites partie du groupe « Liste d'attente », vous serez invité(e) à participer à l'École à l'automne 2008. Ce délai demeure raisonnable étant donné qu'il est inférieur au délai pour obtenir une consultation en clinique de douleur du CSSSRN.

DESCRIPTION DES INCONVÉNIENTS ET DE LA GÊNE À PARTICIPER À LA RECHERCHE :

Les risques encourus lors de l'intervention sont mineurs étant donné qu'il s'agit d'une approche basée sur des techniques de relaxation, de gestion des capacités, de communication et d'exercices de faible intensité. Nous vous informons toutefois qu'une certaine gêne et un inconfort peuvent être ressentis par la nature des sujets abordés et des exercices (qui concernent souvent des parties intimes de l'anatomie) dans le contexte d'une intervention de groupe. Le fait que ces séances soient filmées pourrait aussi être une source de gêne. Pour éviter au maximum ces gênes potentielles, nous prévoyons apporter une attention particulière à (a) la disposition de la salle, qui permettra aux participant(e)s d'effectuer les exercices face au mur plutôt que face à la caméra ou au miroir, (b) le choix des exercices et des techniques de biofeedback, qui n'exigeront pas de positions et de touchés potentiellement embarrassants et (c) l'utilisation d'un langage professionnel et respectueux. D'autres inconconvénients potentiels : votre engagement à vous déplacer pour assister à chacune des séances de l'École et aux évaluations, à compléter votre journal de bord et les exercices à la maison.

DESCRIPTION DES MESURES ET DES ENGAGEMENTS À LA CONFIDENTIALITÉ :

La confidentialité des résultats des évaluations sera assurée par l'utilisation d'un numéro d'identification pour chaque participant(e). Les données nominatives et les enregistrements des séances sur DVD seront d'accès exclusif aux chercheurs impliqués dans l'étude (Sophie Duhaime, Isabelle Gaumond, Dat Nhut Nguyen, Éric Chaize et Jacques Charest) et seront gardés sous clé au Laboratoire de recherche des Sciences de la santé de l'UQAT. Les DVD seront conservés pendant 1 an pour : (a) un suivi de l'évolution des participant(e)s et (b) le rattrapage d'une étape de l'École en cas d'absence d'un(e) participant(e). Toute utilisation autre de ces enregistrements vidéo devra faire l'objet d'un consentement écrit spécifique de la part de chaque participant(e) filmé(e), après la fin de la clinique, après qu'ils (elles) aient pu visionner les enregistrements et après un délai de réflexion raisonnable. Le consentement devra spécifier le contexte et les conditions d'utilisation des DVD et devra être approuvé par le CÉR-UQAT par le biais d'une autre demande d'évaluation.

Concernant les propos tenus par les participant(e)s pendant les séances, les chercheurs sont tenus à la confidentialité la plus stricte. Lors de la tenue des séances, l'accès à la salle adjacente (derrière le miroir) sera également réservé aux chercheurs concernés par l'étude. L'importance de la confidentialité sera aussi discutée avec les participant(e)s au début de la première rencontre.



COÛTS ET RÉMUNÉRATION :

Votre participation à ce projet de recherche ne comporte aucun coût. Vous n'aurez également aucune rémunération en échange de votre participation. Cependant, nous vous rembourserons les frais de stationnement à l'UQAT (pour les rencontres de l'École et les évaluations), à la fin de l'étude.

COMMERCIALISATION DES RÉSULTATS ET/OU CONFLITS D'INTÉRÊTS :

Il n'y a pas de commanditaire et les chercheurs ne sont pas en conflit d'intérêts. Il n'y a pas de possibilité de commercialisation des résultats.

DIFFUSION DES RÉSULTATS :

Les résultats obtenus dans la présente étude seront accessibles à la communauté scientifique par le biais de présentations à des congrès scientifiques ou d'articles scientifiques. L'anonymat des participants sera assuré.

Si vous le désirez, il me fera plaisir de vous faire parvenir le résumé des résultats de la recherche lorsqu'ils auront été analysés (hiver 2009).

Veillez indiquer si vous désirez recevoir ce résumé : OUI _____ NON _____
Si oui, veuillez nous indiquer l'adresse à laquelle vous désirez recevoir ce résumé :



LA PARTICIPATION DANS UNE RECHERCHE EST VOLONTAIRE

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire et vous pouvez vous retirer à tout moment, sans qu'aucune modification ne soit apportée à la relation que vous avez avec les chercheurs en charge de l'étude et sans aucune modification à la qualité des soins que vous recevez par le CSSSRN.

Pour tout renseignement supplémentaire concernant vos droits, vous pouvez vous adresser au :

Comité d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains
UQAT
Vice-rectorat à l'enseignement et à la recherche
445, boul. de l'Université, Bureau B-309
Rouyn-Noranda (Qc) J9X 5E4
Téléphone : (819) 762-0971 # 2252
danielle.champagne@uqat.ca

QUESTIONS :

Si vous avez d'autres questions plus tard et tout au long de cette étude, vous pouvez rejoindre :

Sophie Duhaime, étudiante-chercheure, (819) 762-0971, poste 2575.

SIGNATURES

Nom du participant ou tiers autorisé (lettres moulées)

Signature

Date

(Obtenir les signatures de toutes les personnes qui auront accès aux données)

Ce consentement était obtenu par :

Nom du chercheur ou agent de recherche
(Nom en lettres moulées)

Signature

Date

Veillez conserver un exemplaire de ce formulaire pour vos dossiers.

ANNEXE 17 :

DIAGNOSTICS RÉPERTORIÉS CHEZ CHACUN DES CANDIDATS

