

Université du Québec en Abitibi- Témiscamingue et
Université de Sherbrooke

Caractéristiques de la douleur et variables associées à la santé mentale dans une population de patients souffrant de douleur chronique suivis en consultation externe de psychiatrie

Par
Louise Muaka Dituba

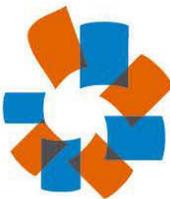
Mémoire présenté au Département des sciences de la santé de l'Université du Québec en Abitibi- Témiscamingue (UQAT) et à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M.Sc.) en sciences cliniques

Rouyn-Noranda, Québec, Canada
Octobre 2012

Membres du jury d'évaluation

Anaïs Lacasse, département des sciences de la santé, UQAT, directrice de recherche
Isabelle Gaumont, Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, co-directrice de recherche
Nancy Julien, département des sciences de la santé, UQAT, membre interne du jury
Bianca D'Antono, département de psychiatrie, Université de Montréal, membre externe du jury

©Louise Muaka Dituba, 2012



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.

Warning

The library of the Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue and the Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue obtained the permission of the author to use a copy of this document for non-profit purposes in order to put it in the open archives Depositum, which is free and accessible to all.

The author retains ownership of the copyright on this document. Neither the whole document, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

Caractéristiques de la douleur et variables associées à la santé mentale dans une population de patients souffrant de douleur chronique suivis en consultation externe de psychiatrie

Par
Louise Muaka Dituba
Programmes de sciences cliniques

Mémoire présenté au Département des sciences de la santé de l'Université du Québec en Abitibi- Témiscamingue (UQAT) 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

Résumé

L'association entre la douleur chronique (DC) et la santé mentale est bien établie dans la littérature. Bien que quelques études se soient penchées sur la prévalence de la DC chez la clientèle psychiatrique, peu de données sont disponibles au sujet des facteurs qui influencent la sévérité des symptômes dépressifs et anxieux chez cette clientèle. Dans cette optique, la présente étude visait à: 1) Décrire les caractéristiques cliniques de la douleur, l'utilisation de moyens pharmacologiques et non pharmacologiques pour remédier aux symptômes douloureux, les stratégies d'ajustement face à la douleur, le fonctionnement psychologique, la qualité de vie et la qualité du sommeil des patients souffrant de DC suivis en consultation externe de psychiatrie, 2) Comparer les caractéristiques de la douleur et l'état de santé des patients souffrant et ne souffrant pas d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble anxieux, et 3) Identifier les variables associées à la sévérité des symptômes dépressifs et anxieux chez cette même clientèle. Pour répondre à ces objectifs, une étude transversale a été réalisée dans une population de patients souffrant de DC suivis en consultation externe de psychiatrie au Cabinet Médical Spécialisé États d'Esprit de Rouyn-Noranda, Québec, entre février 2009 et août 2010. Les sujets étaient admissibles pour l'étude s'ils étaient âgés de ≥ 18 ans et s'ils souffraient de symptômes douloureux depuis ≥ 3 mois. Les données ont été recueillies grâce à un questionnaire autoadministré ainsi qu'une évaluation réalisée par le clinicien. Les principales variables à l'étude étaient mesurées grâce à des échelles standardisées et validées. Un total de 126 patients remplissaient les critères de sélection parmi lesquels 92 ont participé à l'étude (taux de participation = 73 %). Les résultats de notre étude suggèrent que l'état de santé physique et psychologique des patients souffrant de DC suivis en consultation externe de psychiatrie est loin d'être optimal, ce qui souligne l'importance de sensibiliser les professionnels de la santé à la prévalence, aux caractéristiques et aux conditions associées à la DC chez cette clientèle. Il est souhaitable que les professionnels de la santé œuvrant dans le milieu de la psychiatrie ciblent certains de ces aspects pour améliorer la prise en charge de la santé mentale de ce type de clientèle.

Mots-clés: Douleur chronique, psychiatrie, caractéristiques de la douleur, dépression, anxiété, déterminants, épidémiologie.

Pain characteristics and variables associated with mental health in a population of patients with chronic pain followed in a psychiatric outpatient facility

By
Louise Muaka Dituba

Submission to the Department of Health Sciences of the Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) and the Faculty of Medicine and Health Sciences of the Université de Sherbrooke for graduation Master of Science (M.Sc.) in clinical sciences

Abstract

The association between chronic pain (CP) and mental health is well established in the literature. Although few studies have evaluated the prevalence of CP in psychiatric populations, little is known about factors that influence the severity of depressive and anxious symptoms in these patients. Therefore, the objectives of the present study were to: 1) Describe the clinical characteristics of pain, utilization of pharmacological and non-pharmacological pain treatments, pain coping strategies, psychological functioning, quality of life, and quality of sleep of CP patients followed in an outpatient psychiatry setting, 2) Compare the characteristics and the health status of patients who are suffering and who are not suffering from depressive or anxious symptoms, and 3) Identify the variables associated with depressive and anxious symptoms severity in these patients. To meet these objectives, a cross-sectional study on CP patients followed at États d'Esprit outpatient psychiatry clinic, Rouyn-Noranda, Quebec, was conducted between February 2009 and August 2010. Patients were eligible if they were ≥ 18 years of age and reported pain symptoms for ≥ 3 months. The data were collected with a self-administered questionnaire and a clinician evaluation. The main study outcomes were measured with standardized and validated scales. A total of 126 patients were eligible and were approached to participate in the study. Of those, 92 participated in the study (participation rate = 73%). Our results suggest that the health status of CP patients followed in an outpatient psychiatry setting is less than optimal, highlighting the importance of healthcare professionals' recognition of the prevalence and the impact of CP in this population. Psychiatry healthcare professionals should consider some of these factors to improve the management of these patients' mental health.

Keywords: Chronic pain, psychiatry, pain characteristics, depression, anxiety, determinants, epidemiology.

Dédicace

Je dédie ce travail à :

- ∞ Mes parents pour leur amour, encadrement, conseils, encouragements, soutien et souvenirs inoubliables;
- ∞ Mon conjoint et mon fils pour leur patience, amour et assistance;
- ∞ Mes frères et sœurs pour leurs encouragements;
- ∞ Ma belle-famille pour leur amour sincère;
- ∞ Mes amies qui étaient toujours fidèles à moi malgré mes multiples occupations;
- ∞ Mes professeures et professeurs.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX.....	VII
LISTE DES FIGURES.....	VIII
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	IX
1. INTRODUCTION	1
1.1. AVANT-PROPOS.....	1
1.2. PROBLÉMATIQUE.....	1
1.3. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	3
2. RECENSION DES ÉCRITS.....	5
2.1. DOULEUR.....	5
2.1.1. Définition.....	5
2.1.2. Types de douleur	5
2.1.3. Chemin de la douleur.....	7
2.1.4. Modulation de la douleur.....	7
2.2. DOULEUR CHRONIQUE.....	11
2.2.1. Épidémiologie de la douleur chronique.....	12
2.2.2. Impacts de la douleur chronique.....	12
2.3. TROUBLES PSYCHIATRIQUES.....	13
2.3.1. Diagnostic.....	13
2.3.2. Prévalence.....	13
2.4. ASSOCIATION ENTRE LA DOULEUR CHRONIQUE ET LA SANTÉ MENTALE.....	14
2.4.1. Anxiété et douleur	15
2.4.2. Dépression et douleur	16
2.4.3. État des faits - conclusion.....	19
3. MATÉRIEL ET MÉTHODES	20
3.1. DEVIS DE RECHERCHE	20
3.2. POPULATION À L'ÉTUDE	20
3.3. SÉLECTION DES SUJETS.....	20
3.3.1. Critères d'inclusion	20
3.3.2. Critères d'exclusion.....	21
3.4. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE.....	21
3.5. MÉTHODES DE COLLECTE DES DONNÉES.....	22
3.6. DÉFINITION DES VARIABLES	23
3.6.1. Caractéristiques cliniques de la douleur	23
3.6.2. Prise en charge des symptômes douloureux.....	24
3.6.3. Stratégies d'ajustement face à la douleur	24
3.6.4. Fonctionnement psychologique.....	25
3.6.5. Impression de l'impact de la douleur sur la santé mentale.....	25
3.6.6. Qualité de vie (QOL) liée à la santé	25
3.6.7. Qualité du sommeil.....	26
3.6.8. Autres variables et déterminants	26
3.7. INSTRUMENTS DE MESURE.....	26
3.7.1. Brief Pain Inventory (BPI)	26

3.7.2 Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ)	27
3.7.3. Douleur Neuropathique 4 Questions (DN4).....	28
3.7.4. Chronic Pain Coping Inventory (CPCI)	29
3.7.5. Beck Depression Inventory-II (BDI-II).....	30
3.7.6. State-Trait Anxiety Inventory (STAI)	31
3.7.7. Pain Catastrophizing Scale (PCS)	32
3.7.8. Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLCS).....	33
3.7.9. 12-Item Short Form Health Survey (SF-12).....	34
3.7.10. Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)	35
3.8. ANALYSES STATISTIQUES	36
3.8.1. Taille d'échantillon.....	36
3.8.2. Description des analyses statistiques.....	37
3.9. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	38
4. RÉSULTATS.....	40
4.1. SUIVI DU RECRUTEMENT	40
4.2. CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS	42
4.2.1. Caractéristiques sociodémographiques et habitudes de vie.....	42
4.2.2. Comorbidités	45
4.2.3. Caractéristiques de la douleur chronique	46
4.2.4. Prise en charge des symptômes douloureux.....	49
4.2.5. Condition psychiatrique.....	51
4.2.6. Impression de l'impact de la douleur sur la santé mentale.....	53
4.2.7. Autres résultats obtenus grâce aux échelles validées	54
4.3. COMPARAISON DES CARACTÉRISTIQUES DE LA DOULEUR ET DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE DIVERS SOUS-GROUPES PSYCHIATRIQUES	57
4.4. VARIABLES ASSOCIÉES À LA SÉVÉRITÉ DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS ET ANXIEUX.....	66
4.4.1. Sévérité des symptômes dépressifs	66
4.4.2. Sévérité des symptômes anxieux.....	67
5. DISCUSSION GÉNÉRALE.....	75
5.1. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION PSYCHIATRIQUE.....	75
5.2. COMPARAISON DES CARACTÉRISTIQUES DE LA DOULEUR ET DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE DIVERS SOUS-GROUPES PSYCHIATRIQUES	79
5.3. VARIABLES ASSOCIÉES À LA SÉVÉRITÉ DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS ET ANXIEUX.....	79
5.4. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE.....	81
5.5. VALIDITÉ EXTERNE.....	83
5.6. IMPLICATIONS CLINIQUES ET PISTES FUTURES.....	84
. CONCLUSION	84
REMERCIEMENTS	86
RÉFÉRENCES.....	87
ANNEXE I – Notice d'admissibilité.....	100
ANNEXE II – Évaluation clinique	102
ANNEXE III – Formulaire de consentement.....	106
ANNEXE IV – Questionnaire autoadministré.....	111
ANNEXE V – Feuille de route de la coordomatrice de recherche.....	136
ANNEXE VI – Approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'UQAT	138

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Proportion de données manquantes pour les différentes variables à l'étude	42
Tableau II : Caractéristiques sociodémographiques et habitudes de vie.....	43
Tableau III : Mesures anthropométriques et comorbidités.....	45
Tableau IV : Caractéristiques de la douleur chronique.....	47
Tableau V : Prise en charge des symptômes douloureux.....	50
Tableau VI : Condition psychiatrique.....	52
Tableau VII : Stratégies d'ajustement face à la douleur, dramatisation face à la douleur, style d'attribution, qualité de vie liée à la santé et qualité du sommeil.....	55
Tableau VIII : Comparaison des caractéristiques des patients souffrant et ne souffrant pas d'un trouble de l'humeur.....	59
Tableau IX : Comparaison des caractéristiques des patients souffrant et ne souffrant pas d'un trouble d'anxiété	63
Tableau X : Modèles de régressions linéaires univariés pour l'identification des variables associées à la sévérité des symptômes dépressifs et anxieux	69

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Types de douleur	8
Figure 2 : Voies ascendantes de la douleur.....	9
Figure 3 : Mécanismes endogènes d'inhibition de la douleur	10
Figure 4 : Algorithme de calcul du score du <i>Chronic Pain Coping Inventory (CPCI)</i>	29
Figure 5 : Algorithme de calcul du score du <i>Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)</i>	36
Figure 6 : Compte rendu du recrutement au Cabinet médical États d'Esprit (février 2009 à août 2010)	41
Figure 7 : Localisation de la douleur	48
Figure 8 : Impression de l'impact de la douleur sur la santé mentale	54

LISTE DES ABRÉVIATIONS

APA : *American Psychiatric Association*
ASPC : Agence de la santé publique du Canada
BDI-II : *Beck Depression Inventory - II*
BPI : *Brief Pain Inventory*
CCA : Cortex cingulé antérieur
CER : Comité d'éthique de la recherche
CIM-10 : Classification internationale des maladies (version 10)
CPCI : *Chronic Pain Coping Inventory*
CR : Coordonnatrice de recherche
DC : Douleur chronique
DN4 : Douleur Neuropathique 4 questions
DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
ESCC : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
ET : Écart-type
FC : Formulaire de consentement
IASP : *International Association for the Study of Pain*
IMC : Indice de masse corporelle
IMMPACT : *Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in clinical trials*
MHLCS : *Multidimensional Health Locus of Control Scale*
NRM : Noyau raphé magnus
OMS : Organisation mondiale de la santé
PCS : *Pain Catastrophizing Scale*
PSQI : *Pittsburgh Sleep Quality Index*
QOL : Qualité de vie
RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec
SF-12 : *12-Item Short Form Health Survey*
SF-MPQ : *Short-Form McGill Pain Questionnaire*
SGPA : Substance grise périaqueducule
STAI : *State-Trait Anxiety Inventory*
S1 : Cortex somatosensoriel primaire
TAG : Trouble d'anxiété généralisé
TDAH : Trouble de déficit de l'attention / hyperactivité
UQAT : Université du Québec en Abitibi- Témiscamingue

1. INTRODUCTION

1.1. AVANT-PROPOS

Mes ambitions et mon intérêt pour la santé et plus particulièrement pour la douleur chronique et la santé mentale m'ont poussée à effectuer une formation de recherche dans ce domaine. Dans le prochain chapitre du présent mémoire, la définition de la douleur sera le point de départ pour introduire notre problématique et nos objectifs portant sur l'association entre la douleur chronique et la santé mentale. En effet, nul ne devrait ignorer que la douleur est une expérience émotionnelle qui ne se résume pas qu'à des impacts physiques. Dans le chapitre suivant, la méthodologie employée pour répondre à nos objectifs sera décrite. Dans le quatrième chapitre, les résultats obtenus seront présentés et finalement discutés dans le cinquième chapitre du présent mémoire. Ce document a été rédigé dans le cadre de ma formation de maîtrise en sciences cliniques à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

1.2. PROBLÉMATIQUE

La douleur est un phénomène universel à la fois physique et émotionnel. C'est un phénomène complexe central à plusieurs pathologies et aussi la principale cause incitant à consulter pour obtenir des soins de santé (Greenberg, Ismeurt, & Long, 2002). Pour la plupart des gens, une blessure ou certaines maladies sont normalement accompagnées de douleur, qui habituellement diminuera et disparaîtra avec le temps (à la guérison). Malheureusement, pour certaines personnes, la douleur persiste et devient chronique. La douleur chronique (DC) touche une grande proportion de la population générale. En Europe, la DC modérée à sévère affecte 19 % de la population (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen, & Gallacher, 2006). Aux États-Unis, on parle même d'une prévalence de 30,7 % (Johannes, Le, Zhou, Johnston, & Dworkin, 2010). Le pourcentage de la population canadienne étant aux prises avec de la DC s'étend, pour sa part, de 11 à 29 % (au Québec, on parle de 15,7 %) (Boulanger, Clark, Squire, Cui, & Horbay, 2007; Moulin,

Clark, Speechley, & Morley-Forster, 2002; Ramage-Morin & Gilmour, 2010; Reitsma, Tranmer, Buchanan, & VanDenKerkhof, 2012; Schopflocher, Taenzer, & Jovey, 2011). En plus de la morbidité physique importante qui en découle, il a été démontré à plusieurs reprises que la DC peut avoir un impact négatif sur la santé mentale, la qualité de vie (Elliott, Renier, & Palcher, 2003; Wang, Fuh, Lu, & Juang, 2001) et la qualité du sommeil (M. T. Smith & Haythornthwaite, 2004). En effet, cette condition peut imposer des pressions sociales, psychologiques et familiales de grande importance sur les personnes en souffrant et leur entourage (Breivik et al., 2006). De plus, la DC représente un impact économique important tant pour le patient que pour le système de soins (Breivik et al., 2006; Moulin et al., 2002).

L'association entre la DC et la santé mentale est bien établie dans la littérature scientifique. En effet, la DC serait associée à diverses conditions telles que la dépression, l'anxiété et les troubles somatoformes (McBeth, Macfarlane, Benjamin, & Silman, 2001; McWilliams, Cox, & Enns, 2003). Une étude finlandaise récente a démontré que les patients souffrant de DC avaient une comorbidité psychiatrique très élevée (plus de 50 %), dont la dépression et l'anxiété figuraient parmi les plus élevées (Knaster, Karlsson, Estlander, & Kalso, 2012). Parmi les patients se présentant en première ligne, la dépression est particulièrement fréquente chez ceux qui souffrent de douleur chronique, ces derniers pouvant représenter 58 % de la clientèle (Castro et al., 2009). Les symptômes de douleur empêchent souvent de détecter la dépression. Conséquemment, les praticiens évaluent les symptômes de la douleur en ne disposant pas d'une vue d'ensemble du contexte biopsychosocial de leurs patients (Bair, Robinson, Katon, & Kroenke, 2003). Malheureusement, l'inverse est tout aussi vrai. La dépression complique l'évaluation de la douleur, notamment en intensifiant sa perception et en contribuant à l'invalidité du patient (Barkin, Barkin, Irving, & Gordon, 2011).

Douleur et anxiété sont également étroitement liées. Il est en effet aujourd'hui admis que l'anxiété est un des facteurs psychologiques contribuant le plus à l'expérience douloureuse (Tang & Gibson, 2005). Cette relation n'est pas sans conséquence puisque la douleur serait

un des symptômes les plus difficiles à traiter chez les personnes présentant un trouble d'anxiété généralisé (Baldwin, Allgulander, Bandelow, Ferre, & Pallanti, 2012).

À la lumière de ces informations, il n'est pas difficile de croire que les difficultés diagnostiques peuvent conduire à un traitement inapproprié (Teh et al., 2009; Wise et al., 2008). D'ailleurs, des études ont démontré que l'amélioration de symptômes dépressifs et anxieux par une prise en charge médicale adéquate prédit l'amélioration des symptômes douloureux (Beesdo, Hartford, et al., 2009; Keogh, Ellery, Hunt, & Hannent, 2001; Lin et al., 2003). Inversement, l'amélioration des symptômes douloureux est associée à des symptômes dépressifs diminués (Von Korff, Dworkin, Le Resche, & Kruger, 1988).

Bien que plusieurs études se soient penchées sur la comorbidité DC et conditions psychiatriques (Bair et al., 2003; Knaster et al., 2012; Wong et al., 2011), ces études se sont principalement attardées à la présence de désordres psychiatriques chez les patients atteints de DC plutôt que l'inverse (présence de DC chez les patients atteints de désordres psychiatriques). Ainsi, peu de données sont disponibles au sujet des caractéristiques cliniques, l'état de santé et les variables associées à la sévérité des symptômes dépressifs et anxieux chez des patients en consultation externe de psychiatrie présentant de la DC. C'est justement pour tenter de combler cette lacune que la présente étude a été réalisée.

1.3. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Pour tenter d'approfondir la question, notre étude avait pour objectifs de :

- 1) Décrire les caractéristiques cliniques de la douleur, l'utilisation de moyens pharmacologiques et non pharmacologiques pour remédier aux symptômes douloureux, les stratégies d'ajustement face à la douleur, le fonctionnement psychologique, la qualité de vie et la qualité du sommeil des patients souffrant de DC suivis en consultation externe de psychiatrie;

- 2) Comparer les caractéristiques de la douleur et l'état de santé des patients souffrant et ne souffrant pas d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble anxieux;
- 3) Identifier les variables associées à la sévérité des symptômes dépressifs et anxieux chez cette même clientèle.

Pour répondre à ces objectifs, une étude transversale a été réalisée dans une population de patients suivis en consultation externe de psychiatrie au Cabinet Médical Spécialisé États d'Esprit de Rouyn-Noranda, Québec, entre février 2009 et août 2010 et chez qui la présence de DC a été identifiée.

2. RECENSION DES ÉCRITS

2.1. DOULEUR

2.1.1. Définition

Selon *l'International Association for the Study of Pain (IASP)*, la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou décrites en des termes évoquant de telles lésions (Merskey & Bogduk, 1994). L'expérience sensorielle concerne tout ce qui a trait à la détection de la douleur, sa localisation, son intensité et son irradiation. L'expérience émotionnelle, pour sa part, réfère à l'aspect désagréable et insupportable de cette douleur (Melzack & Casey, 1968). La douleur est une expérience complexe de perception qui subit une influence biopsychosociale ; les processus physiologiques, les émotions, les contextes sociaux et environnementaux, les croyances, les attitudes et les attentes participent tous à son expression (Garland, 2012; Theodore, Kishino, & Gatchel, 2012; Turk & Okifuji, 2002).

2.1.2. Types de douleur

Il existe plusieurs types de douleur qui ont différents mécanismes et différentes fonctions biologiques (Woolf, 2010). Tout d'abord, il y a la douleur nociceptive qui est causée par l'activation du système nociceptif suite à un dommage potentiel à l'organisme. Puisque ce type de douleur est en lien avec la perception des stimulations nocives pour l'organisme (Basbaum, Bautista, Scherrer, & Julius, 2009) (figure 1A). Son rôle protecteur exige une attention et une action immédiates, par l'intermédiaire de réflexes de retraits, d'une sensation désagréable et des émotions qu'elle enclenche. Le deuxième type de douleur, la douleur inflammatoire, est tout aussi adaptatif et protecteur. Par l'augmentation de la sensibilité sensorielle d'une zone corporelle lésée, la douleur permettra la guérison de la blessure en créant une situation qui décourage tout contact physique ou mouvement. Cette douleur est causée par l'activation du système immunitaire lors de la lésion ou de l'infection (figure 1B). Finalement, il y a la douleur qui n'a pas de fonction protectrice et

qui est mal adaptée. Elle résulte du fonctionnement anormal du système nerveux. Cette douleur pathologique (figure 1C), qui n'est pas un symptôme d'un trouble, mais plutôt un état pathologique en soi, peut se produire suite à des lésions du système nerveux (douleur neuropathique), mais aussi dans des conditions dans lesquelles il n'y a pas de dommage ou d'inflammation (douleur dysfonctionnelle). De cette dernière catégorie, nous pouvons citer la fibromyalgie, le syndrome du côlon irritable, la cystite interstitielle, le désordre temporomandibulaire, pour ne nommer que celles-ci. Comme le processus qui mène à chacune de ces douleurs est différent, les traitements doivent être ciblés et il importe donc que les professionnels de la santé sachent les distinguer.

La douleur possède également un aspect dit temporel. Cela nous permet de distinguer une douleur aiguë d'une douleur chronique. La douleur aiguë est habituellement identifiée comme une douleur qui dure depuis moins de 30 jours (Thienhaus & Cole, 2002). Pour sa part, la douleur chronique est traditionnellement définie comme une douleur qui persiste au-delà de 3 mois (Bouhassira, Lanteri-Minet, Attal, Laurent et Touboul, 2008) ou de 6 mois (Boulanger et al., 2007; Moulin, Clark, Speechley et Morley-Forster, 2002). Comme cette définition est arbitraire et peut varier selon la condition initiale, Bonica a par la suite proposé une modification de la définition ; une douleur est chronique lorsqu'elle persiste au-delà d'un mois de la période normale de guérison (Bonica, 1990). Finalement, comme la douleur chronique peut exister sans lésion initiale, Turk et Okifuji ont proposé à leur tour une nouvelle définition qui prend en considération plusieurs facteurs (selon la durée et la sévérité de la pathologie physique) (Turk & Okifuji, 2001). Donc, ils définissent la douleur chronique comme étant généralement provoquée par une blessure, mais pouvant être perpétuée par des facteurs qui sont à la fois « pathogéniquement » et physiquement éloignés de la cause d'origine. La douleur chronique s'étend sur une longue période de temps, représente un faible niveau de pathologie sous-jacente, ce qui ne peut expliquer la présence et l'étendue de la douleur. Ce type de douleur incite fréquemment les patients à demander des soins, et son traitement est rarement efficace. Parce que la douleur persiste, il est probable que les facteurs environnementaux, cognitifs et psychologiques contribuent à la persistance de la douleur.

2.1.3. Chemin de la douleur

La neurophysiologie de la douleur est très complexe puisqu'elle met en jeu le système nerveux périphérique, spinal et supra-spinal. La douleur aiguë tire son origine de la périphérie. L'influx nociceptif voyage par les nerfs périphériques le long des fibres A δ et C jusqu'à la synapse de la corne dorsale de la moelle épinière. Une fois l'information transmise à ce niveau, l'influx se projette le long du faisceau antérolatéral vers la formation réticulée bulbaire et le thalamus pour former la deuxième synapse. L'information voyage ensuite vers le cortex pariétal, qui décode la sensation douloureuse pour déterminer le type de douleur, sa localisation et son intensité, tandis que la voie médiane atteint le cortex frontal et des structures limbiques (cortex cingulé antérieur [CCA] et l'insula) qui analysent et définissent l'aspect affectif (aspect désagréable) du message douloureux (figure 2). La perception de la douleur est donc un phénomène neuronal et psychologique complexe impliquant plusieurs régions du système nerveux (Nashold & Briedman, 1977).

2.1.4. Modulation de la douleur

La douleur résulte de l'interprétation d'influx nociceptifs par les centres supérieurs et relève ainsi de la perception. Étant donné que la transmission du message douloureux passe par plusieurs niveaux d'intégration dans le système nerveux central, la douleur peut être modulée à tous ces niveaux avant d'être perçue. Ainsi, la modulation des afférences nociceptives peut se faire de la périphérie jusqu'au cortex et cette modulation peut être à caractère excitateur ou inhibiteur. Comme il est au-delà du cadre de ce mémoire de parler en profondeur des mécanismes excitateurs et inhibiteurs, nous nous contenterons de les nommer et de mettre l'emphase sur ceux qui ont un impact direct sur notre problématique (lien douleur chronique et santé mentale).

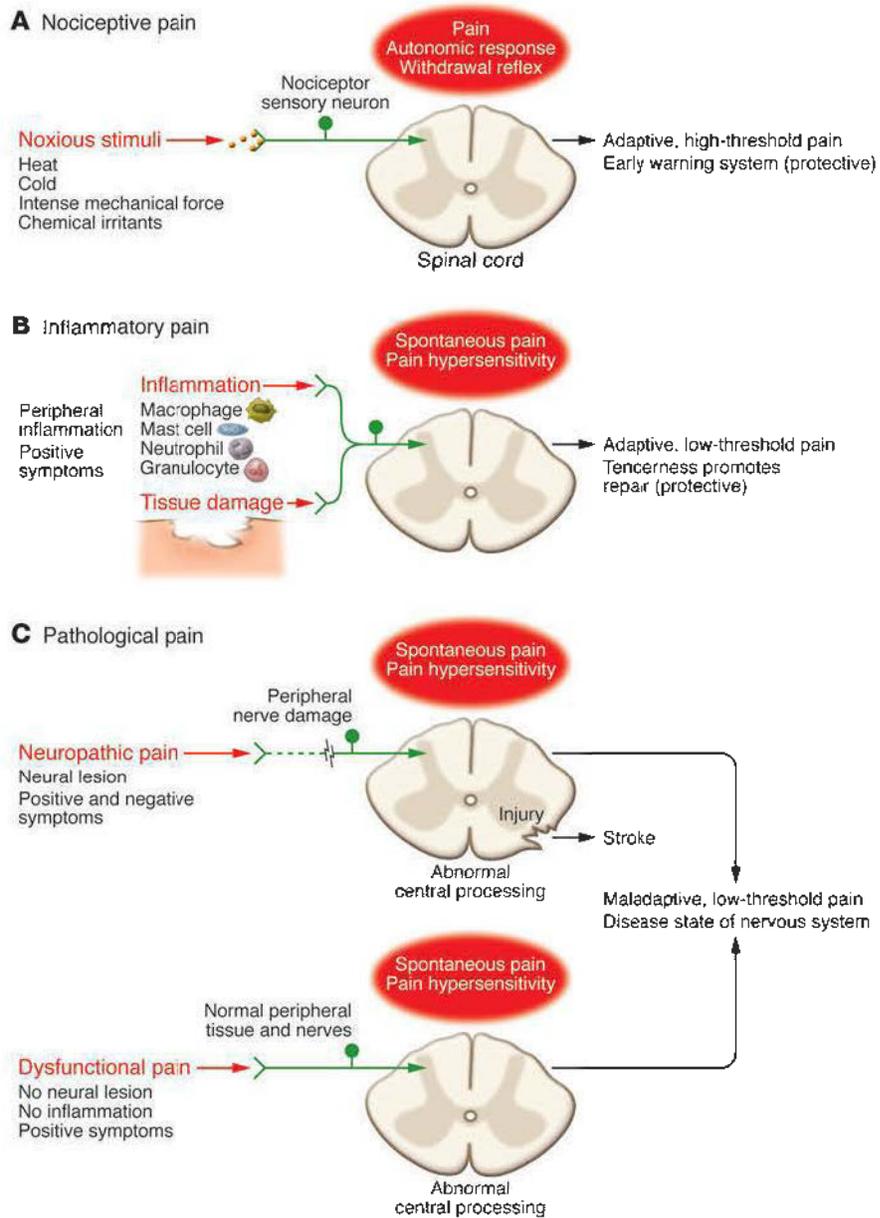


Figure 1 : Types de douleur

A) Douleur nociceptive; B) Douleur inflammatoire ; C) Douleur pathologique.

Tirée de Woolf, 2010

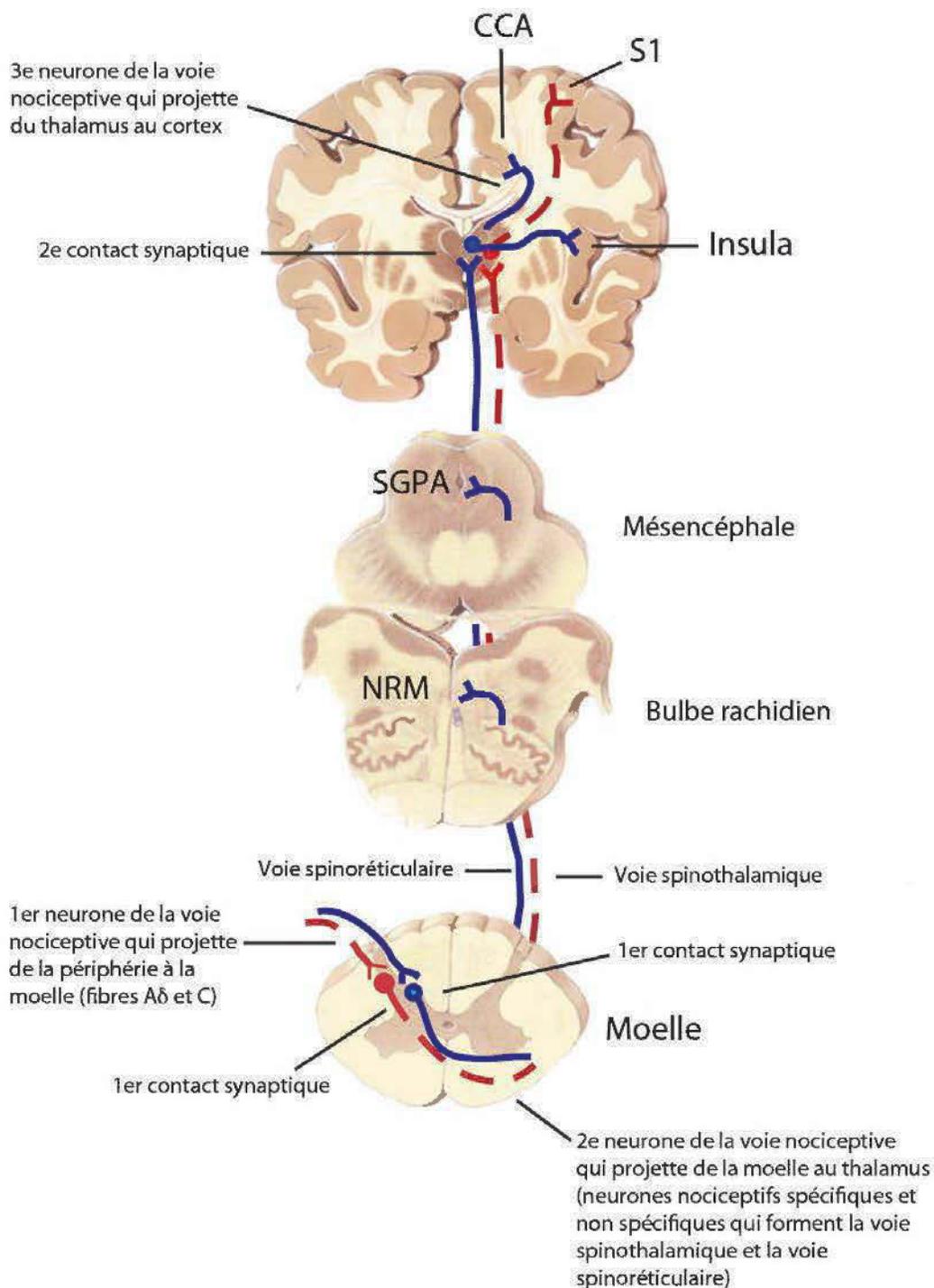


Figure 2 : Voies ascendantes de la douleur

CCA : cortex cingulé antérieur; NRM : noyau raphé magnus ; SGPA : substance grise périaqueduquale ; S1 : cortex somatosensoriel primaire.

Tirée de (Marchand, 2009)

Les mécanismes endogènes inhibiteurs se divisent en trois groupes, soit : ① les mécanismes spinaux provoquant une analgésie localisée (théorie du portillon (Melzack & Wall, 1965)), ② les mécanismes inhibiteurs descendants provoquant une analgésie diffuse (Le Bars, Dickenson, & Besson, 1979), et ③ les mécanismes découlant de l'activité des centres supérieurs (figure 3).

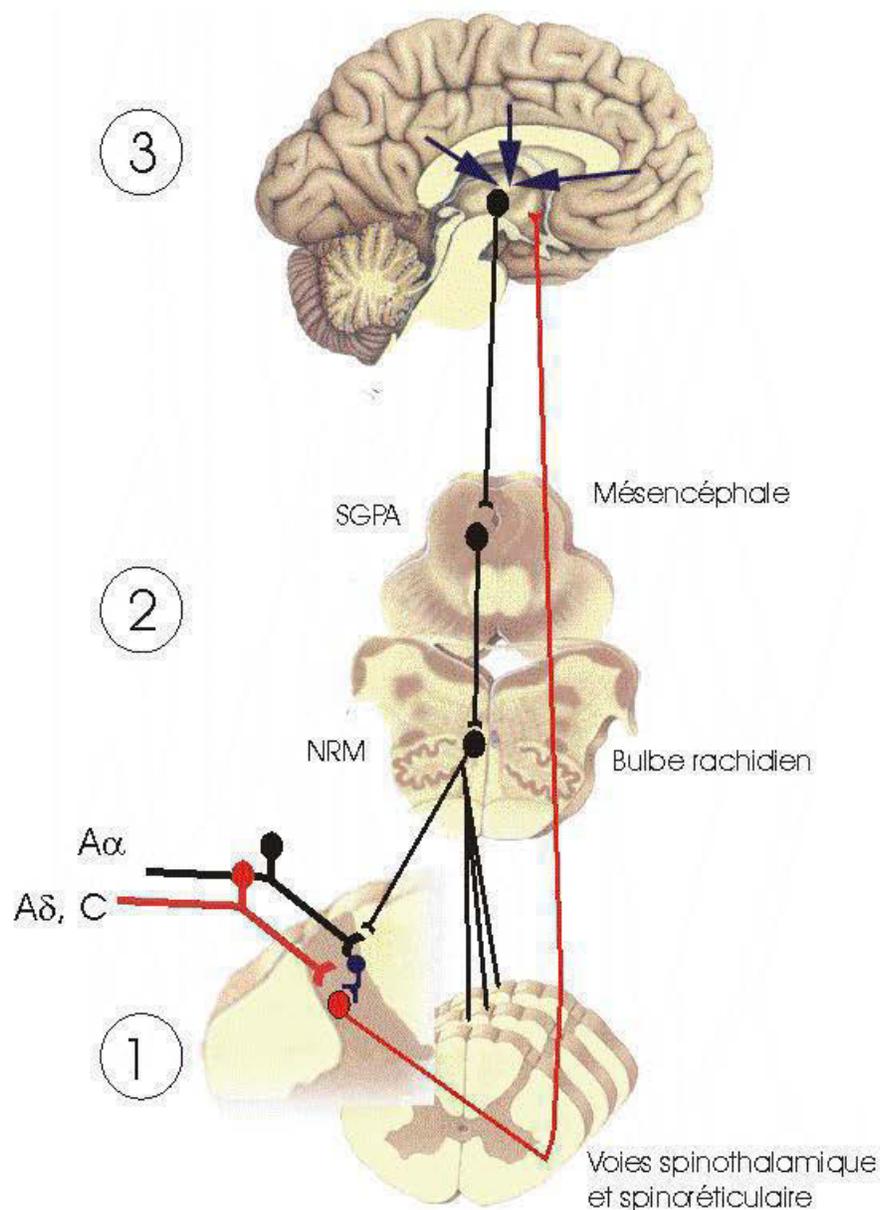


Figure 1 : Mécanismes endogènes d'inhibition de la douleur
Tirée de Marchand, 2009

Nous croyons intéressant d'attirer l'attention du lecteur sur les mécanismes ② et ③. En effet, dans le cas des mécanismes inhibiteurs descendants (②), certains neurotransmetteurs impliqués dans ce phénomène (sérotonine et noradrénaline) le sont également dans la dépression. En ce qui concerne les centres supérieurs (③), il faut savoir que la manipulation des fonctions supérieures peut provoquer une analgésie. Des études ont démontré que certaines conditions telles que l'hypnose et la distraction pouvaient diminuer la douleur ressentie (Rainville, 2002; Stevensen, 1995), mais aussi que la manipulation des attentes influence à son tour les mécanismes inhibiteurs descendants (Goffaux, Redmond, Rainville, & Marchand, 2007).

Les mécanismes endogènes excitateurs se divisent en deux groupes, soit les mécanismes spinaux et les mécanismes supra-spinaux. Au niveau des mécanismes spinaux, on peut identifier le *wind-up*, la sommation temporelle et la sensibilisation spinale. Cependant, la portion qui nous intéresse le plus en contexte de santé mentale est les mécanismes excitateurs supra-spinaux. En effet, tel que mentionné auparavant, le système nerveux supra-spinal peut influencer la perception de la douleur avant même d'exprimer et de ressentir de la douleur. L'humeur, comme l'anxiété (Goffaux et al., 2011) et la dépression (Lautenbacher & Krieg, 1994; Lautenbacher et al., 1994), peut augmenter la douleur. Les attentes (Goffaux et al., 2007) et l'attention (Villemure & Bushnell, 2002) peuvent également modifier la perception de la douleur.

2.2. DOULEUR CHRONIQUE

Tel que nous avons pu le constater dans la section précédente (2.1. DOULEUR), la douleur nociceptive et la douleur inflammatoire jouent un important rôle de protection. Toutefois, toute douleur pouvant être identifiée comme étant pathologique (neuropathique ou dysfonctionnelle) perd sa raison d'être. On parle alors du concept douleur – maladie. Les douleurs qui y sont catégorisées sont des douleurs pour la plupart dites chroniques, car elles perdurent dans le temps et sont récurrentes.

2.2.1. Épidémiologie de la douleur chronique

Les études épidémiologiques faisant état de la prévalence de la DC dans la population générale sont nombreuses, mais arrivent difficilement à un consensus. Comme mentionné auparavant, la DC modérée à sévère affecte 19 % de la population européenne (Breivik et al., 2006). Aux États-Unis, on parle d'une prévalence de 30,7 % (Johannes et al., 2010) et le pourcentage de la population canadienne étant aux prises avec de la DC s'étend de 11 à 29 % (au Québec, on parle de 15,7 %) (Boulanger et al., 2007; Moulin et al., 2002; Ramage-Morin & Gilmour, 2010; Reitsma et al., 2012; Schopflocher et al., 2011). Cette disparité de prévalence entre les études est probablement causée par le type de population à l'étude, la grandeur des échantillons, la méthode de collecte de données et, très certainement, la définition de la douleur chronique qui a été utilisée dans chacune d'entre elles. Chose certaine, on peut facilement réaliser que c'est une problématique fréquente et préoccupante.

2.2.2. Impacts de la douleur chronique

Quand une douleur est chronique, elle cause une détresse émotionnelle considérable ainsi qu'une perturbation du fonctionnement occupationnel et social de l'individu qui en est atteint. Par exemple, les personnes atteintes de douleur chronique visitent fréquemment leur médecin, subissent plusieurs évaluations médicales (parfois inutiles) et ont un plus haut taux d'absentéisme au travail que la population générale (Gureje, Von Korff, Simon, & Gater, 1998). Il a également été démontré à maintes reprises que la DC peut avoir un impact négatif sur la santé mentale, la qualité de vie (Elliott et al., 2003; Wang et al., 2001) et la qualité du sommeil (M. T. Smith & Haythornthwaite, 2004). Finalement, la douleur peut également affecter la vie conjugale et amener une insatisfaction et des réactions négatives de la part du conjoint (Cano, Gillis, Heinz, Geisser, & Foran, 2004).

De par ces multiples impacts néfastes, il n'est donc pas surprenant de constater que des problèmes de santé mentale sont très fréquents chez la population douloureuse chronique, et vice versa.

2.3. TROUBLES PSYCHIATRIQUES

2.3.1. Diagnostic

Les troubles psychiatriques (ou mentaux) sont des troubles psychologiques ou comportementaux, généralement associés à une détresse subjective ou un handicap. Il existe actuellement deux systèmes de classification des troubles mentaux – la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), publié par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA – *American Psychiatric Association*).

Dans le cas du DSM-IV (APA, 1994), on peut catégoriser les troubles selon cinq axes :

- Axe I : Les troubles majeurs cliniques;
- Axe II : Les troubles de la personnalité et le retard mental;
- Axe III : Aspects médicaux ponctuels et troubles physiques;
- Axe IV : Facteurs psychosociaux et environnementaux;
- Axe V : Échelle d'Évaluation Globale de Fonctionnement.

Les troubles communs de l'Axe I incluent la dépression, les troubles anxieux, le trouble bipolaire, le trouble de déficit de l'attention (TDA), les troubles du spectre autistique, l'anorexie mentale, la boulimie et la schizophrénie. Les troubles communs des autres Axes ne seront pas discutés ici puisqu'ils n'ont pas été évalués lors de la présente étude.

2.3.2. Prévalence

D'après l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC, cycle 1.2) sur la santé mentale et le bien-être de 2002 de Statistique Canada, environ 5 % de la population

canadienne âgée de 15 ans et plus ont déclaré présenter des symptômes correspondant aux critères d'une dépression majeure (ASPC, 2009). Pour leur part, les troubles anxieux sont les conditions psychiatriques les plus communes. La prévalence sur 12 mois de désordres anxieux varie de 4,2 % à 17,2 % et la prévalence à vie de 9,2 % à 28,7 % (Somers, Goldner, Waraich, & Hsu, 2006).

2.4. ASSOCIATION ENTRE LA DOULEUR CHRONIQUE ET LA SANTÉ MENTALE

La douleur physique, qu'elle soit aiguë ou chronique, est fréquemment rapportée chez les patients anxieux ou dépressifs (Means-Christensen, Roy-Byrne, Sherbourne, Craske, & Stein, 2008; Schatzberg, 2004; Stahl & Briley, 2004; Tsang et al., 2008; Wise, Fishbain, & Holder-Perkins, 2007). En effet, il existe un lien très étroit entre douleur et santé mentale. Par exemple, un patient qui souffre de dépression présente un risque accru de développer des douleurs chroniques. La relation inverse est également vraie ; le patient qui souffre de DC augmente ses risques de souffrir de dépression (Garcia-Cebrian, Gandhi, Demyttenaere, & Peveler, 2006).

La prévalence de troubles psychiatriques dans la population de douleur chronique a abondamment été identifiée comme étant plus élevée que dans la population générale (Atkinson, Slater, Patterson, Grant, & Garfin, 1991; Davidson, Krishnan, France, & Pelton, 1985; Dersh, Gatchel, Polatin, & Mayer, 2002; Fishbain, Goldberg, Meagher, Steele, & Rosomoff, 1986; Katon, Egan, & Miller, 1985; R. G. Large, 1986; Merskey et al., 1987; Pilowsky, Chapman, & Bonica, 1977; Polatin, Kinney, Gatchel, Lillo, & Mayer, 1993; Reich, Tupin, & Abramowitz, 1983). La comorbidité entre pathologies anxio-dépressives et douleur chronique affecte en effet plus de 60 % des patients douloureux chroniques (Bair et al., 2003; Kirmayer, Robbins, Dworkind, & Yaffe, 1993).

Malheureusement, les problèmes psychiatriques altèrent significativement la présentation des maladies physiques, rendent le traitement plus difficile, affectent négativement le pronostic (Fishbain, 1999) et augmente l'utilisation des services médicaux par les patients douloureux chroniques (Bao, Sturm, & Croghan, 2003; Reich et al., 1983). De plus, il

existe un lien entre la physiopathologie des problèmes de santé mentale comme la dépression et ceux de la douleur. En effet, il suffit de penser au rôle des neurotransmetteurs comme la sérotonine et la noradrénaline sur les mécanismes endogènes de contrôle de la douleur et sur l'humeur (Elman, Zubieta, & Borsook, 2011). Ce lien peut brouiller les pistes diagnostiques selon que le patient consulte pour un problème psychiatrique versus un problème de douleur.

2.4.1. Anxiété et douleur

La prévalence des troubles anxieux est plus élevée chez les gens souffrant de douleur chronique que chez la population générale (Asmundson, Jacobson, Allerdings, & Norton, 1996). Dans une étude populationnelle, la prévalence des troubles anxieux était de 35 % chez les gens atteints de douleur chronique comparativement à 17 % chez la population générale (McWilliams et al., 2003). Il semblerait que cette relation soit d'ailleurs plus forte pour le trouble d'anxiété généralisé (TAG) que pour les autres troubles anxieux (Beesdo, Hoyer, et al., 2009). À l'inverse, très peu d'études ont investigué la présence de douleur chronique chez des sujets présentant un trouble anxieux (principalement le stress post-traumatique et les troubles paniques). Asmundson et al. ont relevé 3 études dans lesquelles 20 à 70 % des patients avec trouble panique rapportaient de la douleur chronique (Asmundson & Katz, 2009). Ainsi, il devient difficile de déterminer si c'est le trouble anxieux qui prédispose à la douleur ou si c'est l'inverse. Même si cette influence est probablement bidirectionnelle, il semble qu'il faille retenir la première hypothèse. En effet, selon Knaster et ses collègues, la majorité des désordres anxieux (77 %) ont émergé avant le début de la douleur, tandis que seulement 37 % des troubles de l'humeur se sont développés avant la douleur (Knaster et al., 2012).

Comment pourrait-on expliquer la plus grande prévalence de douleur chez les personnes souffrant de troubles anxieux ? Un modèle explicatif intéressant a été proposé par Sharp et Harvey, le modèle de maintenance mutuelle. Celui-ci propose que les troubles anxieux et la douleur chronique partagent des composantes pathologiques communes qui favoriseraient le maintien des symptômes (Sharp & Harvey, 2001). Ces composantes incluraient, par

exemple, l'évitement, la diminution du niveau d'activité et la tendance à se remémorer les évènements passés. Ainsi, les personnes présentant un trouble anxieux rapporteraient plus souvent de la douleur principalement parce qu'elles ont un comportement plus centré sur la douleur. Cette attitude entraînerait les personnes anxieuses à être davantage prédisposées à développer une douleur chronique ou même peut-être à rapporter de la douleur lorsqu'elles consultent leur médecin ou lorsqu'elles sont interrogées dans le cadre d'une étude épidémiologique. À n'en point douter, les processus psychologiques semblent fortement impliqués chez les personnes présentant un trouble anxieux.

La peur est aussi un symptôme commun chez les patients atteints de douleur chronique. Chez ces gens, la peur reliée à la douleur et la dramatisation face à la douleur ont été associées à l'intensité de la douleur, la détresse et l'incapacité fonctionnelle (Granot & Ferber, 2005; M. J. Sullivan, Stanish, Waite, Sullivan, & Tripp, 1998).

Finalement, l'anxiété est sous-diagnostiquée et très peu traitée chez les douloureux chroniques puisque ces derniers rapportent habituellement en premier lieu leurs symptômes somatiques, principalement la douleur, au lieu de l'anxiété (Wittchen et al., 2002). Pourtant, il existe de plus en plus d'évidences sur le fait que la gestion pharmacologique de l'anxiété peut réduire significativement la douleur (Beesdo, Hartford, et al., 2009).

2.4.2. Dépression et douleur

Il est bien établi qu'un lien épidémiologique important existe entre la dépression et la douleur chronique (Currie & Wang, 2004; R. H. Dworkin & Gitlin, 1991; Fishbain, Cutler, Rosomoff, & Rosomoff, 1997; Munce & Stewart, 2007; Ohayon & Stingl, 2012; Rush, Polatin, & Gatchel, 2000) et que la dépression est la comorbidité la plus fréquente chez les patients atteints de douleur chronique (Leo, Pristach, & Streltzer, 2003; M. D. Sullivan, Edlund, Steffick, & Unutzer, 2005). Bien que l'incidence de la dépression identifiée dans plusieurs études varie sensiblement, on estime que la dépression est deux fois plus fréquente chez les patients souffrant de douleur chronique que dans la population générale (R. Large, New, Strong, & Unruh, 2002). Plus spécifiquement, des études de prévalence

ont montré que 18 à 56 % des patients atteints de douleur chronique étaient également atteints de dépression, et que la dépression majeure atteindrait entre 9 et 20 % de cette population (Bair et al., 2003; Miller & Cano, 2009). Une forte association entre douleur et dépression a également été observée dans une étude canadienne basée sur l'ESCC cycle 1.1 de 2001 (Munce et al., 2006), de même que dans une étude européenne où 50 % de la population ayant des épisodes de dépression majeure présentait également de la douleur (Demyttenaere et al., 2006). À l'instar des études sur les populations anxieuses, quelques études ont évalué la prévalence de douleur chronique chez les populations dépressives. Bair et al. en ont recensé 14 (Bair et al., 2003) et la prévalence moyenne des études répertoriées était de 65 % (15 à 100 %). Ainsi, même si la prévalence d'une cooccurrence de dépression et de douleur varie selon le milieu clinique, il n'en demeure pas moins qu'elle est toujours relativement fréquente : 52 % (1,5-100 %) dans les cliniques de la douleur, 38 % (6-64 %) dans les cliniques ou consultations psychiatriques, 18 % (4,7-22 %) dans la population générale, 27 % (5,9-46 %) dans les cliniques de première ligne (Bair et al., 2003).

Qu'est-ce qui pourrait expliquer la comorbidité douleur chronique et dépression ? Trois mécanismes potentiels, non exclusifs, ont été avancés. 1) La douleur physique peut être la cause d'une dépression secondaire. 2) La dépression peut causer ou contribuer à des symptômes de douleur physique. 3) D'autres facteurs (génétiques, facteurs environnementaux) peuvent augmenter le risque de symptômes de douleur physique et de dépression (Wong et al., 2011). Comme nous l'avons vu un peu plus tôt, d'un point de vue purement neurophysiologique, la relation entre douleur et dépression n'est pas surprenante. Plusieurs neurotransmetteurs (exemple : sérotonine, noradrénaline, dopamine) et structures du système nerveux (exemple : CCA, amygdale, tronc cérébral) sont en effet connus pour leur implication dans la modulation de l'humeur et de la douleur, créant ainsi un modèle physiologique plausible de la comorbidité douleur et dépression. Ces deux troubles sont également associés au même spectre de facteurs de prédisposition environnementaux et peuvent être perpétués par des comportements cognitifs similaires (Dowrick, Katona, Peveler, & Lloyd, 2005).

Selon l'équipe de Sullivan, l'impact de la dépression sur la douleur pourrait s'expliquer par les attentes qu'entretiennent les patients envers leur traitement ou leur condition. Ainsi, pour une même douleur, un patient déprimé pourrait entretenir des attentes de douleur plus élevées qu'un patient ne souffrant pas de dépression, ce qui permet de mieux comprendre pourquoi le premier ressent plus de douleur que le deuxième (M. J. Sullivan, Rodgers, & Kirsch, 2001). En influençant négativement les attentes des individus à l'égard de leur condition et des traitements qu'ils reçoivent, les pensées dépressives viendraient augmenter la perception de la douleur et diminuer l'efficacité des approches analgésiques. Il faut tout de même demeurer prudent face à cette conclusion considérant que, même si elles sont liées, la douleur et la santé mentale sont deux entités qui s'inter-influencent tout en ayant leurs mécanismes pathophysiologiques propres, puisque le traitement de la douleur permet un meilleur pronostic pour le traitement de la dépression et vice versa. À preuve, la présence de symptômes somatiques inexplicables et particulièrement ceux qui sont douloureux et la sévérité de ces symptômes indique des issues de traitement médiocres et un temps plus long avant d'atteindre une rémission avec une pharmacothérapie avec antidépresseurs (Bair et al., 2004; Karp et al., 2005; Leuchter et al., 2010). Bon nombre d'évidences existent également concernant l'efficacité du traitement de la dépression pour aider au soulagement de la douleur, comme c'est le cas pour les douleurs arthritiques (Lin et al., 2003).

Finalement, les symptômes douloureux dans la dépression majeure sont associés à des symptômes dépressifs plus sévères, un statut fonctionnel plus faible, une qualité de vie et une santé plus pauvre, principalement lorsque la douleur est diffuse (Bair et al., 2003). De plus, la sévérité de la détresse psychiatrique chez les personnes dépressives avec douleur chronique est plus importante que chez les personnes dépressives sans douleur (Bao et al., 2003). Aussi, il semble que le nombre de conditions de douleurs chroniques soit un meilleur prédicteur de la dépression majeure que toute autre mesure de l'expérience douloureuse (S. F. Dworkin, Von Korff, & LeResche, 1990).

2.4.3. État des faits - conclusion

À la lumière de ces informations, on peut conclure que les études s'étant attardées à la présence de DC chez des sujets suivis pour un trouble psychiatrique ne sont pas légion (Asmundson & Katz, 2009; G. R. Smith, 1992). Pourtant, la douleur est très fréquente chez ce type de population (Gureje et al., 1998). L'évolution des troubles dépressifs et anxieux varie grandement d'un individu à l'autre. Dans environ 40 % des cas, ces désordres psychiatriques sont de courte durée. Toutefois, plus de 40 % des patients feront face à un trouble récurrent, et 5 à 30 % auront pour leur part un trouble dépressif ou anxieux chronique (Eaton et al., 2008; Holzel, Harter, Reese, & Kriston, 2011; Wiersma et al., 2009). La présence de douleur vient compliquer davantage cette évolution (Karp et al., 2005; Leuchter et al., 2010). À titre d'exemple, une étude évaluant l'effet d'un programme thérapeutique a identifié qu'une plus grande sévérité de douleur était associée à de plus hauts niveaux de sévérité des symptômes dépressifs et à une absence de rémission du trouble dépressif (Katon, Unutzer, & Russo, 2010). En ce qui concerne l'anxiété, un essai thérapeutique auprès de patients avec troubles paniques et TAG a démontré qu'une douleur invalidante était associée à des symptômes anxieux plus sévères et à une moins bonne réponse au traitement (Teh et al., 2009).

Malgré ces évidences, il est bien malheureux de constater que les psychiatres sont inadéquatement entraînés à identifier, diagnostiquer et, par le fait même, prendre en charge la douleur chez leurs patients (Elman et al., 2011; Wright, 2009). Il en résulte donc une mauvaise compréhension de la trajectoire développementale de la douleur et du trouble anxio-dépressif parmi la population psychiatrique et une augmentation des coûts due à la mauvaise prise en charge de ces problématiques.

C'est donc dans cette optique que s'insère la présente étude, qui avait pour but d'établir un portrait d'une population de patients souffrant de DC suivis en consultation externe de psychiatrie et d'identifier les facteurs associés à la sévérité de leurs symptômes.

3. MATÉRIEL ET MÉTHODES

3.1. DEVIS DE RECHERCHE

Pour répondre à nos objectifs, une étude transversale a été réalisée auprès de patients souffrant de DC suivis en consultation externe de psychiatrie entre février 2009 et août 2010. Nous avons pris les patients ayant de troubles psychiatriques souffrant également de DC parce que cette population particulière a été peu étudiée et que, de plus, nous croyons que la présence de DC complique le traitement et le pronostic du trouble psychiatrique du patient.

3.2. POPULATION À L'ÉTUDE

La population à l'étude était constituée des patients détenant un suivi psychiatrique au Cabinet Médical Spécialisé États d'Esprit de Rouyn-Noranda souffrant aussi de DC. Le fait de recruter dans une clinique de psychiatrie nous a permis d'effectuer un recrutement systématique des patients souffrant de DC. Précisons que les patients inclus dans cette étude n'étaient pas nécessairement suivis spécifiquement pour leur douleur chronique dans cette clinique médicale.

3.3. SÉLECTION DES SUJETS

3.3.1. Critères d'inclusion

Les patients admissibles à l'étude devaient :

- 1) Détenir un suivi psychiatrique;
- 2) Souffrir de symptômes douloureux chroniques (définis, pour les fins de cette étude, comme une douleur depuis au moins 3 mois);
- 3) Êtres âgés de 18 à 65 ans.

3.3.2. Critères d'exclusion

- 1) Patients souffrant actuellement d'un cancer (pour être certains d'étudier la douleur chronique non cancéreuse);
- 2) Patients ayant subi une chirurgie au cours des 12 derniers mois;
- 3) Patients jugés inaptes à remplir un questionnaire autoadministré (capables de lire et écrire).

Les patients souffrant actuellement d'un cancer étaient exclus parce que le cancer est une pathologie en soi et quelle entraîne une panoplie de symptômes invalidants (dont la douleur), ce qui aurait pu biaiser l'étude. De même, la chirurgie entraîne des changements physiologiques, dans le mode de vie ainsi que de la douleur. Ces facteurs confondants auraient pu influencer les résultats de notre étude. Finalement, nous avons recruté des patients jugés aptes à remplir des questionnaires puisque ceux-ci étaient autoadministrés.

3.4. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Les participants potentiels pour cette étude ont été identifiés parmi les patients qui se présentaient pour un premier rendez-vous ou un rendez-vous de suivi en consultation externe de psychiatrie au Cabinet Médical Spécialisé États d'Esprit. Pour assurer un recrutement exhaustif, le dépistage de la DC a été effectué de façon systématique lors des rendez-vous médicaux de ce cabinet médical. Les patients qui remplissaient tous les critères de sélection ont donc été identifiés par leur médecin spécialiste durant leur rendez-vous médical et ensuite redirigés avec une notice d'admissibilité (*Annexe I*) et l'évaluation du clinicien (*Annexe II*) au bureau de la coordinatrice de recherche (CR) afin que celle-ci leur explique en quoi consistait l'étude et leur demande leur consentement. Lorsqu'un patient était intéressé à participer, la CR lui a fait signer deux copies du formulaire de consentement (FC) (*Annexe III*) sur place. Une copie était remise au patient et l'autre était récupérée par la CR. Lors du recrutement, tous les participants ont été invités à remplir un questionnaire autoadministré (*Annexe IV*) à la maison et à le rapporter au Cabinet Médical Spécialisé États d'Esprit dans la semaine suivante.

Avant le départ du patient, la CR notait le numéro du questionnaire remis à ce participant, la date, le nom, ainsi que le numéro de téléphone du participant. Ces informations étaient notées sur la feuille de route de la CR (*Annexe V*).

Pour les patients ayant refusé de participer à l'étude et ayant accepté de nous donner ces informations, la date, l'âge, le type de DC et la raison du refus ont été répertoriés sur la feuille de route de la CR (*Annexe V*). Dans l'éventualité où un patient refusait de participer à l'étude avant de rencontrer la CR, ces informations étaient répertoriées par le médecin spécialiste sur la notice d'admissibilité (*Annexe I*) et transmises à la CR.

3.5. MÉTHODES DE COLLECTE DES DONNÉES

Dans cette étude, les données ont été recueillies, grâce à:

- une évaluation de la part du clinicien (*Annexe II*);
- un questionnaire autoadministré (*Annexe IV*);

a) *Évaluation du clinicien (Annexe II)*

Au début de l'étude, l'évaluation clinique de chaque participant a permis d'obtenir des informations sur certaines caractéristiques cliniques de la douleur (diagnostics, y compris la douleur neuropathique), les diagnostics psychiatriques ainsi que sur les antécédents psychiatriques personnels et familiaux du patient. Cette évaluation a été réalisée par le clinicien et intégrée au suivi médical habituel des patients souffrant de DC.

b) *Questionnaire autoadministré (Annexe IV)*

Lors du recrutement, un questionnaire autoadministré a été remis à tous les participants afin de colliger des informations sur les caractéristiques cliniques de la douleur (type, antériorité, fréquence, localisation, intensité, aspect désagréable), l'utilisation actuelle de moyens pharmacologiques et non pharmacologiques pour remédier aux symptômes douloureux, les stratégies d'ajustement face à la douleur, le fonctionnement psychologique (anxiété, dépression, dramatisation face à la douleur, style d'attribution spécifique à la

douleur), la qualité de vie (QOL) (générique et spécifique à la douleur), la qualité du sommeil, les habitudes de vie des 4 derniers mois et le statut sociodémographique du participant. Ces facteurs ont été évalués car fréquemment associés à la sévérité de la douleur. Avant le début de l'étude, le temps d'administration du questionnaire a été estimé à 40 minutes.

3.6. DÉFINITION DES VARIABLES

3.6.1. Caractéristiques cliniques de la douleur

- Les diagnostics de DC/conditions à l'origine de la douleur chronique ont été identifiés par le clinicien grâce à une question semi-fermée comportant diverses classifications (*Annexe II*);
- La présence d'une douleur neuropathique a été diagnostiquée par le clinicien à l'aide de l'index *Douleur Neuropathique 4 Questions* (DN4) (Bouhassira et al., 2005);
- L'antériorité et la fréquence des symptômes douloureux ont été mesurées par le patient sur des échelles ordinales (*antériorité* : depuis moins de 6 mois, entre 6 et 11 mois, entre 12 et 36 mois, depuis plus de 3 ans; *fréquence* : 0-7 jours/mois, 8-14 jours/mois, 15-21 jours/mois, plus de 21 jours/mois);
- La localisation de la douleur (un ou plusieurs sites) a été évaluée par le patient grâce à une question semi-fermée comportant les catégories suivantes : tête/maux de tête, bouche, cou, épaules, bras, mains/doigts/poignets, poitrine, abdomen/estomac, dos, hanches, régions anales ou génitales, jambes, genoux, pieds/chevilles, articulations en général, autre;
- L'intensité et l'aspect désagréable des symptômes douloureux de la dernière semaine et des dernières 24 heures ont été évalués par le patient et mesurés grâce à des échelles visuelles analogiques (R. H. Dworkin et al., 2005) de 10 cm allant de « aucune douleur/douleur non déplaisante », à « la pire douleur que vous puissiez imaginer/douleur la plus déplaisante que vous puissiez imaginer »;

- La sévérité de la douleur a aussi été mesurée par le patient grâce à la *Mesure de sévérité* de la version courte du *Brief Pain Inventory* (BPI) (Cleeland & Ryan, 1994);
- L'interférence de la douleur avec la vie quotidienne a été mesurée grâce à la *Mesure d'interférence* de la version courte du *Brief Pain Inventory* (BPI) (Cleeland & Ryan, 1994);
- L'aspect sensoriel et l'aspect affectif de la douleur ont été mesurés par le patient grâce au *Short-Form McGill Pain Questionnaire* (SF-MPQ) (Melzack, 1987).

3.6.2. Prise en charge des symptômes douloureux

- L'utilisation actuelle de moyens pharmacologiques et non pharmacologiques pour remédier aux symptômes douloureux était répertoriée auprès du patient grâce à quatre questions ouvertes tout en spécifiant plusieurs exemples afin d'assurer la validité des réponses:
 - 1) Utilisation de médicaments prescrits par un médecin;
 - 2) Utilisation de médicaments en vente libre;
 - 3) Utilisation de produits naturels ou homéopathiques;
 - 4) Utilisation de médecines complémentaires alternatives.

3.6.3. Stratégies d'ajustement face à la douleur

- Les stratégies d'ajustement face à la douleur étaient recueillies auprès du patient et quantifiées grâce au *Chronic Pain Coping Inventory* (CPCI) (Jensen, Turner, Romano, & Strom, 1995).

3.6.4. Fonctionnement psychologique

- Les diagnostics psychiatriques ont été identifiés par le clinicien grâce à une question semi-fermée comportant diverses classifications (selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (APA, 1994);
- La présence et la sévérité des symptômes dépressifs ont été mesurées par le patient grâce au *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) (Beck, Steer, & Brown, 1996);
- La présence et la sévérité de l'anxiété situationnelle et du trait d'anxiété ont été mesurées par le patient grâce au *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* (Spielberger & Krasner, 1988);
- La dramatisation face à la douleur a été mesurée par le patient grâce au *Pain Catastrophizing Scale* (PCS) (M. J. L. Sullivan, Bishop, & Pivick, 1995);
- Le style d'attribution spécifique aux symptômes douloureux a été mesuré par le patient grâce au *Multidimensional Health Locus of Control Scale* (MHLCS) (Wallston, Wallston, & DeVellis, 1978).

3.6.5. Impression de l'impact de la douleur sur la santé mentale

- L'impression de l'impact de la douleur sur la santé mentale a été évaluée grâce à la question fermée (oui/non) suivante : « Pensez-vous avoir développé des symptômes psychologiques en raison de vos symptômes douloureux (ex. : dépression, anxiété, etc.) ? »

3.6.6. Qualité de vie (QOL) liée à la santé

- Les scores de QOL liée à la santé ont été mesurés par le patient sur l'index générique *12-Item Short Form Health Survey* (SF-12; mesure sommaire de la composante physique et de la composante psychologique) (J. Ware, Jr., Kosinski, & Keller, 1996).

3.6.7. Qualité du sommeil

- La qualité du sommeil a été mesurée par le patient grâce au *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) (Buysse et al., 1991).

3.6.8. Autres variables et déterminants

- Âge, sexe, race/ethnie, assurance médicament, statut professionnel, statut d'invalidité (toutes causes confondues), niveau d'éducation, statut matrimonial, revenu familial annuel avant impôts, indice de masse corporelle (IMC en kg/m^2 est calculé à partir de la taille et du poids), exercice, consommation de tabac, de caféine, d'alcool, de drogues et de vitamines, comorbidités, antécédents psychiatriques personnels et familiaux, durée du suivi psychiatrique à la clinique.

3.7. INSTRUMENTS DE MESURE

3.7.1. *Brief Pain Inventory* (BPI)

La version courte du BPI est un questionnaire qui mesure la sévérité de la douleur ainsi que son impact sur les divers aspects de la vie quotidienne (Cleeland & Ryan, 1994). Grâce au BPI, il est possible d'obtenir deux mesures sommaires, soit une *Mesure de sévérité* et une *Mesure d'interférence* (Cleeland & Ryan, 1994). La *Mesure de sévérité* contient 4 items permettant de mesurer la sévérité de la douleur la plus faible et la plus intense des dernières 24 heures, la douleur en général et la douleur actuelle. Chacun de ces items est quantifié grâce à une échelle de type numérique de 0 « Pas de douleur », à 10 « Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer ». La *Mesure d'interférence* contient 7 items mesurant l'impact de la douleur sur les activités en général, l'humeur, la capacité à marcher, le travail habituel, les relations avec les autres, le sommeil et le goût de vivre. Chacun de ces items est quantifié grâce à une échelle numérique de 0 « Ne gêne pas », à 10 « Gêne

complètement ». Pour calculer les scores du BPI, il faut effectuer la moyenne des scores des 4 items de la *Mesure de sévérité* et la moyenne des 7 items de la *Mesure d'interférence*. L'étendue potentielle des scores est donc de 0 à 10, où un score plus élevé représente une douleur plus sévère/plus interférente.

Disponible en version canadienne-française, le BPI est l'un des instruments de mesure de la douleur les plus utilisés (Poundja, Fikretoglu, Guay, & Brunet, 2007). Initialement développé pour l'évaluation de la douleur chez les patients atteints de cancer, le BPI a été validé dans plusieurs autres populations de patients et dans différentes langues (Cleeland & Ryan, 1994; Keller et al., 2004). Pour la recherche clinique, la *Mesure d'interférence* du BPI a été recommandée par le groupe d'experts de *l'Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in clinical trials* (IMMPACT) afin de mesurer l'impact de la douleur sur le fonctionnement physique (R. H. Dworkin et al., 2005; Turk et al., 2003). Pour la présente étude, l'utilisation du BPI est donc justifiée.

3.7.2 *Short-Form McGill Pain Questionnaire* (SF-MPQ)

Le SF-MPQ (Melzack, 1987) est un index permettant de caractériser et de différencier les symptômes douloureux tels que le patient les ressent en général. Cet index contient un regroupement de 15 items et mesure 2 domaines, soit l'aspect sensoriel et l'aspect affectif de la douleur. Les items du SF-MPQ représentent divers qualificatifs permettant de décrire l'expérience douloureuse (en coup de poignard, chaude-brûlante, fatigante, etc.), qui sont ensuite quantifiés grâce à une échelle de type Likert à quatre points qui s'étend de 0 « pas de douleur », à 3 « forte ». Le score global du SF-MPQ peut être obtenu en effectuant la somme des réponses des 15 items. L'étendue potentielle des scores s'étend de 0 à 45 où un score plus élevé correspond à plus de douleur. Grâce au SF-MPQ, il est également possible d'obtenir un score pour chacun des 2 domaines: sensoriel (somme des items 1-11; étendue des scores: 0-33) et affectif (somme des items 12-15; étendue des scores: 0-12) (Melzack, 1987).

Le SF-MPQ a été développé comme une alternative plus simple au McGill Pain Questionnaire (MPQ) original (Melzack, 1975), un des index très utilisé dans le domaine de la douleur (Wilkie, Savedra, Holzemer, Tesler, & Paul, 1990). En effet, le SF-MPQ est un index facile à remplir en 2-5 minutes en comparaison au MPQ original qui est plus encombrant et peu pratique pour la recherche clinique (Melzack, 1987). Lorsque les deux index ont été comparés, une grande corrélation a été démontrée entre les scores du SF-MPQ et du MPQ (Melzack, 1987). De plus, le SF-MPQ s'est démontré sensible afin de détecter les changements suite à divers traitements contre la douleur (Melzack, 1987). Le SF-MPQ a également été validé et utilisé dans plusieurs langues et plusieurs populations de patients (Dudgeon, Raubertas, & Rosenthal, 1993). Pour la recherche clinique, le SF-MPQ a été recommandé par le groupe d'expert de l'IMMPACT (R. H. Dworkin et al., 2005; Turk et al., 2003). Ce questionnaire, disponible en version canadienne-française (Veilleux, Sicard, & Bohuon, 1989), se présente donc comme un instrument de choix pour cette étude.

3.7.3. Douleur Neuropathique 4 Questions (DN4)

Le DN4 est un questionnaire administré par le clinicien permettant le diagnostic des douleurs neuropathiques (Bouhassira et al., 2005). Cet index comporte 10 items qui sont mesurés de façon dichotomique (oui/non). Les 7 premiers items se basent sur un interrogatoire fait au patient et portent sur les caractéristiques de la douleur (brûlure, sensation de froid douloureux, décharges électriques) et les sensations anormales (démangeaisons, engourdissements, picotements, fourmillements). Les 3 autres items se basent sur l'examen clinique neurologique réalisé par le clinicien (hypoesthésie au tact, hypoesthésie à la piqûre, impact du frottement). Le score total du DN4 peut être obtenu en effectuant la somme des réponses de ces 10 items en attribuant la valeur 1 à chaque « oui » et 0 à chaque « non ». L'étendue potentielle des scores est donc de 0 à 10, où un score ≥ 4 correspond à la présence de douleur neuropathique (Bouhassira et al., 2005).

La fiabilité inter-évaluateur, la cohérence inter-items ainsi que la validité de contenu du DN4 ont été démontrées lors du développement initial de l'index en version française (Bouhassira et al., 2005). En ce qui a trait à la validité du diagnostic de douleur

neuropathique, le DN4 détient une sensibilité de 82,9 % et une spécificité de 89,9 % (Bouhassira et al., 2005) et sa validité a été démontrée dans plusieurs pays différents (Chaudakshetrin et al., 2007; Perez et al., 2007). Parmi les divers index disponibles pour le diagnostic et de dépistage de la douleur neuropathique, le DN4 se démarque par la facilité avec laquelle il peut être administré, facilitant ainsi son usage en recherche clinique (Bennett et al., 2007; Perez et al., 2007). En effet, son usage est de plus en plus répandu (Bennett et al., 2007; Bouhassira, Lanteri-Minet, Attal, Laurent, & Touboul, 2008).

3.7.4. *Chronic Pain Coping Inventory (CPCI)*

Le CPCI (Jensen et al., 1995) est un index de 65 items permettant de mesurer l'ensemble des efforts cognitifs, émotionnels ou comportementaux qu'une personne met en œuvre pour s'ajuster à la douleur. Le CPCI mesure ces stratégies d'ajustement face à la douleur utilisées dans la dernière semaine (Jensen et al., 1995). Aux fins de cette étude, la version abrégée du CPCI (Romano, Jensen, & Turner, 2003) (42 items) a été utilisée afin de mesurer 8 domaines de l'ajustement face à la douleur, soit l'abstinence musculaire (7 items), le repos (5 items), la demande d'assistance (4 items), la relaxation (5 items), la persistance (5 items), l'exercice/étirements (6 items), la recherche d'un support social (5 items) et les pensées d'ajustement (5 items) (Jensen et al., 1995; Romano et al., 2003). Chaque item du CPCI est quantifié grâce à une échelle de 0 à 7 correspondant au nombre de jours durant une semaine où le patient utilise cette stratégie d'ajustement face à la douleur (Jensen et al., 1995). Les scores globaux de la version abrégée du CPCI peuvent être obtenus grâce à l'algorithme ci-dessous (figure 4) qui calcule la moyenne des valeurs

Scoring :

For each scale, sum the responses to the items (as listed below) that were responded to, and divide by the number of items responded to.

Scales :

Guarding : $(7+20+22+25+30+32+36)/7$

Resting : $(3+12+31+37+42)/5$

Asking for Assistance : $(5+16+26+40)/4$

Relaxation : $(1+8+23+33+38)/5$

Task Persistence : $(2+18+21+34+41)/5$

Exercise/Stretch : $(9+19+24+27+35+39)/6$

Seeking Social Support : $(4+11+13+14+28)/5$

Coping Self-Statements: $(6+10+15+17+29)/5$

Figure 2 : Algorithme de calcul du score du *Chronic Pain Coping Inventory (CPCI)*

Tirée de Romano et al., 2003

des différents items de chacun des 8 domaines (Truchon, Cote, & Irachabal, 2006). Des scores plus élevés sur chacune des 8 échelles correspondent à une utilisation plus fréquente de stratégies d'ajustement face à la douleur (Jensen et al., 1995).

Le CPI est l'un des index les plus utilisés dans le domaine de la douleur (Tan, Jensen, Robinson-Whelen, Thornby, & Monga, 2001). Sa cohérence inter-item, sa fiabilité test-retest, sa fiabilité inter-évaluateurs, sa validité de contenu et sa validité prédictive ont été démontrées dans plusieurs langues et dans plusieurs populations de patients (Jensen et al., 1995; Truchon & Cote, 2005; Truchon et al., 2006). La version abrégée du CPI a été développée dans le but de fournir une mesure plus appropriée pour la recherche et la pratique clinique (Romano et al., 2003). L'adaptation canadienne-française du CPI (Truchon et al., 2006) a été utilisée dans la présente étude.

3.7.5. *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II)

Le BDI-II est un questionnaire autoadministré mesurant l'intensité des symptômes dépressifs des deux dernières semaines (Beck et al., 1996). Cet index comprend 21 items qui sont quantifiés grâce à une échelle de type Likert à 4 points qui s'étend de 0 « intensité la moins élevée », à 3 « intensité la plus élevée ». Le score total du BDI-II s'étend donc de 0 à 63, où un score de 0-13 correspond à aucune dépression, un score de 14-19 à une dépression légère, un score de 20-28 à une dépression modérée et un score de 29-63 à une dépression sévère (Beck et al., 1996). Le score total du BDI peut également être utilisé comme une mesure continue de la sévérité de la dépression (Hutton, Lyketsos, Zenilman, Thompson, & Erbedding, 2004) où un score plus élevé correspond à une dépression plus sévère.

Le BDI est l'un des instruments de mesure de la dépression les plus utilisés en recherche (Richter, Werner, Heerlein, Kraus, & Sauer, 1998). Malgré que le BDI n'ait pas été spécifiquement conçu pour mesurer la dépression chez des patients souffrant de symptômes douloureux, son utilisation a tout de même été recommandée par le groupe d'experts de l'IMMPACT pour mesurer le fonctionnement psychologique dans des populations de

patients souffrant de DC (R. H. Dworkin et al., 2005). La version originale du BDI a été publiée pour la première fois en 1961 (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961). En 1996, une révision a été publiée (BDI-II) pour tenir compte notamment des nouveaux critères diagnostiques de la dépression (Beck et al., 1996). La fiabilité et la validité du BDI-II ont été démontrées à plusieurs reprises dans plusieurs populations différentes (Beck et al., 1996; Osman, Barrios, Gutierrez, Williams, & Bailey, 2008). Disponible en version canadienne-française, le BDI-II est un instrument intéressant dans le contexte de cette recherche.

3.7.6. *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI)

Le STAI (Spielberger & Krasner, 1988) (*Forme Y pour adultes*) est un questionnaire autoadministré mesurant la sévérité de l'anxiété. Cet index contient un regroupement de 40 items et possède deux échelles contenant chacune 20 items. La portion STAI-state (*state anxiety*) mesure l'anxiété et porte sur les sentiments d'appréhension, la tension, la nervosité et l'inquiétude qu'un individu ressent au moment de l'administration du questionnaire. La portion STAI-trait (*anxiety trait*) mesure le trait d'anxiété et porte sur le sentiment d'appréhension, la tension, la nervosité et l'inquiétude qu'un individu ressent en général (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983; Spielberger & Krasner, 1988). Les items du STAI sont quantifiés grâce à une échelle de type Likert à 4 points qui s'étend de « Presque jamais/Pas du tout », à « Presque toujours/Beaucoup ». Une valeur de 1 à 4 est ensuite attribuée à chaque item en fonction du sens de l'énoncé. Les scores totaux des deux portions du STAI s'étendent donc de 20 à 80, où un score plus élevé correspond respectivement à un haut niveau d'anxiété situationnelle ou à un trait d'anxiété plus important.

Le STAI compte parmi les échelles d'anxiété les plus utilisées en recherche et à l'intérieur de la pratique clinique, tant pour le diagnostic que pour la différenciation de l'anxiété et de la dépression (Oei, Evans, & Crook, 1990; Spielberger & Krasner, 1988). Contrairement, à plusieurs autres échelles d'anxiété connues telles que le *Beck Anxiety Inventory* (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988), le STAI permet de faire la distinction entre l'anxiété

situationnelle (état d'anxiété) et le trait d'anxiété (Oei et al., 1990). L'anxiété situationnelle se définit comme un état émotionnel transitoire, caractérisé par un sentiment subjectif et conscient de tension, d'appréhension, de nervosité, d'inquiétude et d'une augmentation de l'activité du système nerveux autonome. D'un autre côté, le trait d'anxiété réfère à des différences individuelles relativement stables dans la prédisposition à percevoir plusieurs situations comme dangereuses ou menaçantes et à répondre à ces situations avec une élévation d'anxiété (Spielberger & Krasner, 1988). Puisque la fiabilité ainsi que la validité du STAI ont été démontrées à maintes reprises, et ce, dans plusieurs populations différentes (Gauthier & Bouchard, 1993; Rule & Traver, 1983; Spielberger et al., 1983; Spielberger & Krasner, 1988), la version canadienne-française du STAI (Gauthier & Bouchard, 1993) a été choisie.

3.7.7. *Pain Catastrophizing Scale (PCS)*

L'échelle PCS mesure la dramatisation face à la douleur et permet de couvrir 3 différents domaines de la dramatisation soit: la rumination, l'amplification et l'impuissance. En effet, cet index autoadministré contient 13 items qui sont quantifiés grâce à une échelle de type Likert à cinq points qui s'étend de 0 « pas du tout », à 4 « tout le temps » (M. J. L. Sullivan et al., 1995). Le score global du PCS peut être obtenu en effectuant la somme des réponses des 13 items. L'étendue potentielle des scores est donc de 0 à 52, où un score plus élevé correspond à une dramatisation plus importante face à la douleur. Grâce au PCS, il est également possible d'obtenir un score pour chacun des 3 domaines: Rumination (somme des items 8-11; étendue des scores : 0-16), amplification (somme des items 6,7 et 13; étendue des scores : 0-12) et impuissance (somme des items 1-5 et 12; étendue des scores : 0-24) (M. J. L. Sullivan et al., 1995).

La fiabilité ainsi que la validité du PCS ont été démontrées à maintes reprises, et ce, dans plusieurs populations différentes (M. J. L. Sullivan et al., 1995; M. J. L. Sullivan, Tripp, & Santor, 2000; Yap et al., 2008). Dans le cadre de cette étude, l'adaptation canadienne-française du PCS (French, Noel, Vigneau, French, & Cyr, 2005) a été utilisée. Cette adaptation du PCS a été démontrée fiable et valide. En effet, le score global ainsi que les 3

sous-échelles du PCS-CF ont démontré une cohérence interne ($\alpha=0.57-0.91$) et une fiabilité test-retest ($r =0.70-0.85$) satisfaisantes. De plus, la validité du PCS-CF a été confirmée en mesurant l'association entre ce dernier et les niveaux de douleur rapportés, la tolérance à la douleur et le sexe de l'individu (French et al., 2005). Tout comme plusieurs des échelles présentées ci-dessus, le PCS a été recommandé par le groupe d'expert de l'IMMPACT afin de mesurer le fonctionnement psychologique de patients souffrant de DC (R. H. Dworkin et al., 2005; Turk et al., 2003).

3.7.8. *Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLCS)*

Quand un évènement se produit, les individus ont tendance à lui attribuer une cause. C'est ce que l'on appelle le style d'attribution (*locus of control*). Un des index de style d'attribution spécifique à la santé les plus utilisés est le MHLCS (Wallston et al., 1978). Plus précisément, cet index autoadministré de 18 items mesure la conviction avec laquelle un individu croit que ses propres actions influencent son état de santé ou que son état de santé est déterminé par la chance ou par les autres personnes (Wallston, Stein, & Smith, 1994; Wallston et al., 1978). Le MHLCS est composé de 3 domaines : le *Contrôle interne* (items 1, 6, 8, 12, 13, 17), la *Chance* (items 2, 4, 9, 11, 15, 16) et le *Pouvoir des autres* (items 3, 5, 7, 10, 14, 18). Tous les items du MHLCS sont quantifiés grâce à une échelle de type Likert à six points qui s'étend de 1 « tout à fait en désaccord », à 6 « tout à fait d'accord ». Les 3 scores totaux peuvent ensuite être obtenus de façon indépendante en effectuant la somme des réponses des items contenus dans chacun des domaines. L'étendue potentielle des scores de chaque domaine est donc de 0-36 (Wallston et al., 1994; Wallston et al., 1978) et reflète le type de personnalité des patients. Les personnalités de type interne ont tendance à croire qu'elles sont à l'origine de ce qui leur arrive. Elles croient sincèrement qu'elles ont du pouvoir dans leur vie et qu'elles ont de l'influence sur les évènements qui les affectent. Les styles d'attributions de type externe sont au contraire portées à croire qu'elles ont peu de pouvoir sur ce qui leur arrive. Elles ont tendance à penser que leur sort est en quelque sorte joué par des forces qui sont hors de leur portée, comme le destin, la chance, le hasard, le système de soin, les personnes de leur entourage, etc.

Le MHLCS peut être utilisé comme un index générique (*Version A et B*) ou un index spécifique à diverses conditions de santé (*Version C*) (Wallston et al., 1994; Wallston et al., 1978). En effet, il est possible d'adapter chacun des items du MHLCS à des conditions médicales précises en remplaçant tout simplement le terme "état de santé" par diverses conditions médicales telles que l'arthrite, le diabète ou la douleur (Wallston et al., 1994). La fiabilité ainsi que la validité des versions génériques et spécifiques du MHLCS ont été démontrées à plusieurs reprises, et ce, dans diverses populations de patients, dont ceux souffrant de DC (Wallston et al., 1994; Wallston et al., 1978). Puisque diverses associations ont été rapportées entre le style d'attribution et divers aspects de la DC tels que la perception de l'intensité et de la fréquence, la dramatisation, les stratégies d'ajustement et l'impact sur le fonctionnement psychologique (Jensen, Turner, Romano, & Karoly, 1991), l'utilisation du MHLCS était tout à fait pertinente aux fins de cette étude. Dans le cadre du présent projet, une traduction inverse a été effectuée par des experts pour obtenir une version française de ce questionnaire. Puisqu'aucune donnée n'est disponible au sujet de sa finalité et de sa validité, des analyses de validation ont fait partie des pistes futures du présent projet de recherche.

3.7.9. 12-Item Short Form Health Survey (SF-12)

Le SF-12 est un index mesurant la QOL liée à la santé qui a été développé à partir du SF-36, un instrument valide et fiable ayant été employé dans plus de 5000 publications. Le SF-12 contient un regroupement de 12 items et permet de couvrir huit domaines de la santé, soit: la capacité physique, les limitations dues à des problèmes de santé, la douleur, la perception de l'état de santé général, la vitalité, le fonctionnement social, les limitations dues à des troubles émotionnels et la santé mentale (J. Ware, Jr. et al., 1996). Les 12 items du SF-12 permettent l'obtention de deux mesures sommaires : la composante physique et la composante psychologique, qui résument la QOL liée à la santé. L'obtention des mesures sommaires de la composante physique et de la composante psychologique a été possible grâce à un algorithme de calcul comprenant une standardisation et l'utilisation de données normatives en vue d'améliorer l'interprétation des résultats et d'avoir la capacité de situer la QOL d'une population donnée par rapport à la population générale (Hopman et al., 2000;

Wood-Dauphinee, 2000). L'étendue potentielle de ces deux mesures sommaires est donc de 0 à 100 où un score plus élevé correspond à une meilleure QOL (Gandek et al., 1998; J. Ware, Jr. et al., 1996).

La fiabilité ainsi que la validité du SF-12 ont été démontrées à maintes reprises, et ce, dans plusieurs populations différentes et dans plusieurs pays (Gandek et al., 1998; J. Ware, Jr. et al., 1996). En raison de la forte corrélation entre le SF-12 et le SF-36, il est possible de comparer les scores de ces index entre eux dans les diverses études. Le SF-12 (version standard 1; quatre dernières semaines), disponible en version canadienne-française, s'est donc avéré un instrument de choix pour cette étude (Gandek et al., 1998; J. Ware, Jr. et al., 1996).

3.7.10. *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)*

Le PSQI est un questionnaire permettant de mesurer la qualité du sommeil durant le dernier mois. Les 19 items autoadministrés du PSQI permettent de mesurer 7 domaines, soit la qualité subjective du sommeil, la latence de l'endormissement, la durée du sommeil, l'efficacité du sommeil, les perturbations du sommeil, l'utilisation de médication pour dormir et les perturbations du fonctionnement diurne (Buysse, Reynolds, Monk, Berman, & Kupfer, 1989; Buysse et al., 1991). Le score global du PSQI peut être obtenu grâce à l'algorithme de calcul ci-dessous (figure 5) qui attribue une valeur à chacun des items du questionnaire. L'étendue potentielle des scores s'étend de 0 à 21 où un score plus élevé correspond à des difficultés majeures sur toutes les composantes du sommeil. Un score plus élevé que 5 correspond à un trouble du sommeil. Grâce au PSQI, il a donc été possible de différencier les " bons " des " mauvais " dormeurs (Buysse et al., 1989).

Le PSQI est l'un des instruments de mesure de la qualité du sommeil les plus utilisés. En ce qui a trait à la validité du diagnostic d'un trouble du sommeil, le PSQI détient une sensibilité de 89,6 % et une spécificité de 86,5 % (Buysse et al., 1989). La fiabilité et la validité du PSQI ont été démontrées à maintes reprises et cet index a été utilisé dans de nombreuses publications (Buysse et al., 1989; Buysse et al., 1991; Stein, Chartier, &

Walker, 1993). La version canadienne-française du PSQI a été utilisée dans cette étude (Blais, Gendron, Mimeault, & Morin, 1997).

Component 1	#9 Score.....	C1
Component 2	#2 Score (≤ 15 min=0 ; 16-30 min=1 ; 31-60 min=2; >60 min=3)+ #5a Score (if sum is equal 0=0 ; 1-2=1 ; 3-4=2 ; 5-6=3).....	C2
Component 3	#4 Score (> 7 =0 ; 6-7=1 ; 5-6=2 ; <5=3).....	C3
Component 4	(total # of hours asleep)/(total # of hours in bed)x 100 >85%=0, 75%-84%=1, 65%-74%=2, <65%=3.....	C4
Component 5	Sum of scores # 5b to # 5j (0=0 ; 1-9=1 ; 10-18=2 ; 19-27=3).....	C5
Component 6	#6 Score.....	C6
Component 7	#7 Score + #8 Score (0=0 ; 1-2=1 ; 3-4=2 ; 5-6=3).....	C7
Add the seven component scores together---- Global PSQI Score		
Reprinted from journal of Psychiatric Research. 28(2). Buysse, D.J., Reynolds III, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R., & Kupfert, D.J. The Pittsburgh Sleep quality Index : A New Instrument for Psychiatric Practice and Research, 193-213, Copyring 1989, with permission from Elsevier Science.		

Figure 3 : Algorithme de calcul du score du *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)*
Tirée de Buysse *et al.*, 1989

3.8. ANALYSES STATISTIQUES

3.8.1. Taille d'échantillon

Pour le présent projet, un échantillon de convenance a été utilisé. L'étude visait au départ un échantillon de 200 patients mais, pour des raisons administratives, le recrutement a dû prendre fin au Cabinet Médical États d'Esprit le 31 août 2010. Nous avons recruté au total 63 patients souffrant de DC suivis en consultation externe de psychiatrie.

3.8.2. Description des analyses statistiques

Premier objectif: Décrire les caractéristiques des patients souffrant de DC suivis en consultation externe de psychiatrie

Des statistiques descriptives (effectifs, proportions, moyennes, écarts-types, médianes, minimums, maximums) ont été calculées pour estimer la distribution des caractéristiques cliniques de la douleur (type, antériorité, fréquence, localisation, intensité, aspect désagréable), l'utilisation actuelle de moyens pharmacologiques et non pharmacologiques pour remédier aux symptômes douloureux, les stratégies d'ajustement face à la douleur, le fonctionnement psychologique (anxiété, dépression, dramatisation face à la douleur, style d'attribution spécifique à la douleur), la QOL et la qualité du sommeil des patients souffrant de DC.

Deuxième objectif: Comparer les caractéristiques de la douleur et l'état de santé des patients souffrant et ne souffrant pas d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble anxieux;

Les caractéristiques de la douleur et l'état de santé des participants ont ensuite été comparés à l'intérieur des sous-groupes de patients souffrant des conditions psychiatriques suivantes :

- 1) Patients souffrant d'un trouble de l'humeur vs pas de trouble de l'humeur
- 2) Patients souffrant d'un trouble anxieux vs pas de trouble anxieux

En plus de présenter les statistiques descriptives pour ces sous-groupes, des comparaisons ont été effectuées à l'aide de statistiques paramétriques (tests de t, chi-carrés) et non paramétriques (test de la somme des rangs de Wilcoxon, test exact de Fisher) selon la nature et la distribution des variables.

Troisième objectif: Identifier les variables associées à la sévérité des symptômes dépressifs et anxieux chez cette même clientèle.

Des modèles de régression linéaire univariés ont été utilisés pour identifier les variables associées à la sévérité des symptômes dépressifs et anxieux (scores BDI-II et STAI-trait). Bien que la création de modèles multivariés ait été prévue au départ, la taille d'échantillon obtenue a toutefois limité l'étendue de nos analyses. Pour l'identification des variables associées à la sévérité des symptômes dépressifs et anxieux dans des modèles multivariés,

nous devons normalement respecter la "règle de pouce" suivante: taille d'échantillon \div 20 \approx nombre de variables pouvant être incluses dans les modèles multivariés. Le choix des variables est normalement dicté par leur association avec l'issue dans les modèles univariés. Toutefois, un grand nombre de variables étaient associées à la sévérité des symptômes psychiatriques dans la présente étude ce qui a rendu impossible la réalisation de modèles multivariés en raison de la taille d'échantillon limitée.

Dans cette étude, le seuil de signification a été fixé à $p < 0,05$. Toutes les analyses ont été réalisées au moyen du logiciel SAS© (version 9.1; SAS Institute, Cary, NC).

3.9. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Le présent projet s'insère dans une plus grande étude réalisée au Cabinet Médical États d'Esprit. La grande étude qui s'est réalisée dans ce cabinet comprenait 5 phases comportant chacune divers objectifs spécifiques : (1) caractéristiques psychophysiques de la douleur dans une population de patients souffrant de symptômes douloureux chroniques; (2) caractéristiques d'une population régionale de patients souffrant de symptômes douloureux chroniques; (3) association entre la DC et la santé mentale; (4) association entre la DC et la qualité de vie et (5) association entre la DC et la qualité de sommeil. Le présent projet a été soumis au comité d'Éthique de la Recherche de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (CER-UQAT) en décembre 2008 et accepté par celui-ci (*Annexe VI*).

Avant de choisir de participer au présent projet de recherche, les participants potentiels ont reçu toute l'information essentielle à la compréhension du but et du déroulement de l'étude. Un formulaire de consentement écrit (*Annexe III*) a été signé par tous les participants afin que ces derniers soient inclus dans l'étude.

Tous les renseignements fournis dans le cadre de ce projet ont été gardés confidentiels et aucune identification personnelle n'a été informatisée. Pour ce faire, ces renseignements ont été codés grâce à un numéro de participant. Seuls les investigateurs détenaient le lien qui permet l'identification nominale des participants. Les données ont été gardées sous clé

au Cabinet Médical États d'Esprit et ont ensuite été déménagées dans les locaux de recherche du Pr. Lacasse suite à la fermeture du Cabinet Médical États d'Esprit. Ces données ne sont accessibles qu'à l'équipe de recherche.

4. RÉSULTATS

4.1. SUIVI DU RECRUTEMENT

Entre le mois de février 2009 et d'août 2010, 126 patients ont été approchés en ordre d'arrivée pour participer à l'étude. Le suivi du recrutement est présenté en détail à la figure 6. Parmi ceux-ci, 118 patients ont accepté de signer le formulaire de consentement et 92 ont retourné leur questionnaire autoadministré avec un taux de participation global de 73,02 %. La présente étude a été réalisée chez les 63 patients détenant un suivi psychiatrique au Cabinet médical États d'Esprit (les 29 patients non inclus [92 – 63 = 29] sont ceux qui s'étaient présentés au Cabinet médical États d'Esprit pour un suivi neurologique et qui ont été recrutés pour un autre projet de recherche qui n'est pas présenté dans le présent mémoire).

Tel que représenté à la figure 6, les raisons de refus n'étaient pas reliées aux issues de l'étude pour plus de 90 % des refus. De plus, les caractéristiques des patients n'ayant pas retourné leur questionnaire étaient semblables à celles de la population à l'étude (âge : 42,77 ans vs 45,44; proportion de femmes: 76,92 % vs 77,78 %).

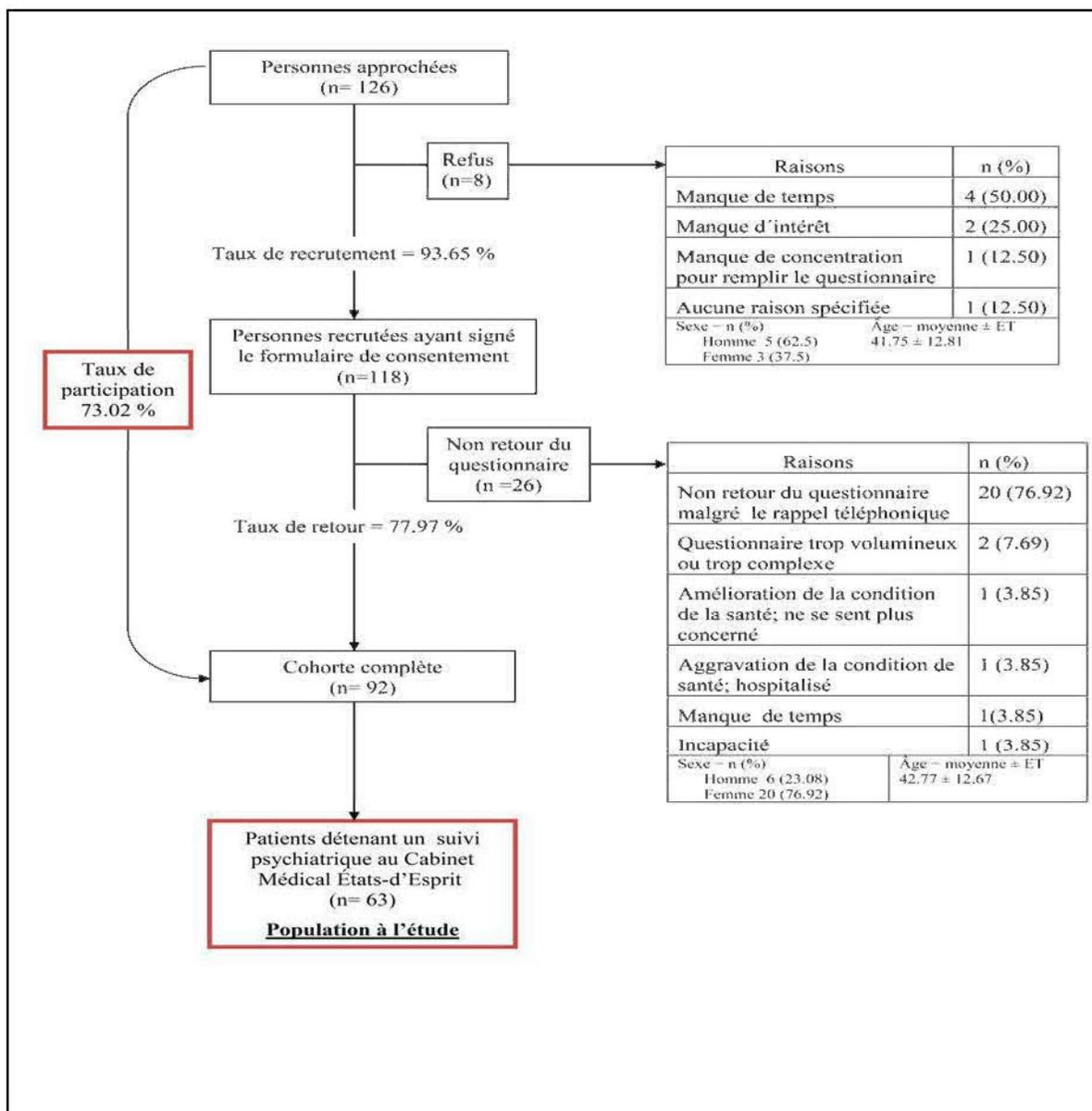


Figure 6 : Compte rendu du recrutement au Cabinet médical États d'Esprit (février 2009 à août 2010)

Pour toutes les variables mesurées dans le présent projet de recherche, le taux de données manquantes était inférieur à 5 % (tableau I).

Tableau I : Proportion de données manquantes pour les différentes variables à l'étude

Variabes	Proportion de la cohorte totale (n =63)
Revenu familial annuel avant impôts	1.59 %
Indice de masse corporelle	1.59 %
Nombre de cigarettes en moyenne par jour	1.59 %
Fréquence mensuelle de consommation de drogues	1.59 %
Information sur les comorbidités	3.17 %
Fréquence de la douleur	1.59 %
Nombre d'épisodes dépressifs à vie	3.17 %
Antécédents psychiatriques familiaux	4.76 %
Utilisation d'ibuprofène	3.17 %
Utilisation d'acétaminophène	3.17 %
Utilisation de médecines complémentaires alternatives	1.59 %
Pense avoir développé des symptômes psychologiques en raison des symptômes douloureux	1.59 %
Chronic Pain Coping Inventory (CPCI) (sous-échelles abstinence musculaire, repos et persistance)	1.59 %
Score de sévérité de l'anxiété situationnelle (STAI-state)	3.17 %
Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLCS) (trois sous-échelles)	1.59 %

4.2. CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

4.2.1. Caractéristiques sociodémographiques et habitudes de vie

Les caractéristiques sociodémographiques de la population à l'étude sont présentées dans le tableau II. L'âge moyen des patients était de $45,44 \pm 10,96$ ans et 77,78 % de ceux-ci étaient des femmes. Au niveau socioéconomique, 38,10 % des patients détenaient un emploi rémunéré (49,21 % de la cohorte étaient invalides) et 25,40 % avaient complété un niveau de scolarité universitaire. Une proportion substantielle des patients vivait en couple (63,49 %) et avait un revenu annuel brut inférieur à 40 000 \$ (43,55 %). L'exercice, la consommation de tabac, de caféine, d'alcool et de drogues sont également présentés dans le tableau II.

Tableau II : Caractéristiques sociodémographiques et habitudes de vie

Caractéristiques	n=63
Caractéristiques sociodémographiques	
Âge – Moyenne ± ET	45,44 ± 10,96
Médiane	47,00
Min	22,00
Max	63,00
Sexe – n (%)	
Homme	14 (22,22)
Femme	49 (77,78)
Race/ethnie – n (%)	
Caucasien	61 (96,83)
Autre ^a	2 (3,17)
Assurance médicament – n (%)	
Publique (Régie de l'Assurance maladie du Québec - RAMQ)	26 (41,27)
Privée	37 (58,73)
Statut professionnel – n (%)	
Employé ou travailleur autonome	24 (38,10)
Sans emploi ou retraité	8 (12,70)
Invalidité	31 (49,21)
Invalidité – n (%)	
Oui	31 (49,21)
Non	32 (50,79)
Dernier niveau de scolarité complété – n (%)	
École primaire	5 (7,94)
École secondaire	20 (31,75)
École secondaire professionnelle	9 (14,29)
Niveau collégial/CÉGEP	13 (20,63)
Niveau universitaire	16 (25,40)
Dernier niveau de scolarité complété – n (%)	
Niveau universitaire complété	16 (25,40)
Niveau universitaire non complété	47 (74,60)
Statut matrimonial – n (%)	
En couple	40 (63,49)
Seul	14 (22,22)
Autre ^b	9 (14,29)
Revenu familial annuel avant impôts – n (%)	
Moins de 20 000 \$	14 (22,58)
Entre 20 000 et 39 999 \$	13 (20,97)
De 40 000 et 59 999 \$	18 (29,03)
Entre 60 000 et 79 999 \$	5 (8,06)
80 000 \$ et plus	12 (19,35)
Reçoit actuellement des prestations d'invalidité – n (%)	10 (15,87)
Démarches pour recevoir des prestations d'invalidité en cours – n (%)	2 (3,17)

Habitudes de vie	
Exercice durant les 4 derniers mois – n (%)	
Oui	32 (50,79)
Non	31 (49,21)
Nombre d'heures d'exercice en moyenne par semaine – Moyenne ± ET	3,11 ± 6,32
Médiane	0,25
Min	0
Max	30,00
Tabagisme durant les 4 derniers mois – n (%)	
Oui	22 (34,92)
Non	41 (65,08)
Nombre de cigarettes en moyenne par jour – Moyenne ± ET	12,94 ± 13,51
Médiane	8,00
Min	0
Max	24,00
Consommation de boissons caféinées durant les 4 derniers mois – n (%)	
Oui	59 (93,65)
Non	4 (6,35)
Nombre de tasses/verres de boissons caféinées en moyenne par semaine – Moyenne ± ET	12,94 ± 13,52
Médiane	8,00
Min	0
Max	84,00
Consommation d'alcool durant les 4 derniers mois – n (%)	
Oui	34 (53,97)
Non	29 (46,03)
Nombre de consommations d'alcool en moyenne par semaine – Moyenne ± ET	2,38 ± 4,15
Médiane	1,00
Min	0
Max	24,00
Consommation de drogues durant les 4 derniers mois ^c – n (%)	
Oui	5 (7,94)
Non	58 (92,06)
Fréquence mensuelle de consommation de drogues ^c – Moyenne ± ET	1,79 ± 6,94
Médiane	0
Min	0
Max	30

Notes de bas de tableau :

^a Autochtone.

^b Incluant le fait de vivre en colocation, en maison d'hébergement, en famille d'accueil, en maison communautaire, chez ses parents, chez ses enfants et avec un enfant.

^c Incluant marijuana, haschich et méthamphétamine (speed).

4.2.2. Comorbidités

Tel que représenté dans le tableau III, une majorité de patients présentait une surcharge pondérale ou était obèse (64,52 %).

Tableau III : Mesures anthropométriques et comorbidités

Caractéristiques	n=63
Mesures anthropométriques	
Indice de masse corporelle (IMC) – n (%)	
Poids normal ($18,5 \leq \text{IMC} < 25 \text{ kg/m}^2$)	22 (35,48)
Surcharge pondérale ($25 \leq \text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$)	17 (27,42)
Obèse ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$)	23 (37,10)
Comorbidités	
Nombre de comorbidités – Moyenne \pm ET	1,13 \pm 1,15
Médiane	1,00
Min	0
Max	4,00
Nombre de comorbidités – n (%)	
0	23 (37,70)
1	18 (29,51)
2 et +	20 (32,79)
Hypothyroïdie – n (%)	12 (19,67)
Dyslipidémie (cholestérol) – n (%)	12 (19,67)
Asthme – n (%)	10 (16,39)
Hypertension artérielle – n (%)	7 (11,48)
Ronflement chronique – n (%)	6 (9,84)
Autre type de comorbidité ^a – n (%)	6 (9,84)
Bruxisme – n (%)	5 (8,20)
Anémie – n (%)	3 (4,92)
Hyperthyroïdie – n (%)	3 (4,92)
Angine de poitrine – n (%)	2 (3,28)
Diabète – n (%)	1 (1,64)
Épilepsie – n (%)	1 (1,64)
Maladie pulmonaire obstructive chronique – n (%)	1(1,64)

Notes de bas de tableau :

^a Incluant troubles gastro-intestinaux, apnée du sommeil, basse pression, fatigue chronique, fibrillation auriculaire, hypotension orthostatique, arythmie, maladie de Crohn, virus du papillome humain, insuffisance rénale et vitiligo.

4.2.3. Caractéristiques de la douleur chronique

Le tableau IV présente en détail les caractéristiques des symptômes douloureux de la population à l'étude. Les syndromes de douleur chronique les plus prévalents chez les patients étaient les migraines (34,92 %), la lombalgie (31,75 %), la cervicalgie (30,16 %), les céphalées quotidiennes chroniques (25,40 %) et l'arthrose (23,81 %). De plus, environ la moitié des patients présentaient une douleur d'origine neuropathique (52,28 %). Une grande majorité de patients souffraient de DC depuis au moins 12 mois (93,65 %) et avaient de la douleur chaque jour (79,37 %). Tel que représenté à la figure 7, les sites douloureux les plus communs étaient le dos (70 % des patients), la tête (65 %), le cou (64 %) et les épaules (56 %). Cette même figure démontre que les sites douloureux les plus fréquents étaient situés dans la partie supérieure du corps. Le nombre moyen de sites douloureux chez les patients était de $5,77 \pm 2,24$ jusqu'à un maximum de 15 sites différents chez un même patient (tableau IV). Lorsque l'on se penche sur l'intensité et l'aspect désagréable de la douleur au cours de la dernière semaine (tableau IV), nos résultats suggèrent que dans l'ensemble, les patients souffraient d'une douleur que l'on peut qualifier de modérée (échelle visuelle analogique 0-10 : score < 3 = faible, $3 \leq \text{score} \leq 6$ = modérée, score > 6 = sévère).

Tableau IV : Caractéristiques de la douleur chronique

Caractéristiques	n=63
Diagnosics de douleur chronique/Conditions à l'origine de la douleur chronique	
Migraine – n (%)	22 (34,92)
Lombalgie – n (%)	20 (31,75)
Cervicalgie – n (%)	19 (30,16)
Céphalées quotidiennes chroniques – n (%)	16 (25,40)
Arthrose – n (%)	15 (23,81)
Trauma – n (%)	11 (17,46)
Syndrome du côlon irritable – n (%)	9 (14,29)
Fibromyalgie – n (%)	7 (11,11)
Douleurs menstruelles importantes – n (%)	5 (7,94)
Hernie discale – n (%)	5 (7,94)
Douleurs post chirurgicales chroniques – n (%)	3 (4,76)
Sclérose en plaques – n (%)	2 (3,17)
Névralgie du trijumeau – n (%)	1 (1,59)
Ostéoporose – n (%)	1 (1,59)
Arthrite – n (%)	1 (1,59)
Autres types de douleur chronique ^a – n (%)	42 (66,67)
Douleur neuropathique <i>(Douleur Neuropathique 4 Questions – DN4)</i>	
Présence d'une douleur neuropathique – n (%)	
Oui (score DN4 ≥ 4)	33 (52,28)
Non (score DN4 < 4)	30 (47,62)
Antériorité & fréquence de la douleur	
Antériorité de la douleur – n (%)	
< 12 mois	4 (6,35)
≥ 12 mois	59 (93,65)
Douleur quotidienne (tous les jours) – n (%)	50 (79,37)
Fréquence de la douleur – n (%)	
0-7 jours/mois	4 (6,45)
8-14 jours/mois	3 (4,84)
15-21 jours/mois	6 (9,68)
> 21 jours/mois	49 (79,03)
Localisation de la douleur	
Nombre de sites douloureux – Moyenne ± ET	6,19 ± 4,14
Médiane	5,00
Min	1,00
Max	15,00
Intensité et aspect désagréable de la douleur (scores 0-10)	
Intensité de la douleur au cours de la dernière semaine – Moyenne ± ET	5,77 ± 2,24
Médiane	5,90
Min	0
Max	10,00

Intensité de la douleur au cours des dernières 24 heures – Moyenne \pm ET	5,35 \pm 2,82
Médiane	5,40
Min	0
Max	10,00
Aspect désagréable de la douleur au cours de la dernière semaine – Moyenne \pm ET	5,95 \pm 2,50
Médiane	6,50
Min	0
Max	10,00
Aspect désagréable de la douleur au cours des dernières 24 heures – Moyenne \pm ET	5,60 \pm 2,86
Médiane	5,70
Min	0
Max	10,00

Notes de bas de tableau :

^a Incluant douleurs aux articulations, douleurs musculaires, douleurs osseuses, douleurs épigastriques/ abdominales, amputation, tendinite, douleurs généralisées, douleurs dues à une chirurgie, douleurs viscérales, lymphangiome/ hémangiome, douleurs de la région trochantérienne et chirurgie au crâne.

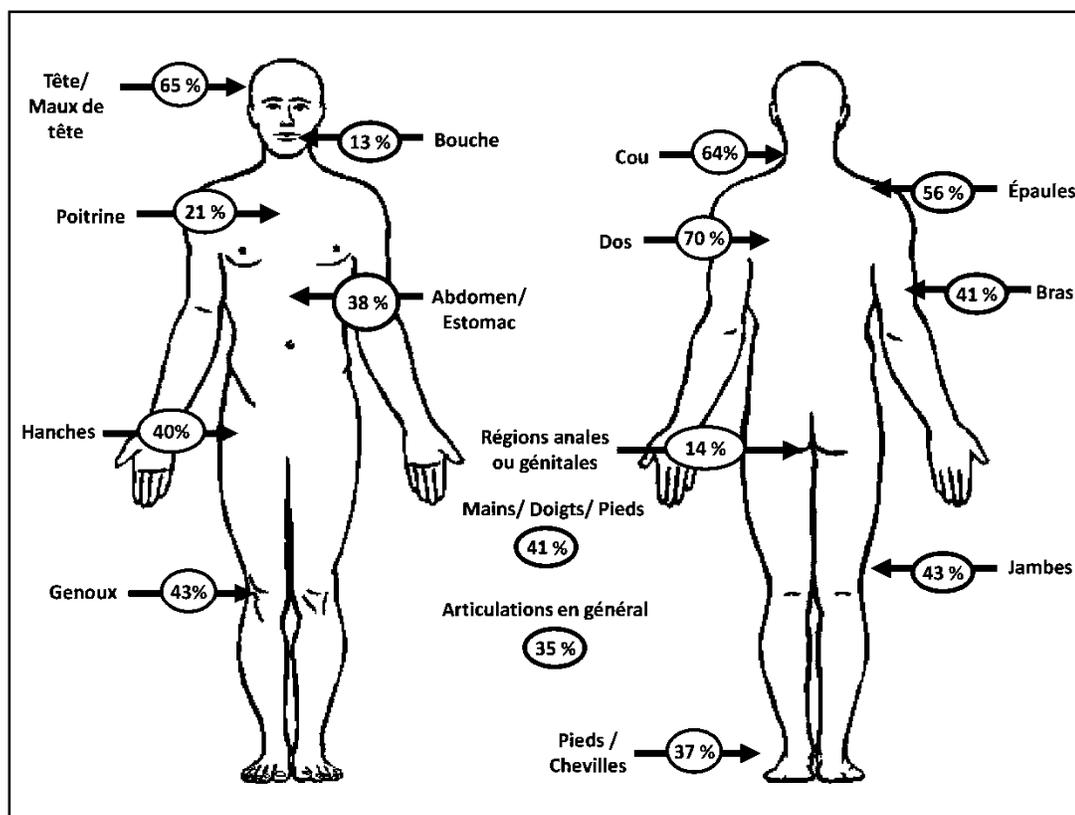


Figure 7 : Localisation de la douleur

4.2.4. Prise en charge des symptômes douloureux

Le détail de la prise en charge des symptômes douloureux grâce à des méthodes pharmacologiques et non pharmacologiques est représenté dans le tableau V. Pour soulager leurs symptômes, 74,60 % des patients utilisaient des médicaments prescrits, 77,78 % utilisaient des médicaments en vente libre, 22,22 % utilisaient des produits naturels et 43,55 % avaient recours à des médecines complémentaires alternatives. Les médicaments prescrits liés à la douleur et à son traitement (sommeil, effets secondaires des analgésiques, etc.) comprenaient des anti-inflammatoires non stéroïdiens, des agonistes des opiacés, des anticonvulsivants, des antidépresseurs, des antipsychotiques, du lithium, des antimigraineux, des stimulants du système nerveux central et des antiacides. Les médicaments en vente libre liés à la douleur et à son traitement comprenaient l'acétaminophène, l'ibuprofène, des crèmes topiques (ex. Antiphlogistine[®]) et des relaxants musculaires.

Tableau V : Prise en charge des symptômes douloureux

Caractéristiques	n=63
Prise en charge des symptômes douloureux	
Utilisation de médicaments prescrits ^a – n (%)	
Oui	47 (74,60)
Non	16 (25,40)
Utilisation de médicaments en vente libre ^b – n (%)	
Oui	49 (77,78)
Non	14 (22,22)
Utilisation d'ibuprofène – n (%)	
Oui	23 (37,70)
Non	38 (62,30)
Utilisation d'acétaminophène – n (%)	
Oui	36 (59,02)
Non	25 (40,98)
Utilisation de produits naturels ^c – n (%)	
Oui	14 (22,22)
Non	49 (77,78)
Utilisation de médecines complémentaires alternatives ^d – n (%)	
Oui	27 (43,55)
Non	35 (56,45)
Détient un suivi actuel pour la douleur avec un autre professionnel de la santé que le médecin de la clinique ^e – n (%)	
Oui	46 (73,02)
Non	17 (26,98)

Notes de bas de tableau :

^a Incluant anti-inflammatoires non stéroïdiens, agonistes des opiacés, anticonvulsivants, antidépresseurs, antipsychotiques, lithium, antimigraineux, stimulants du système nerveux central et antiacides.

^b Incluant acétaminophène, ibuprofène, crèmes topiques (ex : Antiphlogistine[®]) et relaxants musculaires.

^c Incluant huiles et baumes asiatiques (ex : Baume du tigre), Biofreeze Pain Reliever[®], huile de poisson, cannabis, culture de yogourt, crème à l'arnica, sel d'Epsom, glace, Omega-3, Regenecare[®], Regenefree[®], Glucosamine, S.O.S migraine[®] et minéraux.

^d Incluant chiropratique, massothérapie, kinésithérapie et physiothérapie, neurostimulation électrique transcutanée (TENS), acupuncture, hypnose, bain thérapeutique, thérapie cognitivo-comportementale et thermothérapie.

^e Incluant médecin de famille, médecin spécialiste, ostéopathe, psychologue, physiothérapeute, acupuncteur, chiropraticien, massothérapeute et travailleur social.

4.2.5. Condition psychiatrique

Le tableau VI expose la condition psychiatrique de la population à l'étude. En moyenne, les patients détenaient un suivi psychiatrique au Cabinet médical États d'Esprit depuis $21,43 \pm 12,57$ mois. Les diagnostics psychiatrique les plus prévalents chez les patients étaient le trouble de l'humeur non spécifié (41,27 %), le trouble unipolaire (dépression; 39,68 %), le trouble d'anxiété généralisé (28,57 %), le trouble de déficit de l'attention / hyperactivité (TDAH; 9,52 %) et le trouble panique (9,52 %). Une grande majorité de patients avaient vécu au moins un épisode dépressif dans leur vie (91,80 %) et avaient des antécédents psychiatriques personnels (98,41 %) et familiaux (83,33 %).

Le score moyen de sévérité des symptômes dépressifs selon le BDI-II était de $22,32 \pm 10,10$ (score maximum possible de 63, où un score plus élevé correspond à une dépression plus sévère). Le score moyen sur l'échelle de sévérité de l'anxiété situationnelle (STAI-state) était de $46,44 \pm 12,77$ tandis que celui du trait d'anxiété (STAI-trait) était de $49,78 \pm 10,81$ (score maximum possible de 80, où un score plus élevé correspond respectivement à un haut niveau d'anxiété situationnelle ou à un trait d'anxiété plus important) (tableau VI).

Tableau VI : Condition psychiatrique

Caractéristiques	n=63
Suivi psychiatrique	
Durée du suivi psychiatrique à la clinique (mois) – Moyenne \pm ET	21,43 \pm 12,57
Médiane	23,52
Min	0,09
Max	48,49
Diagnostics psychiatriques	
Trouble unipolaire – n (%)	25 (39,68)
Trouble bipolaire I – n (%)	2 (3,17)
Trouble bipolaire II – n (%)	3 (4,76)
Trouble bipolaire (tous types confondus) – n (%)	5 (7,94)
Trouble de l'humeur non spécifié – n (%)	26 (41,27)
Trouble de l'humeur (tous diagnostics confondus) – n (%)	56 (88,89)
Trouble d'anxiété généralisé – n (%)	18 (28,57)
Trouble d'anxiété non spécifié – n (%)	1 (1,59)
Trouble d'adaptation – n (%)	1 (1,59)
Trouble de déficit de l'attention / hyperactivité (TDAH) – n (%)	6 (9,52)
Schizophrénie – n (%)	2 (3,17)
Trouble d'anxiété (tous diagnostics confondus) – n (%)	19 (30,16)
Trouble panique – n (%)	6 (9,52)
Anxiété sociale (phobie sociale) – n (%)	5 (7,94)
Syndrome de stress post-traumatique – n (%)	4 (6,35)
Autre trouble psychiatrique – n (%)	5 (7,94)
Antécédents psychiatriques	
Nb d'épisodes dépressifs à vie – n (%)	
0	5 (8,20)
1	15 (24,59)
2	16 (26,23)
≥ 3	25 (40,98)
Antécédents psychiatriques personnels à vie ^a – n (%)	
Oui	62 (98,41)
Non	1 (1,59)
Antécédents psychiatriques familiaux ^b – n (%)	
Oui	50 (83,33)
Non	10 (16,67)
Symptômes dépressifs (Beck Depression Inventory - BDI-II)	
Score de sévérité des symptômes dépressifs (scores : 0-63) –	
Moyenne \pm ET	22,32 \pm 10,10
Médiane	22,00
Min	3,00
Max	44,00

Sévérité de la dépression – n (%)	
Aucune (score BDI \leq 13)	17 (26,98)
Légère ($14 \leq$ score BDI \leq 19)	7 (11,11)
Modérée ($20 \leq$ score BDI \leq 28)	17 (26,98)
Sévère ($29 \leq$ score BDI \leq 63)	22 (34,92)
Symptômes anxieux (<i>State-Trait Anxiety Inventory - STAI</i>)	
Score de sévérité de l'anxiété situationnelle (scores : 20-80) – Moyenne \pm ET	46,44 \pm 12,77
Médiane	46,00
Min	23,00
Max	73,00
Score de sévérité du trait d'anxiété (scores : 20-80) – Moyenne \pm ET	49,78 \pm 10,81
Médiane	51,00
Min	21,00
Max	71,00

Notes de bas de tableau :

^a Incluant trouble unipolaire, trouble bipolaire, trouble de l'humeur non spécifié, trouble d'anxiété généralisé, trouble d'anxiété non spécifié, trouble de panique, anxiété sociale (phobie sociale), trouble obsessionnel compulsif, syndrome de stress post-traumatique, TDAH, schizophrénie, trouble schizoaffectif, dépendance alcoolique et abus d'alcool.

^b Incluant trouble unipolaire, trouble bipolaire, trouble de l'humeur non spécifié, trouble d'anxiété généralisé, trouble d'anxiété non spécifié, trouble de panique, anxiété sociale (phobie sociale), trouble obsessionnel compulsif, syndrome de stress post-traumatique, trouble d'adaptation, trouble psychotique non spécifié, TDAH, schizophrénie, trouble schizoaffectif, tentative suicidaire, alcoolisme, toxicomanie, agoraphobie, trouble de personnalité schizoïde et anorexie/boulimie.

4.2.6. Impression de l'impact de la douleur sur la santé mentale

Lorsque les patients ont été questionnés à savoir s'ils pensaient avoir développé des symptômes psychologiques en raison de leurs symptômes douloureux (par exemple : dépression, anxiété, etc.), une majorité a répondu oui (figure 8).

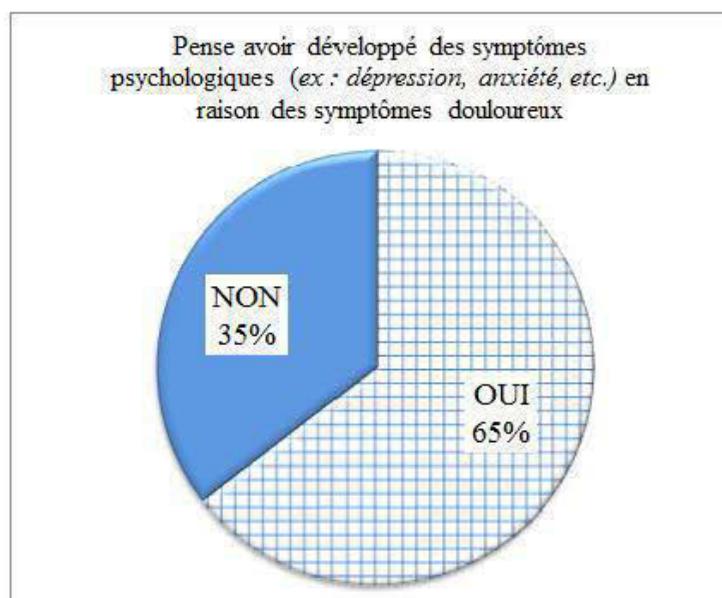


Figure 8 : Impression de l'impact de la douleur sur la santé mentale

4.2.7. Autres résultats obtenus grâce aux échelles validées

Le tableau VII présente les résultats obtenus grâce aux échelles portant sur les stratégies d'ajustement face à la douleur (CPCI), la dramatisation face à la douleur (PCS), le style d'attribution (MHLCS), la qualité de vie liée à la santé (SF-12) et la qualité du sommeil (PSQI). Parmi les diverses stratégies d'ajustement face à la douleur pouvant être utilisées, les scores du CPCI suggèrent que les pensées d'ajustement (3,15/7), la persistance (3,26/7), ainsi que l'abstinence de mouvements (3,10/7) seraient les plus utilisées. Les patients semblent moins se tourner vers le repos (1,89/7), la demande d'assistance (1,89/7), la recherche d'un support social (1,48/7), les exercices/étirements (2,09/7) et la relaxation (2,09/7). Un autre élément ressortant des résultats porte sur la qualité de vie liée à la santé. Tel que représenté au tableau VII, les score de qualité de vie de la composante physique ($31,68 \pm 10,26$) et psychologique ($39,88 \pm 7,72$) du SF-12 sont en dessous de la norme de la population générale (fixée à 50). Une majorité des patients présentaient également un trouble du sommeil (90,48 %) selon le PSQI.

Tableau VII : Stratégies d'ajustement face à la douleur, dramatisation face à la douleur, style d'attribution, qualité de vie liée à la santé et qualité du sommeil

Scores des diverses échelles		n = 63
<i>Mesures du Brief Pain Inventory (BPI)</i>		
Mesure de sévérité (scores : 0-10) – Moyenne ± ET		5,03 ± 2,09
Médiane		5,00
Min		0,50
Max		10,00
Mesure d'interférence (scores : 0-10) – Moyenne ± ET		4,78 ± 2,63
Médiane		5,00
Min		0
Max		9,43
<i>Expérience douloureuse (Short-Form McGill Pain Questionnaire – SF-MPQ)</i>		
Score total du MPQ (scores : 0-45) – Moyenne ± ET		22,36 ± 9,33
Médiane		22,00
Min		3,00
Max		41,00
Aspect sensoriel de la douleur (scores : 0-33) – Moyenne ± ET		15,90 ± 6,94
Médiane		15,00
Min		3,00
Max		31,00
Aspect affectif de la douleur (scores : 0-12) – Moyenne ± ET		6,38 ± 2,93
Médiane		6,00
Min		0
Max		11,00
<i>Stratégies d'ajustement face à la douleur (Chronic Pain Coping Inventory - CPCI)</i>		
Abstinence de mouvements (scores : 0-7) – Moyenne ± ET		3,10 ± 1,80
Médiane		3,00
Min		0
Max		6,71
Repos (scores : 0-7) – Moyenne ± ET		1,89 ± 1,75
Médiane		1,25
Min		0
Max		5,50
Demande d'assistance (scores : 0-7) – Moyenne ± ET		1,89 ± 1,75
Médiane		1,25
Min		0
Max		5,50
Relaxation (scores : 0-7) – Moyenne ± ET		2,09 ± 1,76
Médiane		1,80
Min		0
Max		6,60

Persistence (scores : 0-7) – Moyenne ± ET	3,26 ± 1,63
Médiane	3,00
Min	0
Max	7,00
Exercice/étirements (scores : 0-7) – Moyenne ± ET	2,09 ± 1,81
Médiane	2,00
Min	0
Max	7,00
Recherche d'un support social (scores : 0-7) – Moyenne ± ET	1,48 ± 1,76
Médiane	0,80
Min	0
Max	6,40
Pensées d'ajustement (scores : 0-7) – Moyenne ± ET	3,15 ± 1,97
Médiane	3,20
Min	0
Max	7,00
Dramatisation face à la douleur <i>(Pain Catastrophizing Scale - PCS)</i>	
Score total du PCS (scores : 0-52) – Moyenne ± ET	24,32 ± 11,26
Médiane	24,00
Min	3,00
Max	47,00
Rumination (scores : 0-16) – Moyenne ± ET	8,60 ± 4,29
Médiane	9,00
Min	1,00
Max	16,00
Amplification (scores : 0-12) – Moyenne ± ET	4,40 ± 3,15
Médiane	4,00
Min	0
Max	12,00
Impuissance (scores : 0-24) – Moyenne ± ET	11,32 ± 5,33
Médiane	10,00
Min	0
Max	22,00
Style d'attribution <i>(Multidimensional Health Locus of Control Scale - MHLCS)</i>	
Contrôle interne (scores : 0-36) – Moyenne ± ET	17,23 ± 5,45
Médiane	17,00
Min	6,00
Max	29,00
Chance (scores : 0-36) – Moyenne ± ET	13,39 ± 5,32
Médiane	12,00
Min	6,00
Max	29,00
Pouvoir des autres (scores : 0-36) – Moyenne ± ET	17,84 ± 4,65
Médiane	18,00

Min	8,00
Max	31,00
Qualité de vie liée à la santé (SF-12)	
Mesure sommaire de la composante physique (scores : 0-100) – Moyenne ± ET	31,68 ± 10,26
Médiane	28,57
Min	16,64
Max	55,61
Mesure sommaire de la composante mentale (scores : 0-100) – Moyenne ± ET	39,88 ± 7,72
Médiane	38,77
Min	24,29
Max	56,77
Qualité du sommeil (Pittsburgh Sleep Quality Index - PSQI)	
Score total du PSQI (scores : 0-21) – Moyenne ± ET	10,57 ± 4,09
Médiane	11,00
Min	1,00
Max	19,00
Présence d'un trouble du sommeil durant le dernier mois – n (%)	
Présence (score PSQI > 5)	57 (90,48)
Absence (score PSQI ≤ 5)	6 (9,52)

4.3. COMPARAISON DES CARACTÉRISTIQUES DE LA DOULEUR ET DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE DIVERS SOUS-GROUPES PSYCHIATRIQUES

Les tableaux VIII et IX présentent les résultats de la comparaison des caractéristiques des patients des divers sous-groupes psychiatriques. Un peu plus de 40 variables ont fait l'objet de comparaisons.

Chez les patients souffrant (n = 56) et ne souffrant pas d'un trouble de l'humeur (n = 7), aucune différence statistiquement significative (p > 0,05) n'a été retrouvée au niveau des diverses variables mesurées (tableau VIII). Ce manque de différence statistiquement significative peut être dû à la faible taille d'échantillon du groupe de patients ne présentant pas de trouble de l'humeur (n = 7).

Au niveau des patients souffrant ($n = 19$) et ne souffrant pas d'un trouble anxieux ($n = 44$), une différence statistiquement significative a été retrouvée entre les deux groupes en ce qui a trait à l'intensité de la douleur au cours des 24 dernières heures et au cours de la dernière semaine (tableau IX). Les moyennes d'intensité de la douleur étaient statistiquement plus faibles dans le groupe de patients souffrant d'un trouble d'anxiété (24 dernières heures: $4,18 \pm 2,84$; dernière semaine: $4,84 \pm 2,06$) par rapport au groupe de patients ne souffrant pas de cette condition (24 dernières heures: $5,85 \pm 2,68$; dernière semaine: $6,18 \pm 2,22$). Bien que statistiquement significatives, ces différences d'intensité de la douleur ne sont pas nécessairement cliniquement significatives. Pour considérer une différence d'intensité de la douleur cliniquement significative, on considère normalement une différence supérieure ou égale à 2 unités (Farrar, Young, LaMoreaux, Werth, & Poole, 2001).

Tableau VIII : Comparaison des caractéristiques des patients souffrant et ne souffrant pas d'un trouble de l'humeur

Caractéristiques	Trouble de l'humeur n = 56	Sans trouble de l'humeur n = 7	p-value
Douleur neuropathique <i>(Douleur Neuropathique 4 Questions – DN4)</i>			
Présence d'une douleur neuropathique – n (%)			
Oui	30 (53,57)	3 (42,86)	0,6997 ^F
Non	26 (46,43)	4 (57,14)	
Antériorité & fréquence de la douleur			
Antériorité de la douleur – n (%)			
< 12 mois	53 (94,64)	6 (85,71)	0,3834 ^F
≥ 12 mois	3 (5,36)	1 (14,29)	
Douleur quotidienne – n (%)			
Oui	45 (80,36)	5 (71,43)	0,6266 ^F
Non	11 (19,64)	2 (28,57)	
Fréquence de la douleur – n (%)			
0-7 jours/mois	4 (7,27)	0 (0,00)	0,8253 ^F
8-14 jours/mois	3 (5,45)	0 (0,00)	
15-21 jours/mois	1 (14,29)	1 (14,29)	
> 21 jours/mois	43 (78,18)	6 (85,71)	
Localisation de la douleur			
Nombre de sites douloureux moyenne ± ET	6,25 ± 4,08	5,71 ± 4,96	0,6153 ^W
Intensité et aspect désagréable de la douleur			
Intensité de la douleur au cours de la dernière semaine Moyenne ± ET	5,83 ± 2,28	5,33 ± 2,06	0,5817 ^T
Intensité de la douleur au cours des dernières 24 heures Moyenne ± ET	5,41 ± 2,85	4,90 ± 2,71	0,6584 ^F
Aspect désagréable de la douleur au cours de la dernière semaine Moyenne ± ET	5,99 ± 2,44	5,62 ± 3,14	0,7164 ^T
Aspect désagréable de la douleur au cours des dernières 24 heures Moyenne ± ET	5,61 ± 2,86	5,60 ± 3,15	0,9926 ^T
Mesures du <i>Brief Pain Inventory (BPI)</i>			
Mesure de sévérité (scores : 0-10) Moyenne ± ET	5,07 ± 2,10	4,71 ± 2,16	0,6735 ^T
Mesure d'interférence (scores : 0-10) – Moyenne ± ET	4,87 ± 2,62	4,04 ± 2,79	0,4350 ^T

Expérience douloureuse (Short-Form McGill Pain Questionnaire – SF-MPQ)			
Score total du MPQ (scores : 0-45) – Moyenne ± ET	22,83 ± 9,13	18,86 ± 10,79	0,2945 ^F
Aspect sensoriel de la douleur (scores : 0-33) Moyenne ± ET	16,21 ± 6,80	13,57 ± 8,12	0,3168 ^W
Aspect affectif de la douleur (scores : 0-12) – Moyenne ± ET	6,52 ± 2,94	5,29 ± 2,81	0,2973 ^T
Prise en charge des symptômes douloureux			
Utilisation de médicaments prescrits ^h – n (%)			
Oui	42 (75,00)	5 (71,43)	
Non	14 (25,00)	2 (28,57)	1,0000 ^F
Utilisation de médicaments en vente libre ⁱ – n (%)			
Oui	44 (78,57)	5 (71,43)	
Non	12 (21,43)	2 (28,57)	0,6462 ^F
Utilisation d'ibuprofène – n (%)			
Oui	21 (38,18)	2 (33,33)	
Non	34 (61,82)	4 (66,67)	1,0000 ^F
Utilisation d'acétaminophène – n (%)			
Oui	33 (60,00)	3 (50,00)	
Non	22 (40,00)	3 (50,00)	0,6817 ^F
Utilisation de produits naturels ^j – n (%)			
Oui	12 (21,43)	2 (28,57)	
Non	44 (78,57)	5 (71,43)	0,6462 ^F
Utilisation de produits de médecines complémentaires alternatives ^k – n (%)			
Oui	25 (44,64)	2 (33,33)	
Non	31 (55,36)	4 (66,67)	0,6886 ^F
Stratégies d'ajustement face à la douleur (Chronic Pain Coping Inventory - CPCI)			
Abstinence musculaire (scores : 0-7) – Moyenne ± ET	3,14 ± 1,85	2,84 ± 1,48	0,6807 ^T
Repos (scores : 0-7) Moyenne ± ET	4,28 ± 2,12	4,60 ± 1,62	0,7816 ^W
Demande d'assistance (scores : 0-7) – Moyenne ± ET	1,96 ± 1,77	1,32 ± 1,57	0,3756 ^W
Relaxation (scores : 0-7) Moyenne ± ET	2,01 ± 1,76	2,71 ± 1,39	0,1724 ^W

Persistence (scores : 0-7) Moyenne \pm ET	3,24 \pm 1,63	3,37 \pm 1,73	0,8470 ^T
Exercice/étirements (scores : 0-7) Moyenne \pm ET	2,00 \pm 1,79	2,83 \pm 1,92	0,2491 ^W
Recherche d'un support social (scores : 0-7) – Moyenne \pm ET	1,52 \pm 1,79	1,17 \pm 1,53	0,6867 ^W
Pensées d'ajustement (scores : 0-7) Moyenne \pm ET	3,09 \pm 1,95	3,66 \pm 2,21	0,4739 ^T
Impression sur l'impact de la douleur sur la santé mentale			
Pense avoir développé des symptômes psychologiques en raison des symptômes douloureux n (%)			
Oui	36 (65,45)	4 (57,14)	
Non	19 (34,55)	3 (42,86)	0,6909 ^F
Symptômes dépressifs (<i>Beck Depression Inventory - BDI-II</i>)			
Score de sévérité des symptômes dépressifs (scores : 0-63) Moyenne \pm ET	56 \pm 22,21	7 \pm 23,14	0,8351 ^T
Sévérité de la dépression – n (%)			
Aucune (score BDI \leq 13)	14 (25,00)	3 (42,86)	
Légère (14 \leq score BDI \leq 19)	7 (12,50)	0 (0,00)	
Modérée (20 \leq score BDI \leq 28)	17 (30,36)	0 (0,00)	
Sévère (29 \leq score BDI \leq 63)	18 (32,14)	4 (57,14)	0,1978 ^F
Symptômes anxieux (<i>State-Trait Anxiety Inventory - STAI</i>)			
Score de sévérité de l'anxiété situationnelle (scores : 20-80) Moyenne \pm ET	46,70 \pm 12,61	44,43 \pm 14,85	0,6850 ^W
Score de sévérité du trait d'anxiété (scores : 20-80) Moyenne \pm ET	49,71 \pm 10,69	50,29 \pm 12,63	0,8963 ^T
Dramatisation face à la douleur (<i>Pain Catastrophizing Scale - PCS</i>)			
Score total du PCS (scores : 0-52) Moyenne \pm ET	24,95 \pm 10,75	19,29 \pm 14,78	0,2126 ^T
Rumination (scores : 0-16) Moyenne \pm ET	8,77 \pm 4,14	7,29 \pm 5,53	0,3928 ^T
Amplification (scores : 0-12) Moyenne \pm ET	4,55 \pm 3,00	3,14 \pm 4,26	0,1312 ^W
Impuissance (scores : 0-24) Moyenne \pm ET	11,63 \pm 5,27	8,86 \pm 5,64	0,1720 ^W

Style d'attribution (Multidimensional Health Locus of Control Scale - MHLCS)			
Contrôle interne (scores : 0-36) Moyenne \pm ET	16,91 \pm 5,30	19,71 \pm 6,45	0,2025 ^T
Chance (scores : 0-36) Moyenne \pm ET	13,31 \pm 5,12	14,00 \pm 7,14	0,9115 ^W
Pouvoir des autres (scores : 0-36) Moyenne \pm ET	17,49 \pm 4,33	20,57 \pm 6,45	0,2934 ^W
Qualité de vie liée à la santé (SF-12)			
Mesure sommaire de la composante physique (scores : 0-100)- Moyenne \pm ET	30,82 \pm 9,75	38,61 \pm 12,35	0,0951 ^W
Mesure sommaire de la composante mentale (scores : 0- 100)- Moyenne \pm ET	39,40 \pm 7,26	43,72 \pm 10,69	0,1570 ^W
Qualité du sommeil (Pittsburgh Sleep Quality Index - PSQI)			
Score total du PSQI (scores : 0- 21)- Moyenne \pm ET	10,80 \pm 4,08	8,71 \pm 4,03	0,2056 ^T
Présence d'un trouble du sommeil durant le dernier mois – n (%)			
Présence (score PSQI > 5)	52 (92,86)	25 (71,43)	
Absence (score PSQI \leq 5)	4 (7,14)	2 (28,57)	0,1286 ^F

Notes de bas de tableau :^C Chi-square test^F Fisher's exact test^T T-test (variables normalement distribuées selon le test de Kolmogorov-Smirnov effectué dans les deux groupes de comparaison)

Tableau IX : Comparaison des caractéristiques des patients souffrant et ne souffrant pas d'un trouble d'anxiété

Caractéristiques	Trouble d'anxiété n = 19	Sans trouble d'anxiété n = 44	p-value
Douleur neuropathique (<i>Douleur Neuropathique 4 Questions – DN4</i>)			
Présence d'une douleur neuropathique – n (%)			
Oui	10 (52,63)	23 (52,27)	0,9791 ^C
Non	21 (47,73)	21 (47,73)	
Antériorité & fréquence de la douleur			
Antériorité de la douleur – n (%)			
< 12 mois	19 (100)	40 (90,91)	0,3060 ^F
≥ 12 mois	0 (0,00)	4 (9,09)	
Douleur quotidienne – n (%)			
Oui	15 (78,95)	35 (79,55)	1,0000 ^F
Non	4 (21,05)	9 (20,45)	
Fréquence de la douleur – n (%)			
0-7 jours/mois	1 (5,26)	3 (6,98)	0,7482 ^F
8-14 jours/mois	1 (5,26)	2 (4,65)	
15-21 jours/mois	3 (15,79)	3 (6,98)	
> 21 jours/mois	14 (73,68)	35 (81,40)	
Localisation de la douleur			
Nombre de sites douloureux			
Moyenne ± ET	5,79 ± 3,57	6,36 ± 4,39	0,8515 ^W
Intensité et aspect désagréable de la douleur			
Intensité de la douleur au cours de la dernière semaine			
Moyenne ± ET	4,84 ± 2,06	6,18 ± 2,22	0,0296 ^T
Intensité de la douleur au cours des dernières 24 heures			
Moyenne ± ET	4,18 ± 2,84	5,85 ± 2,68	0,0291 ^T
Aspect désagréable de la douleur au cours de la dernière semaine			
Moyenne ± ET	5,17 ± 2,25	6,29 ± 2,55	0,1024 ^T
Aspect désagréable de la douleur au cours des dernières 24 heures			
Moyenne ± ET	4,64 ± 3,01	6,02 ± 2,73	0,0787 ^T
Mesures du <i>Brief Pain Inventory (BPI)</i>			
Mesure de sévérité (scores : 0-10)			
Moyenne ± ET	4,39 ± 1,86	5,31 ± 2,14	0,1126 ^T
Mesure d'interférence (scores : 0-10)-			
Moyenne ± ET	4,05 ± 2,46	5,10 ± 2,67	0,1467 ^T

Expérience douloureuse (Short-Form McGill Pain Questionnaire – SF-MPQ)			
Score total du MPQ (scores : 0-45) Moyenne ± ET	20,59 ± 9,25	23,07 ± 9,37	0,3589 ^T
Aspect sensoriel de la douleur (scores : 0-33) – Moyenne ± ET	14,76 ± 6,91	16,36 ± 6,99	0,3824 ^W
Aspect affectif de la douleur (scores : 0-12) Moyenne ± ET	5,74 ± 2,60	6,66 ± 3,04	0,1896 ^W
Prise en charge des symptômes douloureux			
Utilisation de médicaments prescrits – n (%)			
Oui	14 (73,68)	33 (75,00)	
Non	5 (26,32)	11 (25,00)	1,0000 ^F
Utilisation de médicaments en vente libre ¹ – n (%)			
Oui	16 (84,21)	33 (75,00)	
Non	3 (15,79)	11 (25,00)	0,5223 ^F
Utilisation d'ibuprofène – n (%)			
Oui	7 (36,84)	15 (36,59)	
Non	12 (63,41)	26 (63,41)	0,9255 ^C
Utilisation d'acétaminophène – n (%)			
Oui	11 (57,89)	23 (56,10)	
Non	8 (42,11)	18 (43,90)	0,9046 ^C
Utilisation de produits naturels ¹ – n (%)			
Oui	5 (26,32)	9 (20,45)	
Non	14 (73,68)	35 (79,55)	0,7428 ^F
Utilisation de produits de médecines complémentaires alternatives ^k – n (%)			
Oui	9 (47,37)	18 (41,86)	
Non	10 (52,63)	25 (58,14)	0,6868 ^C
Stratégies d'ajustement face à la douleur (Chronic Pain Coping Inventory - CPCI)			
Abstinence musculaire (scores : 0-7) – Moyenne ± ET	2,98 ± 1,65	3,16 ± 1,88	0,7331 ^T
Repos (scores : 0-7) – Moyenne ± ET	4,22 ± 2,13	4,36 ± 2,06	0,8075 ^W
Demande d'assistance (scores : 0-7) – Moyenne ± ET	1,92 ± 1,80	1,88 ± 1,75	0,8860 ^W
Relaxation (scores : 0-7) – Moyenne ± ET	1,92 ± 1,72	2,17 ± 1,79	0,6052 ^T
Persistance (scores : 0-7) – Moyenne ± ET	3,06 ± 1,42	3,34 ± 1,73	0,7034 ^W
Exercice/étirements (scores : 0-7) – Moyenne ± ET	2,00 ± 1,68	2,13 ± 1,88	0,8988 ^W
Recherche d'un support social (scores : 0-7) – Moyenne ± ET	1,85 ± 1,73	1,32 ± 1,77	0,1750 ^W
Pensées d'ajustement (scores : 0-7) Moyenne ± ET	3,14 ± 1,92	3,15 ± 2,01	0,9738 ^T

Impression sur l'impact de la douleur sur la santé mentale			
Pense avoir développé des symptômes psychologiques en raison des symptômes douloureux – n (%)			
Oui	14 (73,68)	26 (60,47)	0,3952 ^F
Non	5 (26,32)	17 (39,53)	
Symptômes dépressifs (Beck Depression Inventory - BDI-II)			
Score de sévérité des symptômes dépressifs (scores : 0-63)			
Moyenne ± ET	21,89 ± 11,12	22,50 ± 11,07	0,8430 ^T
Sévérité de la dépression – n (%)			0,9385 ^F
Aucune (score BDI ≤ 13)	6 (31,58)	11 (25,00)	
Légère (14 ≤ score BDI ≤ 19)	2 (10,53)	5 (11,36)	
Modérée (20 ≤ score BDI ≤ 28)	4 (21,05)	13 (29,55)	
Sévère (29 ≤ score BDI ≤ 63)	7 (36,84)	15 (34,09)	
Symptômes anxieux (State-Trait Anxiety Inventory - STAI)			
Score de sévérité de l'anxiété situationnelle (scores : 20-80)			
Moyenne ± ET	46,47 ± 12,37	46,43 ± 13,09	0,9012 ^W
Score de sévérité du trait d'anxiété (scores : 20-80)			
Moyenne ± ET	53,53 ± 7,48	48,16 ± 11,67	0,0701 ^T
Dramatisation face à la douleur (Pain Catastrophizing Scale - PCS)			
Score total du PCS (scores : 0-52) -			
Moyenne ± ET	24,37 ± 10,80	24,30 ± 11,58	0,9814 ^T
Rumination (scores : 0-16)-			
Moyenne ± ET	8,21 ± 4,44	8,77 ± 4,26	0,6366 ^T
Amplification (scores : 0-12)-			
Moyenne ± ET	4,58 ± 3,27	4,32 ± 3,13	0,8277 ^W
Impuissance (scores : 0-24) –			
Moyenne ± ET	11,58 ± 4,61	11,20 ± 5,66	0,8005 ^T
Style d'attribution (Multidimensional Health Locus of Control Scale - MHLCS)			
Contrôle interne (scores : 0-36) –			
Moyenne ± ET	17,37 ± 4,90	17,16 ± 5,74	0,8925 ^T
Chance (scores : 0-36)-			
Moyenne ± ET	11,42 ± 3,86	14,26 ± 5,67	0,0842 ^W
Pouvoir des autres (scores : 0-36) -			
Moyenne ± ET	17,05 ± 4,25	18,19 ± 4,83	0,3809 ^T
Qualité de vie liée à la santé (SF-12)			
Mesure sommaire de la composante physique (scores : 0-100)			
Moyenne ± ET	33,39 ± 11,15	30,94 ± 9,89	0,3925 ^W

Mesure sommaire de la composante mentale (scores : 0-100) Moyenne \pm ET	40,29 \pm 6,28	39,71 \pm 8,33	0,6106 ^W
Qualité du sommeil (Pittsburgh Sleep Quality Index - PSQI)			
Score total du PSQI (scores : 0-21) - Moyenne \pm ET	10,16 \pm 4,67	10,75 \pm 3,86	0,6024 ^T
Présence d'un trouble du sommeil durant le dernier mois – n (%)			
Présence (score PSQI > 5)	16 (84,21)	41 (93,18)	
Absence (score PSQI \leq 5)	3 (15,79)	3 (6,82)	0,3547 ^F

Notes de bas de tableau :

^C Chi-square test

^F Fisher's exact test

^T T-test (variables normalement distribuées selon le test de Kolmogorov-Smirnov effectué dans les deux groupes de comparaison)

^W Wilcoxon rank-sum test (version non paramétrique du test de t pour échantillons indépendants)

4.4. VARIABLES ASSOCIÉES À LA SÉVÉRITÉ DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS ET ANXIEUX

Le tableau X présente les résultats des modèles de régression linéaires univariés pour l'identification des variables associées à la sévérité des symptômes dépressifs (score du BDI-II) et anxieux (score du STAI-trait).

4.4.1. Sévérité des symptômes dépressifs

Les variables associées à des symptômes dépressifs **plus** sévères dans les modèles univariés sont (tableau X) :

- Invalidité (p < 0,0001)
- Plus grande consommation quotidienne de cigarettes (p = 0,0233)
- Avoir consommé des drogues durant les 4 derniers mois (p = 0,0176)
- Nombre de comorbidités (1 vs 0; p = 0,0088)
- Présence d'une douleur neuropathique selon le DN4 (p = 0,0025)
- Avoir une douleur quotidienne (p = 0,0038)

- Avoir un plus grand nombre de sites douloureux ($p = 0,0242$)
- Douleur plus intense au cours de la dernière semaine ($p < 0,0001$)
- Douleur plus intense au cours des dernières 24 heures ($p = 0,0008$)
- Douleur plus désagréable au cours de la dernière semaine ($p < 0,0001$)
- Douleur plus désagréable au cours des dernières 24 heures ($p = 0,0015$)
- Avoir des antécédents psychiatriques familiaux ($p = 0,0432$)
- Penser avoir développé des symptômes psychologiques en raison des symptômes douloureux ($p = 0,0190$)
- Douleur plus sévère selon le BPI ($p = 0,0007$)
- Douleur plus interférente selon le BPI ($p < 0,0001$)
- Douleur plus importante selon le MPQ ($p = 0,0002 - 0,0303$)
- Utilisation de médicaments prescrits pour soulager la douleur ($p = 0,0473$)
- Utilisation plus importante de certaines stratégies d'ajustement selon le CPCI (abstinence de mouvements, repos, demande d'assistance; $p < 0,0001 - 0,0047$)
- Symptômes anxieux plus sévères selon le STAI ($p < 0,0001$)
- Dramatisation plus importante face à la douleur selon le PCS ($p < 0,0001 - 0,0011$)
- Plus de difficultés au niveau du sommeil selon le PSQI ($p < 0,0001$)

Les variables associées à des symptômes dépressifs **moins** sévères dans les modèles univariés sont (tableau X) :

- Avoir fait de l'exercice durant les 4 derniers mois ($p = 0,0356$)
- Meilleure qualité de vie physique et psychologique ($p < 0,0001 - 0,0007$)

4.4.2. Sévérité des symptômes anxieux

Les variables associées à des symptômes anxieux **plus** sévères dans les modèles univariés sont (tableau X) :

- Invalidité ($p = 0,0012$)
- Nombres de comorbidités (1 vs 0; $p = 0,0311$)
- Avoir une douleur quotidienne ($p = 0,0489$)
- Avoir un plus grand nombre de sites douloureux ($p = 0,0242$)

- Douleur plus intense au cours de la dernière semaine ($p = 0,0300$)
- Douleur plus désagréable au cours de la dernière semaine ($p = 0,0211$)
- Penser avoir développé des symptômes psychologiques en raison des symptômes douloureux ($p = 0,0426$)
- Douleur plus importante selon l'échelle affective du MPQ ($p = 0,0367$)
- Utilisation de médicaments prescrits pour soulager la douleur ($p = 0,0473$)
- Utilisation plus importante de certaines stratégies d'ajustement selon le CPCI (repos, recherche d'un support social; $p = 0,0062 - 0,0382$)
- Symptômes dépressifs plus sévères selon le BDI ($p < 0,0001$)
- Dramatisation plus importante face à la douleur ($p = 0,0002 - 0,0117$)
- Plus de difficultés au niveau du sommeil selon le PSQI ($p = 0,0158$)

Les variables associées à des symptômes anxieux **moins** sévères dans les modèles univariés sont (tableau X) :

- Meilleur revenu familial annuel (40 000\$-59 999\$ vs moins de 20 000\$; $p = 0,0307$)
- Meilleure qualité de vie physique et psychologique ($p < 0,0001 - 0,0427$)

Tableau X : Modèles de régressions linéaires univariés pour l'identification des variables associées à la sévérité des symptômes dépressifs et anxieux

Caractéristiques	Score de sévérité des symptômes dépressifs <i>Beck Depression Inventory (BDI-II)</i>		Score de sévérité du trait d'anxiété <i>State-Trait Anxiety Inventory – (STAI-trait)</i>	
	β	p-value brut	β	p-value brut
Caractéristiques sociodémographiques				
Âge	-0,230	0,0707	-0,186	0,1386
Sexe				
Homme [<i>0 = référence</i>]	-	-	-	-
Femme	-1,245	0,7120	0,082	0,9804
Race/ethnie				
Caucasien [<i>0 = référence</i>]	-	-	-	-
Autre ^a	2,128	0,4235	1,626	0,5344
Assurance médicament				
Publique (RAMQ) [<i>0 = référence</i>]	-	-	-	-
Privée	-1,162	0,6831	0,735	0,7929
Statut professionnel				
Employé ou travailleur autonome [<i>0 = référence</i>]	-2,375	0,5341	0,083	0,9839
Étudiant, sans emploi ou retraité	11,419	<0,0001	8,587	0,0027
Invalidité				
Dernier niveau de scolarité complété				
Niveau universitaire non complété [<i>0 = référence</i>]	-	-	-	-
Niveau universitaire complété	-1,682	0,6012	-1,880	0,5521
Statut matrimonial				
En couple [<i>0 = référence</i>]	-	-	-	-
Seul	3,146	0,3610	3,011	0,3713
Autre ^b	4,852	0,2368	5,836	0,1469
Revenu familial annuel avant impôts				
Moins de 20 000\$ [<i>0 = référence</i>]	-	-	-	-
Entre 20 000 et 39 999 \$	3,187	0,4499	2,341	0,5638
De 40 000 et 59 999 \$	-5,651	0,1503	-8,261	0,0307
Entre 60 000 et 79 999 \$	-2,829	0,6195	-3,629	0,5084
80 000 \$ et plus	-4,095	0,3425	-2,179	0,5988
Invalidité – n (%)				
Non [<i>0 = référence</i>]				
Oui	12,013	<0,0001	8,567	0,0012
Reçoit actuellement des prestations d'invalidité				
Non [<i>0 = référence</i>]				
Oui	4,734	0,2145	-0,806	0,8308

Oui				
Démarches pour recevoir des prestations d'invalidité en cours				
Non [<i>0 = référence</i>]	-	-	-	-
Oui	8,451	0,2885	2,811	0,7205
Mesures anthropométriques				
Indice de masse corporelle (IMC)				
Poids normal ($18,5 \leq \text{IMC} < 25 \text{ kg/m}^2$) [<i>0 = référence</i>]	-	-	-	-
	1,529	0,6730	0,316	0,9298
Surcharge pondérale ($25 \leq \text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$)	2,000	0,5503	-1,621	0,6245
Obèse ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$)				
Habitudes de vie				
Exercice durant les 4 derniers mois				
Non [<i>0 = référence</i>]	-	-	-	-
Oui	-5,789	0,0356	-3,105	0,2576
Nombre d'heures d'exercice en moyenne par semaine	-0,221	0,3209	-0,035	0,8746
Tabagisme durant les 4 derniers mois				
Non [<i>0 = référence</i>]	-	-	-	-
Oui	5,170	0,0750	2,507	0,3845
Nombre de cigarettes en moyenne par jour	0,310	0,0233	0,173	0,2088
Consommation de boissons caféinées durant les 4 derniers mois				
Non [<i>0 = référence</i>]	-	-	-	-
Oui	-3,932	0,4933	-9,047	0,1057
Nombre de tasses/verres de boissons caféinées en moyenne par semaine	0,124	0,2315	0,108	0,2931
Consommation d'alcool durant les 4 derniers mois				
Non [<i>0 = référence</i>]	-	-	-	-
Oui	-0,115	0,9675	-1,179	0,6698
Nombre de consommations d'alcool en moyenne par semaine	0,289	0,3944	0,241	0,4710
Consommation de drogues durant les 4 derniers mois ^c				
Non [<i>0 = référence</i>]	-	-	-	-
Oui	12,038	0,0176	8,931	0,0760
Fréquence mensuelle de consommation de drogues ^c	0,347	0,0813	0,258	0,1958
Prise de multivitamines durant les 4 derniers mois				
Non [<i>0 = référence</i>]	-	-	-	-
Oui	0,210	0,9471	-3,885	0,2080
Comorbidités				
Nombre de comorbidités	-0,787	0,5306	-1,160	0,3492

Nombre de comorbidités				
Aucune [<i>0 = référence</i>]	-	-	-	-
1 et +	8,869	0,0088	7,234	0,0311
2	-0,330	0,9175	-1,843	0,5645
Douleur neuropathique <i>(Douleur Neuropathique 4 Questions – DN4)</i>				
Présence d'une douleur neuropathique				
Non (score DN4 < 4) [<i>0 = référence</i>]	-	-	-	-
Oui (score DN4 ≥ 4)	8,179	0,0025	3,839	0,1608
Antériorité & fréquence de la douleur				
Antériorité de la douleur				
< 12 mois [<i>0 = référence</i>]	-	-	-	-
≥ 12 mois	-3,665	0,5233	2,966	0,5994
Douleur quotidienne (tous les jours)				
Non [<i>0 = référence</i>]	-	-	-	-
Oui	9,705	0,0038	6,602	0,0489
Fréquence de la douleur				
0-7 jours/mois [<i>0 = référence</i>]	-	-	-	-
8-14 jours/mois	-0,500	0,9495	13,583	0,0875
15-21 jours/mois	2,833	0,6716	8,250	0,2166
> 21 jours/mois	12,255	0,0258	13,760	0,0122
Localisation de la douleur				
Nombre de sites douloureux	0,753	0,0242	0,420	0,2077
Intensité et aspect désagréable de la douleur				
Intensité de la douleur au cours de la dernière semaine (0-10)	2,503	<0,0001	1,318	0,0300
Intensité de la douleur au cours des dernières 24 heures (0-10)	1,602	0,0008	0,655	0,1808
Aspect désagréable de la douleur au cours de la dernière semaine (0-10)	2,133	<0,0001	1,256	0,0211
Aspect désagréable de la douleur au cours des dernières 24 heures (0-10)	1,503	0,0015	0,8144	0,0893
Suivi psychiatrique				
Durée du suivi psychiatrique à la clinique (mois)	-0,131	0,2403	-0,078	0,4799
Antécédents psychiatriques				
Nb d'épisodes dépressifs à vie				
0	-	-	-	-
1	9,733	0,0955	2,533	0,6601
2	7,750	0,1791	5,725	0,3181
≥ 3	6,560	0,2335	5,320	0,3318
Antécédents psychiatriques personnels à vie ^e				
Non [<i>0 = référence</i>]	-	-	-	-
Oui	0,323	0,9771	7,903	0,4727

Antécédents psychiatriques familiaux ^f				
Non [0 = référence]	-	-	-	-
Oui	7,720	0,0432	6,020	0,1139
Impression sur l'impact de la douleur sur la santé mentale				
Pense avoir développé des symptômes psychologiques en raison des symptômes douloureux				
Non [0 = référence]	-	-	-	-
Oui	6,805	0,0190	5,691	0,0426
Mesures du <i>Brief Pain Inventory (BPI)</i>				
Mesure de sévérité (scores : 0-10)	2,191	0,0007	0,872	0,1864
Mesure d'interférence (scores : 0-10)	2,705	<0,0001	1,603	0,0016
Expérience douloureuse (<i>Short-Form McGill Pain Questionnaire – SF-MPQ</i>)				
Score total du MPQ (scores : 0-45)	0,434	0,0050	0,174	0,2519
Aspect sensoriel de la douleur (scores : 0-33)	0,4567	0,0303	0,132	0,5189
Aspect affectif de la douleur (scores : 0-12)	1,7263	0,0002	0,975	0,0367
Prise en charge des symptômes douloureux				
Utilisation de médicaments prescrits ^g				
Non [0 = référence]	-	-	-	-
Oui	6,290	0,0473	4,310	0,1702
Utilisation de médicaments en vente libre ^h				
Non [0 = référence]	-	-	-	-
Oui	-2,255	0,5030	-4,694	0,1534
Utilisation d'ibuprofène				
Non [0 = référence]	-	-	-	-
Oui	-2,600	0,3745	-3,327	0,2435
Utilisation d'acétaminophène				
Non [0 = référence]	-	-	-	-
Oui	1,842	0,5237	0,639	0,8212
Utilisation de produits naturels ⁱ				
Non [0 = référence]	-	-	-	-
Oui	1,337	0,6917	1,296	0,6957
Utilisation de médecines complémentaires alternatives ^j				
Non [0 = référence]	-	-	-	-
Oui	-1,729	0,5444	1,610	0,5684
Détient un suivi actuel pour la douleur avec un autre professionnel de la santé que le médecin de la clinique ^k				
Non [0 = référence]	-	-	-	-
Oui	3,416	0,2774	3,804	0,2177
Stratégies d'ajustement face à la douleur (<i>Chronic Pain Coping Inventory - CPCI</i>)				
Abstinence musculaire (scores : 0-7)	2,172	0,0047	1,326	0,0790

Repos (scores : 0-7)	2,820	<0,0001	1,805	0,0062
Demande d'assistance (scores : 0-7)	2,286	0,0033	0,977	0,2154
Relaxation (scores : 0-7)	0,867	0,2783	-0,128	0,8715
Persistance (scores : 0-7)	-0,643	0,4635	-1,085	0,1959
Exercice/étirements (scores : 0-7)	-0,416	0,5944	-0,152	0,8435
Recherche d'un support social (scores : 0-7)	1,493	0,0596	1,609	0,0382
Pensées d'ajustement (scores : 0-7)	0,146	0,8384	-0,471	0,5037
Symptômes dépressifs (<i>Beck Depression Inventory - BDI-II</i>)				
Score de sévérité des symptômes dépressifs (scores : 0-63)			0,729	<0,0001
Sévérité de la dépression				
Aucune (score BDI ≤ 13) [<i>0 = référence</i>]			-	-
Légère (14 ≤ score BDI ≤ 19)			2,782	0,4255
Modérée (20 ≤ score BDI ≤ 28)			8,471	0,0022
Sévère (29 ≤ score BDI ≤ 63)			18,72	<0,0001
Symptômes anxieux (<i>State-Trait Anxiety Inventory - STAI</i>)				
Score de sévérité de l'anxiété situationnelle (scores : 20-80)	0,665	<0,0001	0,584	<0,0001
Score de sévérité du trait d'anxiété (scores : 20-80)	0,755	<0,0001		
Dramatisation face à la douleur (<i>Pain Catastrophizing Scale - PCS</i>)				
Score total du PCS (scores : 0-52)	0,462	<0,0001	0,435	0,0002
Rumination (scores : 0-16)	1,138	0,0003	0,797	0,0117
Amplification (scores : 0-12)	1,406	0,0011	1,523	0,0003
Impuissance (scores : 0-24)	0,833	0,0010	0,893	0,0003
Style d'attribution (<i>Multidimensional Health Locus of Control Scale - MHLCS</i>)				
Contrôle interne (scores : 0-36)	-0,040	0,8797	-0,113	0,6541
Chance (scores : 0-36)	0,201	0,4546	-0,077	0,7676
Pouvoir des autres (scores : 0-36)	0,213	0,4864	0,468	0,1173
Qualité de vie liée à la santé (<i>SF-12</i>)				
Mesure sommaire de la composante physique (scores : 0-100)	-0,446	0,0007	-0,270	0,0427
Mesure sommaire de la composante mentale (scores : 0-100)	-0,882	<0,0001	-0,766	<0,0001
Qualité du sommeil (<i>Pittsburgh Sleep Quality Index - PSQI</i>)				
Score total du PSQI (scores : 0-21)	1,308	<0,0001	0,799	0,0158
Présence d'un trouble du sommeil durant le dernier mois				
Absence (score PSQI ≤ 5) [<i>0 = référence</i>]	-	-	-	-
Présence (score PSQI > 5)	8,825	0,0609	8,044	0,0829

Notes de bas de tableau :

- ^a Autochtone.
- ^b Incluant le fait de vivre en colocation, en maison d'hébergement, en famille d'accueil, en maison communautaire, chez ses parents, chez ses enfants et avec un enfant.
- ^c Incluant marijuana, haschich et méthamphétamine (speed).
- ^d Incluant troubles gastro-intestinaux, apnée du sommeil, basse pression, fatigue chronique, fibrillation auriculaire, hypotension orthostatique, arythmie, maladie de Crohn, virus du papillome humain, insuffisance rénale et vitiligo.
- ^e Incluant trouble unipolaire, trouble bipolaire, trouble de l'humeur non spécifié, trouble d'anxiété généralisé, trouble d'anxiété non spécifié, trouble de panique, anxiété sociale (phobie sociale), trouble obsessionnel compulsif, syndrome de stress post-traumatique, TDAH, schizophrénie, trouble schizoaffectif, dépendance alcoolique et abus d'alcool.
- ^f Incluant trouble unipolaire, trouble bipolaire, trouble de l'humeur non spécifié, trouble d'anxiété généralisé, trouble d'anxiété non spécifié, trouble de panique, anxiété sociale (phobie sociale), trouble obsessionnel compulsif, syndrome de stress post-traumatique, trouble d'adaptation, trouble psychotique non spécifié, TDAH, schizophrénie, trouble schizoaffectif, tentative suicidaire, alcoolisme, toxicomanie, agoraphobie, trouble de personnalité schizoïde et anorexie/boulimie.
- ^g Incluant anti-inflammatoires non stéroïdiens, agonistes des opiacés, anticonvulsivants, antidépresseurs, antipsychotiques, lithium, antimigraineux, stimulants du système nerveux central et antiacides.
- ^h Incluant acétaminophène, ibuprofène, crèmes topiques (ex : Antiphlogistine[®]) et relaxants musculaires.
- ⁱ Incluant huiles et baumes asiatiques (ex : Baume du tigre), Biofreeze Pain Reliever[®], huile de poisson, cannabis, culture de yogourt, crème à l'arnica, sel d'Epsom, glace Omega-3, Regenecare[®], Regenefree[®], Glucosamine, S.O.S migraine[®] et minéraux.
- ^j Incluant chiropratique, massothérapie, kinésithérapie et physiothérapie, neurostimulation électrique transcutanée (TENS), acupuncture, hypnose, bain thérapeutique, thérapie cognitivo comportementale et thermothérapie.
- ^k Incluant médecin de famille, médecin spécialiste, ostéopathe, psychologue, physiothérapeute, acupuncteur, chiropraticien, massothérapeute et travailleur social.

5. DISCUSSION GÉNÉRALE

Afin de répondre aux objectifs principaux de l'étude qui étaient de: 1) Décrire les caractéristiques des patients souffrant de DC suivis en consultation externe de psychiatrie, 2) Comparer les caractéristiques de la douleur et l'état de santé des patients de divers sous-groupes psychiatriques, et 3) Identifier les variables associées à la sévérité des symptômes dépressifs et anxieux chez cette même clientèle, une étude transversale a été réalisée chez un échantillon de patients souffrant de DC suivis en consultation externe de psychiatrie au Cabinet Médical Spécialisé États d'Esprit de Rouyn-Noranda.

5.1. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION PSYCHIATRIQUE

Bien que plusieurs études se soient penchées sur la comorbidité qui existe entre la DC et diverses conditions psychiatriques (Bair et al., 2003; Knaster et al., 2012; Wong et al., 2011), ces études se sont principalement attardées à la présence de désordres psychiatriques chez les patients atteints de DC plutôt que l'inverse (présence de DC chez les patients atteints de désordres psychiatriques). Ainsi, peu de données sont disponibles et nous ne connaissons pas d'études antérieures réalisées en contexte canadien qui se sont penchées en profondeur sur les caractéristiques des patients suivis en consultation externe de psychiatrie et qui souffrent de DC (caractéristiques de la douleur, prise en charge de la douleur, comorbidités, qualité de vie, qualité du sommeil, stratégies d'ajustement, style d'attribution, etc.). En résumé, les études retrouvées rapportant des données sur les caractéristiques des patients souffrant à la fois de DC et de troubles psychiatriques diffèrent de la nôtre puisqu'elles n'ont pas dressé un portrait complet des caractéristiques sociodémographiques et cliniques de leur échantillon et n'ont pas effectué le recrutement de patients "tous diagnostics psychiatriques confondus" (ex : patients dépressifs seulement) (Arnou et al., 2006; Gerrits et al., 2012).

Dans notre étude effectuée chez des patients souffrant à la fois de DC et de conditions psychiatriques variées, il y avait une plus grande proportion de femmes (77,78 %). Ceci

était attendu puisque la DC affecte plus souvent les femmes que les hommes (Boulangier et al., 2007). L'âge moyen des patients était de $45,44 \pm 10,96$ ans. Au niveau socioéconomique, 38,10 % des patients détenaient un emploi rémunéré (49,21 % de la cohorte en invalidité) et 25,40 % avaient complété un niveau de scolarité universitaire. Une proportion substantielle des patients vivaient en couple (63,49 %) et avaient un revenu annuel brut inférieur à 39 999 \$ (43,55 %). Nos données sont relativement semblables à ce qui a été rapporté par Arnou et al., une étude ayant mesuré les caractéristiques des patients souffrant de dépression majeure et de DC incapacitante. Dans cette étude, 70 % des patients étaient des femmes, l'âge moyen était de 51 ans et 57 % des patients vivaient en couple (Arnou et al., 2006). Nos résultats sont également similaires à ce qui a été rapporté par Gerrits et al., qui rapportent les caractéristiques des patients souffrant de DC en plus de symptômes dépressifs et anxieux (66 % de femmes et âge moyen de 42 ans) (Gerrits et al., 2012).

Dans notre étude, la majorité de patients présentait une surcharge pondérale (64,52 %) et 62,3 % d'entre eux présentaient au minimum une comorbidité en plus de leurs symptômes douloureux et psychiatriques : Viennent en première position l'hypothyroïdie (19,67 %) et la dyslipidémie (19,67 %), suivies de l'asthme (16,39 %) et de l'hypertension artérielle (11,48 %). Les détails fournis par les auteurs des études dressant le portrait de populations psychiatriques souffrant de DC (Arnou et al., 2006; Gerrits et al., 2012) ne permettent toutefois pas de faire une comparaison avec nos résultats.

Le diagnostic de la DC a été posé par le clinicien et les conditions prédominantes à l'origine de la DC chez nos patients étaient la migraine (34,92 %), suivie de la lombalgie (31,75 %), de la cervicalgie (30,16 %), des céphalées quotidiennes chroniques (25,40 %) et de l'arthrose (23,81 %). La moitié de nos patients présentaient des douleurs de type neuropathique (52,28 %). La fréquence de ces divers syndromes de DC est quelque peu différente de ce que l'on retrouve dans la population générale canadienne, mais les syndromes les plus fréquents demeurent sensiblement les mêmes : les douleurs arthritiques (31-44%), les douleurs au dos (21-35 %), les douleurs cervicales (14 %) et les maux de tête/migraines (11-15 %) qui comptent parmi les plus communs (Boulangier et al., 2007;

Moulin et al., 2002). Tout porte à croire que les différences retrouvées au niveau de la fréquence des syndromes de DC dans notre échantillon vs dans la population générale peuvent être expliquées par des facteurs tels que la comorbidité associée avec les divers troubles psychiatriques (qui affectent tous les patients de notre échantillon).

L'étude courante démontre une grande prévalence de polymédication dans le sens que ces patients mélangeaient les médicaments en vente libre (77,78 %), les médicaments prescrits (74,60 %) et les produits naturels (22,22 %) pour la prise en charge de leur douleur. Ces résultats concordent avec l'état actuel des choses, c'est-à-dire que les patients souffrant de DC recherchent et combinent différents traitements pharmacologiques (prescrits et non prescrits) et non pharmacologiques pour la prise en charge de leurs symptômes (Moulin et al., 2002). La présence de polymédication pour la prise en charge de la douleur semblerait n'être que la pointe de l'iceberg compte tenu de la multiplicité des comorbidités soulevées dans le paragraphe précédent. Face à ces résultats, il est important pour le clinicien de considérer la consommation de médicaments en vente libre et de produits naturels lors de la prescription de médicaments.

La prévalence de symptômes dépressifs (symptômes légers à sévères identifiés à l'aide du BDI-II) dans notre échantillon était de 73 %. Toutefois, seulement 40 % des patients présentaient un diagnostic de trouble unipolaire (dépression) confirmé par le psychiatre. À notre avis, cet écart pourrait être expliqué par le fait qu'un patient peut présenter des symptômes dépressifs, sans souffrir de dépression majeure. Il était attendu que la prévalence de dépression serait très élevée dans notre échantillon puisque cette condition est l'un des désordres les plus communs des populations suivies en clinique externe de psychiatrie (Gaudiano, Dalrymple, & Zimmerman, 2009).

La qualité de vie de notre clientèle était en dessous de la moyenne de la population générale (établie à 50) : 31,68 pour la composante physique et 39,88 pour la composante psychologique. Bien sûr, cette réduction de qualité de vie par rapport à la population générale était attendue puisque nous avons réalisé notre étude dans une population de sujets aux prises avec différents diagnostics psychiatriques et diverses maladies chroniques. À

titre comparatif, la qualité de vie de notre population était inférieure à ce qui a été mesuré dans des populations de patients souffrant d'un cancer du sein (composante physique : 41,85; composante psychologique : 49,34 (Winefield, Coventry, Pradhan, Harvey, & Lambert, 2003)) ou d'un infarctus du myocarde (composante physique : 35,97; composante psychologique : 45,73 (J. J. Ware, 1994)). Lorsque nous regardons de plus près l'étude de Arnow et al., qui s'est penchée sur les caractéristiques des patients souffrant à la fois de dépression majeure et de DC, nous pouvons nous apercevoir que nos résultats sont très similaires aux leurs (scores de qualité de vie : 27,9 - 31,3).

En ce qui concerne la qualité de sommeil, nous avons constaté que presque tous les patients présentaient des troubles de sommeil (90 %), ce qui n'est pas étonnant puisque l'association entre les troubles du sommeil et la DC est bidirectionnelle. En effet, le fait de souffrir de DC affecte la capacité des patients à dormir (l'initiation et le maintien du sommeil sont affectés) et le fait de mal dormir peut exacerber la sévérité des symptômes douloureux (notamment en affectant la sensibilité à la douleur et l'efficacité des médicaments analgésiques) (Okifuji & Hare, 2011). Grand nombre d'études ont rapporté que la prévalence de troubles du sommeil était plus élevée chez les patients souffrant de DC que dans la population générale et que cette prévalence variait selon le syndrome de douleur chronique (Okifuji & Hare, 2011). Par exemple, il a été rapporté que la prévalence de patients souffrant de DC rapportant aussi des problèmes de sommeil était de 89 % (McCracken & Iverson, 2002), ce qui est presque identique à ce que nous avons retrouvé dans notre échantillon. Un article de revue sur le sujet souligne qu'à l'heure actuelle, on connaît mal les facteurs psychologiques qui peuvent affecter la relation DC-sommeil. À notre avis, de plus amples études sont nécessaires afin de vérifier les différentes associations entre la condition psychiatrique des patients, la présence de DC, les traitements pharmacologiques et la qualité du sommeil.

En somme, les résultats de notre étude suggèrent que l'état de santé des patients souffrant de DC suivis en consultation externe de psychiatrie est loin d'être optimal : bas niveau socioéconomique, symptômes douloureux sévères, fréquents et très incapacitants, patients qui pensent avoir développé des symptômes psychologiques en raison de la DC, beaucoup

de comorbidités, catastrophisme face à la douleur, peu de stratégies d'ajustement, mauvaise qualité de vie et troubles du sommeil. Ceci souligne l'importance de sensibiliser les professionnels de la santé à la prévalence, à la sévérité de la symptomatologie et aux conditions de santé/incapacités associées à la DC chez cette clientèle. En effet, il a été démontré que l'amélioration des symptômes douloureux pouvait conduire à l'amélioration de la condition psychiatrique comme les symptômes dépressifs (Von Korff et al., 1988).

5.2. COMPARAISON DES CARACTÉRISTIQUES DE LA DOULEUR ET DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE DIVERS SOUS-GROUPES PSYCHIATRIQUES

Contrairement à nos attentes, aucune différence cliniquement significative n'a été retrouvée au niveau des caractéristiques des patients souffrant et ne souffrant pas d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble d'anxiété. On ne peut nier que la taille d'échantillon de la présente étude était restreinte (échantillon de convenance pour des raisons administratives). Cette réalité, conduisant à une puissance statistique limitée, pourrait expliquer l'absence de différence statistiquement significative entre les caractéristiques des patients souffrant et ne souffrant pas d'un trouble de l'humeur (taille de ce groupe étant de seulement 7 patients). Tel que mentionné dans nos résultats, une différence statistiquement significative a été retrouvée entre les patients souffrant et ne souffrant pas d'un trouble anxieux en ce qui a trait à l'intensité de la douleur au cours des 24 dernières heures et au cours de la dernière semaine. Toutefois, ces différences d'intensité de la douleur ne sont pas nécessairement cliniquement significatives (Farrar et al., 2001). De plus amples études sont nécessaires afin de confirmer nos résultats.

5.3. VARIABLES ASSOCIÉES À LA SÉVÉRITÉ DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS ET ANXIEUX

Bien qu'aucune différence cliniquement importante n'ait été découverte entre les sous-groupes psychiatriques, beaucoup de facteurs modifiables liés aux habitudes de vie, à la

santé physique et à la santé psychologique étaient associés à la sévérité des symptômes dépressifs et anxieux de la clientèle psychiatrique souffrant de DC. Il est souhaitable que les professionnels de la santé œuvrant dans le milieu de la psychiatrie ciblent certains de ces aspects pour améliorer la santé mentale de ce type de clientèle. En effet, plusieurs moyens pharmacologiques et non pharmacologiques peuvent être employés pour améliorer la qualité du sommeil. Les professionnels traitants pourraient aussi chercher des stratégies pour diminuer la façon dont le patient dramatise la douleur, optimiser leur capacité à réduire l'intensité/sévérité de la douleur, promouvoir l'exercice physique et améliorer les stratégies d'ajustement face à la douleur en vue d'une amélioration de la qualité de vie des patients.

Pour ne nommer que quelques exemples, les approches permettant de réexercer des techniques de contrôle de la douleur comme les stratégies cognitives et affectives (modulation de l'attention, des attentes et de l'humeur) peuvent aider le patient à regagner le contrôle sur le système descendant inhibiteur de la douleur (Berna & Desmeules, 2009). En milieu clinique, il est également possible de travailler sur la diminution de la dramatisation de la douleur des patients en vue de favoriser la reconnaissance de solutions et d'informations rassurantes sur la prise en charge (Quartana, Campbell, & Edwards, 2009).

Tel que mentionné, peu de données sont disponibles à l'heure actuelle au sujet des variables associées à la sévérité des symptômes dépressifs et anxieux chez des patients en consultation externe de psychiatrie présentant de la DC. Une étude très récente publiée par Gerrits et al. s'est penchée sur la relation entre la douleur et l'évolution des troubles anxieux et dépressifs de patients de la communauté, de la première ligne et de cliniques de santé mentale (n = 1209). Un nombre plus élevé de sites douloureux, une douleur articulaire et une plus longue durée de la douleur (90 jours et plus), l'usage quotidien de médicaments analgésiques et une douleur plus sévère au départ étaient associés à un risque significativement accru d'avoir encore un trouble anxieux ou dépressif au bout de 2 ans de suivi. Ces facteurs étaient également étroitement liés à la sévérité du trouble anxieux dépressif au moment du recrutement. (Gerrits et al., 2012) Cette étude européenne publiée

peu de temps après la réalisation de notre projet confirme nos résultats comme quoi un nombre plus élevé de sites douloureux, l'usage quotidien de médicaments analgésiques et une douleur plus sévère sont associés à la sévérité des troubles dépressifs et anxieux. Contrairement à l'étude de Gerrits et al. nous n'avons pas identifié l'antériorité de la douleur comme une variable associée à la sévérité des troubles dépressifs/anxieux. Certains aspects méthodologiques pourraient expliquer cette différence, tels que la population étudiée et le contexte clinique européen (Gerrits et al., 2012). Certaines comparaisons sont impossibles puisque ces auteurs n'ont pas considéré toutes les variables étudiées dans notre projet.

5.4. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE

Cette étude comporte plusieurs forces. Notamment, le fait d'avoir recruté les patients en ordre d'arrivée et d'avoir dépisté la DC de façon systématique lors des rendez-vous médicaux a certainement permis de minimiser la possibilité de biais de sélection. Un des principaux biais lors d'un recrutement prospectif est la non-participation. Dans la présente étude, le taux de participation fut substantiel (73,02 %). Les raisons poussant les patients à ne pas participer à l'étude ont été répertoriées et les raisons de refus n'étaient pas reliées aux issues de l'étude, et ce, pour plus de 90 % des refus. De plus, les caractéristiques des patients n'ayant pas retourné leur questionnaire étaient semblables à celles de la population à l'étude. En ce qui concerne la présence de données manquantes, il était tout à fait acceptable, c'est-à-dire inférieur à 5 % (Schafer, 1999).

En ce qui a trait au choix et à la mesure des variables, nous nous sommes assurés de considérer toutes les issues pertinentes en vue de répondre adéquatement aux divers objectifs de l'étude. En effet, les recommandations du groupe d'experts de *l'Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in clinical trials* (IMMPACT) ont été suivies (R. H. Dworkin et al., 2005; Turk et al., 2003). Ce groupe d'experts reconnu internationalement avait en effet développé plusieurs recommandations pour la recherche clinique dans le domaine de la DC et suggèrent de toujours tenir compte d'aspects tels que

l'intensité et l'aspect désagréable de la douleur, les symptômes dépressifs et anxieux, la dramatisation face à la douleur, la qualité de vie, ainsi que la qualité du sommeil. Leurs publications sont citées dans plusieurs études et leurs recommandations ont guidé un grand nombre d'essais cliniques randomisés contrôlés et d'études observationnelles (R. H. Dworkin et al., 2005; Turk et al., 2003). Pour minimiser les biais d'information, les données ont été recueillies grâce à des questionnaires validés et standardisés (échelles visuelles analogiques, DN4, BPI, SF-MPQ, CPCI, BDI-II, STAI, PCS, MHLCS, SF-12, PSQI). Ceci a permis non seulement de minimiser l'évaluation subjective, mais aussi d'assurer une meilleure comparabilité avec les autres publications dans le domaine de la douleur. Au niveau des questionnaires autoadministrés, il y a toujours un risque que la compréhension des questions ne faisant pas partie des outils validés (ex : habitudes de vie) ne soit pas la même pour tous les participants. Ce problème a été minimisé par le pré-test des questionnaires dans un échantillon de 10 sujets masculins et féminins souffrant et ne souffrant pas de symptômes douloureux (étendue d'âge: 25-59 ans), nous assurant ainsi que les questions étaient claires et faciles à comprendre. Finalement, la collecte et l'entrée des données ont été réalisées de façon standardisée par seulement deux personnes.

On ne peut nier que la taille d'échantillon de la présente étude était restreinte (échantillon de convenance pour des raisons administratives). Cette réalité, conduisant à une puissance statistique limitée, pourrait expliquer l'absence de différence statistiquement significative entre les caractéristiques des patients souffrant et ne souffrant pas d'un trouble de l'humeur (taille de ce groupe étant de seulement 7 patients). De plus, la faible taille d'échantillon ne nous a pas permis d'ajuster pour une multitude de variables potentiellement confondantes dans les analyses statistiques visant à identifier les déterminants de la sévérité des symptômes dépressifs et anxieux. Par conséquent, nous sommes conscients que les résultats de la présente étude sont des données préliminaires et qu'une étude de plus grande envergure est souhaitable ($n \geq 400$). Une telle étude permettrait de considérer une multitude de variables potentiellement confondantes dans des analyses statistiques multivariées afin de tenir compte des associations multidimensionnelles entre la douleur, les stratégies d'ajustement, l'état psychologique, la qualité de vie et plusieurs autres variables telles que les habitudes de vie et les caractéristiques sociodémographiques.

Une autre des limites de cette étude réside dans le devis de recherche transversal ayant été utilisé. En effet, ce type de devis n'a pas permis d'établir la causalité des associations que nous avons trouvées entre diverses variables et la sévérité des symptômes dépressifs et anxieux, il ne nous a pas permis d'avoir un groupe contrôle.

5.5. VALIDITÉ EXTERNE

Tout porte à croire que les résultats de cette étude seront généralisables à la population de patients souffrant de symptômes douloureux chroniques suivis en consultation externe de psychiatrie au Québec et ailleurs au Canada. En effet, la réalisation de cette étude dans un contexte clinique réel constitue un avantage. En revanche, le recrutement dans une clinique de soins spécialisés ne permet pas de généraliser nos résultats à la population de patients suivis en première ligne puisque la population à l'étude présente forcément une condition de santé plus sévère.

5.6. IMPLICATIONS CLINIQUES ET PISTES FUTURES

Sachant que la DC est très fréquente chez les patients souffrant de diverses conditions psychiatriques (Gureje et al., 1998), il importe pour les professionnels de la santé travaillant auprès de cette clientèle d'en tenir compte dans leur prise en charge, surtout, que la présence de douleur vient compliquer l'évolution de la condition psychiatrique des patients (Karp et al., 2005; Leuchter et al., 2010). De plus, il a été démontré que l'amélioration des symptômes douloureux est associée à des symptômes dépressifs diminués (Von Korff et al., 1988). Face à ces informations, la description des caractéristiques des patients souffrant de DC et suivis en clinique externe de psychiatrie qui a été réalisée dans le cadre de la présente étude prend tout son sens. En effet, nos données permettront d'informer les cliniciens travaillant auprès de populations psychiatriques au sujet des caractéristiques cliniques et de l'état de santé de ces patients. À ce jour, la littérature démontre que les psychiatres sont

inadéquatement entraînés à identifier, diagnostiquer et, par le fait même, prendre en charge la douleur chez leurs patients (Elman et al., 2011; Wright, 2009). Il en résulte donc une mauvaise compréhension de la trajectoire développementale de la douleur et du trouble anxio-dépressif parmi la population psychiatrique et une augmentation des coûts due à la mauvaise prise en charge de ces problématiques. Avec une meilleure connaissance des particularités des symptômes douloureux, de la façon dont ceux-ci se présentent et des conditions de santé/incapacités associées à la DC, les cliniciens seront mieux outillés pour le suivi des clientèles psychiatriques souffrant de DC.

Concernant les variables associées aux symptômes dépressifs et anxieux identifiés dans notre population psychiatrique souffrant de DC, nous avons mentionné que notre étude comportait certaines faiblesses. Toutefois, nous pouvons fournir des informations préliminaires à propos des facteurs pouvant influencer la sévérité des symptômes dépressifs et anxieux chez ces patients. En connaissant mieux ces facteurs, les professionnels de la santé travaillant auprès de populations psychiatriques seront mieux outillés pour cibler les éléments modifiables pouvant améliorer la santé mentale de leurs patients et ainsi optimiser la prise en charge de leur état de santé.

La présente étude ouvre la porte à de futures études pour explorer plus en profondeur le lien de causalité entre la DC et la santé mentale. Concernant la prise en charge des patients, de futures études devraient se pencher sur la formation des professionnels de la santé travaillant auprès de populations psychiatriques ou encore les effets bénéfiques de l'addition des analgésiques à la psychothérapie et/ou aux antidépresseurs pour optimiser le traitement des patients souffrant de DC et d'anxiété ou dépression (Gerrits et al., 2012)

6. CONCLUSION

En somme, nos données indiquent que les patients souffrant de DC suivis en consultation externe de psychiatrie ont des problèmes de santé importants qui nécessitent une évaluation clinique complète (somatique et psychologique) et systématique afin d'optimiser une prise en charge globale et adéquate. Nos résultats permettront aux professionnels de la santé d'être mieux informés en vue d'optimiser la prise en charge des patients souffrant de DC suivis en consultation externe de psychiatrie. Le seul fait d'avoir implanté le présent projet de recherche au Cabinet Médical États-d'Esprit a déjà contribué à faire reconnaître la fréquence de la DC chez leurs patients, souvent muets à ce sujet auprès de leur médecin. Cette recherche a donc engendré des retombées immédiates pour une meilleure reconnaissance de la DC chez ce type de clientèle. Il est à espérer que plus de professionnels de la santé œuvrant dans le domaine de la psychiatrie s'intéressent à la DC.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier sincèrement :

- ☞ Celles qui m'ont encadrée tout au long de ce travail : Dr Anaïs Lacasse, ma directrice de maîtrise pour tout le temps qu'elle a consacré à moi malgré ses multiples occupations et Dr Isabelle Gaumont, ma co-directrice pour ses encouragements tout au long de ma maîtrise.
- ☞ Les membres du jury pour avoir accepté de m'évaluer et pour tout le temps qu'ils vont consacrer à remplir cette tâche.
- ☞ Les Drs Guylène Cloutier et Stéphanie Jacques pour m'avoir encadrée pendant la recherche dans leur clinique.
- ☞ Le personnel clinique et administratif du Cabinet Médical États d'Esprit.
- ☞ Tous les professeures et professeurs du département des sciences de la santé.
- ☞ Le Fonds institutionnel de la recherche de l'UQAT (FIR) pour la Bourse de maîtrise (Subvention de recherche Gaumont et al. 06/2010- 12/2010).
- ☞ Mon conjoint, Dr Simon Masiala Vuvu et mon fils Michée Masiala Vuvu, pour leur patience et assistance.
- ☞ Mes parents : Hector Dituba Nsumbu (feu) & Bernadette Ngoma Nsasi (feu).
- ☞ Mes frères : Robert Dituba Nsumbu (feu) et Dr Guyh Dituba Ngoma pour leurs précieux conseils.
- ☞ Mes sœurs : Fligence Nlandu Dituba (feu), Annie Dituba Vantoto, Alice Nianga Dituba, Bernadette Mambu Dituba et Blandine Mambueni Dituba.
- ☞ Mes neveux : Clairy Paukner, Laurick Dituba, Vianney Dituba, Emmanuel Dituba Nsumbu, Kevin Kneth, Andreas Thomsen et Frédéric Thomsen.
- ☞ Mes nièces : Sonia Paukner, Divine Tuba, Solène Dituba, Agathe Mwameta, Caroline Thomsen et Neomie.
- ☞ Tous ceux qui m'ont aidé à mettre à terme ce projet.

RÉFÉRENCES

- APA. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.* Washington, DC.
- Arnow, B. A., Hunkeler, E. M., Blasey, C. M., Lee, J., Constantino, M. J., Fireman, B., . . . Hayward, C. (2006). Comorbid depression, chronic pain, and disability in primary care. *Psychosomatic medicine, 68*(2), 262-268.
- Asmundson, G. J., Jacobson, S. J., Allerdings, M. D., & Norton, G. R. (1996). Social phobia in disabled workers with chronic musculoskeletal pain. *Behaviour research and therapy, 34*(11-12), 939-943.
- Asmundson, G. J., & Katz, J. (2009). Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: state-of-the-art. *Depress Anxiety, 26*(10), 888-901.
- ASPC. (2009). Qu'est-ce que la dépression? Retrieved Octobre, 2012, from <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/mi-mm/depression-fra.php>
- Atkinson, J. H., Slater, M. A., Patterson, T. L., Grant, I., & Garfin, S. R. (1991). Prevalence, onset, and risk of psychiatric disorders in men with chronic low back pain: a controlled study. *Pain, 45*(2), 111-121.
- Bair, M. J., Robinson, R. L., Eckert, G. J., Stang, P. E., Croghan, T. W., & Kroenke, K. (2004). Impact of pain on depression treatment response in primary care. *Psychosomatic medicine, 66*(1), 17-22.
- Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med, 163*(20), 2433-2445.
- Baldwin, D. S., Allgulander, C., Bandelow, B., Ferre, F., & Pallanti, S. (2012). An international survey of reported prescribing practice in the treatment of patients with generalised anxiety disorder. *World J Biol Psychiatry, 13*(7), 510-516.
- Bao, Y., Sturm, R., & Croghan, T. W. (2003). A national study of the effect of chronic pain on the use of health care by depressed persons. *Psychiatric services, 54*(5), 693-697.
- Barkin, R. L., Barkin, S. J., Irving, G. A., & Gordon, A. (2011). Management of chronic noncancer pain in depressed patients. *Postgrad Med, 123*(5), 143-154.
- Basbaum, A. I., Bautista, D. M., Scherrer, G., & Julius, D. (2009). Cellular and molecular mechanisms of pain. *Cell, 139*(2), 267-284.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol, 56*(6), 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 561-571.
- Beesdo, K., Hartford, J., Russell, J., Spann, M., Ball, S., & Wittchen, H. U. (2009). The short- and long-term effect of duloxetine on painful physical symptoms in patients with generalized anxiety disorder: results from three clinical trials. *J Anxiety Disord*, 23(8), 1064-1071.
- Beesdo, K., Hoyer, J., Jacobi, F., Low, N. C., Hofler, M., & Wittchen, H. U. (2009). Association between generalized anxiety levels and pain in a community sample: evidence for diagnostic specificity. *J Anxiety Disord*, 23(5), 684-693.
- Bennett, M. I., Attal, N., Backonja, M. M., Baron, R., Bouhassira, D., Freynhagen, R., . . . Jensen, T. S. (2007). Using screening tools to identify neuropathic pain. *Pain*, 127(3), 199-203.
- Berna, C., & Desmeules, J. (2009). [Cognitive and affective modulation of pain perception: mechanisms of certain clinical approaches revealed by neurosciences]. *Rev Med Suisse*, 5(208), 1352-1355.
- Blais, F. C., Gendron, L., Mimeault, V., & Morin, C. M. (1997). [Evaluation of insomnia: validity of 3 questionnaires]. *Encephale*, 23(6), 447-453.
- Bonica, J. J. (1990). Definitions and taxonomy of pain. In J. J. Bonica (Ed.), *The Management of Pain*, 2nd ed. (pp. 19-27). Philadelphia: Lea & Febriger.
- Bouhassira, D., Attal, N., Alchaar, H., Boureau, F., Brochet, B., Bruxelle, J., . . . Vicaut, E. (2005). Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*, 114(1-2), 29-36.
- Bouhassira, D., Lanteri-Minet, M., Attal, N., Laurent, B., & Touboul, C. (2008). Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*, 136(3), 380-387.
- Boulanger, A., Clark, A. J., Squire, P., Cui, E., & Horbay, G. L. (2007). Chronic pain in Canada: have we improved our management of chronic noncancer pain? *Pain Res Manag*, 12(1), 39-47.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*, 10(4), 287-333.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., 3rd, Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28(2), 193-213.

- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., 3rd, Monk, T. H., Hoch, C. C., Yeager, A. L., & Kupfer, D. J. (1991). Quantification of subjective sleep quality in healthy elderly men and women using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). *Sleep, 14*(4), 331-338.
- Cano, A., Gillis, M., Heinz, W., Geisser, M., & Foran, H. (2004). Marital functioning, chronic pain, and psychological distress. *Pain, 107*(1-2), 99-106.
- Castro, M., Kraychete, D., Daltro, C., Lopes, J., Menezes, R., & Oliveira, I. (2009). Comorbid anxiety and depression disorders in patients with chronic pain. *Arq Neuropsiquiatr, 67*(4), 982-985.
- Chaudakshetrin, P., Prateepavanich, P., Chira-Adisai, W., Tassanawipas, W., Leechavengvongs, S., & Kitisomprayoonkul, W. (2007). Cross-cultural adaptation to the Thai language of the neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *J Med Assoc Thai, 90*(9), 1860-1865.
- Cleeland, C. S., & Ryan, K. M. (1994). Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore, 23*(2), 129-138.
- Currie, S. R., & Wang, J. (2004). Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. *Pain, 107*(1-2), 54-60.
- Davidson, J., Krishnan, R., France, R., & Pelton, S. (1985). Neurovegetative symptoms in chronic pain and depression. *Journal of affective disorders, 9*(3), 213-218.
- Demyttenaere, K., Bonnewyn, A., Bruffaerts, R., Brugha, T., De Graaf, R., & Alonso, J. (2006). Comorbid painful physical symptoms and depression: prevalence, work loss, and help seeking. *Journal of affective disorders, 92*(2-3), 185-193.
- Dersh, J., Gatchel, R. J., Polatin, P., & Mayer, T. (2002). Prevalence of psychiatric disorders in patients with chronic work-related musculoskeletal pain disability. *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine, 44*(5), 459-468.
- Dowrick, C., Katona, C., Peveler, R., & Lloyd, H. (2005). Somatic symptoms and depression: diagnostic confusion and clinical neglect. *Br J Gen Pract, 55*(520), 829-830.
- Dudgeon, D., Raubertas, R. F., & Rosenthal, S. N. (1993). The short-form McGill Pain Questionnaire in chronic cancer pain. *J Pain Symptom Manage, 8*(4), 191-195.
- Dworkin, R. H., & Gitlin, M. J. (1991). Clinical aspects of depression in chronic pain patients. *Clin J Pain, 7*(2), 79-94.
- Dworkin, R. H., Turk, D. C., Farrar, J. T., Haythornthwaite, J. A., Jensen, M. P., Katz, N. P., . . . Immpact. (2005). Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain, 113*(1-2), 9-19.

- Dworkin, S. F., Von Korff, M., & LeResche, L. (1990). Multiple pains and psychiatric disturbance. An epidemiologic investigation. *Archives of general psychiatry*, *47*(3), 239-244.
- Eaton, W. W., Shao, H., Nestadt, G., Lee, H. B., Bienvenu, O. J., & Zandi, P. (2008). Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. *Archives of general psychiatry*, *65*(5), 513-520.
- Elliott, T. E., Renier, C. M., & Palcher, J. A. (2003). Chronic pain, depression, and quality of life: correlations and predictive value of the SF-36. *Pain Med*, *4*(4), 331-339.
- Elman, I., Zubieta, J. K., & Borsook, D. (2011). The missing p in psychiatric training: why it is important to teach pain to psychiatrists. *Archives of general psychiatry*, *68*(1), 12-20.
- Farrar, J. T., Young, J. P., Jr., LaMoreaux, L., Werth, J. L., & Poole, R. M. (2001). Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. *Pain*, *94*(2), 149-158.
- Fishbain, D. A. (1999). Approaches to treatment decisions for psychiatric comorbidity in the management of the chronic pain patient. *The Medical clinics of North America*, *83*(3), 737-760, vii.
- Fishbain, D. A., Cutler, R., Rosomoff, H. L., & Rosomoff, R. S. (1997). Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clin J Pain*, *13*(2), 116-137.
- Fishbain, D. A., Goldberg, M., Meagher, B. R., Steele, R., & Rosomoff, H. (1986). Male and female chronic pain patients categorized by DSM-III psychiatric diagnostic criteria. *Pain*, *26*(2), 181-197.
- French, D. J., Noel, 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*(3), 181-192.
- Gandek, B., Ware, J. E., Aaronson, N. K., Apolone, G., Bjorner, J. B., Brazier, J. E., . . . Sullivan, M. (1998). Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. *J Clin Epidemiol*, *51*(11), 1171-1178.
- Garcia-Cebrian, A., Gandhi, P., Demyttenaere, K., & Peveler, R. (2006). The association of depression and painful physical symptoms--a review of the European literature. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, *21*(6), 379-388.
- Garland, E. L. (2012). Pain processing in the human nervous system: a selective review of nociceptive and biobehavioral pathways. *Prim Care*, *39*(3), 561-571.

- Gaudiano, B. A., Dalrymple, K. L., & Zimmerman, M. (2009). Prevalence and clinical characteristics of psychotic versus nonpsychotic major depression in a general psychiatric outpatient clinic. *Depress Anxiety, 26*(1), 54-64.
- Gauthier, J., & Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du "State-Trait Anxiety Inventory" de Spielberger. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 25*, 559-578.
- Gerrits, M. M., Vogelzangs, N., van Oppen, P., van Marwijk, H. W., van der Horst, H., & Penninx, B. W. (2012). Impact of pain on the course of depressive and anxiety disorders. *Pain, 153*(2), 429-436.
- Goffaux, P., Michaud, K., Gaudreau, J., Chalaye, P., Rainville, P., & Marchand, S. (2011). Sex differences in perceived pain are affected by an anxious brain. *Pain, 152*(9), 2065-2073.
- Goffaux, P., Redmond, W. J., Rainville, P., & Marchand, S. (2007). Descending analgesia--when the spine echoes what the brain expects. *Pain, 130*(1-2), 137-143.
- Granot, M., & Ferber, S. G. (2005). The roles of pain catastrophizing and anxiety in the prediction of postoperative pain intensity: a prospective study. *Clin J Pain, 21*(5), 439-445.
- Greenberg, E. A., Ismeurt, R. L., & Long, C. O. (2002). Pain management resources. *Home Healthc Nurse, 20*(5), 339.
- Gureje, O., Von Korff, M., Simon, G. E., & Gater, R. (1998). Persistent pain and well-being: a World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA, 280*(2), 147-151.
- Holzel, L., Harter, M., Reese, C., & Kriston, L. (2011). Risk factors for chronic depression--a systematic review. *Journal of affective disorders, 129*(1-3), 1-13.
- Hopman, W. M., Towheed, T., Anastassiades, T., Tenenhouse, A., Poliquin, S., Berger, C., . . . Papadimitropoulos, E. (2000). Canadian normative data for the SF-36 health survey. Canadian Multicentre Osteoporosis Study Research Group. *CMAJ, 163*(3), 265-271.
- Hutton, H. E., Lyketsos, C. G., Zenilman, J. M., Thompson, R. E., & Erbeling, E. J. (2004). Depression and HIV risk behaviors among patients in a sexually transmitted disease clinic. *The American journal of psychiatry, 161*(5), 912-914.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain, 47*(3), 249-283.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Strom, S. E. (1995). The Chronic Pain Coping Inventory: development and preliminary validation. *Pain, 60*(2), 203-216.

- Johannes, C. B., Le, T. K., Zhou, X., Johnston, J. A., & Dworkin, R. H. (2010). The prevalence of chronic pain in United States adults: results of an Internet-based survey. *J Pain, 11*(11), 1230-1239.
- Karp, J. F., Scott, J., Houck, P., Reynolds, C. F., 3rd, Kupfer, D. J., & Frank, E. (2005). Pain predicts longer time to remission during treatment of recurrent depression. *The Journal of clinical psychiatry, 66*(5), 591-597.
- Katon, W., Egan, K., & Miller, D. (1985). Chronic pain: lifetime psychiatric diagnoses and family history. *The American journal of psychiatry, 142*(10), 1156-1160.
- Katon, W., Unutzer, J., & Russo, J. (2010). Major depression: the importance of clinical characteristics and treatment response to prognosis. *Depress Anxiety, 27*(1), 19-26.
- Keller, S., Bann, C. M., Dodd, S. L., Schein, J., Mendoza, T. R., & Cleeland, C. S. (2004). Validity of the brief pain inventory for use in documenting the outcomes of patients with noncancer pain. *Clin J Pain, 20*(5), 309-318.
- Keogh, E., Ellery, D., Hunt, C., & Hannent, I. (2001). Selective attentional bias for pain-related stimuli amongst pain fearful individuals. *Pain, 91*(1-2), 91-100.
- Kirmayer, L. J., Robbins, J. M., Dworkin, M., & Yaffe, M. J. (1993). Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *The American journal of psychiatry, 150*(5), 734-741.
- Knaster, P., Karlsson, H., Estlander, A. M., & Kalso, E. (2012). Psychiatric disorders as assessed with SCID in chronic pain patients: the anxiety disorders precede the onset of pain. *Gen Hosp Psychiatry, 34*(1), 46-52.
- Large, R., New, F., Strong, J., & Unruh, A. (2002). Chronic pain and psychiatric problems. In J. Strong, A. Unruh, A. Wright & G. Baxter (Eds.), *Pain: A textbook for therapists* (pp. 425-442). Toronto: Churchill Livingstone.
- Large, R. G. (1986). DSM-III diagnoses in chronic pain. Confusion or clarity? *The Journal of nervous and mental disease, 174*(5), 295-303.
- Lautenbacher, S., & Krieg, J. C. (1994). Pain perception in psychiatric disorders: a review of the literature. *Journal of psychiatric research, 28*(2), 109-122.
- Lautenbacher, S., Roscher, S., Strian, D., Fassbender, K., Krumrey, K., & Krieg, J. C. (1994). Pain perception in depression: relationships to symptomatology and naloxone-sensitive mechanisms. *Psychosomatic medicine, 56*(4), 345-352.
- Le Bars, D., Dickenson, A. H., & Besson, J. M. (1979). Diffuse noxious inhibitory controls (DNIC). I. Effects on dorsal horn convergent neurones in the rat. *Pain, 6*(3), 283-304.

- Leo, R. J., Pristach, C. A., & Streltzer, J. (2003). Incorporating pain management training into the psychiatry residency curriculum. *Academic psychiatry: the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 27(1), 1-11.
- Leuchter, A. F., Husain, M. M., Cook, I. A., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Gilmer, W. S., . . . Rush, A. J. (2010). Painful physical symptoms and treatment outcome in major depressive disorder: a STAR*D (Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression) report. *Psychological medicine*, 40(2), 239-251.
- Lin, E. H., Katon, W., Von Korff, M., Tang, L., Williams, J. W., Jr., Kroenke, K., . . . Investigators, I. (2003). Effect of improving depression care on pain and functional outcomes among older adults with arthritis: a randomized controlled trial. *JAMA*, 290(18), 2428-2429.
- Marchand, S. (2009). *Le phénomène de la douleur*. Montréal: Chenelière Éducation.
- McBeth, J., Macfarlane, G. J., Benjamin, S., & Silman, A. J. (2001). Features of somatization predict the onset of chronic widespread pain: results of a large population-based study. *Arthritis Rheum*, 44(4), 940-946.
- McCracken, L. M., & Iverson, G. L. (2002). Disrupted sleep patterns and daily functioning in patients with chronic pain. *Pain Res Manag*, 7(2), 75-79.
- McWilliams, L. A., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain*, 106(1-2), 127-133.
- Means-Christensen, A. J., Roy-Byrne, P. P., Sherbourne, C. D., Craske, M. G., & Stein, M. B. (2008). Relationships among pain, anxiety, and depression in primary care. *Depress Anxiety*, 25(7), 593-600.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277-299.
- Melzack, R. (1987). The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 30(2), 191-197.
- Melzack, R., & Casey, K. L. (1968). Sensory, motivational, and central control determinants of pain: A new conceptual model. In D. Kenshalo (Ed.), *The Skin Senses* (pp. 423-429). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150(3699), 971-979.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms (2nd ed.)*. Seattle: IASP Press.

- Merskey, H., Lau, C. L., Russell, E. S., Brooke, R. I., James, M., Lappano, S., . . .
Tilsworth, R. H. (1987). Screening for psychiatric morbidity. The pattern of
psychological illness and premorbid characteristics in four chronic pain populations.
Pain, 30(2), 141-157.
- Miller, L. R., & Cano, A. (2009). Comorbid chronic pain and depression: who is at risk? *J
Pain*, 10(6), 619-627.
- Moulin, D. E., Clark, A. J., Speechley, M., & Morley-Forster, P. K. (2002). Chronic pain in
Canada--prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Res
Manag*, 7(4), 179-184.
- Munce, S. E., & Stewart, D. E. (2007). Gender differences in depression and chronic pain
conditions in a national epidemiologic survey. *Psychosomatics*, 48(5), 394-399.
- Munce, S. E., Weller, I., Robertson Blackmore, E. K., Heinmaa, M., Katz, J., & Stewart, D.
E. (2006). The role of work stress as a moderating variable in the chronic pain and
depression association. *Journal of psychosomatic research*, 61(5), 653-660.
- Nashold, B., & Briedman, H. (1977). Neurosurgical relief of pain. In D. C. Sabiston (Ed.),
Textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice (11th ed.).
Philadelphia: WB Saunders Co.
- Oei, T. P., Evans, L., & Crook, G. M. (1990). Utility and validity of the STAI with anxiety
disorder patients. *The British journal of clinical psychology / the British
Psychological Society*, 29 (Pt 4), 429-432.
- Ohayon, M. M., & Stingl, J. C. (2012). Prevalence and comorbidity of chronic pain in the
German general population. *Journal of psychiatric research*, 46(4), 444-450.
- Okifuji, A., & Hare, B. D. (2011). Do sleep disorders contribute to pain sensitivity? *Curr
Rheumatol Rep*, 13(6), 528-534.
- Osman, A., Barrios, F. X., Gutierrez, P. M., Williams, J. E., & Bailey, J. (2008).
Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II in nonclinical
adolescent samples. *Journal of clinical psychology*, 64(1), 83-102.
- Perez, C., Galvez, R., Huelbes, S., Insausti, J., Bouhassira, D., Diaz, S., & Rejas, J. (2007).
Validity and reliability of the Spanish version of the DN4 (Douleur Neuropathique
4 questions) questionnaire for differential diagnosis of pain syndromes associated to
a neuropathic or somatic component. *Health Qual Life Outcomes*, 5, 66.
- Pilowsky, I., Chapman, C. R., & Bonica, J. J. (1977). Pain, depression, and illness behavior
in a pain clinic population. *Pain*, 4(2), 183-192.
- Polatin, P. B., Kinney, R. K., Gatchel, R. J., Lillo, E., & Mayer, T. G. (1993). Psychiatric
illness and chronic low-back pain. The mind and the spine--which goes first? *Spine*,
18(1), 66-71.

- Poundja, J., Fikretoglu, D., Guay, S., & Brunet, A. (2007). Validation of the French version of the brief pain inventory in Canadian veterans suffering from traumatic stress. *J Pain Symptom Manage*, 33(6), 720-726.
- Quartana, P. J., Campbell, C. M., & Edwards, R. R. (2009). Pain catastrophizing: a critical review. *Expert Rev Neurother*, 9(5), 745-758.
- Rainville, P. (2002). Brain mechanisms of pain affect and pain modulation. *Current opinion in neurobiology*, 12(2), 195-204.
- Ramage-Morin, P. L., & Gilmour, H. (2010). Chronic pain at ages 12 to 44. *Health Rep*, 21(4), 53-61.
- Reich, J., Tupin, J. P., & Abramowitz, S. I. (1983). Psychiatric diagnosis of chronic pain patients. *The American journal of psychiatry*, 140(11), 1495-1498.
- Reitsma, M., Tranmer, J. E., Buchanan, D. M., & VanDenKerkhof, E. G. (2012). The epidemiology of chronic pain in Canadian men and women between 1994 and 2007: longitudinal results of the National Population Health Survey. *Pain Res Manag*, 17(3), 166-172.
- Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A., & Sauer, H. (1998). On the validity of the Beck Depression Inventory. A review. *Psychopathology*, 31(3), 160-168.
- Romano, J. M., Jensen, M. P., & Turner, J. A. (2003). The Chronic Pain Coping Inventory-42: reliability and validity. *Pain*, 104(1-2), 65-73.
- Rule, W. R., & Traver, M. D. (1983). Test-retest reliabilities of State-Trait Anxiety Inventory in a stressful social analogue situation. *J Pers Assess*, 47(3), 276-277.
- Rush, A. J., Polatin, P., & Gatchel, R. J. (2000). Depression and chronic low back pain: establishing priorities in treatment. *Spine*, 25(20), 2566-2571.
- Schafer, J. L. (1999). Multiple imputation: a primer. *Stat Methods Med Res*, 8(1), 3-15.
- Schatzberg, A. F. (2004). The relationship of chronic pain and depression. *The Journal of clinical psychiatry*, 65 Suppl 12, 3-4.
- Schopflocher, D., Taenzer, P., & Jovey, R. (2011). The prevalence of chronic pain in Canada. *Pain Res Manag*, 16(6), 445-450.
- Sharp, T. J., & Harvey, A. G. (2001). Chronic pain and posttraumatic stress disorder: mutual maintenance? *Clinical psychology review*, 21(6), 857-877.
- Smith, G. R. (1992). The epidemiology and treatment of depression when it coexists with somatoform disorders, somatization, or pain. *Gen Hosp Psychiatry*, 14(4), 265-272.

- Smith, M. T., & Haythornthwaite, J. A. (2004). How do sleep disturbance and chronic pain inter-relate? Insights from the longitudinal and cognitive-behavioral clinical trials literature. *Sleep Med Rev*, 8(2), 119-132.
- Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 51(2), 100-113.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., & Krasner, S. S. (1988). The assessment of State and Trait anxiety. In G. D. Burrows, M. Roth & R. J. Noyes (Eds.), *Handbook of Anxiety* (Vol. 2, pp. 31-51). Amsterdam: Elsevier Science Publishers.
- Stahl, S., & Briley, M. (2004). Understanding pain in depression. *Human psychopharmacology*, 19 Suppl 1, S9-S13.
- Stein, M. B., Chartier, M., & Walker, J. R. (1993). Sleep in nondepressed patients with panic disorder: I. Systematic assessment of subjective sleep quality and sleep disturbance. *Sleep*, 16(8), 724-726.
- Stevensen, C. (1995). Non-pharmacological aspects of acute pain management. *Complementary therapies in nursing & midwifery*, 1(3), 77-84.
- Sullivan, M. D., Edlund, M. J., Steffick, D., & Unutzer, J. (2005). Regular use of prescribed opioids: association with common psychiatric disorders. *Pain*, 119(1-3), 95-103.
- Sullivan, M. J., Rodgers, W. M., & Kirsch, I. (2001). Catastrophizing, depression and expectancies for pain and emotional distress. *Pain*, 91(1-2), 147-154.
- Sullivan, M. J., Stanish, W., Waite, H., Sullivan, M., & Tripp, D. A. (1998). Catastrophizing, pain, and disability in patients with soft-tissue injuries. *Pain*, 77(3), 253-260.
- Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., & Pivick, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychological Assessment*, 7(4), 524-532.
- Sullivan, M. J. L., Tripp, D. A., & Santor, D. (2000). Gender Differences in Pain and Pain Behavior: The Role of Catastrophizing. *Cogn Ther Res*, 24(1), 121-134.
- Tan, G., Jensen, M. P., Robinson-Whelen, S., Thornby, J. I., & Monga, T. N. (2001). Coping with chronic pain: a comparison of two measures. *Pain*, 90(1-2), 127-133.
- Tang, J., & Gibson, S. J. (2005). A psychophysical evaluation of the relationship between trait anxiety, pain perception, and induced state anxiety. *J Pain*, 6(9), 612-619.

- Teh, C. F., Morone, N. E., Karp, J. F., Belnap, B. H., Zhu, F., Weiner, D. K., & Rollman, B. L. (2009). Pain interference impacts response to treatment for anxiety disorders. *Depress Anxiety, 26*(3), 222-228.
- Theodore, B. R., Kishino, N. D., & Gatchel, R. J. (2012). Biopsychosocial Factors that Perpetuate Chronic Pain, Impairment, and Disability. *Psychol. Inj. Law, 1*(3), 182-190.
- Thienhaus, O., & Cole, B. E. (2002). Classification of pain. In R. Weiner (Ed.), *Pain management: a practical guide for clinicians, 6th ed.* (pp. 28). Boca Raton: CRC Press.
- Truchon, M., & Cote, D. (2005). Predictive validity of the Chronic Pain Coping Inventory in subacute low back pain. *Pain, 116*(3), 205-212.
- Truchon, M., Cote, D., & Irachabal, S. (2006). The Chronic Pain Coping Inventory: confirmatory factor analysis of the French version. *BMC Musculoskelet Disord, 7*, 13.
- Tsang, A., Von Korff, M., Lee, S., Alonso, J., Karam, E., Angermeyer, M. C., . . . Watanabe, M. (2008). Common chronic pain conditions in developed and developing countries: gender and age differences and comorbidity with depression-anxiety disorders. *J Pain, 9*(10), 883-891.
- Turk, D. C., Dworkin, R. H., Allen, R. R., Bellamy, N., Brandenburg, N., Carr, D. B., . . . Witter, J. (2003). Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain, 106*(3), 337-345.
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2001). Pain Terms and Taxonomies of Pain. In J. D. Loeser (Ed.), *Bonica's Management of Pain, 3rd ed.* (pp. 17-25). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *J Consult Clin Psychol, 70*(3), 678-690.
- Veilleux, S., Sicard, D., & Bohuon, A. (1989). Traduction du McGill Pain Questionnaire. In R. Melzack & P. D. Wall (Eds.), *Le Défi de la Douleur, 3e ed.* (pp. 290). St-Hyacinthe: Edisem.
- Villemure, C., & Bushnell, M. C. (2002). Cognitive modulation of pain: how do attention and emotion influence pain processing? *Pain, 95*(3), 195-199.
- Von Korff, M., Dworkin, S. F., Le Resche, L., & Kruger, A. (1988). An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain, 32*(2), 173-183.
- Wallston, K. A., Stein, M. J., & Smith, C. A. (1994). Form C of the MHLIC scales: a condition-specific measure of locus of control. *J Pers Assess, 63*(3), 534-553.

- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Educ Monogr*, 6(2), 160-170.
- Wang, S. J., Fuh, J. L., Lu, S. R., & Juang, K. D. (2001). Quality of life differs among headache diagnoses: analysis of SF-36 survey in 901 headache patients. *Pain*, 89(2-3), 285-292.
- Ware, J., Jr., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*, 34(3), 220-233.
- Ware, J. J. (1994). *SF-36 Physical and Mental health summary scales: A user's manual*. Boston: The Health Institute, New England Medical Center.
- Wiersma, J. E., Hovens, J. G., van Oppen, P., Giltay, E. J., van Schaik, D. J., Beekman, A. T., & Penninx, B. W. (2009). The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults. *The Journal of clinical psychiatry*, 70(7), 983-989.
- Wilkie, D. J., Savedra, M. C., Holzemer, W. L., Tesler, M. D., & Paul, S. M. (1990). Use of the McGill Pain Questionnaire to measure pain: a meta-analysis. *Nurs Res*, 39(1), 36-41.
- Winefield, H. R., Coventry, B. J., Pradhan, M., Harvey, E., & Lambert, V. A. (2003). A comparison of women with breast cancer who do and do not seek support from the internet. *Australian Journal of Psychology*, 55, 30-34.
- Wise, T. N., Fishbain, D. A., & Holder-Perkins, V. (2007). Painful physical symptoms in depression: a clinical challenge. *Pain Med*, 8 Suppl 2, S75-82.
- Wise, T. N., Meyers, A. L., Desai, D., Mallinckrodt, C. H., Robinson, M. J., & Kajdasz, D. K. (2008). The significance of treating somatic symptoms on functional outcome improvement in patients with major depressive disorder: a post hoc analysis of 2 trials. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 10(4), 270-275.
- Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Beesdo, K., Krause, P., Hofler, M., & Hoyer, J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *The Journal of clinical psychiatry*, 63 Suppl 8, 24-34.
- Wong, W. S., Chen, P. P., Yap, J., Mak, K. H., Tam, B. K., & Fielding, R. (2011). Chronic pain and psychiatric morbidity: a comparison between patients attending specialist orthopedics clinic and multidisciplinary pain clinic. *Pain Med*, 12(2), 246-259.
- Wood-Dauphinee, S. (2000). The Canadian SF-36 health survey: Normative data add to its value. *CMAJ*, 163(3), 283.
- Woolf, C. J. (2010). What is this thing called pain? *J Clin Invest*, 120(11), 3742-3744.

- Wright, M. T. (2009). Training psychiatrists in nonpsychiatric medicine: what do our patients and our profession need? *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 33(3), 181-186.
- Yap, J. C., Lau, J., Chen, P. P., Gin, T., Wong, T., Chan, I., . . . Wong, E. (2008). Validation of the Chinese Pain Catastrophizing Scale (HK-PCS) in patients with chronic pain. *Pain Med*, 9(2), 186-195.

ANNEXE I – Notice d’admissibilité

No. du participant : _____

**NOTICE D'ADMISSIBILITÉ
ÉTUDE SUR LA DOULEUR CHRONIQUE**

Critères d'inclusion :

- Le patient présente une douleur depuis au moins 3 mois.
- Le patient est âgé de 18 ans à 65 ans.
- Le patient n'a aucun cancer actuellement.
- Le patient n'a pas subi une chirurgie au cours des 12 derniers mois
- Le patient est jugé apte à compléter le questionnaire.

Date : Année _____ Mois _____ Jour _____

Prénom :

Nom de famille :

Téléphone :

6. Clinicien référent : , Dr. Cloutier , Dr. Jacques , Mme Lachapelle

 Refus

Date : Année _____ Mois _____ Jour _____

Âge :

Raison du refus :

Type(s) de douleur chronique :

ANNEXE II – Évaluation clinique

ÉVALUATION CLINIQUE DE LA DOULEUR CHRONIQUE

☞ Date d'inscription : Année _____ Mois _____ Jour _____ (Date d'ouverture du dossier)

☞ Type de douleur chronique

Quelle(s) condition(s) est à l'origine des symptômes douloureux chroniques de votre patient ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Migraines chroniques |
| <input type="checkbox"/> Arthrite rhumatoïde | <input type="checkbox"/> Neuropathie diabétique |
| <input type="checkbox"/> Céphalées quotidiennes chroniques | <input type="checkbox"/> Névralgie du trijumeau |
| <input type="checkbox"/> Cervicalgie | <input type="checkbox"/> Ostéoporose |
| <input type="checkbox"/> Colite ulcéreuse | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Douleur pelvienne | <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques |
| <input type="checkbox"/> Douleurs post chirurgicales chroniques | <input type="checkbox"/> Syndrome du colon irritable |
| <input type="checkbox"/> Douleurs menstruelles importantes | <input type="checkbox"/> Syndrome douloureux régional complexe |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> Trauma |
| <input type="checkbox"/> Hernie discale | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Lombalgie | |

Précisions : _____

Type de douleur:	Origine	Caractéristiques
<input type="checkbox"/> Douleur somatique	Origine de la peau, muscles, ligaments, os <i>ex : arthrite, fracture, chirurgie</i>	- Généralement assez bien localisée. - Peut être modifiée par la mobilisation.
<input type="checkbox"/> Douleur viscérale	Générée par un processus inflammatoire touchant : ▪ Organe interne plein <i>ex : foie</i> ▪ Organe creux <i>ex : intestin</i>	- Crampiforme. - Douleur sourde, vague, mal localisée.
<input type="checkbox"/> Douleur neuropathique	Peut survenir lors d'une lésion nerveuse ou un mauvais fonctionnement d'un nerf.	- Douleur comme une brûlure, chocs électriques, constante ou en crise.

☞ Interrogatoire du patient
Question 1 : La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes?

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Question 2 : La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants?

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. Picotements	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

☞ Examen du patient
Question 3 : La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Question 4 : La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

☞ Symptomatologie psychiatrique

En plus de présenter de la douleur chronique, le patient est il **actuellement** diagnostiqué comme souffrant de l'une des conditions médicales suivantes?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Trouble obsessionnel compulsif |
| <input type="checkbox"/> Trouble unipolaire | <input type="checkbox"/> Syndrome de stress post-traumatique |
| <input type="checkbox"/> Trouble bipolaire <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II | <input type="checkbox"/> Trouble d'adaptation |
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'humeur non spécifié | <input type="checkbox"/> Trouble psychotique non spécifié |
| <input type="checkbox"/> Trouble d'anxiété généralisé | <input type="checkbox"/> TDAH |
| <input type="checkbox"/> Trouble d'anxiété non spécifié | <input type="checkbox"/> Schizophrénie |
| <input type="checkbox"/> Trouble panique | <input type="checkbox"/> Schizo-affectif |
| <input type="checkbox"/> Anxiété sociale (Phobie sociale) | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

☞ Antécédents psychiatriques personnels et familiaux

Nombre d'épisodes dépressifs au cours de la vie du patient? _____

Antécédents	Personnels À vie	Familiaux Père, Mère, Frère(s), Sœur(s), Fils, Fille(s)
Aucun	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
Trouble unipolaire	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Trouble bipolaire	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Trouble de l'humeur non spécifié	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Trouble d'anxiété généralisé	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Trouble d'anxiété non spécifié	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Trouble panique	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
Anxiété sociale	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
Trouble obsessionnel compulsif	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
Syndrome de stress post-traumatique	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
Trouble d'adaptation	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
Trouble psychotique non spécifié	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 11
TDAH	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 12
Schizophrénie	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 13
Schizo-affectif	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 14
Autre :	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 15

ANNEXE III – Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

v2

Titre du projet de recherche :

Caractéristiques psychophysiques de la douleur dans une population de patients souffrant de symptômes douloureux chroniques: Impact sur la santé mentale, la qualité de vie et le sommeil.

Investigateur principal: Serge Marchand, PhD^{1,2}

Co-investigateurs : Anais Lacasse, PhD^{1,3}
 Guylène Cloutier, MD³
 Stéphanie Jacques, MD³
 Isabelle Gaumont, PhD⁴

- 1 Département de Neurochirurgie, Faculté de Médecine, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada
- 2 Centre de Recherche Clinique Étienne-Le Bel, Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada
- 3 CIRCÉE - Centre d'investigation et de recherche clinique, Cabinet médical spécialisé États d'Esprit, Rouyn-Noranda, Québec, Canada
- 4 Unité d'enseignement et de recherche en sciences de la santé, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, Rouyn-Noranda, Québec, Canada

Source de financement : Ce projet de recherche sera financé à partir d'une subvention de recherche des IRSC du Dr. Serge Marchand

Durée du projet : Février 2009 à Mai 2010

BUT DE LA RECHERCHE :

Le but de ce projet de recherche est de distinguer les mécanismes de contrôle et les caractéristiques cliniques de la douleur, les stratégies d'ajustement, le fonctionnement psychologique, la qualité de vie et la qualité du sommeil des patients souffrant de symptômes douloureux chroniques en général, ainsi qu'au niveau de certains sous-groupes. Ce projet de recherche aura aussi pour but de mesurer l'impact de la douleur chronique sur la santé mentale, la qualité de vie et la qualité du sommeil après 4 mois de suivi.

Vous êtes donc invité(e) à participer à ce projet de recherche réalisé au Cabinet Médical Spécialisé États d'Esprit de Rouyn-Noranda en collaboration avec l'Université de Sherbrooke et l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT). Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet. S'il y a des mots ou des éléments que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devez signer le consentement à la fin de ce document. Nous vous en remettrons une copie pour vos dossiers.

DESCRIPTION DE VOTRE PARTICIPATION À LA RECHERCHE :

Votre participation dans ce projet de recherche consiste à :

- 1) Consacrer 40 minutes de votre temps pour remplir un **questionnaire** qui vous sera remis à la sortie de votre visite d'aujourd'hui au Cabinet Médical Spécialisé États d'Esprit.
- 2) Consacrer 40 minutes de votre temps pour remplir un **second questionnaire** qui vous sera remis à la sortie de votre visite au Cabinet Médical Spécialisé États d'Esprit dans 4 mois.
- 3) Nous vous demandons également la permission de consulter votre **dossier médical** au Cabinet Médical Spécialisé États d'Esprit **ainsi que votre dossier pharmaceutique** de la pharmacie pour recueillir des informations sur votre état de santé et votre histoire médicamenteuse.

Les questionnaires qui vous seront remis lors de votre recrutement et après 4 mois de suivi permettront de recueillir des informations sur vos symptômes douloureux et les moyens que vous utilisez pour y remédier, votre fonctionnement psychologique, votre qualité de vie, la qualité de votre sommeil ainsi que des renseignements d'ordre général sur vos habitudes de vie et votre statut sociodémographique. On vous demandera de répondre à ces questionnaires à la maison au cours de la semaine qui suit votre visite médicale.

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

Il n'y a aucun risque potentiel associé à cette étude. Un des inconvénients, s'il en est, sera de consacrer de votre temps pour remplir les questionnaires.

Dans le cas où le fait de répondre au questionnaire vous occasionnait un inconfort psychologique, Dr. Cloutier sera disponible pour vous rencontrer. Au besoin, un rendez-vous sera pris.

DESCRIPTION DES AVANTAGES À PARTICIPER À LA RECHERCHE :

Il n'y a pas de bienfaits personnels directs reliés à la participation à cette étude. Votre participation est entièrement volontaire et votre refus de participer n'aura aucune incidence sur votre relation présente ou future avec les chercheurs. Par contre, la réalisation de l'étude permettra de mieux connaître les mécanismes endogènes de contrôle de la douleur, les caractéristiques de la douleur chronique ainsi que son impact sur la santé mentale, la qualité de vie et la qualité du sommeil ce qui pourrait éventuellement mener à un meilleur traitement des douleurs chroniques.

DESCRIPTION DES MESURES ET DES ENGAGEMENTS À LA CONFIDENTIALITÉ :

Tous les renseignements obtenus sur vous dans le cadre de ce projet de recherche seront confidentiels et aucune identification personnelle ne sera informatisée. Pour ce faire, ces renseignements seront codés grâce à un numéro de participant. Seuls les investigateurs mentionnés dans le présent formulaire détiendront le lien qui permet de vous identifier. Les dossiers sous étude seront conservés au Centre d'investigation et de recherche États d'Esprit pour une durée de deux ans après la fin de l'étude. Cependant, aux fins de vérifier la saine gestion de la recherche, il est possible qu'un délégué du Comité d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains de l'UQAT consulte les données de recherche. Les résultats de cette étude pourront être publiés ou communiqués dans un congrès scientifique, mais aucune information pouvant vous identifier ne sera alors dévoilée.

COÛTS ET RÉMUNÉRATION :

La participation à cette étude n'est pas rémunérée.

COMMERCIALISATION DES RÉSULTATS ET/OU CONFLITS D'INTÉRÊTS :

Les résultats de cette étude ne seront pas commercialisés. Dans le cadre de cette étude, l'investigateur ainsi que les co-investigateurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

DIFFUSION DES RÉSULTATS :

Comme mentionné précédemment, les résultats de cette étude pourront être publiés ou communiqués dans des congrès ou des journaux scientifiques.

LA PARTICIPATION DANS UNE RECHERCHE EST VOLONTAIRE

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à tout moment en faisant connaître votre décision aux investigateurs mentionnés dans le présent formulaire. De plus, toute nouvelle connaissance susceptible de remettre en question votre participation vous sera communiquée. Votre refus de participer à l'étude ou de vous y soustraire n'entraînera pour vous aucune influence sur la qualité, la quantité ou le délai d'obtention des soins médicaux.

Pour tout renseignement supplémentaire concernant vos droits, vous pouvez vous adresser au :
Comité d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (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

SIGNATURES

On m'a expliqué la nature et le déroulement du projet de recherche. J'ai pris connaissance du formulaire de consentement et on m'en a remis un exemplaire. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu. Je suis conscient(e) que je peux retirer mon consentement à n'importe quel moment sans que cela affecte mon suivi médical ou mon traitement. Après réflexion, j'accepte de participer à ce projet de recherche.

Nom du participant ou tiers autorisé (lettres mouées)

Signature

Date

Le projet de recherche a été décrit au participant ainsi que les modalités de la participation. Un des investigateurs a répondu à ses questions et lui a expliqué que la participation au projet de recherche est libre et volontaire. Les investigateurs s'engagent à respecter ce qui a été convenu dans le formulaire de consentement.

Ce consentement était obtenu par :

Nom du chercheur ou agent de recherche
(Nom en caractères d'imprimerie)

Signature

Date

QUESTIONS

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

Anais Lacasse, PhD

CIRCÉE - Centre d'investigation et de recherche clinique États d'Esprit

173, avenue Mercier

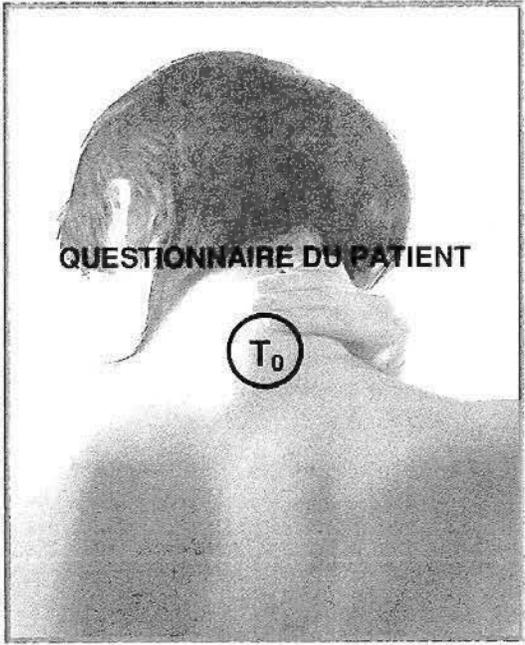
Rouyn-Noranda (Qc) J9X 4X6

Téléphone : (819) 797-6300

Veillez conserver un exemplaire de ce formulaire pour vos dossiers.

ANNEXE IV – Questionnaire autoadministré

No. du participant : _____



**CARACTÉRISTIQUES PSYCHOPHYSIQUES DE LA DOULEUR DANS UNE POPULATION
DE PATIENTS SOUFFRANT DE SYMPTÔMES DOULOUREUX CHRONIQUES : IMPACT
SUR LA SANTÉ MENTALE, LA QUALITÉ DE VIE ET LE SOMMEIL.**

Les questions suivantes concernent vos symptômes douloureux habituels.

Veillez inscrire vos réponses et cocher les énoncés qui vous concernent, au meilleur de votre connaissance.

1. Date d'aujourd'hui : année _____ mois _____ jour _____

2. Depuis combien de temps ressentez-vous de la douleur?
 - Depuis moins de 6 mois
 - Entre 6 et 11 mois
 - Entre 12 et 36 mois
 - Depuis plus de 3 ans : Spécifiez depuis combien d'années : _____

3. Avez-vous de la douleur tous les jours? Oui , Non .

4. En moyenne, combien de jours par mois ressentez-vous de la douleur?
 - 0-7 jours
 - 8-14 jours
 - 15-21 jours
 - plus de 21 jours

5. Votre douleur est-elle localisée dans l'un ou l'autre des sites suivants?
(Si nécessaire, cocher plusieurs cases)

<input type="checkbox"/> Tête/ Maux de tête	<input type="checkbox"/> Dos
<input type="checkbox"/> Bouche	<input type="checkbox"/> Hanches
<input type="checkbox"/> Cou	<input type="checkbox"/> Régions anales ou génitales
<input type="checkbox"/> Épaules	<input type="checkbox"/> Jambes
<input type="checkbox"/> Bras	<input type="checkbox"/> Genoux
<input type="checkbox"/> Mains/ Doigts/ Poignets	<input type="checkbox"/> Pieds/ Chevilles
<input type="checkbox"/> Poitrine	<input type="checkbox"/> Articulations en général
<input type="checkbox"/> Abdomen/ Estomac	<input type="checkbox"/> Autre(s) : _____

6. Pensez-vous avoir développé des symptômes psychologiques en raison de vos symptômes douloureux (ex : dépression, anxiété, etc.)? Oui , Non .

INTENSITÉ ET ASPECT DÉSAGRÉABLE DE LA DOULEUR

Il est important de distinguer deux aspects de la douleur, soit l'**intensité** et son **aspect désagréable**. Afin de mieux illustrer ce concept, voici deux exemples :

Exemple 1. Il est possible de comparer la douleur au son d'une radio. L'**intensité** de la douleur est comparable au volume de la musique et l'**aspect désagréable** est comparable à l'appréciation de la mélodie.

Exemple 2. Une gifle reçue pourrait être perçue comme une douleur de **faible intensité**, mais très **désagréable**, étant donné son côté humiliant.

À l'opposé, la douleur causée par un accouchement naturel peut être perçue comme étant de **forte intensité**, mais puisque l'accouchement est associé à un événement heureux, l'**aspect désagréable** de la douleur est moindre.

Les lignes ci-dessous représentent l'**intensité** croissante de vos symptômes douloureux habituels, allant de « aucune douleur » à « la pire douleur que vous puissiez imaginer ».

1. Placez un trait vertical () sur la ligne à l'endroit qui correspond le mieux à l'**intensité** de votre douleur au cours de la dernière semaine.

Aucune douleur  La pire douleur que vous puissiez imaginer

2. Placez un trait vertical sur la ligne à l'endroit qui correspond le mieux à l'**intensité** de votre douleur au cours des dernières 24 heures.

Aucune douleur  La pire douleur que vous puissiez imaginer

Les lignes ci-dessous représentent l'**aspect désagréable** de vos symptômes douloureux habituels, allant de « non déplaisante » à « la plus déplaisante que vous puissiez imaginer ».

3. Placez un trait vertical sur la ligne à l'endroit qui correspond le mieux à l'**aspect désagréable** de votre douleur au cours de la dernière semaine.

Douleur non déplaisante  Douleur la plus déplaisante que vous puissiez imaginer

4. Placez un trait vertical sur la ligne à l'endroit qui correspond le mieux à l'**aspect désagréable** de votre douleur au cours des dernières 24 heures.

Douleur non déplaisante  Douleur la plus déplaisante que vous puissiez imaginer

LE BRIEF PAIN INVENTORY (BPI)

Mode d'emploi :

- Veuillez entourer le chiffre qui décrit le mieux votre expérience douloureuse.
- Entourez un seul chiffre par question.

MESURE DE SÉVÉRITÉ

SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus intense que vous ayez ressentie pendant les dernières 24 heures.											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas de douleur											Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer
SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus faible que vous ayez ressentie pendant les dernières 24 heures.											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas de douleur											Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer
SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur en général.											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas de douleur											Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer
SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur en ce moment.											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas de douleur											Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer

Copyright 1991 Charles S. Cleeland, Ph.D.
Pain Research Group
Used by permission.

MESURE D'INTERFÉRENCE

Entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, pendant les dernières 24 heures, la douleur a gêné votre :

A. Activité générale

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas									Gêne complètement	

B. Humeur

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas									Gêne complètement	

C. Capacité à marcher

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas									Gêne complètement	

D. Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas									Gêne complètement	

E. Relation avec les autres

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas									Gêne complètement	

F. Sommeil

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas									Gêne complètement	

G. Goût de vivre

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas									Gêne complètement	

Copyright 1991 Charles S. Cleeland, Ph.D.
Pain Research Group
Used by permission.

Copyright 1991 Charles S. Cleeland, Ph.D.

Pain Research Group

Le Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ)

Mode d'emploi :

- Vous trouverez ici une liste de mots pour décrire votre douleur **telle que vous la ressentez en général**.
- Pour chacun d'eux, précisez l'intensité de chacun de ces symptômes.
- Cochez **une seule réponse** par question.

	Absente	Légère	Moderée	Fort
1. Lancinante <i>(qui élançe, qui tiraille)</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Fulgurante	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. En coups de poignard	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Aiguë	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Pareille à une crampe	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Pareille à une morsure	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Cuisante-Brûlante	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. Diffuse	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. Qui pèse	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10. Sensible au toucher	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
11. Déchirante	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
12. Fatigante-Épuisante	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
13. À donner la nausée	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14. Angoissante	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15. Violente-Cruelle	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

SOULAGEMENT DE LA DOULEUR

1. Pour soulager vos symptômes douloureux, utilisez-vous actuellement des médicaments prescrits par un médecin? Oui , Non .
 - 1.1. Si oui, lesquels?

 2. Pour soulager vos symptômes douloureux, utilisez-vous actuellement des médicaments en vente libre (ne nécessitant pas la prescription d'un médecin lors de l'achat ex : Aspirine[®], Tylenol[®], ou Advil[®])? Oui , Non .
 - 2.1. Si oui, lesquels?

 3. Pour soulager vos symptômes douloureux, utilisez-vous actuellement des produits naturels ou homéopathiques (ex : cannabis, huile de poisson, glucosamine, griffe du diable, baume du tigre)? Oui , Non .
 - 3.1. Si oui, lesquels?

 4. Pour soulager vos symptômes douloureux, utilisez-vous actuellement des médecines complémentaires alternatives (ex : acupression, acupuncture, aromathérapie, groupes d'entraide, hypnose, massothérapie, neurostimulation électrique transcutanée-*TENS*, etc.)? Oui , Non .
 - 4.1. Si oui, lesquelles?

 5. Mis à part votre suivi au Cabinet médical spécialisé États d'Esprit, êtes-vous actuellement suivi par d'autres professionnels de la santé pour vos **symptômes douloureux** (ex : médecin de famille, infirmière, ostéopathe, orthopédiste, kinésologue, chiropraticien, acupuncteur, naturopathe, art thérapeute, psychologue, etc.)? Oui , Non .
 - 5.1. Si oui, lesquels?

-

LE CHRONIC PAIN COPING INVENTORY (CPCI)

Mode d'emploi :

- Voici divers exemples de stratégies utilisées pour s'ajuster à la douleur.
- S.V.P. indiquez le nombre de jours durant lesquels vous avez utilisé ces stratégies (au moins une fois par jour) pour vous ajuster à votre douleur **durant la dernière semaine?**
- Vous pouvez avoir utilisé ces stratégies des jours où vous n'aviez pas de douleur en vue de la prévenir.
- Entourez **une seule réponse** par question.

	<i>Nombre de jours/semaine</i>
1. J'imagine une image calme ou distrayante pour me relaxer.	0 1 2 3 4 5 6 7
2. Je ne fais pas attention à la douleur.	0 1 2 3 4 5 6 7
3. Je me repose.	0 1 2 3 4 5 6 7
4. Je recherche le soutien d'un ami.	0 1 2 3 4 5 6 7
5. Je demande à quelqu'un de faire quelque chose pour moi.	0 1 2 3 4 5 6 7
6. Je me dis que les choses pourraient être pires.	0 1 2 3 4 5 6 7
7. J'évite d'utiliser une partie de mon corps (ex : main, bras, jambe).	0 1 2 3 4 5 6 7
8. Je me concentre pour détendre mes muscles.	0 1 2 3 4 5 6 7
9. Je m'assois par terre et je m'étire pendant au moins 10 secondes.	0 1 2 3 4 5 6 7
10. Je me dis que les choses vont s'améliorer.	0 1 2 3 4 5 6 7
11. Je recherche le soutien d'un membre de ma famille.	0 1 2 3 4 5 6 7
12. Je me repose autant que possible.	0 1 2 3 4 5 6 7
13. Je parle à un proche.	0 1 2 3 4 5 6 7
14. Je téléphone à un ami pour m'aider à sentir mieux.	0 1 2 3 4 5 6 7
15. Je pense à tout ce que j'ai de bon.	0 1 2 3 4 5 6 7
16. Je demande de l'aide pour une corvée ou une tâche.	0 1 2 3 4 5 6 7
17. Je me dis que ma douleur va diminuer.	0 1 2 3 4 5 6 7
18. Je ne laisse pas la douleur me déranger dans mes activités.	0 1 2 3 4 5 6 7
19. Je fais des exercices qui font augmenter mon rythme cardiaque pendant au moins 15 minutes.	0 1 2 3 4 5 6 7

9

Nombre de jours/semaine

20. Je limite la marche à pied à cause de ma douleur.	0	1	2	3	4	5	6	7
21. Je ne fais simplement pas attention à la douleur.	0	1	2	3	4	5	6	7
22. Je marche en boitant pour diminuer la douleur.	0	1	2	3	4	5	6	7
23. Je médite pour me détendre.	0	1	2	3	4	5	6	7
24. Je m'étends sur le dos et je m'étire pendant au moins 10 secondes.	0	1	2	3	4	5	6	7
25. Je maintiens une partie de mon corps (exemple : un bras) dans une position particulière.	0	1	2	3	4	5	6	7
26. Je demande de l'aide pour porter, soulever ou pousser quelque chose.	0	1	2	3	4	5	6	7
27. Je m'entraîne pour améliorer ma condition physique générale pendant au moins 5 minutes.	0	1	2	3	4	5	6	7
28. Je cherche du soutien en parlant à un ami ou un membre de ma famille.	0	1	2	3	4	5	6	7
29. Je me rappelle qu'il y a des gens dans des situations bien pires que la mienne.	0	1	2	3	4	5	6	7
30. Je limite le temps passé à être debout.	0	1	2	3	4	5	6	7
31. Je m'étends sur un lit.	0	1	2	3	4	5	6	7
32. J'évite certaines activités physiques (ex : soulever, pousser, porter).	0	1	2	3	4	5	6	7
33. J'utilise l'auto-hypnose pour me détendre.	0	1	2	3	4	5	6	7
34. Je continue (je persévère).	0	1	2	3	4	5	6	7
35. J'étire les muscles où j'ai mal pendant au moins 10 secondes.	0	1	2	3	4	5	6	7
36. J'évite l'activité.	0	1	2	3	4	5	6	7
37. Je vais tout(e) seul(e) dans une pièce pour me reposer.	0	1	2	3	4	5	6	7
38. Je respire profondément et lentement pour me détendre.	0	1	2	3	4	5	6	7
39. Je m'entraîne à renforcer les muscles de mon dos pendant au moins 1 minute.	0	1	2	3	4	5	6	7
40. Je demande à quelqu'un de m'apporter quelque chose (médicaments, nourriture, boisson, etc.).	0	1	2	3	4	5	6	7
41. Je ne laisse pas la douleur m'affecter dans ce que je suis en train de faire.	0	1	2	3	4	5	6	7
42. Je m'étends sur un divan.	0	1	2	3	4	5	6	7

ÉCHÈLLE BDI-II

Mode d'emploi :

- Pour chaque question, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux **comment vous vous êtes senti(e) au cours des 2 dernières semaines**, aujourd'hui inclus.
 - Cochez **une seule réponse** par question.
 - 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.
-

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 une(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 que j'aime.
- 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. Sentiments de punition

- 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).
-

Toujours concernant les 2 dernières semaines...

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.
- ₂ 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 tendue(e) que d'habitude.
- ₁ Je me sens plus agité(e) ou tendue(e) que d'habitude.
- ₂ Je suis si agité(e) ou tendue(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- ₂ Je suis si agité(e) ou tendue(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 ou aux choses.
- ₂ Je ne m'intéresse presque plus aux gens ou 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 vaudrais absolument rien.

Toujours concernant les 2 dernières semaines...

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 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.
- ₁ Je dors un peu plus que d'habitude.
- ₁ Je dors un peu moins que d'habitude.
- ₂ Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- ₂ Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- ₃ Je dors presque toute la journée.
- ₃ 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. Modification de l'appétit

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

State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Y-A

Mode d'emploi :

- Veuillez lire chaque énoncé et indiquez comment vous vous sentez **maintenant**, c'est-à-dire à **ce moment précis**.
- Cochez **une seule réponse** par question.

Présentement...

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
1. Je me sens calme.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
2. Je me sens en sécurité.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
3. Je suis tendu(e).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Je me sens surmené(e).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Je me sens tranquille.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
6. Je me sens bouleversé(e).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Je suis préoccupé(e) par des malheurs possibles.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Je me sens comblé(e).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
9. Je me sens effrayé(e).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Je me sens à l'aise.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
11. Je me sens sûr(e) de moi.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
12. Je me sens nerveux(se).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13. Je suis affolé(e).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14. Je me sens indécis(e).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
15. Je suis détendu(e).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
16. Je me sens satisfait(e).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
17. Je suis préoccupé(e).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
18. Je me sens tout(e) mêlé(e).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
19. Je sens que j'ai les nerfs solides.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
20. Je me sens bien.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Y-B

Mode d'emploi :

- Veuillez lire chaque énoncé et indiquez comment vous vous sentez **en général**.
- Cochez **une seule réponse** par question.

En général...

	Presque jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
21. Je me sens bien.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
22. Je me sens nerveux(se) et agité(e).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
23. Je me sens content(e) de moi-même.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
24. Je voudrais être aussi heureux(se) que les autres semblent l'être.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
25. J'ai l'impression d'être un(e) raté(e).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
26. Je me sens reposé(e).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
27. Je suis d'un grand calme.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
28. Je sens que les difficultés s'accumulent au point où je n'arrive pas à les surmonter.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
29. Je m'en fais trop pour des choses qui n'en valent pas vraiment la peine.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
30. Je suis heureux(se).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
31. J'ai des pensées troublantes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
32. Je manque de confiance en moi.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
33. Je me sens en sécurité.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
34. Prendre des décisions m'est facile.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
35. Je sens que je ne suis pas à la hauteur de la situation.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
36. Je suis satisfait(e).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
37. Des idées sans importance me passent par la tête et me tracassent.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
38. Je prends les désappointements tellement à cœur que je n'arrive pas à les chasser de mon esprit.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
39. Je suis une personne qui a les nerfs solides.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
40. Je deviens tendu(e) ou bouleversé(e) quand je songe à mes préoccupations et à mes intérêts récents.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

L'échelle de dramatisation face à la douleur (PCS)

Mode d'emploi :

- 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.
- **Cochez une seule réponse** par question.

Quand j'ai de la douleur ...

	Pas du tout	Quelque peu	De façon modérée	Beaucoup	Tout le temps
1. J'ai peur qu'il n'y aura pas de fin à la douleur.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Je sens que je ne peux pas continuer.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. C'est terrible et je pense que ça ne s'améliorera jamais.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. C'est affreux et je sens que c'est plus fort que moi.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Je sens que je ne peux plus supporter la douleur.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. J'ai peur que la douleur empire.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Je ne fais que penser à d'autres expériences douloureuses.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Avec inquiétude, je souhaite que la douleur disparaisse.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Je ne peux m'empêcher d'y penser.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Je ne fais que penser à quel point ça fait mal.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11. Je ne fais que penser à quel point je veux que la douleur disparaisse.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12. Il n'y a rien que je puisse faire pour réduire l'intensité de la douleur.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13. Je me demande si quelque chose de grave va se produire.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

MULTIDIMENSIONAL HEALTH LOCUS OF CONTROL SCALE (MHLCS)

Mode d'emploi :

- Cette page comporte 18 énoncés en lien avec votre **douleur**.
- Indiquez dans quelle mesure ces phrases correspondent à **vo**tre façon de penser et d'agir en spécifiant si vous être en **accord ou en désaccord** avec l'énoncé.
- Cochez **une seule réponse** par question.

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Faiblement en désaccord	Faiblement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
1. Si ma douleur augmente, c'est mon propre comportement qui détermine le temps qu'il faudra pour me sentir mieux.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
2. Si je dois avoir de la douleur, j'aurai de la douleur.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
3. Si je vois mon médecin régulièrement, je suis moins susceptible d'avoir de la douleur.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
4. La plupart des choses qui influencent ma douleur sont reliées au hasard.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
5. Quand ma douleur augmente, je devrais consulter un professionnel de la santé.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
6. Je suis directement responsable de l'augmentation ou de la diminution de ma douleur.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
7. D'autres personnes ont beaucoup d'influence sur le fait que ma douleur diminue, reste la même ou augmente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
8. Quoi qu'il arrive avec ma douleur, c'est de ma faute.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Suite...	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Faiblement en désaccord	Faiblement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
9. La chance joue un grand rôle pour déterminer à quel point ma condition s'améliore.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
10. Les autres personnes doivent veiller à ce que tout se passe bien afin que ma douleur diminue.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
11. Quand ma douleur diminue, c'est principalement parce que j'ai la chance de mon côté.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
12. Ma douleur est influencée par ce que je fais moi-même.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
13. Je mérite la reconnaissance quand ma douleur diminue et le blâme quand ma douleur augmente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
14. Suivre à la lettre les conseils du médecin est la meilleure façon de ne pas aggraver ma douleur.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
15. Lorsque ma douleur augmente, c'est le destin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
16. Si je suis chanceux ou chanceuse, ma douleur diminuera.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
17. Quand ma douleur augmente, c'est parce que je n'ai pas pris soin de moi convenablement.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
18. C'est le type d'aide que je reçois des autres personnes qui détermine le temps qu'il faudra pour que ma douleur diminue.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure la douleur a-t-elle nui à vos activités habituelles (au travail comme à la maison)?

- ₁ Pas du tout
₂ Un peu
₃ Moyennement
₄ Beaucoup
₅ Énormément

Ces questions portent sur les 4 dernières semaines. Pour chacune des questions suivantes, donnez la réponse qui s'approche le plus de la façon dont vous vous êtes senti(e).

	Tout le temps	La plupart du temps	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
9. Vous êtes-vous senti(e) calme et serein(e)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
10. Avez-vous eu beaucoup d'énergie?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
11. Vous êtes-vous senti(e) triste et abattu(e)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

12. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure votre état physique ou moral a-t-il nui à vos activités sociales (comme visiter des amis, des parents, etc.)?

- ₁ Tout le temps
₂ La plupart du temps
₃ Parfois
₄ Rarement
₅ Jamais

LE PITTSBURGH SLEEP QUALITY INDEX (PSQI)

Mode d'emploi :

- Les questions suivantes font référence à vos habitudes de sommeil du dernier mois.
- Vos réponses devraient refléter le plus possible la majorité des jours et des nuits du dernier mois.

1. Durant le dernier mois, à quelle heure vous êtes-vous couché(e) les soirs de semaine?
Heure habituelle de coucher : _____
2. Durant le dernier mois, combien de temps (en minutes) avez-vous pris pour vous endormir chaque soir?
Nombre de minutes : _____
3. Durant le dernier mois, à quelle heure vous êtes-vous levé(e) le matin?
Heure habituelle de lever : _____
4. Durant le dernier mois, combien d'heures de sommeil avez-vous eu par nuit? (*Ceci peut être différent du nombre d'heures passées au lit*)
Nombre d'heures de sommeil par nuit : _____
5. Durant le dernier mois, combien de fois avez-vous eu de la difficulté à dormir parce que vous.....

	Pas durant le dernier mois	Moins qu'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois fois ou plus par semaine
a. Ne pouviez pas vous endormir à l'intérieur de 30 minutes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Vous réveilliez au milieu de la nuit ou tôt le matin	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Deviez vous lever pour aller à la salle de bain	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Ne pouviez pas respirer facilement	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Toussiez ou ronfliez bruyamment	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Aviez trop froid	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. Aviez trop chaud	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h. Aviez fait mauvais rêves	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i. Ressentiez de la douleur	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j. Autre(s) raison(s) s.v.p., décrivez :	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

21

6. Durant le dernier mois, combien de fois avez-vous pris une médication (prescrite par votre médecin ou achetée en vente libre) pour vous aider à dormir?

Jamais	Moins d'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois fois ou plus par semaine
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

7. Durant le dernier mois, combien de fois avez-vous eu des difficultés à demeurer éveillé(e) pendant que vous conduisiez, mangiez ou vous engagiez dans une activité sociale?

Jamais	Moins d'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois fois ou plus par semaine
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

8. Durant le dernier mois, avez-vous eu de la difficulté à maintenir suffisamment d'enthousiasme pour compléter vos activités?

Aucun	Léger	Quelque peu	Beaucoup
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

9. Durant le dernier mois, comment évalueriez-vous la qualité globale de votre sommeil?

Très bien	Plutôt bien	Plutôt mal	Très mal
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

INFORMATIONS SUR VOS HABITUDES DE VIE

1. Durant les 4 derniers mois, avez-vous fait de l'exercice? (sports, plein air, conditionnement physique, gym, marche rapide, etc.) Oui , Non .
1.1. Si oui, combien d'heures en moyenne par semaine? _____

2. Durant les 4 derniers mois, est-ce que vous fumiez ? Oui , Non .
2.1. Si oui, combien de cigarettes en moyenne par jour? _____

3. Durant les 4 derniers mois, est-ce que vous buviez des boissons caféinées (café, thé, Coke[®], Pepsi[®] ou équivalent)? Oui , Non .
3.1. Si oui, combien de tasses/verres en moyenne par semaine? _____

4. Durant les 4 derniers mois, est-ce que vous buviez des boissons alcoolisées (bière, vin, apéro, digestif ou équivalent)? Oui , Non .
4.1. Si oui, combien de consommations* en moyenne par semaine? _____
**Une consommation équivaut à une bouteille ou une canette de bière, un verre de bière en fût, un verre de vin, un verre de boisson de type « cooler » ou un cocktail contenant 1¼ once de spiritueux.*

5. Durant les 4 derniers mois, vous est-il arrivé de consommer des drogues (marijuana, haschich, ecstasy, cocaïne, etc.)? Oui , Non .
5.1. Si oui, combien de fois en moyenne par mois? _____
5.2. Si oui, lesquelles? _____

6. Durant les 4 derniers mois, est-ce que vous preniez régulièrement des suppléments de vitamines (ex : Centrum[®], Fer, Acide folique, etc.)? Oui , Non .
6.1. Si oui, lesquels? _____

INFORMATIONS SUR VOTRE SANTÉ

1. Quel est votre poids actuel? _____ livres *ou* _____ kg

2. Combien mesurez-vous? _____ pieds/pouces *ou* _____ m/cm

3. Êtes-vous **présentement diagnostiqué(e)** comme souffrant des diverses conditions médicales suivantes?
(*Si nécessaire, cocher plusieurs cases*)
 - Anémie
 - Angine
 - Asthme
 - Bruxisme (grincement ou serrement des dents durant le sommeil)
 - Cancer (de toutes catégories)
 - Dyslipidémie (hypercholestérolémie)
 - Diabète
 - Épilepsie
 - Hypertension artérielle
 - Hyperthyroïdie
 - Hypothyroïdie
 - Insuffisance cardiaque
 - Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
 - Trombophilie
 - Ronflement chronique
 - VIH/SIDA
 - Autre(s) : _____

INFORMATIONS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

1. Quelle est votre date de naissance? *année* _____ *mois* _____ *jour* _____

2. Quel âge avez-vous? _____

3. Êtes-vous de sexe masculin ou féminin? Masculin . Féminin .

3.1. Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte? Oui , Non .

4. À quel groupe racial/ethnique appartenez-vous?

0. Caucasien/Blanc

1. Noir (ex : Africain, Haïtien, Jamaïcain, Somalien)

2. Autochtone (ex : Indien de l'Amérique du Nord, Métis ou Inuit)

3. Autre : _____

5. Quel organisme vous assure pour vos médicaments ?

0. La Régie de l'Assurance Maladie du Québec (gouvernement)

1. Une assurance contractée par le biais de votre employeur

2. Une assurance contractée par le biais de l'employeur de votre conjoint(e)

3. Une assurance contractée par le biais de l'employeur de vos parents

4. Autre : _____

6. Quel statut professionnel correspond le mieux à votre situation ?

0. Employé(e)

1. Propriétaire ou travailleur autonome

2. Étudiant(e)

3. Sans emploi

4. Invalidité temporaire

5. Invalidité permanente

6. Autre : _____

7. Quel est le dernier niveau scolaire que vous avez complété ?

0. École primaire

1. École secondaire

2. École professionnelle

3. Niveau collégial/CÉGEP

4. Niveau universitaire

25

8. Présentement, vivez-vous?

En couple

Seul(e)

Autre (ex: en colocation, chez vos parents, hébergement etc.) : _____

9. Quel est votre revenu familial annuel avant impôts ?

Moins de 20 000 \$

Entre 20 000 \$ et 39 999 \$

Entre 40 000 \$ et 59 999 \$

Entre 60 000 \$ et 79 999 \$

80 000 \$ et plus

10. Recevez-vous, actuellement, des prestations d'invalidité?

De la CSST (Commission de la Santé et Sécurité au Travail) Oui , Non

De la SAAQ (Société d'Assurance Automobile du Québec) Oui , Non

De l'IVAC (Indemnisation des Victimes d'Actes Criminels) Oui , Non

11. Y a-t-il des démarches en cours pour obtenir des prestations d'invalidité?

De la CSST (Commission de la Santé et Sécurité au Travail) Oui , Non

De la SAAQ (Société d'Assurance Automobile du Québec) Oui , Non

De l'IVAC (Indemnisation des Victimes d'Actes Criminels) Oui , Non

**LE QUESTIONNAIRE SE TERMINE ICI.
SVP VÉRIFIEZ QUE VOUS AVEZ RÉPONDU À TOUTES LES QUESTIONS.**



**VEUILLEZ RAPPORTER VOTRE QUESTIONNAIRE AU CABINET MÉDICAL
SPÉCIALISÉ ÉTATS D'ESPRIT AU COURS DE LA PROCHAINE SEMAINE**
(À la réception ou à l'intérieur de la boîte aux lettres)

173, avenue Mercier
Rouyn-Noranda (Qc) J9X 4X6

MERCI BEAUCOUP DE VOTRE PARTICIPATION.

ANNEXE V – Feuille de route de la coordonnatrice de recherche

ANNEXE VI – Approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'UQAT



Le 16 décembre 2008

Madame Anaïs Lacasse, Ph.D.
 Service de neurochirurgie
 Département de chirurgie
 Faculté de médecine et des sciences de la santé
 Université de Sherbrooke
 3001, 12^e Avenue Nord
 Sherbrooke (Québec) J1H 5N4

OBJET : Évaluation éthique
 Projet : « *Caractéristiques psychophysiques de la douleur dans une population de patients souffrant de symptômes douloureux chroniques : impact sur la santé mentale, la qualité de vie et le sommeil* »

Madame,

Le Comité d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains a évalué votre demande pour le projet cité en rubrique. Suite à cette évaluation, le Comité d'éthique est heureux de vous délivrer le certificat attestant du respect des normes éthiques, aux conditions décrites dans les commentaires annexés à cette lettre.

Nous vous félicitons pour l'excellente qualité de la présentation du projet de recherche. Le CÉR vous demande toutefois quelques clarifications concernant le protocole et des ajouts ou modifications mineures au formulaire de consentement, sans conséquence sur le déroulement de votre recherche.

Je vous invite à prendre connaissance de ces commentaires et vous remercie d'avance de nous faire part de toute modification qui aura été apportée à votre formulaire de consentement.

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

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

/dc
 p.j. :