

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

LOMBALGIE CHRONIQUE:
QUALITÉ DE VIE ET PERCEPTION DE DOULEUR
À L'ÉCOLE INTERACTIONNELLE DU DOS

RAPPORT DE RECHERCHE
PRÉSENTÉ
À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ÉDUCATION (M.Ed.)

PAR
MICHELLE PROVENCHER

AVRIL 1996



Ce rapport de recherche a été réalisé à
l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
dans le cadre du programme de maîtrise en éducation
extensionné de l'UQAR à l'UQAT



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.

AVANT-PROPOS

En milieu hospitalier, les besoins de l'individu sont appréhendés sous un seul angle à la fois, à savoir, sa santé physique d'une part, sa santé mentale d'autre part. Suite à dix années de pratique dans ce milieu, l'auteure se questionne face à cette impossible dichotomie de la réalité humaine ainsi qu'aux limites de l'approche médicale qui en découle. Comment se fait-il qu'avec les faramineux progrès contemporains réalisés en médecine les hôpitaux demeurent si accablés de demandes de soins issues de la population ? Parmi les conséquences indésirables à la prévention et à la guérison des maladies, les professionnels/les de la santé ne sont-ils pas déchirés entre la guérison et leur gagne-pain qui est fondé sur la maladie ? Comment éviter cet insidieux conflit d'intérêt autrement qu'en redonnant à l'individu plus de pouvoir sur sa santé ? Après des années de pratique en technologie médicale, foncièrement croyante en sa participation au système de soins de santé et au mieux-être de la population, l'auteure se tourne vers une conception plus holistique de la santé, vers des solutions plus novatrices.

Attirée par une formation en psycho-éducation, elle ajoute à ses compétences professionnelles en santé deux autres disciplines, soit l'éducation et la psychologie. Cette formation s'est poursuivie par des études de maîtrise en éducation, axées spécifiquement sur l'éducation pour la santé. Deux postulats motivent cette démarche de formation. (i) L'état actuel des connaissances en santé ne nous autorise plus à appréhender la santé mentale strictement sous l'angle psychologique, ni la santé physique sous l'angle physique. (ii) De plus, l'individu ayant été antérieurement dépossédé de son expertise face à son corps, il revient aux professionnels/les de la santé de lui ré-apprendre à être autonome face à sa santé; il doit être enseigné à développer concrètement son efficience personnelle en regard du maintien et du recouvrement de sa propre santé, en vue d'une meilleure qualité de vie.

Le hasard faisant curieusement si bien les choses, dès le début de sa formation universitaire l'auteure a la possibilité de s'intégrer à une unité de recherche interdisciplinaire en intervention clinique (URIIC). Une opportunité qui a grandement servi les préoccupations de l'auteure tout au long de la présente recherche. Le travail de cette équipe sur la lombalgie chronique est une initiation concrète à l'interdisciplinarité. Des remerciements chaleureux sont particulièrement adressés à trois membres de l'URIIC, pour leur précieux support, trois collègues qui se sont généreusement partagé la tâche, réellement ou moralement, comme tuteur auprès de l'auteure.

Une autre équipe tout aussi prestigieuse s'est dévouée aux apprentissages de l'auteure, à savoir, les responsables du programme de maîtrise en éducation extensionné de l'UQAR à l'UQAT. Par ailleurs, la démarche de formation n'aurait pu être menée à terme sans le support social du réseau personnel de l'auteure.

Ainsi, nous adressons nos remerciements à:

Dr. Jean-René Chenard pour nous avoir, le premier, aidée à comprendre cette accablante dichotomie psychologie/physiologie de l'humain et à trouver des solutions écologiques face à certains problèmes de santé; pour avoir soutenu nos expérimentations cliniques.

Dr. Jacques Charest pour avoir brisé nos durs préjugés contre la psychologie en nous apprenant une approche très pragmatique de cette dimension de la réalité humaine, une approche qui a jeté une lumière rafraîchissante sur notre vécu professionnel; pour nous avoir inlassablement nourri intellectuellement et s'être montré un soutien professionnel et moral tout au long de notre démarche de formation universitaire.

Dr. Serge Marchand pour nous avoir fait découvrir, sans souffrance, le phénomène de la douleur dans toute sa grandeur, des modèles conceptuels aux stratégies d'intervention non pharmacologiques; pour avoir supporté la diffusion de nos découvertes sur la scène internationale.

Dr. Gisèle Maheux pour avoir permis subtilement à notre flamme envers la pédagogie de s'exprimer au grand jour; pour avoir fait naître une meilleure confiance en nos capacités de pédagogue; pour sa confiance continue envers ce projet quelque peu insolite;

Dr. Roger Claux pour l'apport de ses talents de pédagogue à notre apprentissage du processus de recherche; pour sa sincère préoccupation, précieux élément motivateur;

Carole Provencher pour nous avoir enrichi par l'inconditionnel partage de son bagage comme professionnelle de la psychoéducation et comme pédagogue; pour son inestimable soutien moral depuis le début de notre démarche de formation universitaire;

Lyse Saint-Denis pour son indispensable assistance professionnelle à la correction de ce texte, et son support moral tout au long de la démarche d'apprentissage à la recherche et à la pratique pédagogique;

Serge Daigle pour son constant soutien technique et humain fort apprécié;

Éric et Benoit Provencher-Massé pour avoir si patiemment vécu les contrecoups de la démarche rigoureuse de formation universitaire qu'a réalisée leur mère.

Nous avons bénéficié de l'aide financière du Fonds pour la Formation de Chercheurs et l'Aide à la Recherche (Fonds FCAR) durant la phase de formation de deuxième cycle.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	I
LISTE DES FIGURES.....	VI
LISTE DES TABLEAUX.....	VII
RÉSUMÉ.....	VIII
INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE I	
PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE	12
Introduction	12
1.1 École Interactionnelle du Dos (EID).....	13
1.1.1 Origine de l'EID	13
1.1.2 Description du programme d'intervention.....	14
1.1.3 Modulation de la douleur.....	22
Conclusion / Question générale de recherche.....	22
CHAPITRE II	
CADRE DE RÉFÉRENCE	23
Introduction	23
2.1 Phénomène de la douleur	24
2.1.1 La douleur.....	24
2.1.2 Modèle circulaire de la douleur.....	25
2.1.3 Mesure de la douleur.....	26
2.1.4 Traitement de la douleur.....	30
2.2 Douleur chronique.....	33
2.2.1 Santé et phénomène du stress.....	33
2.2.2 Éducation pour la santé.....	37
2.2.3 Douleur chronique.....	38
2.3 École du dos.....	39
2.3.1 Lombalgie chronique.....	39
2.3.2 Alternative thérapeutique: des programmes éducationnels.....	40
2.3.3 Lombalgie chronique: efficacité des programmes éducationnels	42

2.4 Concept de qualité de vie	43
2.4.1 Définitions.....	44
2.4.2 Mesures.....	46
2.5 Stratégie d'intervention favorisant l'efficience personnelle.....	48
2.5.1 Approche interactionnelle.....	49
2.5.2 Approche éducationnelle.....	53
2.5.4 Stratégie d'intervention favorisant l'efficience personnelle	54
Conclusion / Question spécifique de recherche	56
CHAPITRE III	
MÉTHODOLOGIE	57
Introduction	57
3.1 Objectifs	57
3.1.1 Validité de l'ISQv pour évaluer l'EID.....	58
3.1.2 Nature de l'efficacité de l'EID.....	59
3.2 Clientèle	59
3.3 Traitement.....	60
3.4 Planification de l'évaluation	60
3.4.1 Choix des instruments de mesures.....	60
3.4.2 Procédure d'évaluation.....	61
3.4.3 Contexte temporel de l'évaluation	63
3.5 Analyse des données	63
3.5.1 Mesures de la douleur (EVA).....	63
3.5.2 Mesures de qualité de vie (ISQv).....	64
3.5.3 Analyses statistiques	65
Conclusion.....	66
CHAPITRE IV	
RÉSULTATS	67
Introduction	67
4.1 Variation des résultats en fonction des sujets	68
4.1.1 Variabilité des données en fonction des variables.....	68
4.1.2 Variations des résultats individuels suite au programme.....	71
4.1.3 Triangulation des résultats.....	73
4.1.4 Rejet des données d'un sujet.....	74

4.2 Comparaison des moyennes de groupe.....	75
4.2.1 Variation des moyennes suite au programme.....	75
4.2.2 Corrélation entre les variables	78
Conclusion	82
CHAPITRE V	
DISCUSSION.....	83
Introduction	83
5.1 Variation des résultats en fonction des sujets	83
5.1.1 Variabilité des mesures intersujets.....	83
5.1.2 Variation des résultats individuels suite au programme.....	84
5.2 Comparaison des moyennes de groupe.....	87
5.2.1 Variation des moyennes suite au programme.....	87
5.2.2 Corrélation entre les variables	89
CONCLUSION.....	91
APPENDICE A	
Inventaire systémique de qualité de vie (ISQv).....	95
APPENDICE B	
Document pour l'évaluation de la douleur dans le cadre du projet d'évaluation de l'École interactionnelle du dos.....	112
BIBLIOGRAPHIE.....	118

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
1.1	Les quatre composantes du modèle circulaire de la douleur26
1.2	Échelles visuelles analogues mesurant deux composantes de la douleur.....28
2.3	Les méfaits du stress: une question d'ÉCART entre l'intensité des capacités individuelles et celle de la demande.34
3.1	Cadrans d'évaluation de l'état, du but et du changement (ISQv).....62
4.1	Histogramme des résultats des composantes de douleur avant l'intervention en fonction des sujets.....70
4.2	Histogramme des résultats des composantes de douleur après l'intervention en fonction des sujets.....70
4.3	Histogramme des résultats des échelles de douleur avant vs après l'intervention en fonction des sujets.....71
4.4	Histogramme des résultats* de qualité vie avant vs après l'intervention en fonction des sujets.....72
4.5	Histogramme des variations de la douleur et de la qualité de vie en fonction des sujets.73
4.6	Histogramme des variations des indices de qualité vie par catégorie en fonction des sujets.....75
4.7	Histogramme des variables significativement modulées en fonction du pourcentage de variation.78
4.8	Histogramme des catégories significativement modulées en fonction du pourcentage de variation de leur indice de qualité de vie.....78
4.9	Graphiques de régression de la modulation de l'intensité et de l'aspect désagréable de la douleur en fonction de la modulation de la qualité de vie.81
4.10	Graphiques de régression de la modulation de l'intensité et de l'aspect désagréable de la douleur en fonction de la modulation de la qualité de vie.82

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
1.1 Buts thérapeutiques de l'École Interactionnelle du Dos pour chacune de ses étapes	17
1.2 Objectifs pédagogiques de l'École Interactionnelle du Dos pour chacune de ses étapes.....	18
1.3 L'École Interactionnelle du Dos met le C.A.P. sur trois dimensions	19
1.4 Plan de cours: étape « douleur aiguë »	20
1.5 Plan d'évaluation des résultats.....	21
2.1 Mécanismes de contrôle de la douleur: théorie et pratique*	32
2.1 Facteurs de protection contre le stress	36
2.2 Catégories et domaines de vie de l'ISQv	48
4.1 Résultats des relevés de la douleur et de la qualité de vie en fonction des sujets.....	69
4.2 Résultats des indices de qualité de vie par catégories de domaine en fonction des sujets.....	69
4.3 Variation des résultats pour les variables et leurs facteurs en fonction des sujets.....	72
4.3 Comparaison des moyennes pour les variables dépendantes douleur et qualité de vie	76
4.4 Corrélation entre les composantes de douleur et les paramètres de qualité de vie en fonction des résultats avant, après et de leur différence	80

RÉSUMÉ

But de la recherche: Lors d'une étude précédente, il a été démontré qu'un nouveau modèle d'école du dos, l'École Interactionnelle du Dos (EID), réduit la perception de la douleur lombaire comparativement à un groupe placebo et un autre sur liste d'attente. Dans l'EID, on enseigne aux participants/es à composer avec leur lombalgie chronique par le biais de stratégies cognitive, socio-affective et physique. La spécificité de l'EID est sa perspective thérapeutique différente qui est centrée sur l'interaction entre les individus. Dans la présente étude, en plus de l'effet de l'EID sur la perception de l'intensité et de l'aspect désagréable de la douleur, nous mesurons son effet sur la perception de la qualité de vie. Nous vérifions aussi la relation entre la perception de la douleur et celle de la qualité de vie.

Méthodologie: Neuf participants/es se sont portés volontaires pour l'étude et ont signé un formulaire de consentement. Tous les sujets sont évalués avant le programme d'intervention et à la fin de ce dernier (trois mois plus tard) au regard de deux variables: (i) l'intensité et l'aspect désagréable de la douleur et (ii) la qualité de vie. À chaque fois, la perception de la douleur est évaluée à partir des échelles visuelles analogues (EVA), durant une période de trois jours. La qualité de vie est mesurée par l'Inventaire Systémique de Qualité de Vie (ISQv), un questionnaire-entrevue qui évalue la perception que les participants/es se font de leur capacité d'atteindre leurs buts personnels dans 30 domaines de vie différents.

Résultats: Après le programme d'intervention, nous avons trouvé une réduction hautement significative de la perception de l'intensité de la douleur (54%; $P=0.0001$) et de l'aspect désagréable de la douleur (40%; $P=0.0001$) et une augmentation de la qualité de vie (63%; $P=0.0003$). L'analyse ne révèle aucune corrélation entre les valeurs initiales de la douleur et de la qualité de vie, ni entre les variations (pré / post-traitement) de la perception de douleur et de qualité de vie. Cependant, pour les valeurs post-traitement, nous observons une corrélation positive entre la perception de la qualité de vie et celle de l'aspect désagréable de la douleur ($P=0.048$), avec la même tendance pour l'intensité de la douleur ($P=0.057$).

Conclusion: Ces résultats démontrent que l'École Interactionnelle du Dos réduit significativement la perception de la douleur et améliore la perception de la qualité de vie. L'absence de corrélation entre les variations pré / post-traitement de la douleur et celles de la qualité de vie laisse entendre que ces deux variables sont des aspects différents de la vie des participants/es. Cependant, la corrélation entre leurs valeurs à la fin du programme d'intervention nous porte à croire que les stratégies apprises par les participants/es peut avoir modifié leurs perceptions et avoir établi une nouvelle relation entre la perception de la douleur et celle de la qualité de vie.

Mots clés: Lombalgie chronique, Programme d'intervention éducationnel, Qualité de vie, École du dos, Douleur chronique, Échelles visuelles analogues de la douleur, Inventaire de qualité de vie.

INTRODUCTION

En plus d'acquérir des habiletés comme chercheure, la démarche entreprise dans le cadre de la maîtrise en éducation vise l'amélioration de compétences professionnelles en intervention clinique. Ces dernières concernent d'une part, l'application auprès de quelques patients/es du programme d'intervention faisant l'objet d'une évaluation, d'autre part, l'utilisation et l'interprétation d'un questionnaire-entrevue sur la qualité de vie. L'atteinte de ces objectifs d'apprentissage fut facilitée, depuis 1990, par l'intégration de l'étudiante-chercheure à l'Unité de Recherche Interdisciplinaire en Intervention Clinique (URIIC).

L'étude vise spécifiquement la problématique des lombalgies chroniques. Un problème très répandu puisque 60 à 90% des individus auront à un moment donné de leur vie, un mal de dos. De ceux-ci, seulement 10% développeront des douleurs chroniques, soit un faible pourcentage de personnes atteintes qui se partagent pourtant 80% des frais médicaux occasionnés par ce problème. C'est donc un problème criant qui, de plus, demande une réponse novatrice étant donné l'insuccès de l'approche médicale conventionnelle pour le résoudre.

L'originalité de ce projet vient de l'évaluation du programme d'intervention École interactionnelle du dos au plan de la qualité de vie. L'intérêt de cette nouvelle variable dépendante est apparu à la suite de la discordance entre la satisfaction exprimée par certains participants/es et le fait qu'ils n'affichent aucune diminution de douleur à la fin de ce programme d'intervention. Quelle est donc la nature du bienfait général expérimenté par ces participants/es ? Notre hypothèse est que la nature même du programme d'intervention est responsable de cette amélioration. Nos objectifs sont donc, d'abord, d'évaluer l'efficacité de ce programme sur la qualité de vie comparativement à la douleur, pour ensuite en déduire des éléments caractérisant la nature de son efficacité sur la lombalgie chronique.

Le protocole de recherche prévoit l'expérimentation et l'évaluation d'un programme d'intervention novateur. Il s'agit d'appliquer le programme d'intervention appelé École interactionnelle du dos auprès d'une population de patients/es lombalgiques chroniques. L'évaluation de l'impact de ce programme éducationnel porte sur leur perception de douleur et leur qualité de vie. L'évaluation est planifiée en deux temps, à savoir avant l'intervention puis à la fin de celle-ci. L'envergure de l'étude est limitée par quatre facteurs. Seulement dix sujets sont sélectionnés, il n'y a pas de groupes contrôles (groupe placebo, groupe d'attente), l'évaluation ne se fait qu'à court terme (3 mois) et l'étude ne se fait pas en double-aveugle puisque l'étudiante-chercheuse participe à l'intervention et à son évaluation.

Le présent document se structure en cinq chapitres. Le chapitre I présente la problématique qui justifie la démarche de recherche entreprise, des motivations de l'auteure au contexte clinique. Une description de la variable indépendante y figure, de même que les résultats de l'étude dont elle a fait l'objet précédemment. Le cadre de référence défini au chapitre II développe les cinq concepts théoriques touchés par la recherche. Au début, le phénomène de la douleur est décrit dans toute sa complexité, suivi de celui de la douleur chronique dont les particularités, relatives à la chronicité de la condition douloureuse, nous amènent à élargir encore plus notre conception de la santé. L'entonnoir se rétrécit encore davantage sur la lombalgie chronique, face à laquelle les écoles du dos en général se posent comme des alternatives thérapeutiques. Ensuite la qualité de vie se définit comme une variable affectée par ce type de programme éducationnel, une variable qui serait particulièrement affectée lorsque la stratégie d'intervention déployée favorise le développement de l'efficacité personnelle. L'envergure des deux premiers chapitres (50% document) s'explique par le cadre interdisciplinaire (santé, éducation, psychologie) qui est particulier à l'étude, d'une part, et d'autre part, les nombreuses années dévolues par l'auteure à cette problématique et la vaste nomenclature rendue accessible par l'équipe de recherche de l'URIIC.

Le chapitre III expose la méthodologie de l'expérimentation: les objectifs poursuivis, la clientèle ciblée, le traitement (variable indépendante) étudié, les mesures effectuées pour évaluer la perception de douleur et de qualité de vie (variables dépendantes) ainsi que la procédure d'analyse des données recueillies. Les résultats sont présentés au chapitre IV, sous forme de tableaux et de graphiques qui font ressortir les points marquants de l'évaluation effectuée, afin de juger comment se comporte l'échantillon en regard des variables étudiées. Pour terminer, la discussion des résultats au chapitre V porte sur l'interprétation des

observations qui découlent des analyses réalisées mises en relation avec les éléments des concepts théoriques développés.

En conclusion, le présent rapport fait le point sur l'effet de l'École interactionnelle du dos sur la qualité de vie des participants/es, comparativement à l'effet déjà démontré de ce programme éducationnel sur la perception de douleur.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

INTRODUCTION

Le présent projet a pour objet l'évaluation de l'efficacité de l'École Interactionnelle du Dos, un traitement éducationnel de la lombalgie chronique. L'évaluation porte essentiellement sur la qualité de vie et la modulation de la douleur.

Trois facteurs ont motivé le choix de cette problématique de recherche. Une première motivation vient du travail clinique de l'auteure. Suite à l'application de l'École Interactionnelle du Dos (EID) auprès de quelques groupes de lombalgiques chroniques, il apparaît que certains d'entre eux se disent satisfaits du traitement malgré une faible réduction de leur douleur.

Une deuxième motivation découle d'une expérience de formation d'animateur/trice à l'EID dispensée à des professionnels/les en physiothérapie, massothérapie, ergothérapie, médecine, éducation physique et psycho-éducation. L'échange avec ces intervenants/es, nous mène à poser l'hypothèse qu'outre l'approche unidimensionnelle (biophysique) du modèle médical, une partie de l'insuccès des traitements conventionnels de la lombalgie chronique réside dans un problème de communication. En s'érigeant comme expert de la douleur lombaire, le thérapeute mesure l'affection en terme de capacités fonctionnelles modifiées par son traitement pour juger de l'amélioration chez le client/e. Or, si le client/e a la perception que le

changement mesuré par l'expert ne signifie pas pour lui une amélioration, le changement fonctionnel n'aura pas d'effet sur l'aspect incapacitant¹ de sa lombalgie. Les acteurs du traitement seront donc insatisfaits de part et d'autre. Il semble que la perception que le client se fait du changement de ses capacités soit un élément déterminant de sa façon d'intégrer l'amélioration fonctionnelle dans son quotidien. Il en découle l'intérêt de mesurer autre chose que les capacités fonctionnelles lorsqu'il est question d'évaluer l'efficacité d'un traitement, quelque chose de l'ordre de son impact sur la qualité de vie du lombalgique chronique.

La troisième motivation à l'égard de la présente problématique résulte de contacts avec des professionnels/les travaillant pour la CSST. Malgré la lecture qu'ils ont fait des articles de recherche décrivant l'EID et son efficacité démontrée par une étude bien contrôlée, ces thérapeutes spécialisés en intervention strictement physique perçoivent l'École interactionnelle du dos comme une intervention *psychologique*, mettant en doute la valeur thérapeutique d'un tel programme. D'où l'intérêt de mieux comprendre la nature de l'efficacité de l'EID pour bien argumenter sa valeur thérapeutique sur la santé globale de l'individu.

1.1 ÉCOLE INTERACTIONNELLE DU DOS

1.1.1 Origine de l'Ecole Interactionnelle du Dos

L'École Interactionnelle du Dos (EID) est un programme d'intervention qui s'adresse à des personnes souffrant de lombalgie chronique. Elle est développée ici même à l'UQAT depuis 1988 (Chenard et al, 1988) par l'équipe de chercheurs de l'URIIC et elle fait l'objet d'évaluation et de perfectionnement continuels.

Les motivations qui ont initié l'élaboration de ce programme sont de deux ordres: les unes sont fondées sur des convictions personnelles les autres sur l'observation de faits tirés de leur pratique auprès de lombalgiques et de données tirées d'une vaste littérature concernant des écoles du dos à travers le monde. De leurs observations, les chercheurs de l'URIIC constatent, en occident, la recrudescence des maux de dos qui provoquent de l'invalidité, l'échec des soins dispensés selon une approche médicale traditionnelle pour répondre à ce problème et entrevoient l'émergence d'une alternative thérapeutique appelée École du dos

¹ Quoique ne figurant pas dans le dictionnaire, ce terme est régulièrement employé par le Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (1990).

comme solution aux lombalgies chroniques. Par ailleurs, ces chercheurs croient fermement qu'«apprendre à apprendre» plutôt qu'«apprendre à dépendre» représente un virage nécessaire au plan des attitudes face aux soins de santé: attitudes bénéfiques pour les pourvoyeurs de soins de santé qui misent sur cette prise en charge pour réduire les coûts des services de soins et attitudes aussi avantageuses pour les bénéficiaires chez qui on favorise l'acquisition d'habiletés concrètes à se soigner. Faire ainsi l'apprentissage de comportements d'autonomie qui augmentent le sentiment de contrôle, diminue la détresse inhérente à toute situation de perte de santé.

En conséquence de ce qui est énoncé plus haut, des thérapeutiques de type école du dos, défendant les principes ci-haut mentionnés, apparaissent pour les chercheurs concernés comme une solution potentielle au problème rebelle de lombalgie chronique. Ces derniers décident donc d'élaborer une nouvelle école du dos qui mise sur les forces des quelque 300 écoles déjà existantes à travers le monde. Une nouvelle école qui comble, par ailleurs, les faiblesses rapportées dans la littérature à propos de ces écoles¹. L'École Interactionnelle du Dos représente la première école du dos de langue française.

1.1.2 Description du programme d'intervention

L'élaboration de l'École Interactionnelle du Dos correspond aux étapes de production d'un curriculum dans le domaine de l'éducation telles que définies par Taba (1963, In: (Maheux, 1983), c'est-à-dire: (1) le choix d'un cadre théorique définissant sa conception de la problématique; (2) l'évaluation des besoins auxquels le curriculum veut répondre; (3) la formulation de l'intention générale puis des objectifs spécifiques du curriculum; (4) la sélection et l'organisation des éléments de contenu; (5) la sélection des modes d'enseignement et d'apprentissage; (6) l'élaboration d'un plan d'évaluation des résultats (objets, modes, moyens). Le curriculum de l'EID se caractérise comme suit.

Cadre théorique

Particulièrement déterminant à l'EID, le cadre théorique choisi balise absolument toutes les autres étapes de son curriculum; il s'articule autour des trois concepts² suivants: le modèle circulaire de la douleur, le traitement de type école du dos, la stratégie d'intervention .

¹ Nous discutons au paragraphe 2.2.3 des données recueillies à même la littérature sur les écoles du dos et les programmes longs existants déjà comme thérapeutiques éducationnelles face à la lombalgie chronique.

² Ces concepts sont explicités au chapitre II du présent document.

1. Modèle circulaire de la douleur:

Une conception systémique et multidimensionnelle du phénomène de la douleur qui reconnaît qu'un problème comme la lombalgie chronique ne peut plus être abordé sous l'angle unidimensionnel et linéaire du modèle médical, i.e. comme un problème strictement physique.

2. École du dos:

Traitement éducationnel de la lombalgie chronique qui s'inscrit comme une alternative thérapeutique devant l'insuccès des traitements médicaux traditionnels.

3. Stratégie d'intervention fondée sur une approche éducationnelle et une approche interactionnelle:

3.1 Approche *éducationnelle* de l'efficacité personnelle: basée sur l'éducation (pédagogie), cette approche vise l'apprentissage stratégique de moyens non pharmacologiques pour gérer un problème de santé avec une autonomie optimale; cet apprentissage est considéré comme la seule façon d'apprendre à ne pas exclusivement dépendre des soins médicaux et il nécessite pour le client/e de changer la conception qu'il a de sa condition en comprenant mieux la lombalgie chronique et en connaissant des moyens efficaces de la gérer; ce changement de conception permet de contrer l'arrêt de bouger (tendance naturelle face à la douleur), par la décision de se remettre en mouvement en effectuant les prescriptions motrices prévues au programme;

3.2 Approche *interactionnelle* de l'intervention thérapeutique: le regard est porté sur l'interaction entre les individus plutôt que sur l'individu seul, une perspective qui oriente stratégiquement tout le programme, tant son curriculum que les attitudes et comportements thérapeutiques adoptés par les intervenants/es. Cette stratégie de changement vise à maximiser le pouvoir d'influence des intervenants/es en vue d'inciter le participant/e à changer sa perception de victime de sa lombalgie pour une attitude traduisant sa capacité d'agir sur celle-ci (notion de prise en charge).

Besoins des clients/es

- Pour l'ensemble de la clientèle visée, le programme veut répondre à une demande de soins, celle-ci étant formulée en terme de plainte douloureuse caractéristique de la lombalgie chronique; la douleur est ainsi considérée comme le "nerf" de la motivation du patient/e;
- Pour chaque individu, l'admissibilité au programme est basée sur une évaluation clinique individuelle constituée de trois bilans: (i) le bilan médical qui permet de sélectionner des

participants/es ne présentant pas de critères d'exclusion; (ii) le bilan fonctionnel¹ qui sert de classification pour orienter l'intervention physique individualisée; (iii) le bilan interactionnel² qui établit les attentes mutuelles des clients/es et des intervenants/es, et permet ainsi la régulation de la motivation et de la disponibilité de chacun à l'égard du programme

Intention du programme

- **But ultime:**
«Apprendre à s'autotrainer» (Charest et al, 1994) pour obtenir une diminution de la douleur et un retour à un fonctionnement de vie aussi normal que possible;
- **Objectifs spécifiques:**
Pour chacune des 12 étapes planifiées, les objectifs sont établis en termes (i) de buts thérapeutiques (voir tableau 1.1) qui guident les attitudes et l'action des intervenants/es pour que le participant/e acquière une nouvelle façon de se représenter son état (changement perceptif), et (ii) d'objectifs pédagogiques (voir tableau 1.2) qui guident l'apprentissage des participants/es et qui visent à faire acquérir à ces derniers une nouvelle compréhension de leur affection et une meilleure connaissance des solutions pour y faire face (changement conceptuel). Ces deux types de changement vont permettre à l'individu d'adopter de nouvelles habitudes de vie (attitudes et comportements) plus propices à la guérison.

Éléments de contenu

- La sélection des éléments de contenu est inspirée des données recueillies à même le cadre théorique de l'EID; ainsi, pour répondre à la complexité du phénomène de lombalgie chronique, la sélection du contenu met le cap sur trois dimensions de l'individu, à savoir les dimensions cognitive, affectives et psycho-motrice (c.a.p.) (voir tableau 1.3);
- L'organisation du contenu s'établit en 12 étapes (voir tableau 1.1) dont la séquence et la progression s'appuient sur une stratégie³ interactionnelle et pédagogique.

¹ Les tableaux cliniques et fonctionnels utilisés pour ces bilans ont fait l'objet d'une récente publication (Charest et al, 1994).

² Inspiré de l'approche interactionnelle, ce bilan est basé exclusivement sur la tactique thérapeutique *client-touriste* discutée à la section 2.4.

³ Par exemple, dès le début du programme, le participant/e est renseigné sur ce qu'est la *douleur aiguë* et comment y faire face ; l'individu, qui vit constamment avec de la douleur et avec la peur des crises aiguës paralysantes, a besoin en priorité de savoir comment réagir à la douleur plutôt que recevoir des notions d'anatomie. L'étape *anatomie* vient aussi après la *préparation physique* et la *préparation mentale*, cette fois-ci pour des raisons d'apprentissage: pour réaliser des apprentissages psycho-moteurs, les trois mois que dure l'entraînement sont tout juste suffisants pour donner au participant/e un feedback corporel de l'efficacité des apprentissages et, de ce fait, l'entraînement doit débiter au plus tôt.

Tableau 1.1

Buts thérapeutiques de l'École Interactionnelle du Dos pour chacune de ses étapes

Étapes	Buts thérapeutiques
<i>Le praticien amène le lombalgique à...</i>	
1. CONTRAT	Adopter des attentes de guérison réalistes et mesurables ; se rendre compte qu'il est le seul en mesure d'évaluer sa propre douleur.
2. DOULEUR AIGUË	S'attribuer un rôle d'expert dans la gestion de ses douleurs lombaires.
3. PRÉPARATION PHYSIQUE	Juger nécessaire de se mettre en mouvement pour réduire ses douleurs chroniques; constater non seulement ses limites physiques reliées à ses cartes de la douleur, mais aussi ses possibilités fonctionnelles. ¹
4. PRÉPARATION MENTALE	Attribuer à ses pensées un rôle direct dans la gestion de la douleur d'origine musculaire et un rôle indirect dans la gestion de la douleur chronique.
5. ANATOMIE	Constater la solidité de l'assemblage vertébral.
6. TERRAIN	Percevoir un lien entre douleur lombaire et mouvements dans le quotidien.
7. MÉDICATIONS	Considérer les médicaments comme une partie du problème des maux de dos chroniques.
8. DOULEUR CHRONIQUE	Se sentir rassuré sur le fait que ses douleurs chroniques ne sont pas imaginaires ; nommer au moins une conséquence indésirable à sa guérison.
9. TRAITEMENTS	Accroître sa croyance dans ses propres capacités à s'autotrainer.
10. CHIRURGIE	Rendre ses attentes conformes au fait que la chirurgie constitue très rarement une solution à la lombalgie chronique.
11. REFAIRE SES DOULEURS	Voir qu'il exerce désormais un contrôle sur ses douleurs lombaires.
12. RELANCE	Se voir confirmer dans sa capacité à s'autotrainer.

Source: Charest et al. (1996) avec permission.

¹ La deuxième phrase est ajoutée par l'auteure.

Tableau 1.2

Objectifs pédagogiques de l'École Interactionnelle du Dos pour chacune de ses étapes

Étapes	Objectifs pédagogiques
1. CONTRAT	(i) Connaître l'ensemble du programme. (ii) Établir un contrat qui définit à la fois le résultat assuré (réduire la douleur lombaire; atteindre deux objectifs personnels) et le prix à consentir (nombre de minutes par jour à consacrer aux activités prévues tout au long du programme). (iii) Apprendre à évaluer sa douleur à domicile.
2. DOULEUR AIGUË	Identifier ses cartes de la douleur, les postures temporaires de repli, quelques techniques simples de gestion de la douleur aiguë et, enfin, la différence entre les stratégies à privilégier à plus long terme contre la douleur chronique et celles, à court terme, à favoriser contre la douleur aiguë.
3. PRÉPARATION PHYSIQUE	Se mettre en mouvement par des activités cardiorespiratoires, une routine motrice (échauffements, renforcements, étirements) et des exercices de stabilisation du bassin.
4. PRÉPARATION MENTALE	Apprendre à agir directement sur la carte musculaire et indirectement sur la douleur chronique.
5. ANATOMIE	Connaître la structure anatomique de la colonne vertébrale et ses liens avec les cartes de la douleur et avec les prescriptions d'exercices.
6. TERRAIN	(i) Identifier les contraintes sur le muscle, les facettes, le disque et sur le disque et muscle. (ii) Trouver des solutions: exercices et postures de vigilance.
7. MÉDICATIONS	Différencier le rôle des médications dans la gestion de la douleur aiguë et dans la gestion de la douleur chronique.
8. DOULEUR CHRONIQUE	Identifier les deux principales caractéristiques des douleurs chroniques et quelques conséquences indésirables à la guérison.
9. TRAITEMENTS	(i) Comprendre l'effet placebo. (ii) Analyser différents types de traitements et d'autotraitements. (iii) Apprendre une technique d'analgésie par hyperstimulation mécanique.
10. CHIRURGIE	Saisir le rôle de la chirurgie sur la carte musculaire, facettaire, discale, déséquilibre lombaire et racine nerveuse.
11. REFAIRE SES DOULEURS	(i) Évaluer le contrat. (ii) Identifier comment recréer ses douleurs d'origine musculaire, facettaire, discale, déséquilibre lombaire et racine nerveuse.
12. RELANCE	Identifier les moyens efficaces qui maintiennent les acquis.

Source: Charest et al. (1996) avec permission.

Tableau 1.3

L'École Interactionnelle du Dos met le C.A.P. sur trois dimensions

Dimension	Contenu
Cognitive	- Conception de la lombalgie et de son aspect incapacitant, et signification accordée aux solutions adoptées à ce jour. - Connaissance et compréhension du phénomène de la douleur, de l'anatomie, de l'ergonomie et des traitements existants contre la lombalgie.
Affective	- Perception de son état de lombalgique i.e. son sentiment d'impuissance vs de contrôle. - Identification des impacts de ce problème sur sa vie en général et vice-versa; engagements et attentes de guérison face au programme.
Psycho-motrice	- Apprentissage mental de techniques de relaxation et de gestion de la douleur. - Apprentissage (moteur) de comportements (postures, mouvements, activités cardiorespiratoires) appropriés à sa lombalgie et d'auto-traitements simples (TENS, aspirine musculaire) pour réduire la douleur et l'aspect incapacitant de la lombalgie chronique.

Modes d'enseignement et d'apprentissage

- Enseignement individualisé mais réalisé en groupe de huit personnes avec des ajustements en individuel; une stratégie d'intervention structure cet enseignement; deux intervenants/es formant une équipe interdisciplinaire animent en exclusivité tout le programme, depuis l'évaluation clinique jusqu'à la relance ;
- Apprentissage progressif, échelonné sur trois mois à raison d'environ six heures par semaine dont quatre heures à domicile, favorisant ainsi le maintien à l'emploi et l'intégration des apprentissages à même les habitudes de vie des participants/es; l'ensemble du programme est balisé par des principes pédagogiques préalablement définis. De plus, chacune des étapes est organisée selon un plan de cours (voir tableau 1.4) favorable au transfert des apprentissages dans le quotidien (par définition, l'apprentissage traduit une certaine persistance des acquisitions au-delà de la période de formation).

Plan d'évaluation des résultats

Finalement, le plan d'évaluation établi porte sur trois objets (voir tableau 1.5). La présente étude en rajoute un quatrième, la qualité de vie, dont la méthodologie d'évaluation (objets, modes et moyens) est présentée plus loin (voir section 4.4). L'évaluation des résultats est un aspect important du programme; c'est pourquoi on y consacre une partie des étapes *contrat*, et *préparation physique* et qu'on y revient en groupe à l'étape *refaire ses douleurs*.

Tableau 1.4
Plan de cours: étape « douleur aiguë »¹

Thèmes	durée (min)	diapositive
ACCUEIL	1	no 1
(ROUTINE MOTRICE)	(15)	no 2
RETOUR SUR LA LEÇON PRÉCÉDENTE	1	no 3
AMORCE	8	no 4
PRÉSENTATION DES OBJECTIFS :		
• Cartes de la douleur	50	nos 7 - 23
— PAUSE INTERACTIONNELLE —	15	no 24
• Postures de replis	15	nos 25 - 36
• Techniques simples de gestion de la douleur	15	nos 37 - 42
(RELAXATION)	(15)	
SYNTHÈSE	6	no 43
REFORMULATION	1	no 44
PLAN D'ACTION	1	no 45
TRAVAIL À FAIRE	7	nos 46 - 48

Source: Charest et al. (#1994) avec permission.

La procédure d'évaluation répond à des objectifs bien précis. Dans un premier temps l'évaluation permet aux intervenants/es d'obtenir de la part des participants/es des informations sur l'évaluation qu'ils font de l'efficacité du programme en regard de sa capacité à développer l'habileté à s'autotrainer. L'évaluation à la fin de l'école du dos permet de recueillir des informations pour la mise à jour du programme, tactique nécessaire au perfectionnement continu de l'EID.

Dans un deuxième temps, elle permet aux participants/es d'avoir une perception précise de leur performance et de celle du programme quant à sa capacité de répondre à leur besoin de

¹ À l'étape «douleur aiguë», le patient n'a pas encore appris sa *routine motrice* et une méthode de *relaxation*; ces deux activités débutent en réalité à la troisième étape et occupent ensuite 30 minutes par rencontre. Enfin, le matériel pédagogique est présenté à l'aide de diapositives.

soigner leur lombalgie. L'évaluation permet (i) d'obtenir un feedback fiable de la modulation de leur douleur mesurée à l'aide d'outils validés, les échelles visuelles analogiques (EVA), (ii) de percevoir le degré de satisfaction face au programme complété en terme d'atteinte d'objectifs initialement définis par un contrat thérapeutique, (iii) de percevoir physiquement le feedback de la modification de leurs capacités fonctionnelles.

En somme, l'EID est un programme éducationnel qui aborde la lombalgie chronique sous l'angle des nombreuses facettes impliquées dans le problème, une perspective guidée par le modèle circulaire de la douleur. Par conséquent, l'EID propose un traitement qui aborde autant les dimensions socio-affectives que psychomotrices et dont la spécificité repose sur sa stratégie d'intervention. Une stratégie qui oriente l'action thérapeutique sur l'interaction entre les patients/es et les membres significatifs de son entourage pour atteindre le changement thérapeutique souhaité i.e., attitudes de confiance en ses capacités à se soigner et comportements défiant l'immobilisme.

Tableau 1.5

Plan d'évaluation des résultats

Objet	1. Perception de l'intensité et de l'aspect désagréable de la <i>douleur</i> .	2. <i>Attentes</i> inscrites au contrat thérapeutique en début de programme: pourcentage de réduction de douleur et objectifs personnels.	3. <i>Capacités fonctionnelles</i> ciblées par le programme.
Mode	Évaluation par le participant/e lui-même, à domicile, aux 2 heures durant 3 jours et ce, à deux moments i.e. au début et à la fin du programme.	Le pourcentage de variation de douleur calculé par les animateurs/es, est transmis au participant/e afin de le comparer à son estimation; les objectifs personnels sont évalués à domicile avant la 11 ^e étape et les résultats sont rapportés en classe.	Les capacités physiques sont évaluées par les animateurs/es et les pairs à la 3 ^e étape, et réévaluées à la dernière étape.
Moyen	Des échelles visuelles analogiques sur papier évaluent distinctement l'intensité et l'aspect désagréable de la douleur	Un contrat établit sur papier les attentes de chacun/e et une triangulation des résultats, suite au programme, confronte l'atteinte des attentes formulées au contrat.	Des tableaux d'évaluation standardisée pour chaque groupe musculaire ciblé.

1.1.3 Modulation de la douleur

En 1991, l'École Interactionnelle du Dos a fait l'objet d'une évaluation contrôlée contre placebo et le passage du temps; elle s'avère un traitement efficace contre la lombalgie chronique. L'École Interactionnelle du Dos s'avère efficace à réduire de façon significative l'intensité et l'aspect désagréable de la douleur jusqu'à six mois après la fin du programme. Les résultats de cette école, comparés à ceux du groupe ayant reçu un traitement placebo et à ceux du groupe d'attente, démontrent une meilleure efficacité au plan de la douleur jusqu'à trois mois après la fin du programme.(Charest et al, 1994)

Par ailleurs, notre expérience clinique nous révèle des informations plus individuelles de l'efficacité de l'EID. Au-delà de l'efficacité du programme sur la douleur démontrée par comparaison des moyennes de groupe, certains participants/es qui expérimentent peu de diminution de douleur se disent quand même satisfaits d'avoir participé à l'École du dos parce qu'ils remarquent une amélioration au plan de leur vie en général: moins de panique face à l'émergence d'un épisode de douleur aiguë, plus de contrôle suscité par l'emploi de petits moyens efficaces pour réduire même légèrement la douleur, augmentation des capacités fonctionnelles et relations socio-affectives moins difficiles.

La satisfaction exprimée par ces participants/es se confirme par le faible taux d'abandon des sujets participant à l'EID comparativement à ceux d'autres programmes longs du même type tels que recensés par Charest et ses collègues (1994), soit 12,6% par rapport à 20 à 40%. Ces auteurs concluent que ce faible taux d'abandon confirme l'efficacité de l'EID, contrairement à un taux élevé démontrant que le traitement n'apparaît satisfaisant que pour une faible proportion de la clientèle visée par le programme, en fait, un programme qui n'est pas efficace (p 232). L'expérience développée au contact de ces participants/es nous laisse perplexes au sujet de la nature de l'efficacité de l'École Interactionnelle du Dos.

CONCLUSION / Question générale de recherche

Au-delà de la douleur, en quoi consiste plus précisément la nature de l'efficacité d'un programme d'intervention de type École du dos dans le cas de la lombalgie chronique ?

CHAPITRE II

CADRE DE RÉFÉRENCE

INTRODUCTION

Le cadre de référence qui structure la problématique de cette étude s'étend à plusieurs disciplines, des sciences de la santé (surtout physique), à celles de la psychologie en passant par les sciences de l'éducation. Une balayage qui apparaît incontournable étant donné la perspective adoptée pour aborder la problématique décrite au chapitre précédent, à savoir, un traitement éducationnel de la lombalgie chronique élaboré par une équipe interdisciplinaire de chercheurs. Le cadre de référence se répartit en cinq sections: (1) le phénomène de la douleur dans toute sa complexité, vu sous l'angle d'un modèle conceptuel spécifique qui définit une méthodologie rigoureuse de mesure de la douleur et oriente son traitement; (2) la douleur chronique dont les particularités, étant donné la chronicité de la condition douloureuse, nous amènent à redéfinir notre conception de la santé, et à rechercher des solutions en explorant le phénomène du stress et le concept d'éducation pour la santé ; (3) les écoles du dos, en tant que programmes éducationnels qui se posent comme alternatives thérapeutiques pour contrer la lombalgie chronique; (4) le concept de qualité de vie, qui constitue une dimension indéniable de la santé dans le cas particulier des affections chroniques, nécessite d'être défini avant de faire l'objet de mesures; (5) enfin, la stratégie d'intervention particulière à l'EID est une stratégie qui favorise le développement de l'efficacité personnelle et ce, par le biais d'une approche interactionnelle et d'une approche éducationnelle intégrées dans un curriculum rigoureusement structuré, tel que décrit au chapitre précédent.

2.1 PHÉNOMÈNE DE LA DOULEUR

2.1.1 La douleur

Chez les personnes qui consultent pour une lombalgie chronique, la plainte principale est la douleur; ce motif est au coeur de la demande de soins. La douleur représente la plainte principale de 80% des gens qui demandent des soins médicaux (Marchand, 1995). En tant que signal d'alarme indiquant une situation où l'intégrité de l'organisme est menacée, un signal commandant une action pressante, la douleur, est essentielle à la survie. Par contre, dans certaines situations, elle dépasse son rôle de protection et devient la cause du problème. La douleur lombaire chronique en est un bel exemple, puisque chez 80% des lombalgiques, l'origine de la douleur ne peut être identifiée (Cedraschi et al, 1990).

Maintenant reconnue comme un phénomène d'une grande complexité (Marchand, 1995), la douleur ne peut plus être comprise et traitée au plan de ses seules bases physiologiques. En effet, des facteurs de la perception sensorielle ainsi que des facteurs psycho-affectifs d'ordre tant individuel que socio-culturel, participent de l'expérience douloureuse. Banale pour certains, insupportable pour d'autres, la douleur est une expérience subjective, dynamique et personnelle.

Pour sa part, adoptant une perspective infirmière de la douleur cancéreuse, Foucault (1996) s'inspire du modèle de Saunders de 1983 pour définir la douleur totale comme correspondant à l'interrelation de trois composantes: (i) composante physiopathologique, (ii) composante psychosociale, et (iii) composante spirituelle et philosophique. De plus, la «dynamique engendrée par la coexistence de ces trois composantes est à son tour influencée par divers éléments de la vie du malade tels ses données biographiques, la qualité de son soutien social, son système de croyances et de valeurs et ses perceptions entourant son hospitalisation.» (p 79)

Une approche rationnelle du patient/e qui souffre exige d'être au fait des connaissances modernes sur la douleur et son traitement. L'état actuel des connaissances en physiologie et en psychologie permet aux théories de la douleur d'évoluer vers des modèles conceptuels qui rendent mieux compte de la complexité de la perception douloureuse. Les théories de la

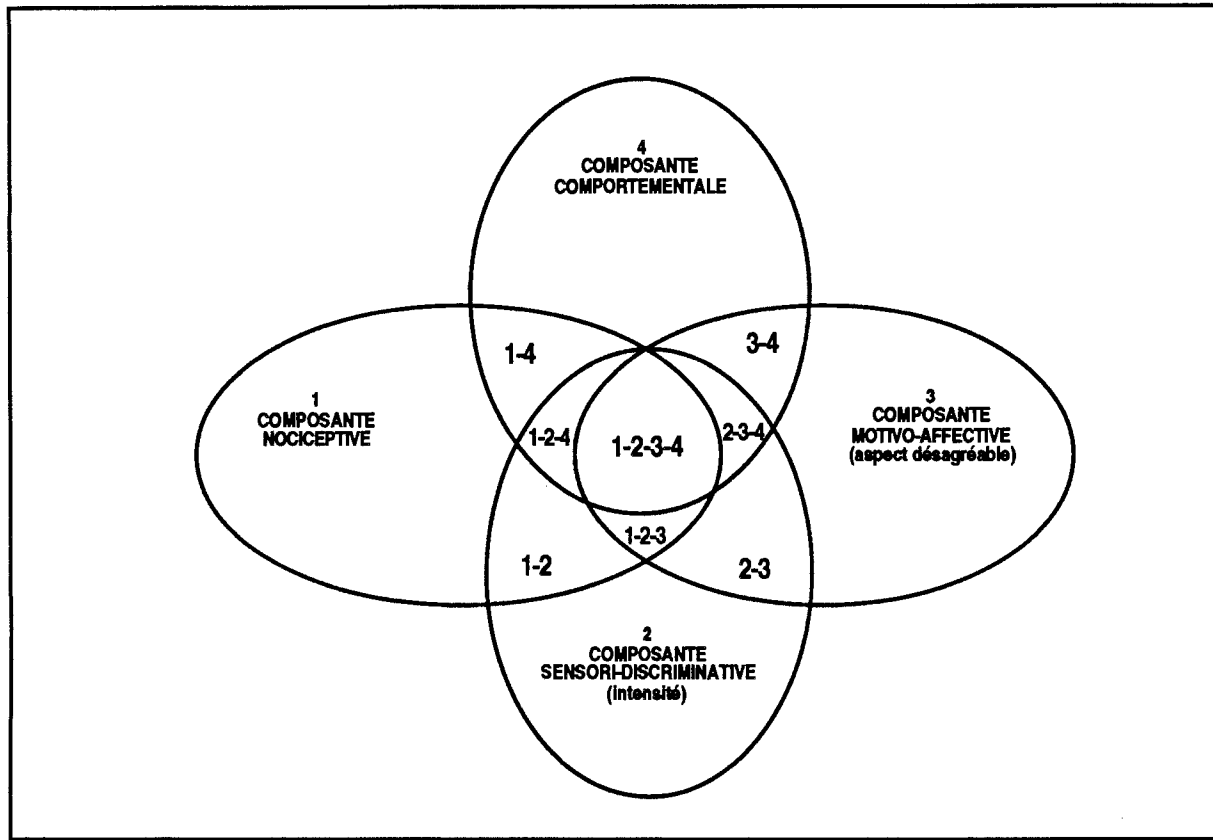
douleur évoluent d'une causalité linéaire, où la perception douloureuse est l'effet d'une série d'événements consécutifs les uns aux autres depuis l'origine causale, vers une causalité circulaire, où chaque événement est à la fois indépendant et modulé par tous les autres (Marchand, 1995). Le «modèle circulaire de la douleur» traduit une compréhension contemporaine du phénomène de la douleur, une conception multidimensionnelle et dynamique. C'est un phénomène multidimensionnel où les événements impliqués dans la causalité circulaire de la douleur relèvent des dimensions physiques, cognitivo-affectives et socio-culturelles. C'est aussi un phénomène dynamique car la perception qu'on a d'une douleur est modulée par de nombreux facteurs personnels et socio-culturels et elle fluctue selon le contexte spatio-temporel.

2.1.2 Modèle circulaire de la douleur

Le modèle circulaire de la douleur élaboré par Marchand (Marchand, 1995) met en relation quatre composantes de la douleur. La composante nociceptive (1), purement physiologique, réfère à l'activité nerveuse périphérique; la composante sensori-discriminative (2) se définit par l'intensité de la douleur ressentie; la composante motivo-affective (3), relevant des centres nerveux supérieurs, est décrite par l'aspect désagréable de la douleur tandis que la composante comportementale (4) reflète l'éventail des comportements reliés à la douleur « ... du réflexe d'évitement aux expressions faciales » (p.10). Ces composantes peuvent tout autant exister indépendamment les unes des autres que s'influencer mutuellement; elles peuvent aussi exister sous forme de combinaisons diverses (figure 1.1).

Ce modèle met en évidence toute la complexité du phénomène de la douleur et il explique, par exemple, comment une douleur peut exister en se manifestant par des comportements douloureux sans qu'il y ait signe de nociception, de même qu'une situation inverse peut tout aussi bien se produire. Une conception originale qui jette une lumière toute particulière sur le phénomène de la douleur, dans le cas singulier des atteintes chroniques.

Au-delà de son apport conceptuel, ce modèle offre l'avantage d'orienter la mesure de la douleur et l'évaluation plus opérationnelle de l'efficacité des traitements analgésiques vers des instruments qui tiennent compte de plus d'une composante. Malgré l'avancement marqué de la science médicale face au traitement de la douleur, la mesure objective de la douleur demeure un problème marqué.



Source: Marchand (1995)

Figure 2.1 Les quatre composantes du modèle circulaire de la douleur

2.1.3 Mesure de la douleur

L'importance de la mesure relève autant de l'implication qu'elle a sur l'administration d'analgésiques et le suivi de leurs effets, que sur le caractère essentiellement dynamique et personnel de l'expérience douloureuse que seul l'individu souffrant est à même d'évaluer de façon fiable. De plus, sa perception varie tout au long de l'expérience douloureuse.

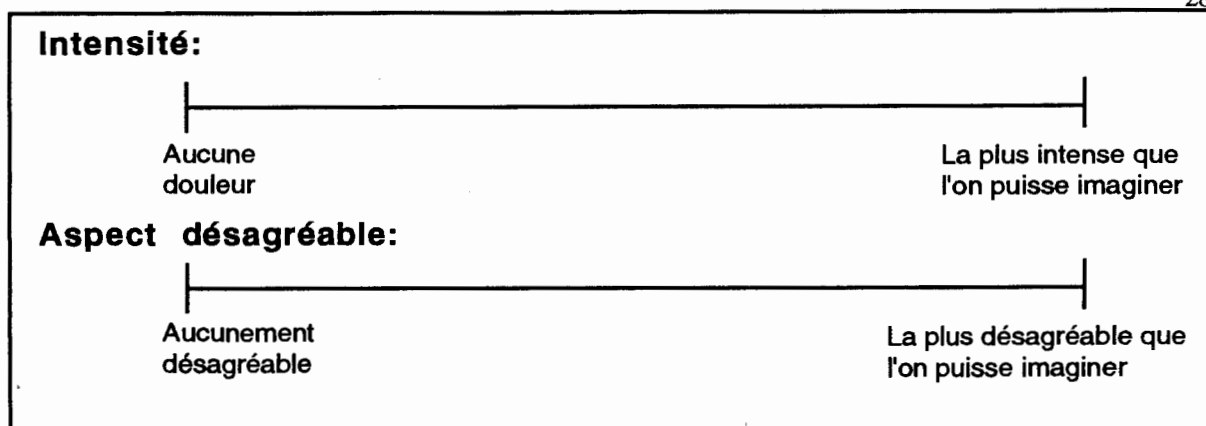
De la perspective infirmière en soins palliatifs, Foucault (1996) propose une «évaluation systématique» comportant d'abord une fiche d'anamnèse puis un tableau d'évaluation de la douleur. La *fiche d'anamnèse* recueille les informations suivantes: (i) données biographiques dont l'observation non-verbale chez les malades semi-conscients ou inconscients; (ii) soutien social dont l'observation de la dynamique familiale, (iii) croyances et valeurs dont la nature influence l'intensité de la douleur ressentie, (iv) hospitalisation soit la perception qu'en a le

malade. Le *tableau d'évaluation de la douleur* comporte cinq sections: (i) intensité de la douleur relevée sur une échelle à cinq points, (ii) durée relevant la chronologie de la douleur (heure de perception des douleurs, durée, fréquence), (iii) sites relevés par le biais d'un profil anatomique, (iv) sensations relevées en choisissant parmi cinq illustrations jumelées à des mots qui qualifient le type de douleur, (v) répercussion sur les activités de la vie quotidienne (A.V.Q.) relevée par choix parmi sept illustrations intitulées par secteur d'activités. Cette évaluation systématique a l'avantage de couvrir l'ensemble de vie de l'individu touché par la douleur cancéreuse, mais elle a le désavantage d'être plutôt longue, ce qui n'est pas adapté lorsqu'il s'agit de suivre l'évolution d'un traitement.

L'évaluation rigoureuse de la douleur doit reposer sur des fondements théoriques solides. Marchand et ses collègues (1993) relèvent quatre éléments qui doivent être pris en considération pour établir la validité d'une évaluation de la douleur: (i) la sensibilité de la mesure de la douleur, (ii) la mesure des composantes de la douleur, (iii) la mesure basée sur la mémoire de la douleur, (iv) la modulation de la douleur selon le temps et le contexte (p.100).

Sensibilité de la mesure

Évaluer l'efficacité d'un traitement visant à réduire la douleur nécessite des outils suffisamment sensibles pour détecter de petits changements dans la perception de la douleur. Or, une échelle limitée à 4 ou 5 niveaux, qu'elle soit nominale et/ou ordinale, ne permet pas de détecter des variations inférieures à 20%. Par contre, les échelles visuelles analogues (EVA) (voir un exemple à la figure 1.2) s'avèrent assez sensibles pour détecter un changement inférieur à 20% dans la perception d'une douleur expérimentale thermique durant un traitement par neurostimulation électrique transcutannée (TENS) (Marchand et al, 1991a). Ces échelles sont suffisamment sensibles pour détecter de faibles modulations de la douleur (Miron et al, 1989; Marchand et al, 1991a; Marchand et al, 1991b). Elles représentent donc un outil adéquat pour mesurer la valeur analgésique d'un traitement. Les échelles visuelles analogues (EVA) permettent de traduire la perception douloureuse en une modalité visuelle à l'aide d'un trait de crayon qui coupe une droite longue de 100 mm dont la limite gauche représente «aucune douleur» et la limite droite, «la pire douleur imaginable».



Source: Marchand (1995)

Figure 2.2 Échelles visuelles analogues mesurant deux composantes de la douleur

Quel est donc l'intérêt de mesurer d'aussi petites variations de douleur ? Notre expérience auprès de personnes souffrant de douleur chronique nous amène à constater que ce qui semble être une petite variation pour l'observateur, traduit une efficacité de traitement satisfaisante pour le patient/e, et parfois même déterminante quant à sa capacité de supporter sa douleur.

Composantes de la douleur

La douleur se caractérise par des composantes sensori-discriminative et motivo-affective qui varient indépendamment l'une de l'autre selon que la douleur soit chronique ou expérimentale (Kupers et al, 1991; Price et al, 1985). Pour évaluer un traitement visant à réduire la douleur, il apparaît donc important de mesurer ces deux aspects de façon distincte. Les échelles visuelles analogiques (EVA), mesurant séparément les composantes sensorielle et affective de la douleur, ont été validées lors de l'évaluation de douleur chronique et expérimentale (Price et al, 1983).

Mémoire de la douleur

Il est démontré que la mémoire de la douleur n'est pas fiable et ce, de façon plus marquée dans le cas de la douleur chronique que dans celui de la douleur aiguë (Erskine et al, 1990). Les patients/es ont tendance à exagérer leur évaluation d'une douleur passée comparativement à une douleur présente de même intensité (Eich et al, 1985), donnant ainsi des résultats faussement positifs. Pour éviter ce piège, la douleur doit être évaluée au moment présent sans la comparer à une douleur passée, et sans effectuer de mémoire un relevé de la douleur.

Modulation temporelle et contextuelle

La perception de la douleur n'est pas stable. Même dans le cas d'une douleur chronique de type arthritique, l'intensité de la douleur varie de façon rythmique durant une même journée ou d'une journée à l'autre; de plus, elle présente des pics d'intensité durant la fin de semaine (Jamison et al, 1989; Bellamy et al, 1991). L'intensité et l'aspect désagréable de la douleur varient aussi par suite d'un changement de l'attention (Miron et al, 1989), ce dernier peut provenir de la modification de l'environnement physique ou du contexte, comme par exemple le fait d'être dans un laboratoire plutôt que chez soi. Pour évaluer l'efficacité réelle d'un traitement donné sur la douleur, les modulations temporelle et contextuelle de la douleur doivent être prises en considération. Par exemple, à chacun des stades de l'évaluation du programme d'intervention, si on adopte la méthodologie d'évaluation de la douleur de Chenard et ses collègues (1991b) les sujets feront, à domicile, de nombreux relevés consécutifs de leur douleur.

Fiabilité et validité d'une mesure de la douleur

Obtenir une mesure objective, d'une expérience des plus subjectives telle la douleur exige une méthodologie rigoureuse. Celle utilisée pour évaluer l'École Interactionnelle du Dos (Chenard et al, 1991b) assure à l'évaluation de la douleur un bon degré de validité et de fiabilité parce qu'elle tente d'éviter les quatre biais mentionnés plus haut.

- La douleur est évaluée à l'aide d'échelles visuelles analogiques (EVA) dont la sensibilité a été démontrée.
- Ces échelles relèvent distinctement l'intensité et l'aspect désagréable de la douleur, une composante physiologique ne pouvant à elle seule refléter la complexité de l'expérience douloureuse.
- L'évaluation a lieu à domicile, par le patient/e lui-même (seul en mesure de réellement évaluer sa douleur). Les relevés sont pris au cours de trois jours, consécutifs ou non, à toutes les deux heures durant la période de veille. Ces relevés permettent de rendre compte de l'aspect dynamique et de la modulation contextuelle de la douleur.
- Enfin, pour éviter les déviations mnémoniques, la consigne stipule explicitement de ne pas tenir compte d'un relevé de la douleur qui ne peut être noté sur-le-champ, à l'heure déterminée sur les échelles.

La mesure de la douleur dans le domaine de l'intervention est essentielle pour plusieurs raisons. Elle permet d'abord de comprendre comment l'expérience douloureuse est vécue par la personne devant soi, d'ajuster ensuite l'administration d'analgésiques lors de traitements pharmacologiques afin d'en évaluer l'efficacité et finalement de choisir le traitement le plus approprié à la demande de soulagement. On sait que certains problèmes douloureux affectent davantage une certaine composante de la douleur tandis que certains traitements sont reconnus plus efficaces pour une composante plutôt qu'une autre.

Il est donc primordial de se référer à des modèles conceptuels contemporains pour comprendre et mesurer la douleur; pour comprendre aussi l'efficacité des traitements utiles et accentuer leur potentiel analgésique.

2.1.4 Traitement de la douleur

Traiter la douleur

Le phénomène de la douleur se définit, outre ses seules composantes physiologiques, par des composantes affectives et socio-culturelles. On doit donc tenir compte des différentes facettes de la douleur lorsqu'il s'agit de la soigner. Traiter la douleur peut nécessiter une thérapeutique parallèle au traitement de la pathologie sous-jacente. Traiter la douleur peut aussi nous conduire à considérer cette dernière comme une problématique en soi s'il y a absence de cause diagnostiquée. La lombalgie chronique en est un bel exemple, puisque dans plus de 80 % des cas de lombalgie, l'origine de la douleur ne peut être établie. Problème psychosomatique ? Il se pourrait que ce soit plutôt un problème de limites imposées par l'état actuel des connaissances, que ce soit au niveau des modèles explicatifs, des instruments diagnostiques ou des traitements efficaces.

Traitements médicaux

Les traitements médicaux conventionnels de la douleur relèvent de la pharmacologie et de la chirurgie (Marchand, 1995) et ils ciblent autant les composantes physiologiques que les composantes psychologiques de la perception douloureuse. La chirurgie s'attaque aux voies de la douleur par interruption des voies afférentes empruntées par les messages douloureux, par l'implantation de stimulateurs électriques au niveau du système nerveux central, ou par une lésion au niveau du cortex frontal. Pour sa part, la pharmacologie propose tout un arsenal

de médicaments contre la douleur dont les analgésiques comme les salicylés (aspirine), les anti-inflammatoires, les opiacés (codéine, morphine), et d'autres substances comme les psychotropes, les anticonvulsants et les coanalgésiques (p. 201).

Modulation de la douleur et thérapeutiques non pharmacologiques

La neurophysiologie de la douleur fournit un modèle conceptuel qui nous aide à comprendre la perception douloureuse et qui identifie différents types de modulations internes subies par le message douloureux. On en déduit trois mécanismes de contrôle de la douleur supportés par des modèles théoriques différents (tableau 2.1). Le contrôle médullaire exercé sur le message nociceptif est fondé sur la théorie du portillon de Melzack et Wall (1965). Les contrôles inhibiteurs diffus nociceptifs (CIDN) représentent un système d'inhibition descendante du tronc cérébral vers la moelle. Ce système est défini par Le Bars (1979). En dernier lieu, le contrôle exercé par les centres supérieurs du système nerveux central sur la perception douloureuse est largement discuté par Marchand (1995). Voici sous forme de tableau (voir tableau 2.1), une synthèse des aspects théoriques de ces mécanismes de contrôle de la douleur et de l'application thérapeutique (Marchand, 1995; Murray, 1995) découlant de ces trois modèles.

Effet placebo

Le modèle circulaire de la douleur (Marchand, 1995) démontre bien à quel point la douleur ressentie relève d'un processus de perception. Une perception où les composantes psychosociales s'ajoutent aux composantes sensorielles. L'effet placebo fournit l'exemple le plus révélateur du rôle déterminant des composantes psycho-sociales dans la perception de la douleur.

Selon Turner et ses collègues (1994), l'effet placebo se définit par toute une gamme d'effets thérapeutiques non spécifiques, i.e. non attribuables aux caractéristiques du traitement. L'effet placebo est influencé par des facteurs relevant du patient et d'autres, du thérapeute:

attention, intérêt et préoccupation du clinicien dans l'installation thérapeutique; attentes du clinicien et du patient face à l'efficacité du traitement; réputation, coûts et caractère impressionnant du traitement; caractéristiques de l'installation thérapeutique qui influence les patients à rapporter de l'amélioration. (p.1609)

La modulation de la douleur obtenue par placebo s'expliquerait donc par une complexe interaction entre des processus neurophysiologiques (sécrétion d'endorphines) et des processus cognitivo-behavioral et environnemental.

Tableau 2.1

Mécanismes de contrôle de la douleur: théorie et pratique*

Aspects théoriques:

• Modèle	Contrôle médullaire (théorie du portillon)	Contrôles inhibiteurs diffus nociceptif (CIDN)	Contrôle des centres supérieurs
• Mécanismes d'action	Stimulation sélective de grosses fibres non douloureuses bloquant les petites fibres douloureuses au niveau de la moelle épinière	Stimulation des petites fibres douloureuses déclenchant une réponse, surtout endorphinergique, originant du tronc cérébral et descendant inhiber l'influx douloureux	Cortex cérébral et système limbique (associé à la mémoire et aux émotions) affectent l'interprétation de la douleur et/ou peuvent déclencher la sécrétion d'endorphines ¹
	<i>Analgesie localisée</i>	<i>Analgesie diffuse</i>	<i>Analgesie diffuse</i>

Application thérapeutique:

• Manipulation	Stimulation non douloureuse appliquée sur le site douloureux	Stimulation intense, voire douloureuse, appliquée parfois sur une région éloignée du site douloureux	Stimulation mentale
• Effets	Module surtout l'intensité de la douleur (composante sensori-discriminative)	Module surtout l'intensité de la douleur (composante sensori-discriminative)	Module surtout l'aspect désagréable de la douleur (composante motivo-affective)
• Procédures cliniques (exemples)	- Massages légers - TENS conventionnel (haute fréquence et basse intensité) Durant environ 30 min aux 3 ou 4 heures	- Acupuncture - Hyperstimulation cutanée des zones gâchettes (régions localisées sensibles à la pression) Durant environ 30 min	- Techniques de relaxation - Hypnose - Biofeedback (nécessitent tous un entraînement préalable) Durant environ 20 min

* Inspiré de Charest et ses collègues (#1996) et de Marchand (#1995).

Utilisé à tort comme procédure d'évaluation de maladie psychosomatique, le placebo mérite dorénavant d'être exploité consciemment comme adjuvant à une thérapeutique dont l'efficacité a été significativement démontrée qu'elle bat l'effet placebo et le passage du temps. D'ailleurs, tout traitement efficace comporte nécessairement sa part d'effet placebo. C'est ainsi qu'à l'École Interactionnelle du Dos, le programme planifie délibérément des tactiques interactionnelles et pédagogiques qui favorisent la récupération de l'effet placebo par le patient/e sous forme d'*efficience personnelle*.

¹ Les endorphines sont des substances sécrétées par le corps dont le rôle est comparable à la morphine.

En somme, la douleur est une expérience à composantes sensorielles et psycho-sociales, qui exige une méthodologie de mesure rigoureuse et dont les traitements peuvent être pharmacologiques ou non. Toute expérience douloureuse révèle un état de santé dégradé et représente un événement stressant non seulement pour l'organisme lui-même, mais pour l'individu tout entier, y compris les relations à son environnement. Cet événement stressant est exacerbé en cas de chronicité de la douleur. Des études sur le phénomène du stress se révèlent tout à fait compatibles avec le modèle circulaire de la douleur et elles enrichissent non seulement notre compréhension de la dualité santé-maladie mais laissent apparaître des pistes d'intervention intéressantes, comme des « facteurs de protection » contre les méfaits du stress.

2.2 DOULEUR CHRONIQUE

2.2.1 Santé et phénomène du stress

La santé est définie par le Conseil des affaires sociales (Dillard, 1985, in (Baillargeon et al, 1990) comme «le résultat du processus d'adaptation entre l'individu et son milieu, qui se traduit notamment par la capacité de mener à bien ses activités habituelles» (p 3). Dans leur analyse du phénomène du stress, Appley et Trumbull (1986) vont dans le même sens et proposent une conception de la santé pouvant être qualifiée de biopsychosociale. Ces auteurs décrivent le stress comme *l'écart* entre une demande d'adaptation et les capacités personnelles d'un individu d'y faire face. Quand l'écart entre une demande d'adaptation dépasse les capacités personnelles de l'individu, et que ce dernier n'arrive pas à réduire cet écart que ce soit par l'affrontement ou par la fuite, il s'ensuit une perte de contrôle et d'équilibre. L'équilibre se trouve rompu soit à l'intérieur des systèmes physiologiques, psychologiques, ou sociaux, ou soit au niveau des interactions entre ces différents systèmes. Fait à remarquer, dans cette dynamique équilibre/déséquilibre, il importe peu que la demande, les capacités et le sentiment de contrôle soient réels ou subjectifs.

Par conséquent, les méfaits du stress mènent jusqu'à la maladie lorsque l'équilibre est rompu, une situation qui se produit lorsque l'intensité cumulative de la demande dépasse l'intensité des capacités de l'individu (intensités représentées en ordonné sur la figure 2.3), comme dans les conditions 3 et 7. De plus, la dynamique d'équilibre/déséquilibre s'inscrit dans un contexte spatio-temporel (représenté en abscisse) c'est-à-dire que l'équilibre est modulé à la fois par des variables spatiales comme les aspects environnementaux, et par des

variables temporelles comme les différentes périodes de vie du développement humain ou les conditions chroniques (Appley et al, 1986; Levine et al, 1987). Par exemple, une personne passe du confort de son foyer (condition 1) aux exigences de son emploi où la collaboration entre collègues rehausse ses capacités de répondre à la tâche (condition 2). Ainsi, l'intensification de la demande (condition 2 vs condition 1) n'est pas synonyme de déséquilibre tant que l'écart avec les capacités de l'individu est perçu comme plus grand ou égal à zéro. Par contre, lorsque des moments de résistance comme la condition 6 sont vécus de façon répétitive, cet état de chronicité favorise l'usure des capacités individuelles et finit par mener au déséquilibre.

Le stress n'est évidemment pas le seul facteur relié à la santé. Décrivant les effets psychosociaux des réponses au stress, Henry (1989) présente *l'hostilité* comme un sentiment qui maintient l'organisme dans un état d'activation hormonale nocive pour la santé physique, car elle le maintient dans un état constant d'alerte, de combat. Ce sentiment est tout aussi dommageable pour la santé psychosociale de l'individu, car poussée à l'extrême, cette hostilité mène l'individu au rejet de son entourage et à la perte du support social tant nécessaire à son équilibre affectif. Ainsi donc, l'état psycho-émotif affecte aussi la santé physique !

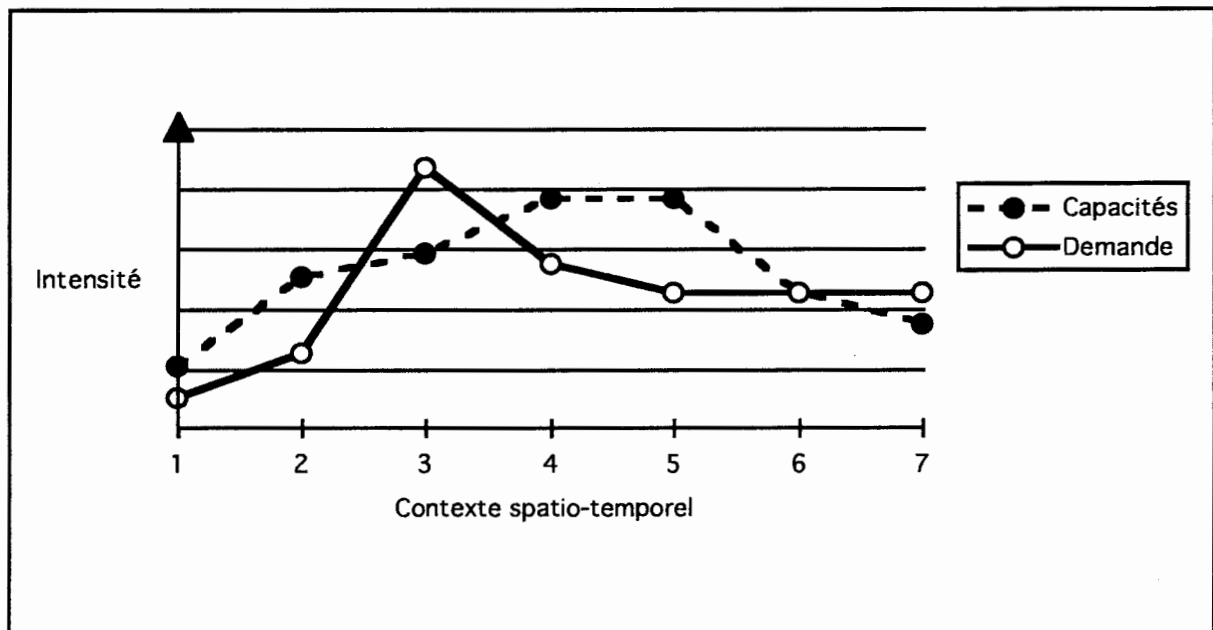


Figure 2.3 Les méfaits du stress: une question d'ÉCART entre l'intensité des capacités individuelles et l'intensité de la demande.

Existe-il une relation entre santé physique et santé mentale, psycho-socio-affective ? Pour le Dr. Basmajian (1985), professeur à l'école de médecine de l'université McMaster de Hamilton, la médecine behaviorale propose un modèle d'explication et surtout d'intervention plus intéressant que l'approche psychosomatique de la médecine traditionnelle. Basée sur la conception d'un continuum corps-esprit, la médecine behaviorale considère que les *stratégies comportementales* et l'environnement jouent un rôle très significatif dans l'incidence des maladies physiques. Dans cette perspective, de nombreux facteurs d'ordre socioculturel, psychosocial (cognition, comportement, douleur, stress, etc.) sont pris en considération pour déterminer l'étiologie et les traitements des désordres physiques. Dans le champ de la douleur chronique, la médecine behaviorale se centre davantage sur un concept comme la qualité de vie (Chibnall et al, 1990) car la perte chronique de santé n'empêche pas de chercher à améliorer sa qualité de vie.

Lorsqu'il est question de santé, d'autres auteurs préfèrent une perspective plus large où la personne est appréhendée comme à la fois faisant partie de son environnement et interagissant avec lui. Des liens importants se tissent alors entre la santé mentale et les variables de son écosystème. Ces variables originent de son environnement physique (bruit, densité de la population, architecture), de son environnement psychosocial (climat, communauté, valeurs, habitudes comportementales) et de son environnement économique (pauvreté et chômage) (DeGaujelac, 1989; Fortin, 1989; Landry et al, 1987; Lemyre, 1989; Tessier et al, 1987). Par ailleurs, un investissement émotif équilibré de l'individu entre ses différentes sphères de vie (personnelle, sociale, de travail, récréative) fait aussi partie de ces variables significatives (Caron, 1983). Toutes ces études attribuent une importance certaine à la dimension sociale de la santé.

Les études de Appley et Trumbull (1986) sur le phénomène du stress leur ont permis d'identifier certains «facteurs de protection» qui agiraient contre l'incidence pathologique du stress tels le support social, une bonne santé, le sentiment de contrôle et l'espoir (voir tableau 2.2). En situation de déséquilibre se traduisant par une perte de santé, il est difficile de relier la cause et l'effet au stress ou à la maladie. Nous verrons plus loin comment ces facteurs de protection peuvent être mis à profit dans une stratégie de gestion de la douleur.

Tableau 2.2
Facteurs de protection contre le stress

FACTEUR	DÉFINITION
SUPPORT SOCIAL	Support en terme de contacts, d'intimité et de fréquence satisfaisantes, et supportants
BONNE SANTÉ	La maladie, physique et/ou psychologique, augmente la vulnérabilité et épuise le support social
ESTIME DE SOI	Une croyance affaiblie en sa valeur et en ses capacités augmente la vulnérabilité et diminue l'habileté à se procurer du support
SENTIMENT DE CONTRÔLE	Le sentiment d'avoir de la prise sur ce qui arrive, que ce contrôle soit réel ou subjectif, diminue la tension psychologique et augmente l'espoir
ESPOIR	Un optimisme, un regard positif sur l'avenir, est bon pour la santé, et pour le moral en cas de situations d'impuissance réelle ou de stress inévitable

Adapté de Appley et Trumbull (1986)

En somme, de l'interaction entre les systèmes physiologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux de l'individu découlent sa vulnérabilité (demande > capacités) ou sa résistance (capacités $\geq$ demande), en d'autres termes, sa capacité de recouvrir et de maintenir un équilibre synonyme de santé (Appley et al, 1986). Par conséquent, tout déséquilibre se traduit par la maladie. Voilà donc qui élargit passablement le concept traditionnel de la santé et propose des modèles explicatifs de l'incidence de la maladie compatibles avec le *modèle circulaire de la douleur* et de ses composantes tant physiques que psycho-sociales. Cette conception globale de la santé se réfère non seulement à un fonctionnement équilibré de chacun des systèmes (physiologique, psychologique et socio-affectif), mais aussi à une dynamique équilibrée entre ces systèmes. C'est donc une conception de la santé qui peut être qualifiée de bio-psycho-sociale.

Outre l'intérêt de ces études sur le stress pour expliquer le processus de maladie, la beauté de ces modèles réside dans leur portée concrète sur l'intervention. Les auteurs de ces études identifient certains facteurs de protection, des facteurs qu'il est pertinent d'exploiter dans un modèle d'intervention de type éducation pour la santé, et plus particulièrement dans le cadre de la gestion de la douleur chronique.

2.2.2 Éducation pour la santé

Commençons d'abord par définir ce concept. Alain Rochon (1988) définit "l'éducation pour la santé" comme une approche qui «consiste à faciliter l'apprentissage de comportements conduisant à améliorer la santé», tant collective qu'individuelle. Une amélioration qui passe par des modifications tant au plan des habitudes de vie qu'au niveau de l'environnement, par le biais d'apprentissages qui facilitent l'adaptation, sur une base volontaire, de comportements propres au maintien ou au recouvrement de la santé. Les bases théoriques de l'éducation pour la santé reposent sur les sciences de la santé, du comportement et de la communication (en psychologie) et de l'éducation. Les savoirs de ces disciplines sont mis à contribution pour aider les gens à améliorer leur état de santé et leur qualité de vie. L'éducateur a comme rôle explicite de faciliter ces apprentissages.

Tandis que l'éducation pour la santé prend de plus en plus de place comme une approche en prévention, on doit reconnaître que cette perspective ne fait toutefois pas l'unanimité. Pour sa part, Yvan Illich, s'adressant aux directeurs des services de santé et des services sociaux du Québec à l'automne 1994 (Roy, 1994), dénonce les campagnes mondiales de promotion de la santé. «L'entreprise médicale est devenue un danger majeur pour la santé» écrivait-il, 20 ans plus tôt. Il dédaigne le discours axé sur la responsabilisation individuelle de sa santé. Une responsabilité illusoire devant le déluge de poisons, de radiations, de biens, de services inondant les humains à longueur d'année. «Je me rends malade à courir après ma santé» dit-il. «J'invite chacun à détourner son regard, ses pensées, de la poursuite de la santé et à cultiver l'art de vivre» (p.3).

L'éducation pour la santé concerne différents niveaux de prévention, de la prévention grand public visant le maintien de la santé à la prévention de l'invalidité qui est trop souvent l'aboutissement d'une situation de douleur chronique persistante malgré de nombreuses solutions tentées sans succès. Dans son guide sur les «Programmes de traitement de la douleur chronique», le Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (1990) rappelle que venir à bout de la douleur chronique n'est possible qu'en faisant appel aux savoirs de plusieurs disciplines, se rapprochant ainsi du modèle d'éducation pour la santé de Rochon (1988).

2.2.3 Douleur chronique

Pourquoi parler d'éducation pour la santé, concept souvent associé à la prévention, dans le cadre de la douleur chronique ? L'atteinte chronique pourrait se rattacher à la prévention puisque pour contrebalancer la dépendance du client/e chronique (i.e. la référence exclusive aux experts en santé pour tout ce qui a trait à sa santé, consommation importante de médicaments et de services de soins), le personnel médical se voit attribuer la tâche d'enseigner la prise en charge. Un enseignement qui consiste à remplacer l'attitude d'«apprendre à dépendre» par une attitude plus souhaitable d'«apprendre à apprendre» de façon à réduire le caractère incapacitant (Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1990).

L'orientation actuelle de l'ensemble des services de santé exige des patients/es d'augmenter leur autonomie face à leur santé, de même qu'elle exige des intervenants/es d'enseigner à ces gens la prise en charge via des apprentissages qui vont de l'application de techniques de soins à l'adoption d'attitudes et de comportements d'autonomie. Une autonomie qui est d'autant plus précieuse en cas d'atteinte chronique comme la lombalgie. En effet, on constate que seulement 10% des gens souffrant de maux de dos développent des douleurs chroniques et que ceux-ci se partagent 80% de l'ensemble des frais médicaux occasionnés par ce problème (Véronneau, 1990, p 9).

Une particularité évidente de la douleur chronique, la chronicité de l'atteinte, implique que le patient vive constamment avec une douleur, qu'elle soit continue ou récurrente, et ce, en dehors de ses contacts avec le personnel médical. Il est souvent seul ou avec des membres de son entourage et la gestion efficace de sa douleur repose sur des apprentissages transférables dans son quotidien.

Au-delà de la chronicité de l'atteinte, il survient régulièrement des épisodes de crise aiguë qui sollicitent une recrudescence de soins. L'apprentissage d'attitudes et de comportements d'autonomie a un impact préventif en ce sens qu'il limite, d'une part, la consommation des soins de santé engendrée par la douleur et, d'autre part, la durée et la fréquence des phases aiguës, de même que la détresse associée à ces épisodes.

Il s'agit ici de favoriser le développement d'un sentiment de contrôle face au recouvrement de sa santé et/ou à la gestion de sa douleur; un sentiment de contrôle qui s'appuie sur l'accès à de l'information simple et aux prises de décision concernant son état de santé, sur l'entraînement à l'observation des indices corporels et à leur interprétation et sur l'apprentissage de moyens concrets qui permettent d'agir et non pas de subir la douleur.

Lors d'expériences douloureuses, se référer au modèle circulaire de la douleur permet au patient/e de saisir l'importance d'un tel *sentiment de contrôle* qui est l'un des facteurs de protection contre les méfaits du stress vus précédemment. Dans le cadre de la gestion de sa douleur, l'entraînement à la prise en charge implique l'apprentissage d'attitudes, de comportements et de moyens concrets qui favorisent l'autonomie et la planification d'objectifs spécifiques qui permettent ultimement aux gens de se traiter soi-même. C'est justement l'objectif général du programme d'intervention s'adressant aux lombalgiques chroniques et qu'on appelle l'École interactionnelle du dos. De plus, pour atteindre cet objectif, ce programme s'est doté d'une stratégie d'intervention et de tactiques thérapeutiques bien concrètes qui ont fait leurs preuves (Chenard et al, 1991b).

2.3 ÉCOLE DU DOS

2.3.1 Lombalgie chronique

La lombalgie chronique se manifeste par des douleurs localisées dans la région lombaire du dos et qui persistent depuis plus de 6 mois. C'est un problème largement répandu en Occident. Parmi les problèmes de santé, les maux de dos occupent aujourd'hui une place privilégiée. De 60% à 90% des gens auront, à un moment donné de leur vie, mal au dos. Et 10% d'entre eux développeront des douleurs chroniques. À eux seuls, ce faible pourcentage de lombalgiques se partagera pourtant 80% de l'ensemble des frais médicaux occasionnés par ce problème (Véronneau, 1990, p 9-10). Selon Hall et Iceton (1983), les problèmes reliés aux lombalgies coûtent aux Américains/es 15 milliards de dollars par année. Mais, au-delà des aspects financiers, l'impact psychosocial des maux de dos sur la vie quotidienne des lombalgiques représente un tribut bien plus lourd encore !

Dans ses recherches de solutions, le monde médical se bute à une difficulté majeure. Dans plus de 80% des cas de lombalgie, l'origine de la douleur ne peut être établie (Cedraschi et al,

1990). C'est un aveu d'impuissance face à la lombalgie chronique tant au niveau du diagnostic que du traitement. Cet échec s'explique en partie par l'approche linéaire du modèle traditionnel qui ne prend pas en considération la complexité du phénomène de la douleur chronique. Efficaces en phase aiguë, les traitements conventionnels, par ailleurs souvent mal évalués, le sont peu contre la lombalgie chronique (Chenard et al, 1991b).

Par le biais d'une analyse biopsychosociale, Waddell (1992) soulève l'importance des facteurs psychosociaux impliqués dans la lombalgie chronique commune. Considérant que les maux de dos affectent l'humanité depuis des siècles, l'incidence sans cesse croissante de la lombalgie invalidante en Occident depuis la dernière guerre mondiale ne s'explique par aucune modification biologique. En fait, l'invalidité lombaire chronique paraît être le symptôme d'un problème de "mésadaptation" à l'échelle sociale. Ce problème relève, entre autres, d'une conception de la maladie et de l'approche médicale traditionnelle à l'égard de cette dernière qui sont exclusivement physiologiques. Le soulagement de la douleur ne représente que la moitié de la bataille contre la lombalgie chronique. Il faut aussi que les capacités fonctionnelles et la qualité de vie reviennent à la normale. L'analyse de Waddell se résume ainsi: la lombalgie commune est bénigne, la douleur lombaire se distingue de l'invalidité lombaire, et l'invalidité lombaire chronique apparaît davantage comme un problème iatrogène et nécessite donc une approche biopsychosociale.

2.3.2 Alternative thérapeutique: des programmes éducationnels

Comment aider les gens souffrant de lombalgie chronique ? L'inefficacité des traitements traditionnels, la conception biopsychosociale de la santé, la compréhension contemporaine du phénomène de la douleur, la dimension iatrogène de l'invalidité lombaire chronique sont autant d'éléments qui ne nous autorisent plus aujourd'hui à appréhender la lombalgie chronique comme un problème purement médical. Waddell (1992) affirme que nous avons besoin d'un changement radical de stratégie face à la lombalgie chronique. Il propose une stratégie de gestion des troubles lombaires gouvernée par deux buts fondamentaux: le soulagement maximal de la douleur et le retour au fonctionnement normal le plus tôt possible. Dans cette optique, le concept d'éducation pour la santé, visant des modifications du mode de vie et de l'environnement, fournit un cadre théorique pertinent à l'élaboration de thérapies éducationnelles face à cette problématique. Dans le traitement de la lombalgie chronique, cette démarche se pose comme une alternative face à l'impuissance du modèle traditionnel.

Ainsi, devant la difficulté du modèle biomédical unidimensionnel à soulager la douleur lombaire chronique naissent de nouvelles thérapies comportementales et éducationnelles. Elles découlent d'une compréhension multifactorielle du phénomène (Chenard et al, 1988), la lombalgie étant abordée sous l'angle des multiples facteurs susceptibles d'être impliqués dans le maintien du problème. Ce modèle explicatif débouche vers une approche globale qui sert à baliser le programme d'intervention. On assiste alors à l'émergence de différents types d'interventions éducatives (Charest et al, 1996): des messages publicitaires qui adressent au public des informations préventives, le plus souvent ergonomiques, des interventions de courte durée qui permettent aux lombalgiques en phase subaiguë d'éviter la chronicité par un programme de reconditionnement physique et, finalement, les programmes longs de prise en charge, dont les écoles du dos, qui s'attaquent à la lombalgie chronique.

Face au phénomène de la lombalgie chronique, le concept d'école du dos se différencie de l'approche médicale et ce, tant au niveau de l'évaluation causale que du mode d'intervention. Tandis que l'approche médicale se base sur une évaluation biophysiological du problème et propose une intervention curative conventionnelle, les écoles du dos s'appuient sur une approche multifactorielle de la lombalgie chronique et propose une intervention éducative de prise en charge.

Les causes multiples et interreliées des lombalgies chroniques suggèrent des interventions axées sur plusieurs facettes du problème à la fois. La plupart des programmes longs de traitement de la lombalgie chronique en témoignent (Cairns et al, 1984; Chenard et al, 1991a; Cohen et al, 1983; Edwards et al, 1992; Estlander et al, 1991; Härkäpää et al, 1990; Heinrich et al, 1985; Keijsers et al, 1989; Nicholas et al, 1991; Tollison et al, 1990). Leur curriculum porte sur des thèmes comme l'évolution naturelle de la lombalgie, l'anatomie et la biomécanique, l'ergonomie, les exercices spécifiques et l'entraînement physique, l'entrevue psychologique, la gestion du stress par technique de relaxation, l'orientation professionnelle. Ce vaste programme est enseigné le plus souvent par une équipe composée de nombreux spécialistes, une équipe multidisciplinaire.

Un but commun, la prise en charge personnelle de sa propre guérison, gouverne les divers objectifs prévus par ces programmes éducatifs. Une démarche qui ensuite n'a rien

d'uniforme puisque l'on retrouve alors pêle-mêle des objectifs aussi divers que la réhabilitation (retour au travail), la réduction de la douleur, le retour à un fonctionnement de vie aussi normal que possible, le traitement global de la lombalgie chronique, l'augmentation du fonctionnement physique, l'auto-gestion de la douleur par l'éducation (comprise en terme de dispenser de l'information) et l'entraînement d'habiletés adaptées.

2.3.3 Lombalgie chronique: efficacité des programmes éducationnels

L'analyse de plusieurs études portant sur les résultats des programmes longs de traitement de la lombalgie chronique nous laisse perplexe. D'une part, les paramètres évalués sont aussi divers que le sont leurs objectifs et leur curriculum: la perception de la douleur, le retour au travail ou au fonctionnement de vie normal, la détresse psychologique ou la dépression, le contrôle actif de la douleur, la satisfaction du traitement, le contrôle, la mobilité et la force de la région lombaire, la capacité de soulever, l'usage de soins médicaux. D'autre part, une seule de ces études est contrôlée contre placebo et le passage du temps (Chenard et al, 1991b). Au moyen d'une méta-analyse, Duplan et ses collègues (1994) évaluent l'efficacité des écoles du dos sur la lombalgie chronique comme étant généralement significative par rapport à l'intensité de la douleur, au taux de réinsertion professionnelle (60 à 90 %), et à la prévention des récurrences douloureuses aiguës (p.49) et ce, en dépit de l'extrême variabilité des critères utilisés.

Suite à une analyse longitudinale de l'école du dos canadienne (Canadian Back Education Units, CBEU), Hall et Icton (1983) rapportent une amélioration chez 69% des 6418 participants/es à cette école. L'amélioration est évaluée par les participants/es à partir d'une échelle de 0 à 5; les résultats s'expriment sous forme d'une amélioration subjective globale. D'après les conclusions de ces auteurs, ces résultats et ceux rapportés par différentes écoles s'avèrent positifs. Que la méthode utilisée soit sous forme d'éducation biomécanique, de conditionnement opérant ou mixte, une prémisse demeure: éduquer les patient-es les rendra plus responsables et plus actifs (p.12) dans le processus de soin. Cette étude comporte un vaste échantillonnage de patients/es, par contre l'évaluation de l'efficacité du programme manque d'une part, de critères solides en regard de la critique des échelles d'évaluation de la douleur (Tollison et al, 1990), et d'autre part, de contrôles expérimentaux (groupe contrôle, groupe placebo, étude en double aveugle).

Au-delà du manque de rigueur de leur évaluation, dans l'ensemble, les programmes éducatifs contre la lombalgie chronique démontrent une certaine efficacité. Il semble que le fait de "rendre plus responsable et actif" (Hall et al, 1983) explique l'amélioration obtenue chez les patients/es. Mais, cette prémisse est prise pour acquise, sans argumentations explicites. Il est permis de croire que rendre responsable dans un sens plutôt anglo-saxon du terme i.e. «*response ...able*», i.e. *capable de composer avec...* impliquerait plusieurs facteurs: l'efficience personnelle ou le sentiment de contrôle découlant de la maîtrise des différents apprentissages visés, le support social procuré par le groupe et l'espoir de soulagement suscité par les animateurs/trices. Il est fort probable que l'efficacité d'une école relèverait alors de différents facteurs de protection (tableau 2.2) contre les méfaits du stress-détresse engendré par la chronicité de l'atteinte. Ces traitements éducatifs auraient alors une toute autre portée. Une portée qui dépasse le problème spécifique initial de la plainte douloureuse, une portée beaucoup plus grande, rejoignant la qualité de vie des participants/es, un concept plus vaste.

Dans le cas particulier de l'École Interactionnelle du Dos (EID), la stratégie d'intervention résolument choisie vise à favoriser l'autonomie des personnes souffrantes en améliorant leur efficience personnelle à gérer leur lombalgie chronique. Cette stratégie exploite donc à différents niveaux les facteurs de protection contre le stress mentionnés plus haut. Par conséquent, l'EID s'étant déjà avérée efficace à réduire la douleur (Charest et al, 1994), il serait pertinent d'évaluer l'hypothèse de son efficacité sur la qualité de vie dans son ensemble.

2.4 CONCEPT DE QUALITÉ DE VIE

Pourquoi étudier et utiliser la notion de qualité de vie ? D'une part, l'étude du phénomène du stress abordé dans une perspective globale de la réalité humaine, fait ressortir des liens très évidents entre santé physique, psycho-affective et sociale. D'autre part, la multitude des effets secondaires produits par les interventions médicales est dénoncée depuis plusieurs années (Mongeau, 1982). Ces constatations imposent aux traitements de maladies chroniques à ne plus être centrés uniquement sur les symptômes physiques; l'individu doit être appréhendé dans sa globalité, en terme de qualité de vie (Duquette, 1992).

Les applications de la qualité de vie sont toutes aussi nombreuses que différentes. D'après Spilker (1990), la qualité de vie est un indicateur d'efficacité de plus en plus utilisé et de plus en plus crédible dans les études cliniques. Les études de la qualité de vie peuvent avoir comme but d'améliorer la qualité du traitement d'un patient donné, de choisir entre deux thérapies dont les portées sont totalement différentes, ou bien de comparer entre deux modalités différentes d'un même traitement. Elles sont utilisées à des fins commerciales (pharmacologie), cliniques ou dans le cadre de l'organisation des ressources en soins de santé. En somme, le concept de qualité de vie, pris dans le sens du terme anglais "health-status concept", est une variable pertinente pour des fins variées: comparer l'impact de différents programmes d'intervention, évaluer la qualité des soins de santé, estimer les besoins de la population, améliorer la prise de décision médicale, prédire les comportements de santé et ceux à risque pour la santé (Ware, 1984; Elnaggar et al, 1991).

2.4.1 Définitions

L'utilité de la qualité de vie comme indicateur en recherche et en clinique est de plus en plus reconnue. Cependant, une certaine confusion règne autour de sa définition. En réhabilitation physique, où l'évaluation porte traditionnellement sur des critères comme le "degré de douleur" et "le retour au travail", les professionnels étendent de plus en plus leur approche à une notion aussi subjective que la qualité de vie (Duquette, 1994).

La qualité de vie est une notion qui porte tout son sens dans le cadre des traitements des maladies chroniques où la réintégration consiste davantage à apprendre à vivre avec la maladie que l'absence de symptômes. Dans cette optique, le concept fondamental de retour à la vie normale (Reintegration to Normal Living — RNL) est considéré comme très proche de celui de qualité de vie (Wood-Dauphinee et al, 1987; Schipper et al, 1990). Ainsi, Chibnall et Tait (1990) définissent la qualité de vie comme la perception du degré de satisfaction personnelle envers son fonctionnement dans les différentes sphères psychosociales. Pour leur part, Ryff et Keyes (1995) préfèrent élaborer un modèle théorique de la structure psychologique du bien-être. Un modèle multidimensionnel qui couvre six dimensions: (1) l'évaluation positive de soi et de sa vie passée, (2) un sentiment de croissance et de développement continu comme personne, (3) la croyance en l'orientation et la signification de sa vie, (4) l'entretien de relations de qualité avec les autres, (5) la capacité de contrôle sur sa vie et son environnement, (6) et un sentiment d'autodétermination. (p.720)

Dans sa définition la plus large, la qualité de vie est "une satisfaction personnelle globale de sa vie, et un sens général de bien-être" (Shumaker et al, 1990; Osaba, 1991). Pour préciser cette conception générale, les chercheurs ont tendance à établir une conception de la qualité de vie qui est spécifique à leur domaine de recherche. À l'opposé, Spilker (1990) met l'accent sur un niveau global de qualité de vie reposant sur un ensemble de domaines d'ordre physique, psychologique, social et économique. De même, Dupuis et ses collègues (1989) définissent la qualité de vie en termes de niveau d'atteinte des buts personnels dans un vaste ensemble de domaines de vie. L'indice global de qualité de vie qui en ressort repose sur la perception de son niveau de bonheur par l'individu lui-même, plutôt que sur une évaluation par un expert/e extérieur. L'avantage de ces définitions à perspective systémique est d'éviter de concentrer encore davantage l'attention de la personne sur les seules dimensions de sa vie qui posent problème, comme la douleur, l'état de santé physique ou psychologique, ou le retour au travail, facteurs sur lesquels se centrent des définitions de qualité de vie trop restreintes.

En somme, la qualité de vie correspondrait à la satisfaction globale de l'individu dans différents domaines de vie traduisant son degré de bonheur et de bien-être. L'étude de la qualité de vie nous aiderait à évaluer l'efficacité et/ou à réajuster un programme d'intervention. Ainsi, on peut comparer l'efficacité d'un programme basé sur l'éducation pour la santé à un traitement médical conventionnel au regard d'un même problème de santé. Il est raisonnable de s'attendre à observer des effets plus marqués sur le plan de la qualité de vie dans le cas du programme éducationnel. On peut aussi évaluer l'efficacité d'un traitement éducationnel au-delà de son impact sur le problème visé, par exemple la douleur. Par conséquent, des traitements éducationnels comme les écoles du dos pourraient très bien s'avérer efficaces au-delà de la douleur lombaire qui constitue la plainte principale ! Ils pourraient s'attaquer à l'aspect incapacitant de la douleur chronique (Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1990) et à la composante comportementale et socio-culturelle de la douleur (Marchand, 1995).

Plusieurs auteurs vont au-delà de la dimension physiologique de la douleur pour expliquer la complexité du phénomène de la douleur. Outre la dimension purement physiologique, le modèle circulaire de Marchand (1995) se définit aussi par des dimensions psychosociales. Estlander (1989) rapporte plusieurs types de facteurs déterminant le comportement

douloureux dans la lombalgie chronique: la souffrance psychologique due à la détresse émotive, les apprentissages régularisant le comportement douloureux, la peur et l'anticipation de la douleur causant de la passivité et des comportements d'évitement, les facteurs cognitifs comme la relation entre attentes négatives, distorsion cognitive et activité, la détresse psychologique inhérente à la chronicité de l'atteinte (p.381). Présentant une analyse biopsychosociale de la lombalgie chronique commune, Waddell (1992) soulève lui aussi l'importance des facteurs psychosociaux impliqués dans cette problématique; les maux de dos affectant l'humanité depuis des siècles et son incidence sans cesse croissante en Occident depuis la dernière guerre mondiale ne peuvent s'expliquer par de simples modifications biologiques. En fait, la douleur lombaire chronique paraît être le symptôme d'un problème de "mésadaptation" à l'échelle sociale, le problème relevant entre autres de notre conception de la maladie et de l'approche médicale conventionnelle face à celle-ci.

Par conséquent, un programme d'intervention s'adressant à des individus aux prises avec des lombalgies chroniques doit se révéler efficace sur l'ensemble de la réalité de l'individu, i.e. améliorer sa santé biopsychosociale. L'étude de la qualité de vie paraît tout indiquée pour évaluer et/ou réajuster un programme d'intervention pour la lombalgie chronique. Il reste à déterminer comment évaluer la qualité de vie de façon juste et fiable.

2.4.2 Mesures de la qualité de vie

La qualité de vie est une notion si vaste et complexe qu'elle représente un défi important non seulement au niveau d'une définition opérationnelle mais aussi de son évaluation. Des définitions vagues donnent lieu à des instruments de mesure aussi diversifiés qu'il y a de conceptions de qualité de vie, et aussi adaptés les uns que les autres au champ d'expertise des auteurs et aux buts de leurs études (Spilker, 1990).

L'Index de qualité de vie (IQ) développé au Centre Butters et à l'Institut des Érables (1991) mesure l'état de la qualité de vie auprès d'une clientèle en déficience intellectuelle en processus d'intégration. L'évaluation se fait à la fois par le client/e lui-même et par des intervenants/es directs. L'IQ est un questionnaire comportant 100 items regroupés «sous quatre catégories, à savoir libertés et choix, responsabilités, contacts et support reçu, et possessions.» (p.33)

L'index de réintégration à la vie normale (Reintegration to Normal Life — RNL index) développé par Wood-Dauphinee et Williams (1987) couvre d'une part, les domaines fonctionnels quotidiens (se déplacer dans le quartier, confort à faire son hygiène, activités sociales, de travail, familiales, etc.), d'autre part, la perception de soi (confort dans ses relations, composer avec les événements de vie, etc.).

L'échelle de bien-être psychologique élaborée par Ryff et Keyes (1995) comportent vingt items. Dix-huit items se regroupent sous six dimensions (Self-acceptance, Positive relations with others, Purpose in life, Personal growth, Autonomy, Environmental mastery), et deux items se présentent sous forme de questions générale, l'une sur le bonheur: «All things considered, how happy are you ?», l'autre sur la satisfaction: «Thinking about your life as a whole, how satisfied are you ?» (p.724)

L'échelle de qualité de vie (Quality Of Life Scale — QOLS) que Chibnall et Tait (1990) sont en train d'élaborer, vise à mesurer la satisfaction envers le degré des fonctionnalités affectées par la douleur chronique; les auteurs s'attendent que cette mesure se révèle une évaluation de la détresse psychologique d'une part, et de l'handicap relié à la douleur et ses caractéristiques, d'autre part.

Inventaire Systémique de Qualité de Vie (ISQv)

Dupuis et ses collègues (1989) tentent de répondre à ce problème conceptuel en élaborant une définition opérationnelle de la qualité de vie. S'appuyant sur le modèle systémique, ils définissent la qualité de vie comme « *l'état correspondant au niveau atteint par quelqu'un dans la poursuite de ses buts hiérarchisés* » (p.40). Ces auteurs proposent l'« Inventaire Systémique de Qualité de Vie » (ISQv) en tant qu'instrument d'évaluation de la qualité de vie. L'ISQv englobe toutes les dimensions de la réalité humaine dans un modèle global, intégré, qui s'appuie sur le vieux principe de gestalt: le tout est plus grand que la somme de ses parties (p.44). Par rapport à un idéal de bonheur, l'outil mesure l'écart entre l'état actuel dans un tel domaine de vie et le but personnel correspondant, et ce dans trente domaines ciblés.

Selon le cadre théorique de l'instrument, le niveau de qualité de vie d'une personne augmente de façon inversement proportionnelle à l'écart existant entre ses buts et son état. Les buts qu'elle se fixe dans ses différents domaines de vie de même que son état du

moment, sont tous deux fonction de sa perception personnelle. Ainsi l'indice de qualité de vie est déterminé par l'écart obtenu entre l'état moyen et le but moyen des trente domaines de vie déterminés. Cet écart est pondéré par la stabilité ou non de la situation dans le temps, et par l'importance que l'individu accorde à ce domaine relativement à l'ensemble des domaines évalués. En outre, la quantification de l'écart se base sur une courbe de régression de l'incertitude, celle-ci augmentant avec l'écart. L'instrument établit un *score de qualité de vie* représentant l'écart moyen des trente domaines de vie, et des scores partiels pour chacune des sept catégories. Les domaines de vie évalués sont regroupés sous sept catégories (tableau 2.3).

L'ISQv est un instrument qui a été validé auprès de 171 sujets normaux (Duquette, 1994). Il a démontré une bonne fidélité test-retest tout en étant peu influencé par la désirabilité sociale, facteur susceptible de biaiser un questionnaire de type entrevue. Passé parallèlement avec d'autres questionnaires psychologiques, l'ISQv donne un indice de qualité de vie qui se distingue de variables comme la dépression, l'anxiété, l'auto-efficacité et le stress.

Tableau 2.3
Catégories et domaines de vie de l'ISQv*

Catégorie	Domaine
a Santé physique	Sommeil, capacités physiques fonctionnelles, douleur physique, alimentation, santé physique globale
b Fonctionnement cognitif-affectif	Fonctionnement intellectuel, estime de soi, tranquillité d'esprit, moral
c Environnement socio-familial	Interactions avec ses enfants et les membres de sa famille, avec les ami/es, support social, acceptation sociale, milieu de vie (environnement physique)
d Relation de couple	Affection et communication, relations sexuelles
e Loisirs	Loisirs de détente permettant de relaxer et oublier ses soucis, loisirs actifs exigeant une dépense d'énergie, sorties sociales
f Travail extérieur	Nature du travail et son efficacité à l'effectuer, interactions avec les collègues et employeurs, environnement physique, situation de non-emploi, finances
g Travail domestique	Entretien domestique et responsabilités familiales, et son efficacité à l'exécuter, entretien de son milieu de vie

* Inspiré de l'ISQv (Appendice A)

Ainsi, en raison de sa validité et de son modèle intégrateur du concept de qualité de vie, l'ISQv représente un outil pertinent pour évaluer l'efficacité d'un programme d'intervention de type école du dos. Un programme comme l'EID qui vise justement l'amélioration de l'efficacité personnelle dans la gestion de sa lombalgie, une efficacité qui fort probablement rayonnera dans d'autres sphères de la vie. Son sentiment de contrôle sur sa lombalgie rendra l'individu plus habile à réduire un écart néfaste entre but et état, tel que mesuré par l'ISQv, et ainsi agir sur son niveau de bonheur au-delà de la réduction de douleur.

2.5 STRATÉGIE D'INTERVENTION FAVORISANT L'EFFICACITÉ PERSONNELLE

Devant la complexité du phénomène de la douleur chronique, comment soulager les patients/es ? Une option thérapeutique judicieuse inclut une combinaison de moyens pharmacologiques et chirurgicaux, mais aussi de moyens non pharmacologiques. Pris isolément, les moyens à eux seuls s'avèrent trop souvent inefficaces. Pour servir leurs fins, ils doivent être d'abord utilisés adéquatement (par ex: la posologie de médicaments). Alors, comment planifier une intervention efficace ? Affronter la chronicité d'une atteinte douloureuse exige l'élaboration d'une stratégie d'intervention bien structurée qui permet d'obtenir le changement demandé par le patient/e, i.e. la réduction de la douleur.

Dans le cas de la lombalgie chronique, les programmes éducationnels de type écoles du dos répondent à la plainte douloureuse par une intervention visant la prise en charge personnelle. Or cette visée passe obligatoirement par le rehaussement du sentiment d'*efficacité personnelle* par rapport à la gestion de la douleur, la demande de soins traduisant inexorablement l'inefficacité des solutions tentées pour soulager la douleur. Une stratégie d'intervention favorisant l'efficacité personnelle s'organise autour de deux types de changement.

- Un changement conceptuel et comportemental guidé par les objectifs pédagogiques du programme. Ces objectifs sont dictés par une approche éducationnelle et ils visent l'acquisition de connaissances, certains apprentissages psychomoteurs et la modification des habitudes de vie diminuant sa douleur.
- Un changement perceptif guidé par les buts thérapeutiques du programme. Ces buts sont dictés par une approche interactionnelle et ils visent à procurer une nouvelle façon de

voir. Par exemple, le but général du programme est de modifier la perception initiale du patient/e qui se voit comme “victime de sa lombalgie” vers le sentiment d’être de plus en plus “capable d’agir sur sa douleur”.

2.5.1 Approche interactionnelle

Théories de la communication

Tel que présenté par Charest (1996), établir une stratégie thérapeutique ne peut s'appuyer que sur deux grandes perspectives: soit monadique, soit pragmatique ou interactionnelle. La première aborde l'individu comme une monade i.e. une unité prise isolément, en dehors de ses liens de communication. Cette perspective, très fréquente en contexte de soins médicaux, explique forcément les problèmes de comportements par des caractéristiques cachées de l'individu. Par exemple, lors d'une situation conflictuelle où le traitement appliqué par le thérapeute ne marche pas, l'échec du traitement est expliqué par le manque de motivation du patient ou bien la douleur est qualifiée de psychosomatique, comme c'est souvent le cas face à la lombalgie chronique.

Pour sa part, la perspective interactionnelle impose un changement radical, du fait qu'elle aborde l'individu par le biais de la *relation* entre les monades. Ainsi, les problèmes de comportements sont abordés sous l'angle de la relation entre les individus en conflit; par exemple, le conflit thérapeutique mentionné plus haut pourrait s'expliquer par une difficulté dans la communication entre des partenaires (patient/e et thérapeute) qui n'ont pas pris le temps d'expliquer les attentes qu'ils avaient l'un envers l'autre, au début de leur relation. Des perspectives monadique et interactionnelle découlent des approches thérapeutiques très différentes puisque d'un point de vue c'est l'individu qui est malade, et de l'autre, c'est la relation qui est malade. Ce dernier est le point de vue défendu par les théories de la communication et adopté dans l'École Interactionnelle du dos. L'animateur intervient résolument sur la relation, d'abord la relation qu'il établit avec le patient/e, ensuite les relations que les patients/es établissent entre eux dans le groupe et, enfin, celle entretenue avec les membres significatifs de son entourage.

Les relations humaines possèdent des caractéristiques particulières dont l'une d'elle vient du fait de considérer la relation comme une *entité distincte* des individus en interaction, tout comme la molécule d'eau qui possède des qualités distinctes de l'oxygène et de l'hydrogène

qui la composent. Une autre caractéristique de la relation vient du fait que la relation est *créée par les individus* en interaction; donc, s'ils la créent, ils ont le pouvoir de la modifier, ils ont de la prise sur ce qui se passe dans l'interaction. Ceci change complètement la façon conventionnelle d'intervenir. Par exemple, dans le cas d'un client/e qui s'implique peu dans son traitement, la perspective monadique nous amène à le juger comme non motivé. Cette interprétation est incompatible avec la perspective interactionnelle, où la motivation dépend de la relation qui s'établit entre le thérapeute et le client/e. Ce point de vue responsabilise certes l'intervenant/e face au problème de motivation de son client/e mais, en contrepartie, lui donne du pouvoir sur le problème i.e. qu'il peut influencer et façonner la motivation de l'autre. La stratégie interactionnelle vise précisément à maximiser le pouvoir d'influence de l'intervenant/e dans le but de faciliter l'atteinte des objectifs du client/e.

Outre les caractéristiques de la relation, les théories de la communication relèvent un certain nombre de principes qui organisent la communication, celle-ci étant définie comme un échange de messages.

Voici les principaux principes de la communication:

- il est impossible de ne pas communiquer i.e. que chacun des comportements des individus (paroles ou gestes) a valeur de message;
- tout message comporte un contenu et précise une relation i.e. qu'en plus de passer de l'information, par son message, l'individu précise à son interlocuteur le type d'interaction qu'il veut établir avec lui;
- l'interaction est symétrique ou complémentaire i.e. que les individus, au cours d'un même échange, communiquent entre eux en passant de position d'égalité, à des positions complémentaires d'expert / non expert (ces dernières s'établissent lorsqu'un des deux interlocuteurs a l'expertise d'une matière à laquelle l'autre accorde de l'intérêt);
- la communication s'effectue sous formes verbale et non verbale, et les attitudes influencent plus que les paroles.

La perspective interactionnelle et les principes de la communication organisent donc la façon d'intervenir du thérapeute, et lui permettent de structurer sa stratégie d'intervention. L'application de cette stratégie se concrétise par la planification d'un ensemble de moyens coordonnés que l'on nomme des tactiques thérapeutiques.

Buts et tactiques thérapeutiques

Pour voir concrètement comment une stratégie interactionnelle peut s'articuler en une planification concrète, prenons l'exemple de l'École Interactionnelle du Dos. Ce programme d'intervention a défini des tactiques thérapeutiques visant à maximiser le pouvoir d'influence des intervenants/es. Détaillées dans «Lombalgie: École Interactionnelle Du Dos» (Charest et al, 1996), ces tactiques relationnelles sont délibérément utilisées tout au long du programme de l'EID, mais certaines le sont plus spécifiquement à certaines étapes. En voici quelque-unes

Le début du programme s'appuie particulièrement sur les tactiques *client-touriste* et *position expert / non expert*, des tactiques qui permettent aux animateurs d'influencer la motivation. L'intervenant/e commence à utiliser la tactique *client-touriste* dès l'évaluation clinique, une étape pré-requise au programme. En psychologie, on sait qu'il est impossible d'influencer une personne qui a une attitude de touriste; espérer un succès de l'intervention envisagée exige donc de modifier d'abord cette attitude par une autre plus prometteuse, celle de client. Trois conditions garantissent l'attitude de client: (i) l'individu désire un changement, par exemple, il a une douleur dont il veut se débarrasser; (ii) il a tenté des solutions pour se soulager, mais avec insuccès; (iii) il demande ouvertement de l'aide à l'intervenant/e.

Voici l'utilisation qui est faite de ces deux tactiques dès le début du programme:

- Lors de l'évaluation clinique, préalable au programme, un bilan interactionnel basé exclusivement sur la tactique *client-touriste* permet aux intervenants/es d'évaluer l'attitude du patient/e au départ et de l'influencer vers un changement d'attitude lorsqu'il est plutôt *touriste*. Si le patient/e est un touriste, c'est la tâche de l'intervenant/e de le rendre *client*, puisque c'est une condition d'admission préalable au programme. L'entrevue, guidée par une série de 6 questions (annexe 2), signale au patient/e comment adopter des attentes de guérison réalistes. C'est une tactique qui agit sur la motivation. Il s'agit d'une part, de susciter chez un *touriste* l'espoir de guérison, celui-ci s'étant fort probablement émoussé au fil des traitements tentés avec insuccès, et de lui faire miroiter les avantages (réduction de douleur, autonomie, etc.) que va lui procurer le programme. D'autre part, il faut réduire les attentes démesurées (100% de réduction de douleur) chez un *client* en l'amenant à formuler des buts plus réalistes compte tenu de la durée du programme (3 mois) par rapport à la durée de son problème (une moyenne de 7 ans chez le lombalgique chronique). Cette tactique réduit les insatisfactions de part et d'autre, en évitant à l'intervenant/e de mettre désespérément de la pression sur un *touriste* pour qu'il assiste

aux rencontres et fasse ses tâches, et en évitant à un *client* d'être déçu par une amélioration réaliste, mais plus faible que ses attentes.

- La première étape en groupe vient renforcer l'intervention sur la motivation et la concrétiser en établissant par écrit un contrat thérapeutique (en annexe) qui stipule les engagements et attentes des deux parties. Afin d'être en mesure de juger à la fin de l'école du respect du contrat, des moyens sont mis en place pour évaluer l'atteinte des objectifs. Ainsi, la douleur sera mesurée par le participant/e d'ici la deuxième rencontre et à la fin du programme. Les animateurs en profitent, délibérément, pour signaler leur position de non expert de la douleur de l'autre, i.e. que le participant/e est le seul en mesure d'évaluer sa propre douleur, il en est l'expert.

Tout au long de l'École Interactionnelle du Dos, la stratégie interactionnelle organise l'intervention par le biais de 10 tactiques thérapeutiques; celles-ci donnent à l'intervenant/e des moyens d'influencer le client/e dans le sens du changement qu'il s'est fixé en regard de sa guérison. De même, chacune des étapes est guidée par des buts thérapeutiques (voir tableau 1.1) orientant l'intervention en congruence avec l'approche interactionnelle choisie.

2.5.2 Approche éducationnelle

Pour développer le sentiment d'efficacité personnelle, le changement de perception influencé par l'approche interactionnelle doit se doubler d'un changement conceptuel et comportemental, celui-ci étant supporté par la dimension éducationnelle de la stratégie d'intervention.

Toute une gamme de principes pédagogiques peuvent permettre de se définir une approche éducationnelle, dont ceux tirés de la psychologie de l'apprentissage (Papalia et al, 1985; Côté, 1986; Villeneuve, 1991) comme l'approche behaviorale; des découvertes en psychologie cognitive comme les approches de résolution de problèmes du type Actualisation du Potentiel Intellectuel (Audy et al, 1993); des approches en éducation tirées de la perspective constructiviste (Larochelle et al, 1994) comme l'Apprentissage Par Problèmes qui vise «apprendre à apprendre» (Legendre, 1993; Elnaggar et al, 1991); et des approches en soins de santé comme la réadaptation physique (Cohen, 1993; Simard et al, 1987; Chantraine, 1990), la psychomotricité (Lauzon, 1990; Le Boulch, 1995; Chenard, 1987) et l'éducation pour la santé (Rochon, 1988).

Parmi les principes sous-jacents à ces approches, on retrouve:

- la prise en charge i.e. «apprendre à apprendre» plutôt qu'«apprendre à dépendre»,
- l'apprentissage par l'action i.e. «learning by doing»,
- l'efficience personnelle et le locus de contrôle,
- le feedback de performance,
- la modification de comportements et d'habitudes de vie.

Structurer ces principes pédagogiques en une approche éducationnelle intégrée et adaptée au domaine de l'intervention contre la douleur chronique apparaît pertinent. Les principes énumérés ci-haut font partie intégrante de la stratégie d'intervention que l'École Interactionnelle du Dos s'est donnée. Cependant, au stade actuel du développement de ce programme, son approche éducationnelle est moins bien conceptualisée que son approche interactionnelle. Inscrire ces principes dans un modèle conceptuel déjà existant, comme celui de l'andragogie ou de l'éducation pour la santé, semble à première vue s'y prêter. Ou bien il faudra articuler ces principes en un tout cohérent et créer un nouveau modèle intégrateur en s'inspirant des critères nécessaires à l'élaboration d'un modèle de changement planifié en éducation (Savoie-Zajc, 1993) pourrait aussi être une voie possible. Ce travail reste à faire et il représente une ouverture prometteuse vers une meilleure compréhension de l'impact de l'école du dos sur la qualité de vie des participants/es.

Objectifs pédagogiques

L'approche éducationnelle vise à augmenter l'*efficience personnelle* en vue de permettre au client/e de réaliser le changement souhaité ici, soit la réduction de sa douleur. Un changement qui passe par une modification des habitudes de vie et l'apprentissage d'habiletés concrètes le rendant capable d'agir effectivement sur sa douleur, actions traduites par de nouvelles habiletés cognitives, mentales et psychomotrices. Étant donné les nombreux facteurs impliqués dans le phénomène de la lombalgie chronique, l'EID planifie l'apprentissage de l'efficience personnelle sous forme d'objectifs pédagogiques reliés à chaque étape du programme (tableau 1.2).

Il s'agit donc d'apprendre au patient/e lombalgique à se prendre en charge pour s'autotrainer. Différentes tactiques d'intervention sont utilisées pour l'inciter à changer sa perception de malade, victime de lombalgie, pour celle de participant à son processus de guérison. Des

tactiques pédagogiques sont aussi nécessaires pour l'aider à reprendre contact avec son corps et ses capacités fonctionnelles réelles, en l'aidant à recadrer son image corporelle, inévitablement axée sur ses limites fonctionnelles et la région douloureuse. Pour ce faire, différentes tactiques permettent au patient/e d'apprendre à rectifier la perception de son schéma corporel et à faire l'apprentissage de moyens efficaces pour réduire sa douleur afin qu'il retrouve un fonctionnement de vie aussi normal que possible et une amélioration de sa qualité de vie.

2.5.4 Stratégie d'intervention favorisant l'efficacité personnelle

La stratégie d'intervention de l'EID mise sur la réduction du stress, inhérent à toute atteinte chronique, pour répondre aux besoins des patients/es. Le curriculum de l'EID aide les participants/es à répondre au stress-détresse de la chronicité par l'activation des facteurs de protection (Appley et al, 1986) de la façon suivante.

- *Support social*: L'intervention se déroulant en petit groupe et l'accent mis sur les relations interpersonnelles du fait de l'approche interactionnelle choisie, favorise le support socio-affectif offert par le groupe à chacun des participants/es.
- *Bonne santé*: Au-delà de leur impact sur la lombalgie, les entraînements mentaux et physiques, de même que les informations diffusées (anatomie, ergonomie, médications, etc.) favorisent le développement d'habitudes de vie saines qui portent sur la santé en général.
- *Estime de soi*: Tout au long du programme, les attitudes et comportements adoptés par les intervenants/es confirment au participant/e que l'expertise de la douleur est dans le camp de celui qui la vit; ils lui confirment aussi qu'il est capable de développer ses capacités de s'autotrainer et qu'il peut croire en l'efficacité de ses habiletés. À la fin du programme, les intervenants/es retournent explicitement au participant/e le crédit de l'amélioration vécue au moyen d'une attestation écrite officielle.
- *Sentiment de contrôle*: Tout au long du programme, les apprentissages se réalisent en mettant l'accent sur le feedback de performance de chaque individu, en effectuant des rajustements en fonction des besoins et des goûts personnels; de plus, la fin du programme prévoit une étape qui reflète ouvertement au participant/e qu'il a dorénavant en main tous les moyens nécessaires au maintien et à la poursuite de sa guérison.
- *Espoir*: L'espoir de guérison est entretenu délibérément à partir de l'entrevue d'admission jusqu'à la fin de l'intervention, en faisant apparaître la foi que les intervenants/es portent au programme de même qu'aux possibilités des participants/es de réaliser les changements et les apprentissages jugés propices à leur guérison, tout en demeurant réalistes.

L'EID exploite de façon synergique l'effet de ces facteurs de protection contre le stress dans un but thérapeutique ultime pour les lombalgiques qui est d'“apprendre à s'autotrainer”.

En somme, guidé par une stratégie judicieusement définie, l'intervenant/e participe à la reprise d'autonomie du patient/e en planifiant concrètement l'intervention et en adoptant des attitudes stratégiques sur la base d'approches thérapeutique (interactionnelle) et éducationnelle. L'intervenant/e adopte des attitudes telles que la position d'expert/non expert, l'écoute et l'adaptation au langage du patient de même que la vulgarisation du langage médical. L'intervenant/e planifie un ensemble de moyens concrets tels que les apprentissages faits en groupe et qui permettent à la référence thérapeutique de s'étendre à un réseau de support, de même que l'inventaire des auto-traitements qui allègent la souffrance et réduisent la douleur parfois du simple fait qu'ils augmentent le sentiment de contrôle.

Une stratégie d'intervention qui favorise la prise en charge, telle que développée dans le cadre du programme éducationnel École Interactionnelle du Dos, s'avère une formule efficace pour contrer la lombalgie chronique. En effet, ce programme d'intervention réussit à réduire significativement l'intensité et l'aspect désagréable de la douleur. Ce programme s'avère plus efficace que le traitement placebo et que le simple passage du temps dans la lutte contre la lombalgie chronique. Une analyse détaillée de l'approche éducationnelle et de son apport dans ces résultats reste encore à préciser si on veut en faire un modèle pouvant s'appliquer à d'autres types de douleurs chroniques.

CONCLUSION / Question spécifique de recherche

La complexité du phénomène de la douleur lombaire chronique et le traitement multidimensionnel que représente l'École interactionnelle du dos, nous conduisent à l'hypothèse que contrer la lombalgie chronique ne peut être réduit qu'à une simple diminution de douleur. Nous soupçonnons que la réduction du problème de lombalgie chronique comporte des composantes de l'ordre de l'efficacité personnelle et de la qualité de vie. Ces éléments de compréhension du problème nous amènent à formuler notre question spécifique de recherche comme suit.

Quel est l'impact de l'École Interactionnelle du Dos sur la qualité de vie des participants/es souffrant de lombalgie chronique, comparativement aux effets déjà démontrés de ce traitement éducationnel sur leur perception de douleur ?

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

INTRODUCTION

La méthodologie choisie pour réaliser cette étude s'inspire en partie d'une recherche précédente (Chenard et al, 1991b) définissant les conditions de la variable indépendante (École Interactionnelle du Dos, EID) et de la première variable dépendante (perception de douleur). La qualité de vie, deuxième variable dépendante, est principalement traitée à partir de la méthodologie exposée par Duquette et ses collègues (1994) et adaptée par l'auteure pour répondre aux conditions particulières de cette étude. En effet, l'ISQv n'a jamais été utilisé auprès de la population clinique étudiée ici, i.e. les lombalgiques chroniques, de même que cet instrument n'a jamais, à ce jour, servi à une évaluation de programme d'intervention. Ce chapitre précise donc (1) les objectifs, (2) les limites et (3) les sujets de l'étude, (4) le traitement évalué, soit l'EID, (5) la planification de cette évaluation et enfin (6) la procédure d'analyse des données recueillies pour les deux variables dépendantes à savoir, la qualité de vie et la perception de douleur.

3.1 OBJECTIFS

La présente recherche a pour but de comprendre la nature de l'efficacité du programme d'intervention appelé École Interactionnelle du Dos. Cette évaluation s'intéresse spécifiquement à l'impact de ce programme sur la qualité de vie par comparaison à son effet sur la modulation de la douleur.

L'analyse comparée des données, recueillies par la procédure de mesure de la douleur et de la qualité de vie, vise deux grands objectifs. Le premier, plutôt instrumental, est d'établir la validité de l'ISQv comme instrument d'évaluation de l'efficacité de l'EID. Le deuxième, principalement analytique, est de préciser la nature de cette efficacité.

3.1.1 Validité de l'ISQv pour évaluer l'EID

Il s'agit d'interpréter la valeur de l'ISQv (Dupuis et al, 1989) dans le cadre particulier de la présente étude, i.e. auprès d'une population de lombalgiques chroniques et selon un protocole expérimental d'évaluation de programme¹. En premier lieu, il importe d'estimer la valeur de cet instrument de mesure de qualité de vie auprès d'une population clinique pour laquelle il n'a jamais été utilisé. Cet inventaire de qualité de vie a été validé auprès d'une population normale puis il a été utilisé principalement auprès de patients/es cardiaques ou diabétiques. En deuxième lieu, on doit établir la pertinence de cet instrument dans un protocole expérimental d'évaluation de programme, selon une procédure de *pré / post-test*.

La valeur de l'ISQv dans le contexte actuel est déduite par comparaison entre la présente étude et celle réalisée par Chenard et ses collègues (1991b), puisque leurs conditions expérimentales sont similaires: même variable indépendante (EID), variable "douleur" évaluée à l'aide du même instrument de mesure (VAS) et le même plan expérimental (pré test / post-test). Comparer ces deux groupes nous permet de documenter l'équivalence, au départ, du changement sur les VAS dans ce contexte expérimental précis. Il s'agit de souligner la validité des VAS pour ainsi nous permettre de comparer l'ISQv à un instrument connu et valide dans le cadre de l'EID.

3.1.2 Nature de l'efficacité de l'EID

Pour comprendre la nature de l'efficacité de l'EID, nous décomposons les variables dépendantes *douleur* et *qualité de vie* en leurs facteurs les composantes de la douleur (intensité, aspect désagréable) et les paramètres (état, but, conflit) et les sous-échelles de qualité de vie (santé physique, fonctionnement cognitif/affectif, environnement socio-familial, relation de couple, loisirs, travail extérieur, travail domestique).

¹ L'ISQv fut d'abord validé auprès de sujets normaux et selon la procédure habituelle de test-retest qui comporte deux passations à deux semaines d'intervalle l'une de l'autre. Par la suite, il fut testé auprès de patients/es cardiaques ou diabétiques, sur une base ponctuelle, afin d'évaluer leur qualité de vie à un moment donné en comparaison à des données normalisées.

D'abord les variations produites par le programme sont évaluées statistiquement pour chacun des facteurs. Ensuite, il s'agit de vérifier la relation entre chacune des composantes de la douleur (intensité, aspect désagréable) et chacun des facteurs de qualité de vie. Identifier les variations significatives des différents facteurs des deux variables ainsi que leurs corrélations significatives nous permet de disséquer l'évaluation de ce programme en éléments concrets pouvant être comparés entre eux et d'alimenter notre compréhension de l'EID en tant qu'intervenant/e. De plus, l'analyse des variations observées en fonction des sujets nous fournit des informations autres que celles obtenues par comparaison des moyennes.

Somme toute, cette analyse vise à identifier les caractéristiques de l'efficacité de l'École Interactionnelle du Dos, au-delà de la modulation de douleur déjà démontrée par Chenard et ses collègues (1991b).

3.2 LIMITES DE L'ÉTUDE

L'envergure de l'étude est limitée par les facteurs méthodologiques suivants:

- la taille de l'échantillon, seulement dix sujets sont sélectionnés,
- l'absence de groupes contrôles (groupe placebo, groupe d'attente),
- une évaluation de court terme (3 mois) en regard d'une problématique de chronicité et
- une étude non réalisée en double-aveugle puisque l'étudiante-chercheure participe à l'intervention et à l'évaluation de son efficacité.

Par ailleurs, la portée des conclusions issues de la discussion des hypothèses émises et de l'analyse des résultats demeure limitée. En effet, les conclusions tirées à propos de cette école du dos sont difficilement généralisables aux écoles du dos existantes étant donné son caractère interactionnelle unique. Cette limite s'applique aussi à l'égard de l'évaluation de l'efficacité d'un tel programme auprès d'autres populations cliniques, même lorsque la douleur est au cœur de leur problématique.

3.3 SUJETS

Les sujets sont recrutés à l'aide d'annonces passées dans les journaux locaux. La sélection des sujets s'appuie sur une évaluation clinique individuelle. L'entrevue d'observation se réfère à un bilan médical récent (sélection en fonction de critères d'exclusion) et comporte un

bilan fonctionnel (classification orientant l'intervention individualisée) de même qu'un bilan interactionnel (régulation de la motivation et de la disponibilité face au programme, formulation des attentes personnelles).

L'entrevue de sélection permet aux deux parties d'évaluer si le programme est approprié pour les besoins actuels du patient/e. D'une part, les bilans permettent aux intervenants/es d'évaluer l'absence des critères d'exclusion (diagnostics médicaux) et présence des critères interactionnels d'admission (Charest et al, 1994). D'autre part, l'échange d'informations qui a lieu en cours d'entrevue rend le client/e apte à choisir de s'inscrire ou non au programme, en toute connaissance de cause. Ainsi, dix lombalgiques chroniques parmi une quinzaine de sujets sélectionnés ont accepté de participer au programme sur une base volontaire.

L'échantillon étudié présente les caractéristiques suivantes. C'est un groupe composé de six hommes et de quatre femmes âgées entre 22 et 55 ans et ils souffrent de lombalgie depuis en moyenne 8 ans. Ils occupent un emploi à l'extérieur dans une proportion de 90%. Tous les sujets présentent des “désordres dégénératifs de la colonne vertébrale”, sans compression radiculaire.

3.4 TRAITEMENT

Le programme d'intervention se déroule à la clinique de recherche sur les maux de dos de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT), clinique gérée par l'Unité de Recherche Interdisciplinaire en Intervention Clinique (URIIC). L'École Interactionnelle du Dos est un traitement éducationnel qui vise à traiter en groupe la lombalgie chronique (voir article 1.1.2). Le groupe comprend de 4 à 10 patients/es et est dirigé par deux animateurs. Ce programme structuré comprend onze rencontres hebdomadaires et une dernière rencontre qui a lieu six mois après la onzième. Le but ultime de l'école est de favoriser le développement de l'efficacité personnelle de chaque participant/e à savoir son efficacité à soulager sa douleur lombaire afin de retourner à un fonctionnement de vie le plus normal possible.

L'intervention est dispensée auprès d'un premier groupe de six participants/es puis d'un second groupe de quatre sujets. Le premier groupe est animé par deux membres de l'équipe de concepteurs du programme tandis que le deuxième groupe est supervisé par deux animateurs/trices différents, dont l'auteure.

3.5 PLANIFICATION DE L'ÉVALUATION

3.5.1 Choix des instruments de mesures

Afin d'être conforme à la méthodologie utilisée lors de l'évaluation précédente de l'EID, l'évaluation de la variable douleur se base sur les échelles visuelles analogues (voir appendice B). Lors de la présente étude, la variable qualité de vie est évaluée à l'aide de l'Inventaire Systémique de Qualité de vie (ISQv). Deux raisons motivent le choix de cet instrument. D'une part, (i) le fait que ses fondements (approche systémique) sont compatibles avec le cadre théorique de la présente étude. D'autre part, (ii) le fait que cet outil découpe la qualité de vie en facteurs (paramètres et catégories) qui, mis en relation avec les composantes distinctes de la douleur et autres éléments du cadre théorique, peuvent nous aider à mieux comprendre la variable indépendante à l'étude.

- (i) Éléments du cadre théorique de l'étude qui sont compatibles avec l'approche systémique de l'ISQv:
 - approche multidimensionnelle et interdisciplinaire de l'EID,
 - modèle circulaire de la douleur (composantes sensorielles et psycho-sociales),
 - approche multidimensionnelle et dynamique du stress (et les facteurs de protection),
 - conception bio-psycho-sociale de la santé.
- (ii) Éléments du cadre théorique de l'étude qui peuvent être mis en relation avec les facteurs de l'ISQv:
 - deux composantes de la douleur (intensité et aspect désagréable),
 - stratégie d'intervention de l'EID à deux approches, éducationnelle et interactionnelle, avec des objectifs qui leur sont spécifiques,
 - trois dimensions visées par le contenu du curriculum de l'EID (cognitive, affective et psycho-motrice).

3.5.2 Procédure d'évaluation

L'évaluation de la perception de la douleur s'appuie sur une méthodologie rigoureuse tenant compte des quatre éléments essentiels à une mesure fiable et valide de la douleur, tels que définis par Marchand (1993) et présentés au paragraphe 2.1.2 de ce document. La douleur est évaluée à l'aide de deux échelles visuelles analogiques (EVA) relevant distinctement

l'intensité et l'aspect désagréable de la douleur. Ces échelles sont des droites de 10 cm dont seulement les extrémités sont délimitées (voir figure 1.2). L'évaluation a lieu à domicile, durant trois jours consécutifs ou non, à toutes les deux heures durant la période de veille. De plus, il est explicitement stipulé de laisser tomber un relevé qui ne peut être noté sur-le-champ, à l'heure déterminée sur les échelles.

L'évaluation de la qualité de vie est réalisée à partir de l'Inventaire Systémique de Qualité de Vie (voir Appendice A). Il est complété au moyen d'entrevues individuelles d'environ soixante minutes avec l'animatrice¹ du programme. La première partie du questionnaire comprend une liste de domaines de vie, dont chacun est suivi d'un énoncé définissant son but idéal. Chaque énoncé est suivi de deux cadrans non gradués (voir figure 3.1) qui sont une forme d'échelles visuelles analogues délimitées par leurs extrêmes, i.e. *zéro* (à 360°) et *idéal* (à 0°). Pour chacun des domaines, le participant/e indique ses réponses sous forme de flèches qu'il positionne sur les cadrans dans l'ordre suivant:

- 1° d'abord il indique avec une flèche pleine la perception qu'il a de son état actuel, l'évaluation est meilleure si elle s'approche du but idéal (défini en terme d'aspiration universelle non réellement atteignable),
- 2° puis il indique le but désiré (situation satisfaisante et réalisable) au moyen d'une flèche pointillée et
- 3° enfin la vitesse à laquelle il évalue qu'il s'approche ou s'éloigne de son but ou si la situation est demeurée stable depuis les trois dernières semaines.

La deuxième partie de l'inventaire consiste à évaluer l'importance relative que le sujet accorde à chacun des trente domaines à l'aide d'une échelle de Likert à sept points: —*essentiel*, —*très important*, —*important*, —*moyennement important*, —*peu important*, —*sans importance*, —*inutile*. Le fait de relativiser l'importance des différents domaines en fonction de la perspective individuelle fait de la perception de qualité de vie une évaluation personnalisée et rend compte ainsi du caractère éminemment personnel d'un tel concept.

¹ Appliquer la passation de l'ISQv nécessite au préalable de suivre un atelier dispensé par une membre de l'équipe qui a travaillé à la conception de l'outil et qui donne des précisions sur l'utilisation de l'instrument.

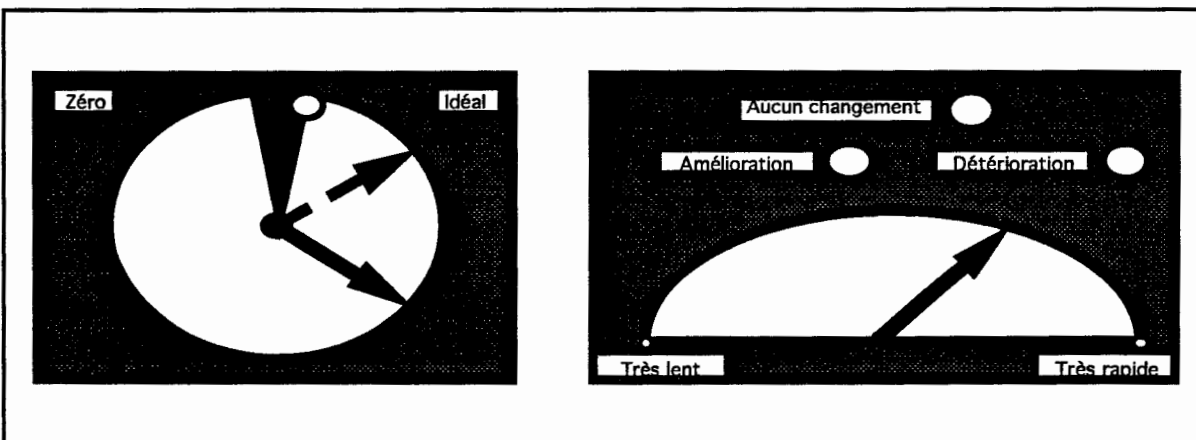


Figure 3.1 Cadrans d'évaluation de l'état, du but et du changement (voir appendice A).

3.5.3 Triangulation des résultats

La triangulation est un moyen utilisé pour assurer une *crédibilité* à l'étude, un des quatre critères de rigueur de la recherche qualitative identifiés par Savoie-Zajc (1989). La triangulation des données utilisée dans cette étude consiste à demander aux sujets si la variation de leur douleur telle que calculée correspond bien à leur réalité. Cette stratégie permet de vérifier à quel degré l'interprétation des résultats obtenus est plausible.

Ainsi, une triangulation des résultats auprès de chacun des sujets est effectuée lors de la onzième rencontre de groupe. Ainsi, la variation de la douleur de chaque sujet, telle que calculée par les animateurs/es, est comparée à leur perception de la modulation de leur douleur. Par la même occasion, une évaluation qualitative de la modification de la qualité de vie y est effectuée au moyen d'une discussion structurée à propos du chemin parcouru par chacun/e depuis le début du programme d'intervention.

3.5.4 Contexte temporel de l'évaluation

Une méthodologie de type *pré test / post-test* est employée pour évaluer le programme en fonction de ses effets sur la perception de la douleur et sur la qualité de vie. Les mesures s'effectuent à deux moments, avant et après le traitement.

3.6 ANALYSE DES DONNÉES

- 1 variable indépendante (EID) X 2 variables dépendantes (Douleur, Qualité de vie)
X 2 moments d'évaluation (AV, AP)

Chaque participant/e effectue en moyenne 24 relevés par composante de la douleur pour chaque moment d'évaluation. La douleur est mesurée à toutes les deux heures de veille durant trois jours. Les relevés de la douleur sont transformés en valeurs numériques à l'aide d'une règle graduée en mm. Pour chaque moment d'évaluation, une moyenne est calculée pour chaque sujet. On détermine la valeur de l'intensité de la douleur et de son aspect désagréable, et on évalue la douleur globale en faisant la moyenne des deux premiers résultats.

Les résultats de la variable douleur utilisés pour les traitements statistiques comportent donc trois scores de douleur (douleur globale, intensité et aspect désagréable) et ce, pour chaque moment de mesure.

3.6.2 Mesures de qualité de vie (ISQv)

Les questionnaires sont d'abord corrigés à l'aide de grilles calibrées en fonction de courbes de régression. Ces grilles transforment l'échelle analogique des deux cadrans sous forme numérique pour l'*état*, le *but* et la *vitesse*. Plus le but ou l'état se rapproche de l'idéal (0° au cadran), plus les valeurs numériques se rapprochent de zéro. Les 30 données sont inscrites par moment d'évaluation, pour chacun des quatre paramètres servant à calculer le score de qualité de vie: (1) état actuel, (2) but désiré, (3) vitesse de changement et (4) rang hiérarchisé. Elles sont ensuite calculées à l'aide du logiciel de calcul de l'ISQv (feuille de calcul Excel élaborée par les concepteurs). Le score de qualité de vie ainsi calculé reflète l'*écart* moyen obtenu entre l'*état* moyen et le *but* moyen, cet écart étant pondéré en fonction de la *stabilité* dans le temps (vitesse de changement) et de l'*importance relative* que le sujet accorde à chacun de ces domaines (potentiel de conflit dû au rang attribué à chaque domaine). Ainsi, selon les fondements théoriques de l'ISQv, la qualité de vie d'un individu repose sur sa capacité de réduire l'écart entre l'état et le but qu'il se fixe, cet écart pouvant être réduit soit par l'amélioration de la perception de son état, soit par la rapidité d'amélioration de cet état, ou encore par la réduction de ses buts ou par la réduction du potentiel de conflit entre ses différents domaines de vie. De plus, des indices de qualité de vie par catégorie sont calculés et reflètent des écarts pondérés pour chacune des sept catégories de domaine énumérées au Tableau 2.3.

Dans la présente étude, l'auteure fait le choix de considérer les dix facteurs suivants comme étant les plus pertinents à l'interprétation des résultats obtenus:

- le score globale de qualité de vie exprimé en terme d'écart moyen (ISQv-ÉCART) entre l'état moyen et le but moyen; les scores globaux de deux des quatre paramètres impliqués dans le calcul du score de qualité de vie, à savoir, état (ISQv-état) et but (ISQv-but);
- les scores des sept sous-échelles de qualité de vie, soit une par catégorie de domaines de vie: Qv/santé physique, Qv/fonctionnement cognitif-affectif, Qv/environnement socio-familial, Qv/relation de couple, Qv/loisirs, Qv/travail extérieur, Qv/travail domestique.

Il est à noter que les résultats obtenus pour l'ISQv-état doivent être interprétés avec réserve quant à la généralisation des conclusions étant donné que ce paramètre n'a pas été analysé lors de l'évaluation de la fidélité test-retest de l'instrument (Duquette, 1994). Ce paramètre est quand même retenu pour la présente étude pour les raisons suivantes. Il est considéré dans

son aspect le plus simple comme étant le reflet de la perception qu'a le sujet de son état actuel global au regard des 30 domaines de vie ciblés par l'instrument. Cette perception est un des quatre facteurs modulant sa qualité de vie selon l'ISQv. Comparer cette mesure avant l'EID par rapport à celle après l'intervention nous renseigne quant aux caractéristiques d'efficacité du programme sur la lombalgie. L'école agit-elle seulement sur le rajustement des attentes de guérison (buts) du participant/e ? Ou bien agit-elle aussi concrètement sur la perception qu'il a de ses capacités à gérer sa lombalgie (état) ? Du moins sur la perception qu'il s'en fait, cette perception étant de toute façon la base de ses capacités fonctionnelles réelles. Alors, le score global de qualité de vie et ceux de ses deux paramètres ainsi que les scores des sous-échelles de l'ISQv choisis pour analyser l'efficacité de l'EID nous permettra d'élaborer des postulats sur les caractéristiques de son efficacité.

Les résultats de la variable qualité de vie que nous avons retenus pour les traitements statistiques comportent dix paramètres par moment de mesure.

3.6.3 Analyses statistiques

Pour conclure que le programme d'intervention a produit une amélioration de l'état du patient/e, il doit y avoir une diminution des valeurs de la douleur et de ses composantes recueillies après le programme par rapport aux valeurs relevées avant ce dernier (voir tableau 4.1). Il en va de même pour la qualité de vie (ISQv-ÉCART) et son paramètre d'état (ISQv-état), mais la situation inverse prévaut pour le paramètre but (ISQv-but), à savoir, qu'une amélioration au niveau du paramètre *but* est représentée par une diminution de sa valeur numérique. Ceci s'explique du fait que l'ISQv calibre l'*idéal* à atteindre pour l'état et le but par une valeur de zéro, tandis que ses fondements théoriques définissent une amélioration de la qualité de vie par une diminution de l'écart entre l'état actuel et le but désiré.

Ainsi, pour obtenir le pourcentage d'amélioration, la variation est calculée par la différence entre les valeurs des moments de mesure, divisée par la valeur notée avant l'intervention $[(AV-AP)+AV]$ pour tous les paramètres observés exception faite du *but* dont la formule mathématique $[-(AV-AP)+AV]$ permet d'exprimer en nombres positifs les variations qui vont dans le sens d'une amélioration.

Les statistiques descriptives pour échantillons appariés (avant et après) et les analyses de régression sont effectuées à partir du logiciel SuperANOVA. Les analyses de variance sont

appliquées par variable en incluant ses composantes, paramètres ou catégories comme facteurs de la variable. Les trois résultats de la variable *douleur* et les dix résultats de la variable *qualité de vie* par moment d'évaluation sont traités statistiquement afin d'évaluer la valeur significative ($P \leq 0,05$) de la différence attribuable au traitement. En conformité avec les analyses de fidélité test-retest de l'ISQv (Duquette, 1994), seuls les scores d'écart ont besoin d'être transformés à l'aide de l'équation $\log_2 (x+1)$ pour assurer la normalité des résidus. Par ailleurs, des analyses de régression appliquées aux résultats avant l'intervention, après cette dernière et à leur différence servent à établir le degré de corrélation entre les variables étudiées.

Les analyses statistiques visent à vérifier des hypothèses soulevées par la problématique et le cadre théorique de cette étude. Elles sont formulées comme suit:

- 1) Les scores de l'ISQv et de la douleur au post-test refléteront une amélioration par rapport à la condition pré traitement.
- 2) Il existe des corrélations entre les scores de l'ISQv et les scores de douleur, et cela aux deux moments de mesure ainsi qu'à la variation pré et post-test.

CONCLUSION

La présente étude s'intéresse à l'efficacité de l'École Interactionnelle du Dos. Elle s'interroge à propos de l'effet spécifique de la variable indépendante EID sur deux variables dépendantes: perception de douleur et qualité de vie. La perception de douleur est examinée sous l'angle de ses composantes: intensité et aspect désagréable. La qualité de vie, définie ici en terme d'écart, est observée sous l'angle de dix facteurs: d'une part, ses paramètres, état actuel et but désiré; d'autre part, les écarts obtenus pour chacune des sept catégories de domaine de vie.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS

INTRODUCTION

En général, les résultats d'une évaluation effectuée selon une méthodologie de type *pré test/post-test* sont traités statistiquement par comparaison des moyennes. Cette analyse permet de juger comment se comporte l'échantillon en regard des variables étudiées. La présente étude y ajoute une analyse des résultats en fonction des sujets. L'EID misant sur une approche thérapeutique alliant un enseignement individualisé à la dynamique de groupe de type interactionnel, il apparaît possible de tirer d'une telle analyse des informations autres que celles obtenues de la comparaison des moyennes. Cet ajout vise à mieux comprendre la nature de l'efficacité de l'EID, une efficacité qui agit au niveau individuel avant d'être perceptible au niveau des moyennes d'un groupe de sujets.

Ce chapitre fait ressortir les points marquants de la compilation des résultats recueillis à partir des évaluations des deux variables dépendantes, douleur et qualité de vie. Les tableaux de compilation des résultats sont commentés, des figures et graphiques sont utilisés pour illustrer les observations importantes. Ainsi, ce chapitre fait (1) une analyse des résultats en fonction des sujets, puis (2) une analyse des variables par comparaison des moyennes de groupe.

4.1 ANALYSE DES RÉSULTATS EN FONCTION DES SUJETS

À partir des échelles de douleur (EVA) et des relevés de qualité de vie (ISQv), des moyennes sont calculées pour chaque sujet à chacun des deux moments d'évaluation, avant et après l'intervention. Examinons les résultats en évaluant d'abord la variabilité des données entre les sujets en fonction des variables puis les variations des résultats individuels suite au programme.

4.1.1 Variabilité des données en fonction des variables

Au regard des résultats compilés au Tableau 4.1, il apparaît que la perception de douleur de même que celle de qualité de vie varient beaucoup d'un sujet à l'autre. Avant l'intervention (AV), les résultats de la douleur globale (DOULEUR) varient de 1,5 à 37,9 ($\bar{x}$: $13,8 \pm 14,0$) et ceux de la qualité de vie (ISQv-ÉCART), de 2,0 à 12,1 ($\bar{x}$: $7,3 \pm 3,4$) tandis qu'après l'intervention (AP) ces valeurs sont respectivement de 0,1 à 31,1 ($\bar{x}$: $7,3 \pm 10,1$) et de 0,8 à 10,7 ($\bar{x}$: $4,0 \pm 3,8$). Cette même variabilité s'observe autant pour les deux composantes de la douleur (Intensité, Aspect désagréable) que pour les deux paramètres de la qualité de vie ciblés (État, But), de même que pour les indices de la qualité de vie (en terme d'écart) des sept catégories définies par l'instrument (voir tableau 4.2).

Ainsi, il apparaît que l'écart type est souvent égal ou supérieur à la valeur de la moyenne de groupe pour les scores de la variable douleur tandis qu'il est du tiers ou de la moitié de la moyenne pour les scores de la variable qualité de vie.

Par ailleurs, une analyse de variance à mesures répétées ($N=10$; $dl=1$) nous révèle une moyenne des résultats de l'aspect désagréable significativement supérieure de 17% ($F=10,7$; $P=0.0114$) à celle de l'intensité de la douleur pré test, alors que cette différence n'est plus significative lors de l'évaluation après l'intervention ($F=3,6$; $P=0.0946$). Par contre, en observant la relation entre ces deux composantes de la douleur pour chaque sujet, il apparaît que la valeur d'intensité est plus élevée pour les sujets 4, 5, 9 et 10 avant l'intervention (voir figure 4.1) et pour les sujets 3 et 5 après le programme (voir figure 4.2).

Somme toute, le fait d'intégrer l'analyse des observations relatives au vécu individuel à l'analyse des résultats par comparaison des moyennes permet de perfectionner un programme d'intervention dont le but ultime est de répondre aux besoins des individus.

Tableau 4.1

Résultats des relevés de la douleur et de la qualité de vie en fonction des sujets

Sujet	VARIABLES DÉPENDANTES											
	PERCEPTION de DOULEUR (EVA)						QUALITÉ de VIE (ISQv)					
	DOULEUR		Intensité		Aspect désag.		ISQv - ÉCART		ISQv - état		ISQv - but ^a	
	AV	AP	AV	AP	AV	AP	AV	AP	AV	AP	AV	AP
1	19,0	16,2	17,0	13,7	21,0	18,8	12,1	9,6	58,1	51,2	10,7	14,7
2	29,8	14,2	24,3	11,7	35,3	16,7	6,7	0,8	31,2	15,2	14,2	9,9
3	29,1	3,7	27,2	4,0	30,9	3,5	3,2	1,4	32,7	22,0	18,7	16,4
4	1,3	1,1	1,6	1,0	1,0	1,3	4,5	0,8	23,4	11,0	9,6	7,4
5	9,8	2,1	11,0	2,3	8,5	1,9	9,9	3,2	43,8	20,2	12,8	10,0
6	37,9	31,1	35,1	30,3	40,8	32,0	10,4	7,0	49,8	44,3	11,7	13,8
7	1,7	0,8	1,5	0,7	1,9	0,8	5,6	10,7	31,7	32,2	7,6	8,5
8	1,5	0,1	1,4	0,1	1,7	0,1	2,0	0,3	30,6	18,8	20,3	17,7
9	2,4	2,2	2,8	1,9	1,9	2,4	10,2	3,0	31,5	25,5	8,2	12,7
10	5,2	1,6	5,3	1,5	5,1	1,7	7,8	3,1	35,0	18,2	8,5	5,6
MOY.	13,8	7,3	12,7	6,7	14,8	7,9	7,3	4,0	36,8	25,8	12,2	11,7
ET	14,0	10,1	12,5	9,5	15,7	10,8	3,4	3,8	10,5	13,0	4,4	4,0

^a Contrairement à tous les autres facteurs, les valeurs «ISQv-but» qui se rapprochent de zéro peuvent signifier une détérioration de la qualité de vie lorsque la variation du *but* dans cette direction augmente l'écart entre le *but* et l'*état*.

Tableau 4.2

Résultats des indices de qualité de vie par catégories de domaine en fonction des sujets

Sujet	INDICES DE QUALITÉ DE VIE													
	Santé physique		Fonct. cogn-aff.		Env. socio-fam.		Relation couple		Loisirs		Trav. extérieur		Trav. domestique	
	AV	AP	AV	AP	AV	AP	AV	AP	AV	AP	AV	AP	AV	AP
1	16,2	11,1	15,0	16,2	9,4	4,7	28,2	28,9	13,5	8,8	6,1	7,5	7,0	0,3
2	16,2	0,9	7,7	1,0	1,7	0,4	3,4	0,4	12,5	1,1	1,9	1,1	5,3	0,9
3	4,6	0,3	2,5	1,2	1,7	0,3	6,1	5,2	3,7	1,2	3,0	3,1	3,2	1,0
4	7,9	0,9	9,9	0,4	1,0	0,3	10,7	2,2	7,2	2,0	0,2	0,1	0,4	1,4
5	19,1	1,7	8,8	3,3	4,0	3,1	13,5	17,6	12,8	0,4	7,5	1,9	7,3	1,4
6	5,6	6,1	13,8	8,8	8,4	7,2	12,5	8,0	9,3	6,7	12,4	5,0	15,2	8,7
7	11,7	23,0	3,8	14,4	0,3	0,4	6,0	2,4	5,4	2,4	5,4	17,3	7,1	4,0
8	5,6	1,1	2,4	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	1,2	0,4	1,1	0,0
9	20,5	1,1	15,6	6,6	1,3	1,3	5,0	7,7	13,1	5,0	4,0	1,0	17,1	4,2
10	10,2	4,0	12,3	4,0	2,2	2,0	0,0	3,0	7,5	0,9	9,9	4,4	10,4	1,9
MOY.	11,8	5,0	9,2	5,6	3,1	1,9	8,5	7,5	8,7	2,8	5,2	4,2	7,4	2,4
ET	5,9	7,2	5,0	5,9	3,3	2,4	8,4	9,1	4,2	3,0	3,9	5,2	5,5	2,6

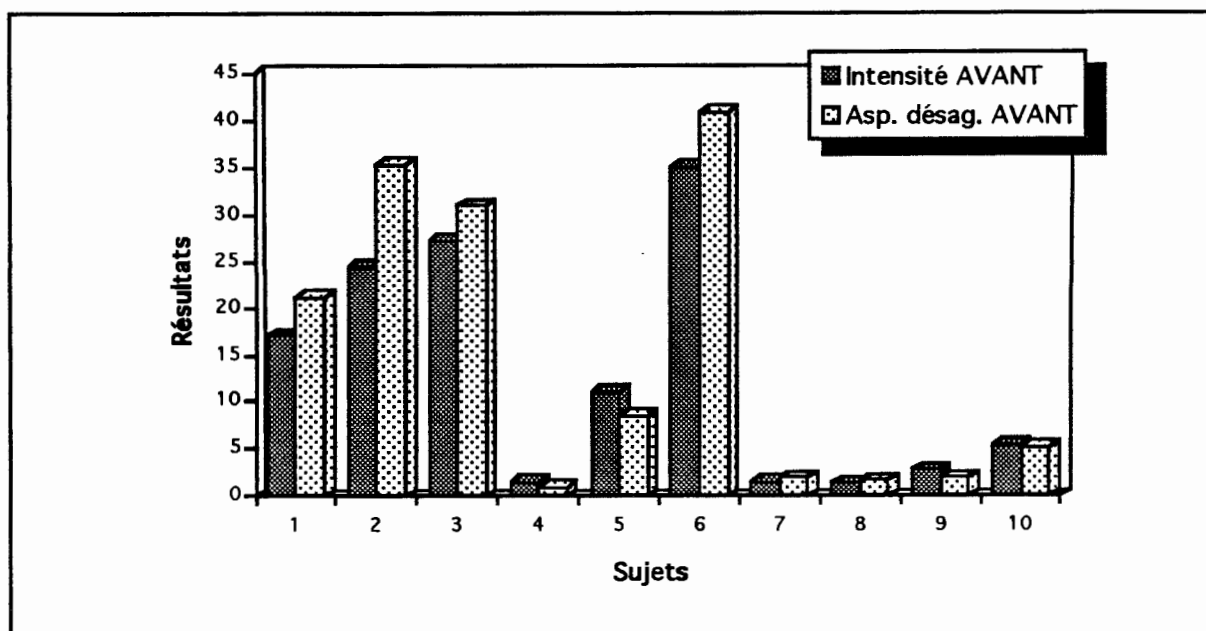


Figure 4.1 Histogramme des résultats des composantes de douleur *avant* l'intervention en fonction des sujets.

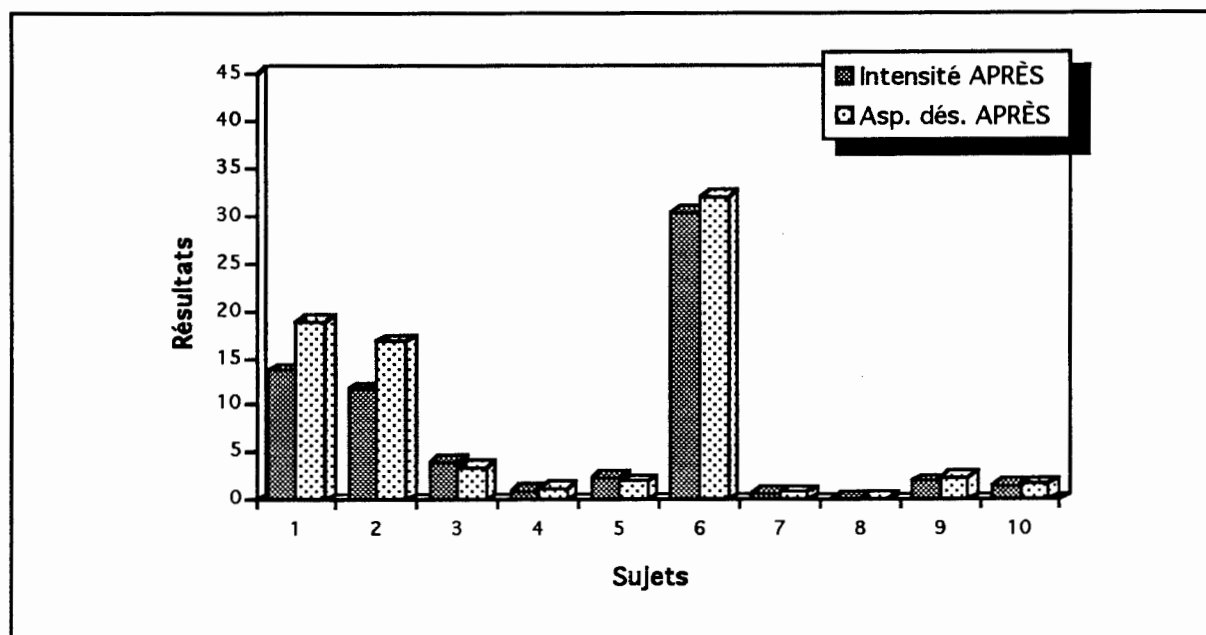


Figure 4.2 Histogramme des résultats des composantes de douleur *après* l'intervention en fonction des sujets.

4.1.2 Variations des résultats individuels suite au programme

Des deux instruments de mesure utilisés, on obtient des résultats qui traduisent la modulation de la perception de douleur (voir figure 4.3) et celle de la perception de qualité de vie (voir figure 4.4), telles qu'illustrées par un histogramme des résultats *avant* vs *après* le programme EID en fonction des dix sujets qui ont participé à l'étude.

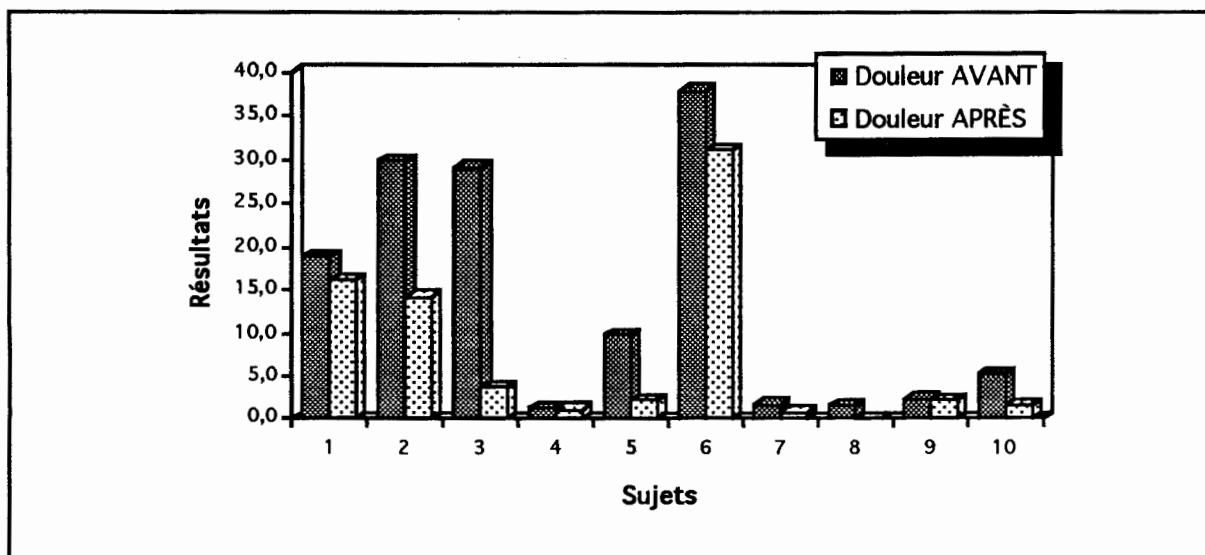
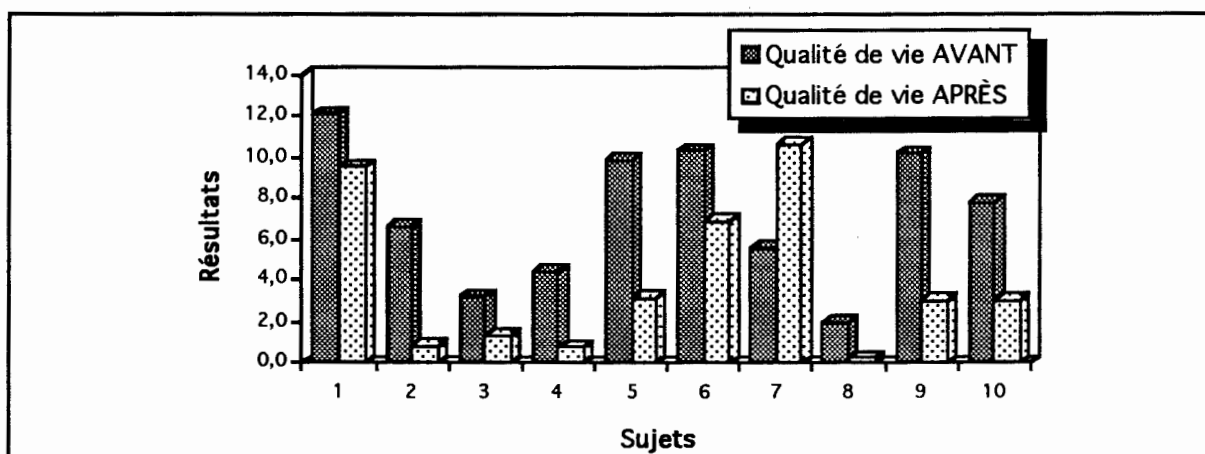


Figure 4.3 Histogramme des résultats des échelles de douleur *avant* vs *après* l'intervention en fonction des sujets.



* Le résultat de qualité de vie obtenu de l'ISQv s'exprimant en terme d'ECART entre l'état et le but, une diminution de cet écart signifie une amélioration de la qualité de vie au sens des fondements théoriques de l'instrument.

Figure 4.4 Histogramme des résultats* de l'inventaire de qualité vie *avant* vs *après* l'intervention en fonction des sujets.

La variation des résultats obtenus à la suite du programme pour les deux variables, ainsi que leurs facteurs respectifs, sont présentés au tableau 4.3. Le pourcentage de variation s'obtient en calculant leur différence par rapport aux résultats obtenus en début d'intervention. Exception faite du sujet 7 dont la situation est discutée à l'article 5.1.4 de ce rapport, les pourcentages de variation suite au programme sont positifs pour chacune des variables, *douleur* et *qualité de vie* (écart) et ce, chez la majorité des sujets (voir figure 4.5). Cependant, chez certains sujets on observe des détérioration à l'égard de certains facteurs de chacune des deux variables. Ainsi, une détérioration exprimée par une variation négative de l'aspect désagréable de la douleur (sujets 4 et 9) est compensée par une plus grande amélioration de son intensité. Il en va de même pour une variation négative du but personnel (sujets 2 à 5, 8 et 10), une augmentation des attentes qui est compensée par une plus grande amélioration de leur état actuel.

Tableau 4.3

Variation* (en %) des résultats pour les variables et leurs facteurs en fonction des sujets

Sujet	VARIABLES												
	DOULEUR et ses 2 COMPOSANTES			QUALITÉ DE VIE et ses 2 PARAMÈTRES			Indices de qualité de vie (écart) des 7 CATÉGORIES						
	DOUL.	Intensité	Asp. désag.	ÉCART	État	But	Santé phys.	Cogn- aff.	Soc.- fam.	Rel. coupl	Loisirs	Trav. ext.	Tav. dom.
1	14	19	10	21	12	38	32	-08	51	-03	35	-24	96
2	52	52	53	87	51	-31	94	87	77	87	92	41	83
3	87	85	89	58	33	-12	93	53	121	15	68	-02	68
4	12	37	-30	82	53	-23	88	96	69	80	73	48	-267
5	78	79	77	68	54	-22	91	63	22	-30	97	74	80
6	18	14	22	33	11	18	-09	36	14	36	28	60	43
7	57	56	57	-90	-02	12	-97	-277	-21	60	56	-218	43
8	93	93	94	86	39	-13	80	100	100	00	100	64	100
9	09	31	-23	70	19	54	95	57	03	-53	62	75	76
10	69	71	67	61	48	-35	60	68	10	00	89	55	82
Moyenne	49	54	42	48	32	-01	53	28	44	19	70	17	40
ET	33	28	45	53	20	30	63	112	46	46	25	89	110

* Les pourcentages positifs représentent une amélioration du paramètre concerné.

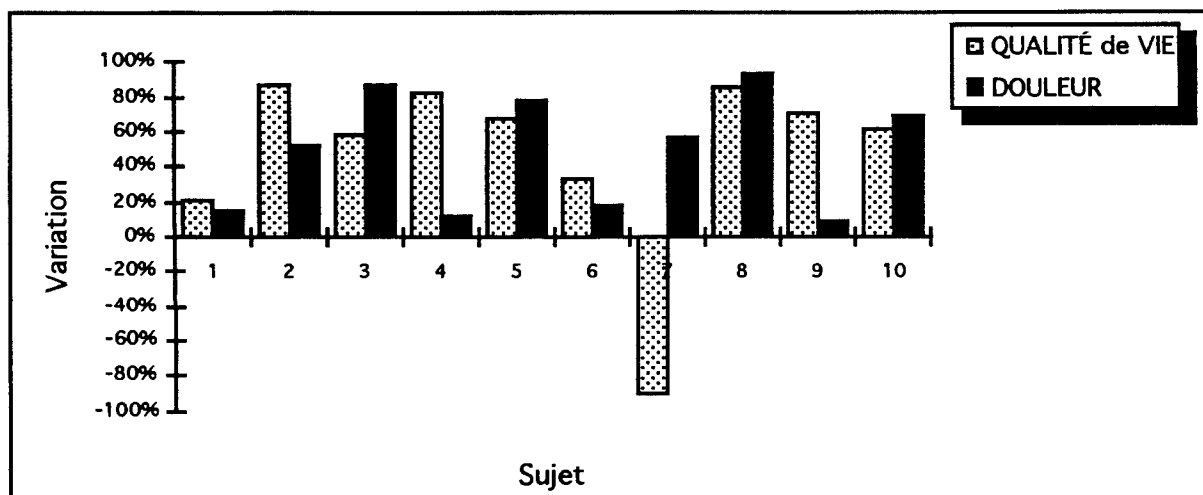


Figure 4.5 Histogramme des variations de la douleur et de la qualité de vie en fonction des sujets.

Ainsi, la comparaison de la variation de la douleur à celle de la qualité de vie démontre pour la moitié des sujets une amélioration plus forte au plan de la qualité de vie que de la douleur (figure 4.5 ci-haut), allant même jusqu'à une amélioration de 82% et 70% pour les sujets 4 et 9 dont la réduction de douleur est très faible soit respectivement 12% et 9% (à noter que ce sont les deux seuls sujets dont l'aspect désagréable de leur douleur augmente).

4.1.3 Interprétation des résultats obtenus

L'interprétation des données recueillies se fait au moyen de la triangulation (méthode d'analyse explicitée au point 3.5.3) des résultats de modulation de la douleur réalisée à l'étape 11 du programme. En confrontant les résultats obtenus par les animateurs/es à partir des échelles de douleur avec la perception des sujets, nous observons que la majorité d'entre eux rapportent un pourcentage de variation de la douleur, suite au programme, sensiblement identique aux calculs obtenus. Une exception toutefois, le sujet 9 nous signale une diminution de douleur qu'il estime à 80% alors que nos résultats donnent 9%. En discutant avec le dit sujet, il avoue avoir rempli ses échelles d'évaluation de la douleur avant le programme avec peu d'attention étant donné sa situation du moment. Il était en formation intensive à l'étranger lors de cette semaine d'évaluation. Une faible disponibilité situationnelle qui fut rajustée pour la suite du programme. De son avis, ces conditions spatio-temporelles lui auraient fait mesurer à la baisse sa douleur initiale. Tenir compte de sa perception de son amélioration ramènerait la variation de douleur du groupe à 56%

(ET=0,33) comparativement à 48% (ET=0,35). Toutefois, comme nous ne nous étions pas donné de règles au départ afin de tenir compte des résultats de cette triangulation, nous avons décidé que ces résultats ne justifiaient pas le retrait de ce sujet des analyses statistiques subséquentes.

La triangulation des résultats pour la variable qualité de vie est effectuée a posteriori. L'évaluation qualitative que les participants/es font du contrôle qu'ils exercent dorénavant sur leurs douleurs fournit des informations sur leur qualité de vie. L'auteure met en relation ces informations avec l'évaluation de la qualité de vie mesurée par l'ISQv dans les jours suivants l'étape 11 du programme. L'analyse a posteriori des informations divulguées mises en relation avec les résultats de l'ISQv, nous autorise à comprendre ces informations comme une forme de triangulation des résultats de la variable qualité de vie. C'est de cette analyse que nous tirons des arguments favorables au rejet du sujet 7 des analyses ultérieures.

4.1.4 Rejet des données d'un sujet

Malgré une réduction de sa douleur lombaire de 57%, le sujet 7 affiche une variation de qualité de vie fortement négative de -90% , une variation qui d'ailleurs se démarque considérablement du reste du groupe (voir figure 4.5). Des informations obtenues, lors de la triangulation des résultats nous permettent de comprendre ce qui s'est passé pour ce sujet et de prendre une décision à l'égard de cette donnée. Ainsi, la triangulation nous démontre que la douleur lombaire a été spécifiquement évaluée. Par contre, l'évaluation de la qualité de vie de ce sujet a été biaisée par des facteurs autres que la seule variable indépendante à l'étude notamment, une perte récente d'emploi et une affection physique supplémentaire à la douleur lombaire spécifiquement visée par le programme. Ainsi, le sujet rapporte une cessation d'emploi en cours de semaine, accompagnée de difficultés financières importantes, en plus d'une bursite rebelle à l'épaule d'une durée de près de six mois. Cette bursite, dont l'apparition est beaucoup plus récente que sa lombalgie qui durait depuis plus de 8 ans, lui apparaît inacceptable (qualificatif décrivant son attitude cognitive-affective) compte tenu qu'il a réussi à réduire fortement une lombalgie récurrente de plus longue date. Ces informations coïncident avec certains indices de qualité de vie par catégorie dont la variation négative est particulièrement marquée: santé physique (-97%), fonctionnement cognitif-affectif (-277%) et travail extérieur (-218%). Par ailleurs, ce sujet est le seul pour qui l'ISQv affiche une détérioration sur un si grand nombre de catégories de domaine, 4 sur 7, par comparaison à une moyenne de 10% pour le reste du groupe (voir figure 4.6).

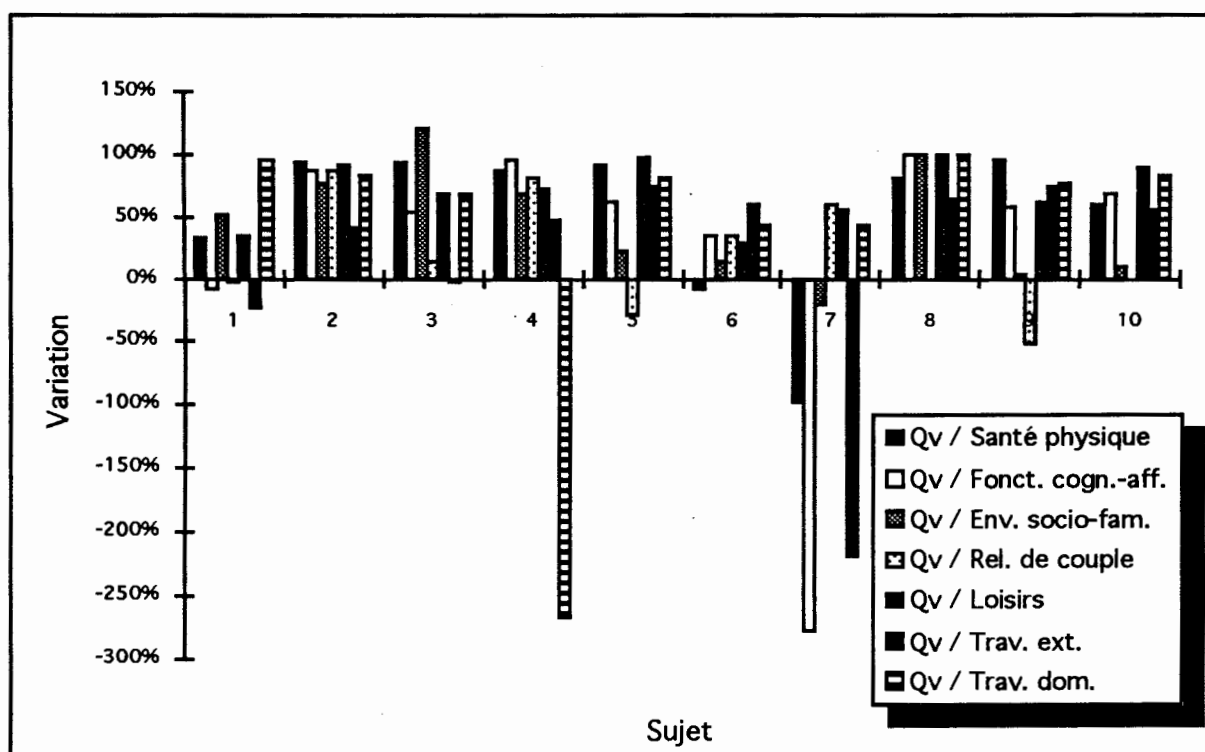


Figure 4.6 Histogramme des variations des indices de qualité de vie par catégorie en fonction des sujets.

Ces observations nous permettent de croire qu'il y a de fortes probabilités pour que la détérioration de qualité de vie vécue par le sujet 7 ne soit pas attribuable à la variable indépendante à l'étude, soit l'EID. Par conséquent, notre décision s'appuie sur cette argumentation pour exclure les données du sujet 7 des analyses subséquentes. Celles-ci porteront dorénavant sur 9 sujets.

4.2 ANALYSE DES VARIABLES PAR COMPARAISON DES MOYENNES

4.2.1 Modulation des variables suite au programme

Il s'agit maintenant de vérifier notre hypothèse statistique numéro 1 qui est formulée ainsi:
Les scores de l'ISQv et de la douleur au post-test refléteront une amélioration par rapport à la condition pré traitement.

Le Tableau 4.3 présente les statistiques descriptives des variables dépendantes perception de douleur et qualité de vie, et de leurs facteurs. Nous constatons pour chacune des deux variables, douleur et qualité de vie, une variation positive entre leurs mesures *avant* l'intervention et celles *après* le programme d'intervention. Et il en va de même pour chacun de leurs facteurs, à l'exception du paramètre *but* pour lequel la variation est négative. Le traitement statistique de ces variations permet de rejeter l'hypothèse nulle voulant que la variable indépendante, l'EID, n'a aucun effet dépassant le hasard sur la différence observée pour les deux variables dépendantes suite à l'application du programme.

Tableau 4.4

Comparaison des moyennes pour les variables dépendantes *douleur* et *qualité de vie*

VARIABLES et leurs facteurs	RÉSULTATS (N=9)				COMPARAISON DES MOYENNES			
	AVANT l'intervention		APRÈS l'intervention		Pourcentage de VARIATION	Analyse de VARIANCE à mesures répétées (<i>d.l.</i> = 1)		
	Moyenne	ET	Moyenne	ET		F - valeur	P - valeur	
DOULEUR	15,1	14,0	8,0	10,3	48%	0,35	6,4	0.0356
<u>Composantes:</u>								
Intensité	14,0	12,5	7,4	9,9	54%	0,30	88,9	0.0001
Aspect désagréable	16,2	16,0	8,7	11,2	40%	0,48	116,6	0.0001
QUALITÉ DE VIE (Écart)	7,4	3,6	3,2	3,1	63%	0,23	36,8	0.0003
<i>Qv transformées $\log_2(x+1)$</i>							39,0	0.0002
<u>Paramètres:</u>								
ISQv - état	37,3	11,0	25,2	13,5	35%	0,18	130,9	0.0001
ISQv - but	12,7	4,3	12,0	4,1	- 3% ^a	0,32	0,5	0.5075
ISQv - conflit	1,5	0,2	1,5	0,1	2%	0,90	0,6	0,4714
<u>Qv- Écart par catégorie:</u>								
a) Santé physique	11,8	6,3	3,0	3,6	70%	0,36	44,2	0.0001
b) Fonct. cognitif-affectif	9,8	5,0	4,6	5,3	61%	0,33	15,4	0.0003
c) Env. socio-familial	3,4	3,3	2,1	2,5	51%	0,42	0,9	0.3359
d) Relation de couple	8,8	8,8	8,1	9,5	15%	0,47	0,3	0.5911
e) Loisirs	9,1	4,3	2,9	3,1	71%	0,26	22,1	0.0001
f) Travail extérieur	5,1	4,2	2,7	2,5	44%	0,35	3,4	0.0728
g) Travail domestique	7,4	5,9	2,2	2,7	42%	1,11	15,9	0.0002

^a Cette valeur est exprimée en nombre négatif pour signifier que la variation du *but* s'est faite dans le sens d'une détérioration de la qualité de vie.

En effet, après l'EID nous trouvons une réduction hautement significative de la perception de la douleur globale (48%; $P=0.0356$) et de ses composantes, *intensité* (54%; $P=0.0001$), *aspect désagréable* de la douleur (40%; $P=0.0003$), et une amélioration tout aussi significative de la *qualité de vie* (63%; $P=0.0003$) et de son paramètre *état* (36%; $P=0.0001$). Un histogramme des variables significativement modulées par l'EID est illustré à la Figure 4.7. Les analyses de fidélité concernant la qualité de vie démontrent un haut degré de signification ($F=39,0$; $P=0.0002$) entre les scores d'écart transformés en log naturel pour assurer la normalité des résidus. Ces résultats confirment la validité de la variation du score de qualité de vie (ÉCART).

Par ailleurs, une analyse de variance est aussi effectuée sur le troisième paramètre principal servant au calcul du score de qualité de vie (Écart), à savoir, celui de *conflit*. Cette analyse nous est apparue utile pour faire ressortir la spécificité de la variation significative du paramètre d'*état* ($F=130,9$; $P=0.0001$) suite au programme, comparativement aux variations non significatives des deux autres paramètres, à savoir, *but* ($F=0,5$; $P=0.5075$), *conflit* ($F=0,6$; $P=0.4714$).

Des différences significatives sont observées pour les indices d'écart sous quatre des sept catégories de domaine de vie, à savoir, santé physique (70%; $F=44,2$), fonctionnement cognitif-affectif (61%; $F=15,4$), loisirs (71%; $F=22,1$) et travail domestique (42%; $F=15,9$), avec une faible tendance similaire pour le travail extérieur (44%; $F=3,4$; $P=0.0728$). Un histogramme des catégories de domaine de vie dont les indices de qualité de vie (écart) sont significativement modulés par l'EID résume ces résultats (voir figure 4.8).

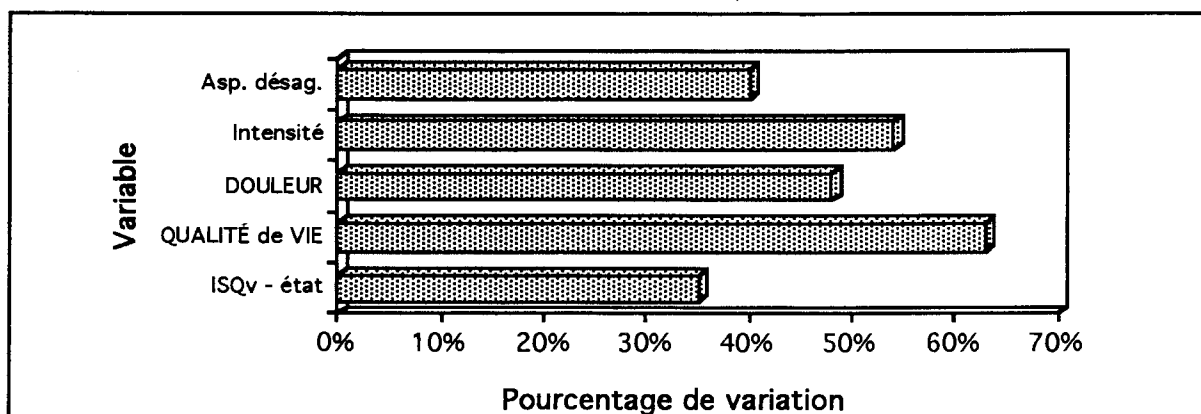


Figure 4.7 Histogramme des variables significativement modulées en fonction du pourcentage de variation.

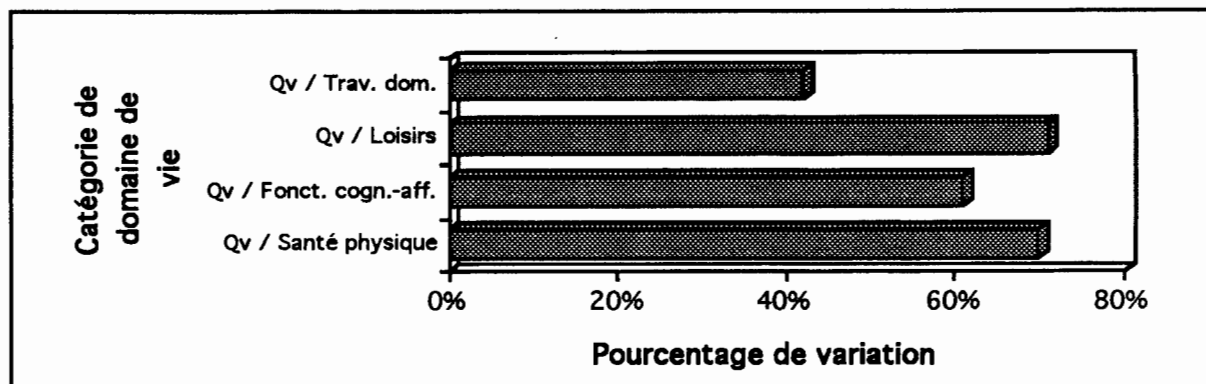


Figure 4.8 Histogramme des catégories significativement modulées en fonction du pourcentage de variation de leur indice de qualité de vie.

En somme, nos analyses statistiques nous autorisent à rejeter notre hypothèse nulle no 1, voulant qu'il n'y ait pas de variation significative de la douleur et de la qualité de vie suite à l'École Interactionnelle du Dos. Les variables suivantes sont significativement modulées:

- douleur globale et chacune de ses deux composantes, *intensité* et *aspect désagréable*;
- qualité de vie (ÉCART), son paramètre *état*, et les indices d'écart des catégories *santé physique*, *fonctionnement cognitif-affectif*, *loisirs*, *travail domestique*.

De plus, parmi les variables dont les modulations sont significatives, certains rapports de variance (variance intermoments / variance intersujets) sont très élevés (voir tableau 4.3), des valeurs positives qui signalent la force de l'impact de la variable indépendante sur certaines composantes des variables dépendantes. Pour la variable douleur, c'est l'*aspect désagréable* ($F=116,6$) tandis que pour la variable qualité de vie, c'est le paramètre d'*état* ($F=130,9$), suivi de l'indice de qualité de vie (écart) de la catégorie *santé physique*.

4.2.2 Corrélation entre les variables

Nous vérifierons maintenant notre hypothèse statistique numéro 2 qui est formulée ainsi: *Il existe des corrélations entre les scores de l'ISQv et les scores de douleur, et cela aux deux moments de mesure ainsi qu'à la variation pré et post-test*. La vérification des relations entre les variables est effectuée par l'analyse des corrélations entre les scores de l'ISQv et ceux des EVA aux moments *avant* et *après* l'intervention et au niveau de leur *différence* pré post-traitement. Ensuite, la validité de cette relation est établie en fonction d'un degré de probabilité inférieur ou égal à 0.05. Les résultats sont présentés au Tableau 4.4.

Tableau 4.5

Corrélation entre les composantes de douleur et les facteurs de qualité de vie
en fonction des résultats avant, après et de leur différence

VARIABLES MISES EN RELATION		CORRELATION ENTRE SCORES DES EVA ET SCORES D'ISQV (d.l. = 1)								
		AVANT l'intervention			APRÈS l'intervention			DIFFÉRENCE entre les moments		
		R ²	F-value	P-value	R ²	F-value	P-value	R ²	F-value	P-value
INTENSITÉ VS										
QUALITÉ de VIE / ÉCART		0,046	0,34	0,5796	0,425	5,17	0,0571	0,026	0,19	0,6794
<u>Paramètres:</u>		0,321			0,537			0,179		
ISQv - état			2,39	0,1731		6,40	0,0446*		0,15	0,7083
ISQv - but			0,83	0,3972		0,21	0,6654		0,97	0,3623
<u>Qv - Écart par catégorie:</u>		0,967			1,000			0,271		
a) Santé physique			4,28	0,2867		5268,67	0,0088*		0,01	0,9293
b) Fonct. cognitif-affectif			5,23	0,2624		55,69	0,0848		0,15	0,7643
c) Env. socio-familial			0,07	0,8400		8176,91	0,0070*		0,06	0,8513
d) Relation de couple			0,00	0,9732		5682,92	0,0084*		0,04	0,8819
e) Loisirs			4,73	0,2745		9892,13	0,0064*		0,06	0,8427
f) Travail extérieur			0,08	0,8203		6205,43	0,0081*		0,01	0,9336
g) Travail domestique			1,54	0,4315		5920,69	0,0083*		0,01	0,9551
ASPECT DÉSAGRÉABLE VS										
QUALITÉ de VIE / ÉCART		0,031	0,22	0,6504	0,450	5,72	0,0480*	0,038	0,27	0,6170
<u>Paramètres:</u>		0,272			0,557			0,250		
ISQv - état			1,79	0,2297		7,07	0,0376*		0,72	0,4277
ISQv - but			0,79	0,4087		0,31	0,5995		1,89	0,2182
<u>Qv - Écart par catégorie:</u>		0,918			0,996			0,343		
a) Santé physique			3,19	0,3248		41,42	0,0981		0,08	0,8282
b) Fonct. cognitif-affectif			3,21	0,3240		2,57	0,3551		0,36	0,6571
c) Env. socio-familial			0,37	0,6541		61,56	0,0807		0,21	0,7295
d) Relation de couple			0,19	0,7401		47,81	0,0914		0,20	0,7321
e) Loisirs			3,98	0,2958		68,91	0,0763		0,20	0,7353
f) Travail extérieur			0,43	0,6295		38,95	0,1011		0,06	0,8459
g) Travail domestique			0,69	0,5584		50,12	0,0893		0,09	0,8171

* Probabilités significatives

Les résultats de l'analyse de régression (voir tableau 4.4) démontrent quelques corrélations significatives entre les moyennes des résultats *après* l'intervention. Les moyennes de qualité de vie après l'intervention démontrent une relation significative avec l'aspect désagréable de la douleur ($R^2=0,450$; $P=0.0480$), avec la même tendance pour sa relation avec l'intensité ($R^2=0,425$; $P=0.0571$). Cette relation intensité versus qualité de vie se détaille par des corrélations positives avec la majorité des indices de qualité de vie par catégorie de domaine. Le paramètre de qualité de vie ISQv-état présente lui aussi une corrélation significative avec l'intensité ($R^2=0,537$; $P=0.0446$) de même qu'avec l'aspect désagréable ($R^2=0,557$; $P=0.0376$).

Par contre, aucune corrélation significative n'est observée entre les moyennes des variables *avant* l'intervention de même qu'entre les moyennes de leur *différence* entre les moments. Il n'y a donc pas de corrélation entre l'effet de la variable indépendante EID sur la qualité de vie et les composantes distinctes de la douleur. Des graphiques de régression illustrent l'absence de corrélation entre la différence (AP-AV) de l'intensité et celle de l'aspect désagréable de la douleur en fonction de la différence de la qualité de vie des sujets (figure 4.9).

Par ailleurs, il y a de fortes corrélations significatives entre les résultats des composantes de la douleur, que ce soit *avant* ou *après* de même qu'entre leur *différence* (voir figure 4.10).

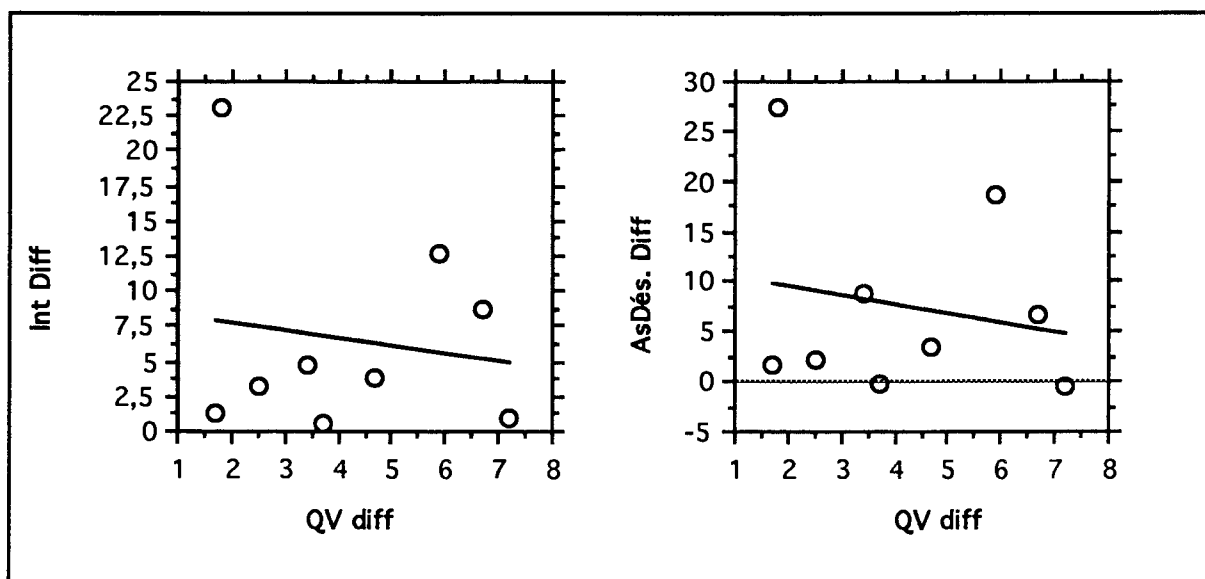


Figure 4.9 Graphiques de régression de la modulation de l'intensité et de l'aspect désagréable de la douleur en fonction de la modulation de la qualité de vie.

CONCLUSION

En conclusion de l'ensemble des analyses statistiques, nous observons des modulations significatives des deux variables dépendantes (douleur et qualité de vie) suite à l'application de la variable indépendante (EID). Par ailleurs, étant donné que ces modulations sont sans relation significative entre elles, nous déduisons qu'il y a distinction entre ce que ces variables dépendantes mesurent à partir des instruments choisis. En d'autres mots, l'évaluation de la *douleur* telle que mesurée à l'aide des échelles de la douleur EVA ainsi que la *qualité de vie* telle que mesurée à l'aide de l'ISQv nous renseignent sur des dimensions différentes de l'effet de l'École Interactionnelle du Dos vécu par les participants/es. Ces résultats ramènent ainsi à l'avant-plan la nature éminemment personnelle de l'expérience de la douleur.

CHAPITRE V

DISCUSSION

INTRODUCTION

La discussion des résultats porte sur l'interprétation des observations ressortant de l'analyse des résultats telle que présentée au chapitre IV. Cette interprétation des résultats se répartit selon les mêmes sections qu'au chapitre précédent à savoir, (1) une analyse des résultats en fonction des sujets et (2) une analyse des variables par comparaison des moyennes de groupe. La conclusion termine ce chapitre par le bilan de l'étude: «Qualité de vie et perception de douleur à l'École Interactionnelle du Dos».

5.1 ANALYSE DES RÉSULTATS EN FONCTION DES SUJETS

5.1.1 Variabilité des mesures intersujets

Pour chacune des variables, autant avant l'intervention qu'après celle-ci, les écarts types des moyennes sont souvent aussi étendus que la valeur de la moyenne elle-même, et une variabilité qui apparaît plus marquée pour la variable *douleur* que pour celle *qualité de vie*. On en déduit une grande variabilité des perceptions de douleur et de qualité de vie entre les sujets, nous confirmant ainsi que les personnes lombalgiques n'ont pas une perception uniforme de leur douleur et de leur qualité de vie, quoiqu'elles aient en commun la même affection. Cette observation appuie la définition de la douleur, telle qu'énoncée par Marchand

(1995), et voulant que la douleur soit une expérience éminemment personnelle et dynamique. Une expérience dont seule l'individu qui la vit peut être l'expert, et une expérience modulée par nombre de facteurs personnels et socio-culturels, affectant à des degrés divers l'ensemble de la vie de la personne souffrante.

En moyenne, les participants/es au programme évaluent l'aspect désagréable de leur douleur lui accordant un score plus élevé qu'à l'intensité, distinction qui est fréquemment observée en situation de douleur chronique par comparaison aux douleurs aiguës (Marchand, 1995). Par contre, cette distinction n'est pas vécue également par chacun des sujets du groupe, l'intensité de la douleur étant plus élevée pour certains d'entre eux. Ceci fait ressortir l'importance d'établir des programmes d'intervention qui ciblent tout autant les composantes sensorielles de la douleur que celles motivationnelles, afin de répondre efficacement aux besoins de soulagement des lombalgiques selon les particularités individuelles de leur douleur, et ce d'autant plus que l'origine de la douleur lombaire n'est pas décelée dans 80% des cas (Cedraschi et al, 1990); par conséquent l'intervention doit s'attaquer à la douleur sous toutes ses dimensions.

Le plan d'intervention de l'EID prévoit justement une stratégie interactionnelle et pédagogique qui vise les deux types de composantes de la douleur et qui s'adapte aux besoins individuels i.e. aux particularités individuelles de la douleur. Une stratégie qui consiste, d'une part, en des actions thérapeutiques centrées sur les relations interpersonnelles lesquelles favorisent l'émergence d'un climat de confiance et de support. D'autre part, une stratégie qui hiérarchise les apprentissages en fonction des besoins prioritaires. À l'EID, par exemple, le programme commence par l'apprentissage de moyens permettant d'affronter les crises de douleur aiguë, la plus grande peur des patients/es. Cette double stratégie permet de répondre efficacement aux besoins individuels des lombalgiques et ce, dès le début du programme. Le faible taux d'abandon observé à l'EID comparativement à d'autres programmes éducationnels qui s'attaquent à la lombalgie chronique (Charest et al, 1994), nous autorise à déduire que le programme est efficace à répondre aux besoins des patients/es.

5.1.2 Variation des résultats individuels suite au programme

L'analyse de la variation des résultats sur une base individuelle nous renseigne sur l'impact du programme. Elle fournit des caractéristiques autres que celles qu'on retrouve dans l'analyse statistique de la comparaison des moyennes.

La moitié des sujets expérimentent une amélioration de leur qualité de vie plus forte que l'amélioration de leur douleur, allant même jusqu'à une augmentation d'environ 75% de leur qualité de vie malgré une faible réduction d'environ 10% de leur douleur pour deux d'entre eux. Mieux que la comparaison des moyennes où la douleur est améliorée à 48% et la qualité de vie à 63%, cette dernière observation répond au questionnement qui a soulevé l'intention de l'auteure à l'égard de cette étude soit, la compréhension de la satisfaction exprimée par des sujets malgré leur faible réduction de douleur suite à l'EID.

Nous observons chez la plupart des sujets des variations de la douleur et de la qualité de vie dont le bilan demeure positif malgré une détérioration de l'aspect désagréable de la douleur (20% des sujets) ou de la fixation des buts (élévation des attentes chez 60% des sujets). Quoique les variations individuelles de l'aspect désagréable se résument en une moyenne positive, d'une part, et que la comparaison statistique des moyennes de variation du but suite au programme s'avère non significative, d'autre part, il est important d'identifier cet impact du programme sur les individus comme un effet secondaire potentiel. C'est-à-dire que dans le cas où un individu n'expérimente pas d'amélioration suffisante de l'intensité de sa douleur ou de son état, le programme peut non seulement s'avérer non efficace à soulager cet individu, mais il peut aller jusqu'à nuire à sa perception de la douleur globale ou de la qualité de vie.

Compléter l'évaluation de l'efficacité du programme par une triangulation des résultats auprès des participants/es révèle des situations individuelles qui obligent à rajuster l'interprétation des résultats en fonction de la réalité des individus impliqués. Suite au programme d'intervention EID, chacun des sujets expérimente individuellement une amélioration à la fois de sa douleur et de sa qualité de vie, à l'exception d'un sujet pour qui la qualité de vie s'est considérablement détériorée. Pour ce dernier, la détérioration provient d'une situation personnelle qui implique des facteurs autres que la variable indépendante à l'étude, justifiant ainsi le rejet de cette donnée dans les analyses statistiques subséquentes effectuées sur les moyennes du groupe. Une autre situation individuelle s'est présentée, il s'agit d'un sujet qui nous dit vivre une réduction de douleur 10 fois plus importante que celle mesurée par l'instrument d'évaluation EVA. Ces deux situations découlent d'une mise en relation des résultats de l'ISQv et des EVA avec les informations recueillies de l'échange entre participants/es et intervenants/es, échange effectué à l'étape 11 du programme en vue d'objectiver l'efficacité du traitement. Cette analyse fait apparaître toute l'importance qu'une

évaluation se doit d'accorder à la triangulation auprès des sujets, des résultats recueillis à l'aide des instruments de mesure choisis, même s'ils sont validés et reconnus. Une triangulation qui a pour but de rendre compte de la réalité des sujets étudiés et ainsi améliorer la validité des résultats.

La triangulation est une approche méthodologique primordiale dans le cadre des phénomènes complexes comme la lombalgie chronique, d'autant plus lorsque ce problème est abordé par un programme d'intervention qui tient justement compte de la complexité pour se poser comme solution pertinente. Dans cette optique, il est nécessaire que les prochaines évaluations portant sur l'EID se dotent d'une méthodologie d'analyse des résultats qui devra inclure, dans les traitements statistiques, les informations obtenues de la triangulation des résultats. Une méthodologie qui limitera l'exclusion de données utilisées pour évaluer l'EID et rendra compte avec plus de véracité de la modulation réellement vécue par les sujets.

Par ailleurs, la triangulation des résultats permet d'adapter, de façon continue, le programme EID aux besoins des lombalgiques chroniques, tant au plan de la douleur que de la qualité de vie. La pertinence de cette adaptation est accentuée par le fait qu'une des caractéristiques pédagogiques de ce programme est l'enseignement individualisé qui est associé à un enseignement en petit groupe. Cette caractéristique, accompagnée de la perspective interactionnelle de l'intervention thérapeutique, participe de l'efficacité du programme en répondant aux besoins de chaque individu du groupe en fonction de caractéristiques individuelles de la douleur et de la qualité de vie.

Ainsi, contenu diversifié et stratégie éducationnelle et psychologique du programme EID font ressortir l'importance de l'interdisciplinarité pour contourner les limites de l'approche médicale strictement physique face à la douleur chronique (Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1990; Waddell, 1992). Un programme interdisciplinaire dans son élaboration, mais dont l'application se fait exclusivement par les mêmes animateurs/trices, afin d'établir l'influence interpersonnelle qui permet d'obtenir du participant/e les informations stratégiques servant à adapter l'intervention aux besoins individuels tout au long du programme.

5.2 ANALYSE DES VARIABLES PAR COMPARAISON DES MOYENNES

5.2.1 Modulation des variables suite au programme

Perception de la douleur

Les moyennes du groupe après l'intervention, comparées aux moyennes avant celle-ci, démontrent, à la fin du programme EID, une diminution significative de 54% pour l'intensité et de 40% pour l'aspect désagréable de la douleur. Cette efficacité de l'école sur la perception de la douleur correspond à nos attentes qui étaient fondées sur une étude antérieure. En effet, Chenard et al. (1991b) observent des réductions de 55% ($F(1)=1138,07$; $p=0,0001$) pour l'intensité et de 54% pour l'aspect désagréable de la douleur ($F(1)=660,57$; $p=0,0001$) immédiatement après le même programme d'intervention (p.232). À ce stade de l'analyse, nous pouvons donc conclure à l'efficacité de l'EID à réduire la douleur chez les sujets du groupe étudié et ce, pour chacune des deux composantes étudiées. Et même, nous prétendons à un degré d'efficacité comparable à celui obtenu lors de l'étude citée, contrôlée contre placebo et passage du temps.

Par ailleurs, la forte corrélation entre les deux composantes de la douleur, d'une part, et, d'autre part, le rapport de variance de l'aspect désagréable plus grand que celui de l'intensité, ne nous autorisent pas à conclure à la suprématie de l'efficacité de l'EID sur l'intensité par rapport à son efficacité sur l'aspect désagréable de la douleur.

Qualité de vie

Comme on pouvait s'y attendre d'un programme comme l'EID dont efficacité à réduire la douleur a été démontrée antérieurement (Chenard et al, 1991b), nous observons un effet positif de l'EID sur la qualité de vie globale de l'individu, une amélioration statistiquement significative de 63%. Cette observation répond à notre objectif méthodologique (paragraphe 4.1.1) voulant se servir d'une comparaison des résultats de l'ISQv à ceux des EVA, déjà éprouvés lors d'une étude antérieure contrôlée contre placebo et passage du temps. Ce résultat confirme l'efficacité du programme à améliorer la qualité de vie des lombalgiques ayant participé à l'école du dos. Bien qu'il ne soit pas surprenant qu'un groupe de lombalgiques expérimentant une réduction de douleur affiche parallèlement une amélioration

de sa qualité de vie, le fait que l'*état actuel* soit le seul paramètre de qualité de vie significativement modulé suite au programme porte à interprétation. En effet, nous déduisons que l'EID s'avère un programme d'intervention dont l'efficacité se caractérise non pas par une réduction des attentes (buts) des lombalgiques chroniques, mais plutôt par une amélioration de leur état actuel, tel qu'ils le perçoivent. Ainsi, malgré les caractéristiques psychologiques de l'École Interactionnelle du Dos, la perception améliorée que l'individu lombalgique se fait de son état suite au programme laisse croire que ce programme agit concrètement sur sa lombalgie.

Selon les fondements théoriques de l'Inventaire Systémique de Qualité de Vie (Dupuis et al, 1989), le score de qualité de vie représente l'écart entre l'*état* et le *but*, un écart qui est modulé par la *vitesse* de changement de l'état et par le potentiel de *conflit* de priorité entre les domaines de vie. Ainsi, l'amélioration de la qualité de vie découle d'une diminution des attentes (buts désirés) et/ou d'une augmentation de l'*état* actuellement vécu par le participant/e. Il est donc permis de conclure que l'EID soulage les lombalgiques non en leur apprenant à se résigner à leur sort, i.e. par réduction du niveau des attentes (but désiré) seulement, mais en favorisant dans les faits une amélioration de la perception de leur état actuel. Contrairement à la croyance du modèle médical standard, fondée sur la mesure calibrée des capacités fonctionnelles comme gage d'une amélioration de l'état d'un client (Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1990), nous évaluons la perception que le participant/e se fait de son état et de l'amélioration de celui-ci comme un déterminant de la réduction de l'aspect incapacitant de sa lombalgie, car ce sentiment d'amélioration nourrit son espoir de guérison, moteur de son action, d'une part, et d'autre part, son sentiment de contrôle sur sa lombalgie, réduisant sa peur de la douleur. Ce sentiment d'amélioration le motive à transférer ses capacités d'agir dans ses activités quotidiennes et, ainsi, à poursuivre sa guérison après la fin du programme d'intervention. Cette portée plus élargie de l'amélioration de l'état du client/e donne à l'EID une efficacité qui dépasse la dimension physiologique de la lombalgie en répondant à la complexité du phénomène de lombalgie chronique.

Outre le paramètre *état*, la variation significative de la qualité de vie se détaille par des indices d'écart par catégorie de domaines de vie. Découper le score de qualité de vie (ÉCART) en des indices par catégories nous éclaire sur la façon dont les différentes sphères de vie sont touchées par l'EID. Quatre des sept catégories de l'ISQv sont significativement modulées:

santé physique, fonctionnement cognitif-affectif, loisirs, travail domestique. Nous déduisons que les catégories modulées caractérisent la nature de l'efficacité du programme et confirment les dimensions sur lesquelles le contenu du programme a mis le cap (voir tableau 1.3). Ce sont les dimensions: cognitive (compréhension de la lombalgie chronique, connaissance de moyens pour la traiter), affective (identification de la relation entre lombalgie chronique et ses relations interpersonnelles et ses attentes de guérison) et psycho-motrice (entraînement mental pour gérer la douleur, entraînement physique pour réduire la douleur et l'incapacité fonctionnelle). Le fait que la catégorie *travail extérieur* ne figure pas parmi les catégories touchées par le programme s'explique par les caractéristiques de l'échantillon qui est composé à 90% de sujets occupant un emploi. Les autres catégories de la qualité de vie dont la modulation n'est pas significative indiquent des pistes pouvant guider le perfectionnement éventuel du programme.

5.2.2 Corrélation entre les variables

L'absence de relation entre les résultats des composantes de la douleur prises séparément et ceux de la qualité de vie, au début du programme, de même qu'au niveau de leurs variations respectives, illustre la distinction entre les variables telles qu'elles sont mesurées par les instruments de mesures choisis. Ainsi, l'ISQv et les EVA mesurent des aspects différents de la réalité des participants/es, des variables distinctes. Nous en déduisons que l'EID est efficace pour améliorer la qualité de vie au-delà de son action bénéfique sur la douleur, une efficacité qui se traduit par une amélioration sur l'ensemble de la vie des lombalgiques. L'évaluation d'une variable comme la qualité de vie permet de mesurer l'étendue de l'efficacité d'un programme éducationnel sur la lombalgie. Un traitement dont l'action porte non seulement sur les composantes sensorielle et motivationnelle de la douleur, mais aussi sur la composante comportementale et socio-culturelle du modèle circulaire de la douleur (Marchand, 1995), prend en considération toute la complexité de la lombalgie chronique offrant ainsi un meilleur pronostic d'efficacité. Une telle étendue de la visée d'un programme ne peut être mise en évidence autrement que par une évaluation vérifiant son impact sur la qualité de vie.

À la fin de l'EID, la corrélation positive observée entre les variables laisse apparaître un glissement l'un vers l'autre des aspects initialement distincts de la réalité mesurés par les deux instruments. La distinction entre l'évaluation de la douleur et celle de la qualité de vie n'est plus évidente à la fin du programme. Comment comprendre cette perte de spécificité entre

l'évaluation de la douleur et celle de la qualité de vie ? Il est possible que ce programme, qui centre spécifiquement l'attention et l'action des sujets sur leur lombalgie et le développement d'habiletés propres à la gérer, et ce durant trois mois, ait une répercussion sur leur perception de la douleur. Le programme vise ouvertement à recadrer une perception souvent unidimensionnelle de la douleur (composantes bio-physiques) vers une perception plus complexe comportant des dimensions motivo-affective et comportementale. La douleur étant alors perçue dans toute sa complexité, cela favorise un rapprochement entre la perception de la douleur et celle de la qualité de vie. Nous jugeons ce rapprochement positif, en ce sens qu'une perspective (perception et compréhension) plus large de sa lombalgie donne à l'individu la motivation nécessaire à l'application et au développement des habiletés apprises à l'EID, en même temps qu'elle lui donne plus de contrôle et de pistes pour agir avec efficience sur sa douleur. Une motivation donc, à poursuivre son processus de guérison au-delà de la période de traitement intensif, ce qui fait partie de la portée anticipée par le programme.

CONCLUSION

La présente étude veut répondre à une question générale de recherche visant à comprendre la nature de l'efficacité du programme d'intervention EID sur la lombalgie chronique démontrée par une étude précédente. Notre postulat de départ est fondé sur l'observation clinique d'un impact de ce programme qui dépasse son efficacité sur la douleur. Ce postulat explicite notre question spécifique de recherche énoncée comme l'étude de l'impact de l'EID sur la qualité de vie par rapport à son impact sur la perception de douleur de personnes souffrant de lombalgie chronique. De ce but général, découle deux objectifs méthodologiques, le premier voulant s'assurer d'abord la validité d'un éventuel impact statistiquement significatif de l'EID sur la qualité de vie mesurée à l'aide de l'ISQv. Le deuxième objectif vise à comprendre la nature de l'efficacité de l'EID en disséquant les deux variables indépendantes en facteurs, nous fournissant ainsi des éléments dont la variation suite au programme ainsi que leur corrélation nous donnent matière à analyse.

La comparaison de la modulation significative de la qualité de vie avec celle tout aussi significative de la douleur nous autorise à conclure en l'efficacité de l'EID telle qu'appliquée ici. En effet, la présente application de l'EID auprès des lombalgiques chroniques a une efficacité sur la douleur comparable à celle démontrée contre placebo et passage du temps lors d'une étude récente. La fiabilité de l'impact de la variable indépendante sur la douleur nous autorise à considérer comme valides les conclusions formulées à propos de la variable dépendante *qualité de vie*, telle que mesurée par l'ISQv. Nous déduisons donc que l'EID est efficace pour améliorer significativement la qualité de vie de lombalgiques chroniques ayant participé au programme. La qualité de vie telle que mesurée s'avère une variable qui se distingue de la perception de la douleur et dont la modulation suite à l'EID est supérieure à celle de la perception de douleur. Ces déductions nous précisent donc la nature de l'efficacité de l'EID au-delà de son impact sur la douleur. Pour approfondir ce premier niveau de précision, nous

tirons nos conclusions de l'analyse des variations observées en fonction des sujets, puis de celle des variations et corrélations observées en fonction des facteurs des deux variables.

La grande variabilité des perceptions individuelles de la douleur et de la qualité de vie de même que des variations individuelles différentes suite au programme confirme la complexité du phénomène de la lombalgie chronique. Cette complexité justifie la nécessité de lui appliquer un programme multidimensionnel tel que l'EID. Son approche pédagogique allie un enseignement individualisé et une dynamique de groupe et vise des apprentissages au niveau autant des composantes sensorielles que motivationnelles de la douleur en réponse aux besoins des patients/es. Son approche interactionnelle qui centre l'action thérapeutique sur les relations interpersonnelles, s'assurant des changements souhaités par un suivi individuel tout en favorisant l'émergence d'un climat de confiance et de support de groupe. Un programme qui est aussi interdisciplinaire, tel que prôné comme traitement de la douleur chronique par le Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (1990).

Le faible taux d'abandon ainsi que des variations individuelles différentes des composantes de la douleur suite à l'EID confirment son efficacité (i) à répondre aux particularités individuelles de la perception de la douleur en début de programme (intensité plus élevée pour les uns, aspect désagréable, pour les autres) et (ii) à agir concrètement sur la qualité de vie (amélioration de l'*état actuel* tel que perçu par le participant/e). De ces deux caractéristiques d'efficacité de l'EID, nous déduisons que la stratégie d'intervention de l'EID est le principal responsable de son impact sur la qualité de vie et sur la douleur. En effet, ces caractéristiques confirment l'atteinte des changements perceptuels et conceptuels visés par le programme. (i) Changement de la perception que le participant/e a de son état de lombalgie, l'amenant à passer d'un sentiment d'impuissance face à sa lombalgie vers un sentiment de contrôle dégagé de l'apprentissage de moyens concrets efficaces à réduire sa douleur et l'aspect incapacitant de sa lombalgie. (ii) Changement de la conception que se fait le client/e de cette problématique, de la signification donnée à sa lombalgie entraînant des attitudes et comportements qui en brisent l'aspect incapacitant, de la connaissance qu'il a des solutions possibles (apprentissages d'ordre mental et physique).

L'efficacité de l'EID peut aussi s'expliquer par son action sur la réduction du stress inhérent à toute atteinte chronique. Tandis que les fondement théoriques de l'ISQv expliquent l'impact sur la qualité de vie par l'augmentation de la capacité de l'individu à réduire l'écart entre ses

but et son état, le curriculum de l'EID aide les participants/es à répondre au stress-détresse de la chronicité par l'activation des facteurs de protection, tels qu'identifiés par Appley et Trumbull (1986), à savoir le support social, la santé, l'estime de soi, le sentiment de contrôle et l'espoir. Le plan d'action de l'EID semble exploiter de façon synergique l'effet de ces facteurs de protection contre le stress dans un but thérapeutique ultime pour les lombalgies chroniques qui est d'apprendre à s'autotrainer.

En somme, à partir des observations en fonction des sujets, nous déduisons que l'EID, par son approche interactionnelle et éducationnelle, est un outil thérapeutique efficace contre la lombalgie chronique. L'école du dos tend à répondre aux besoins propres de chaque individu et à influencer ce dernier dans le sens des changements souhaités en vue d'une modification réelle de l'état du participant/e. La composante psychologique de l'EID est responsable de l'impact positif sur le stress vécu par les lombalgiques, un stress-détresse qui fait partie du tableau de toute affection chronique. Son action sur le stress prépare le terrain pour que les participants/es modifient leurs habitudes de vie et adoptent des attitudes et des comportements propices à leur guérison.

Le fait que l'EID ait un impact plus marqué sur la qualité de vie plutôt que sur la douleur nous indique la portée d'un tel programme, une portée qui dépasse les composantes d'intensité et d'aspect désagréable de la douleur. De plus, l'évaluation de qualité de vie réalisée dans cette étude nous renseigne sur les particularités de l'efficacité d'un programme de ce type. De ce fait, le score de qualité de vie nous offre un indicateur supplémentaire et distinct de l'évaluation de la douleur, une mesure qui apparaît essentielle pour l'évaluation de l'efficacité et pour l'élaboration et le perfectionnement de programmes appliqués à toute douleur chronique. Mais il reste encore à élucider la stratégie éducationnelle de l'EID, à expliciter ses modalités pédagogiques par un modèle conceptuel. Un tel modèle nous permettra d'élaborer un programme éducationnel type pouvant s'appliquer à toute autre douleur chronique.

En outre, jusqu'à maintenant, l'effet positif de l'EID à la fois sur la douleur et sur la qualité de vie n'a été démontré qu'à court terme. Les prochaines études devront s'attarder à évaluer les traces laissées par ce programme à plus long terme, l'aspect temporel étant justement une caractéristique typique de la douleur chronique. Ces études devront aussi analyser l'impact du programme sur le retour au travail et la consommation des services de soins médicaux, deux facteurs qui expliquent le coût économique et social élevé de la lombalgie chronique.

APPENDICE A

INVENTAIRE SYSTÉMIQUE DE QUALITÉ DE VIE (ISQV)

Inventaire Systémique de Qualité de Vie (ISQV)

Identification du sujet: _____

Date de passation:

--	--	--

INSTRUCTIONS

Le principal objectif de ce questionnaire est d'évaluer dans quelle mesure vous parvenez à atteindre les buts que vous vous fixez dans différents domaines de votre vie. Ces buts sont parfois clairement identifiés et donc facilement identifiables alors que dans d'autres cas, nous les poursuivons sans les définir précisément.

Ce questionnaire touche environ 30 domaines de vie (ex: alimentation, sommeil, loisirs). Pour chacun de ces domaines, vous aurez à évaluer votre **état actuel**, votre **but désiré** et la **vitesse** à laquelle vous vous approchez ou éloignez de votre but désiré. Voici quelques définitions qui devraient faciliter votre compréhension:

L'idéal: Un idéal est pré-défini pour chacun des domaines couverts par ce questionnaire. Représenté par un petit cercle blanc sur l'exemple donné plus bas, cet état constitue ce à quoi toute personne aspire sans que ce ne soit nécessairement et réellement atteignable. Dans une relation conjugale, par exemple l'état idéal s'atteint lorsque vous êtes parfaitement heureux avec votre partenaire et qu'absolument rien ne pourrait être amélioré.

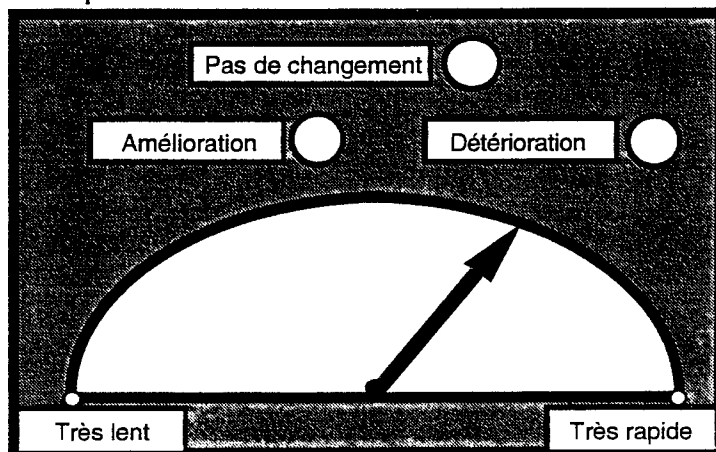
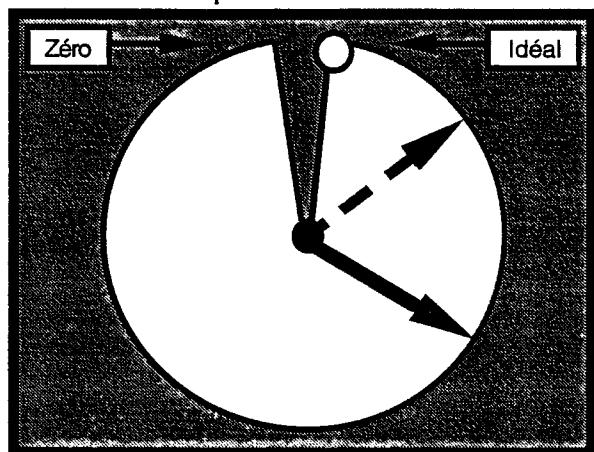
État actuel: L'état actuel est votre évaluation de la qualité de votre relation de couple au cours des dernières semaines. Plus cette relation est bonne, plus votre état se trouve près de l'idéal; plus elle est mauvaise, plus vous vous éloignez de l'idéal.

But désiré: Le but désiré représente une situation que vous jugeriez acceptable ou satisfaisante s'il vous était possible de l'atteindre, et qui peut être plus ou moins loin de la situation idéale.

L'exemple suivant devrait vous aider à répondre au questionnaire.

28. Relation de couple (marques d'affection, entente, communication)

But idéal: Etre parfaitement heureux de ma relation de couple



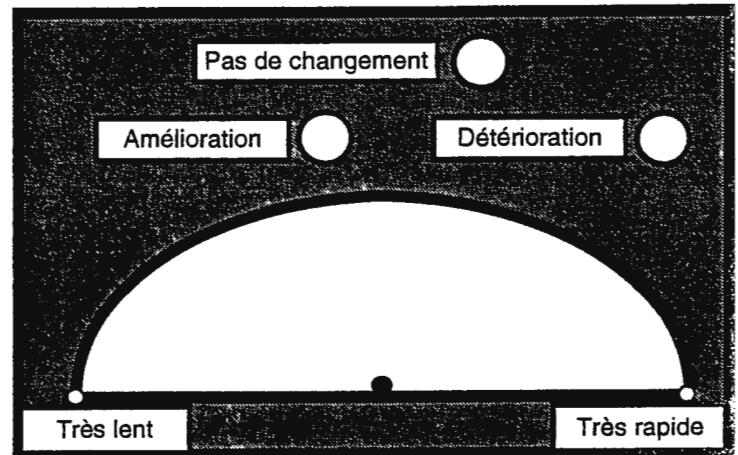
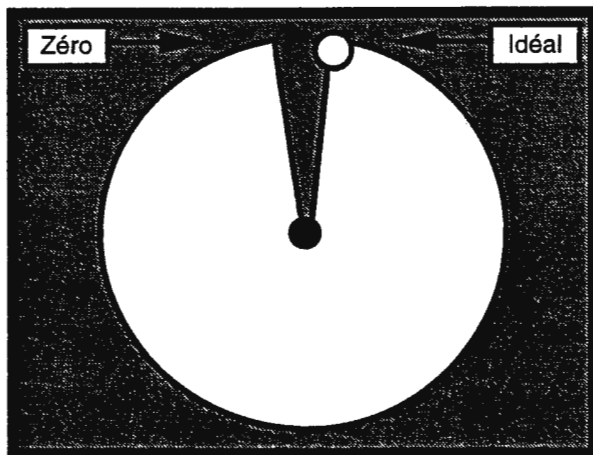
Vous devez indiquer vos réponses en utilisant les cadrans. Premièrement vous devez indiquer votre état actuel sur le premier cadran en vous référant à l'idéal prédéfini. Si vous indiquez que votre état actuel est très près de l'idéal c'est que vous croyez que tout va très bien dans ce domaine de vie. Deuxièmement, sur le même cadran, vous devez indiquer la position de votre but, c'est à dire ce que vous aimeriez atteindre, ce qui serait satisfaisant et acceptable pour vous. Il est possible que votre état actuel corresponde exactement à votre but, s'il est ainsi, vous n'avez qu'à mettre un "X" sur la première flèche. Enfin, si vous trouvez que votre situation actuelle est vraiment parfaite et idéale, noircissez le cercle blanc.

Le deuxième cadran sert à indiquer à quelle vitesse vous vous approchez ou vous vous éloignez de votre but. Pour répondre à cette question vous devez vous demander si votre situation dans ce domaine c'est améliorée, détériorée ou est demeurée stable depuis les trois dernières semaines environ. Indiquez votre réponse en cochant la case appropriée. S'il y a eu des changements depuis les dernières semaines, vous devez aussi indiquer à quelle vitesse s'effectuent ces changements. Placez une flèche sur ce deuxième cadran entre les indications "très lent" et "très rapide". Plus votre flèche est située près de la droite, plus vous croyez que les changements s'effectuent rapidement.

Si vous n'avez pas de questions, vous pouvez maintenant commencer.

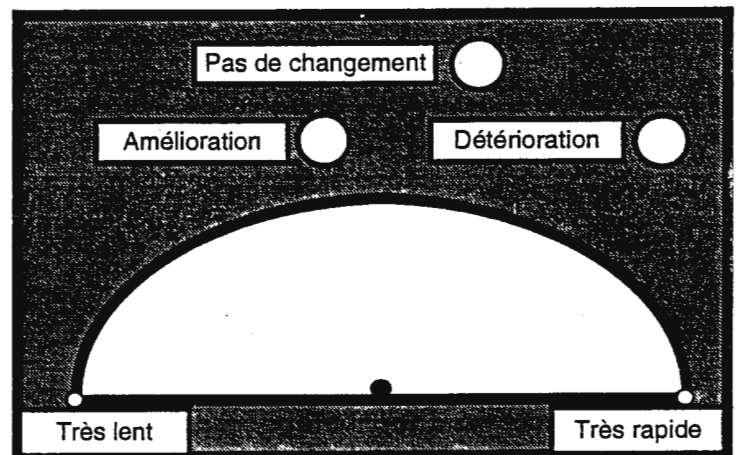
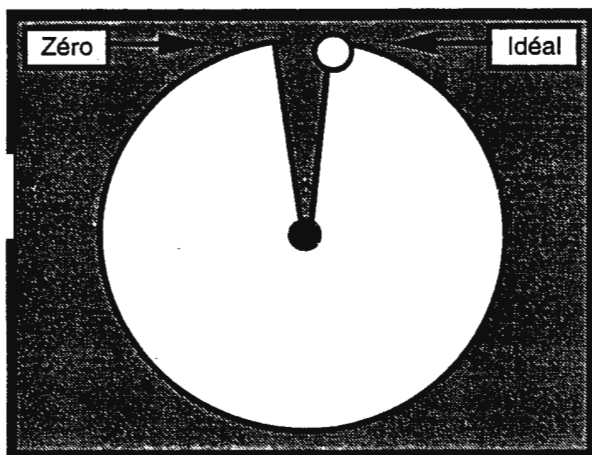
1. Sommeil (Capacité de bien dormir)

But idéal: Etre parfaitement heureux de la quantité et de la qualité de mon sommeil



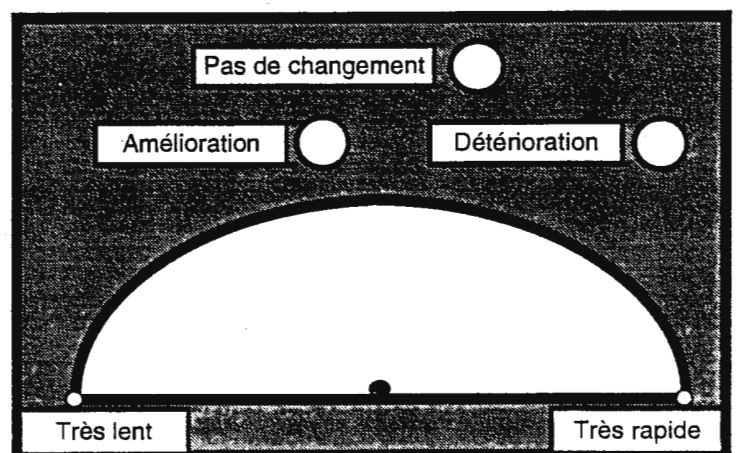
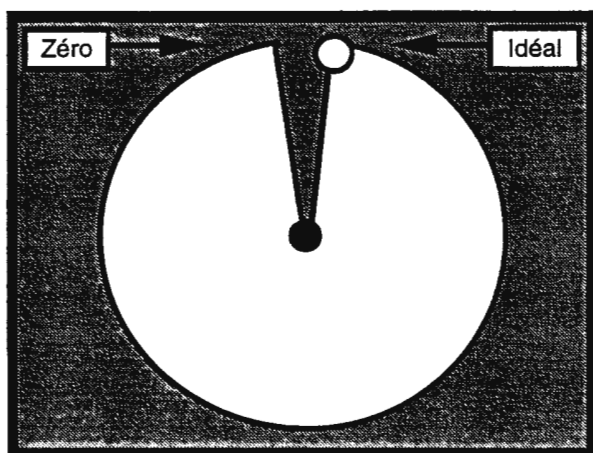
2. Capacités physiques: Capacité d'accomplir les activités journalières (marcher, monter des escaliers, se laver, se vêtir, etc...)

But idéal: Etre parfaitement heureux de mon efficacité dans ces activités



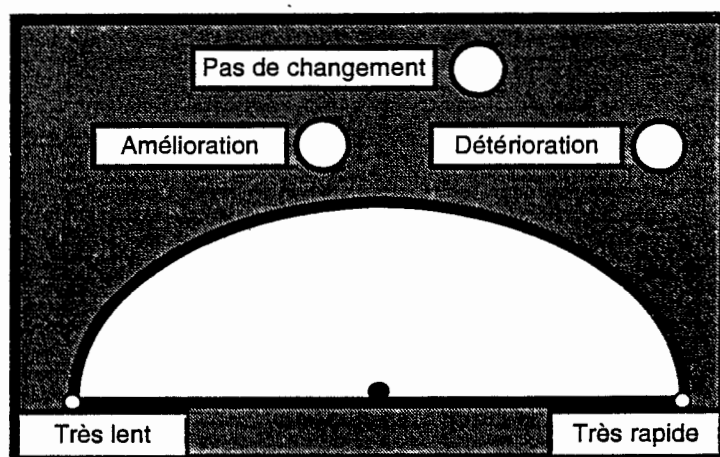
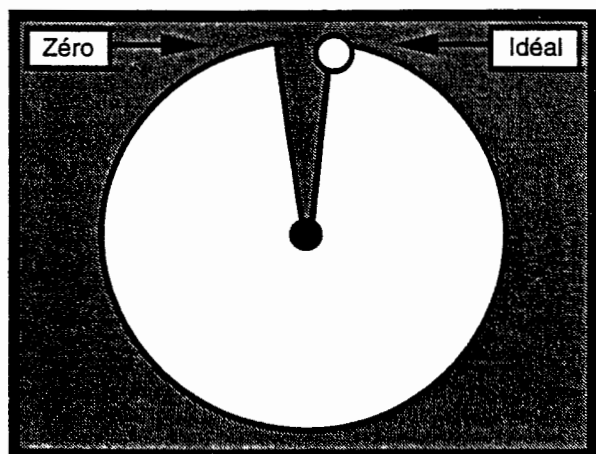
3. Alimentation (Type d'aliments, de diète, etc...)

But idéal: Etre parfaitement heureux de ce que je mange (quantité et qualité)



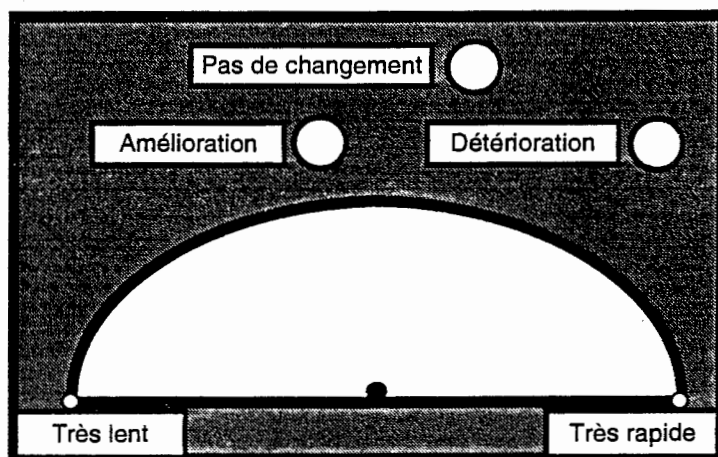
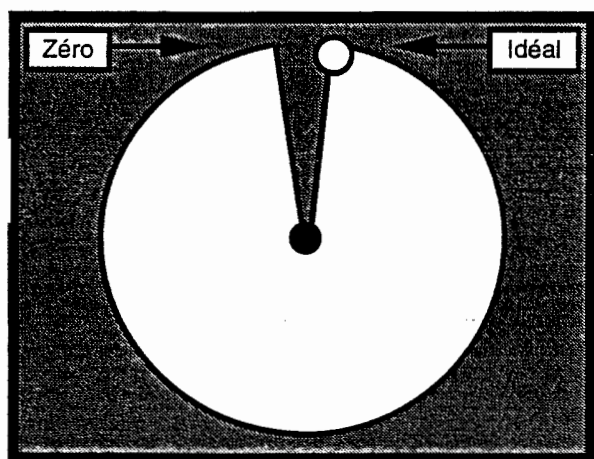
4. Douleur physique

But idéal: N'avoir aucune douleur physique



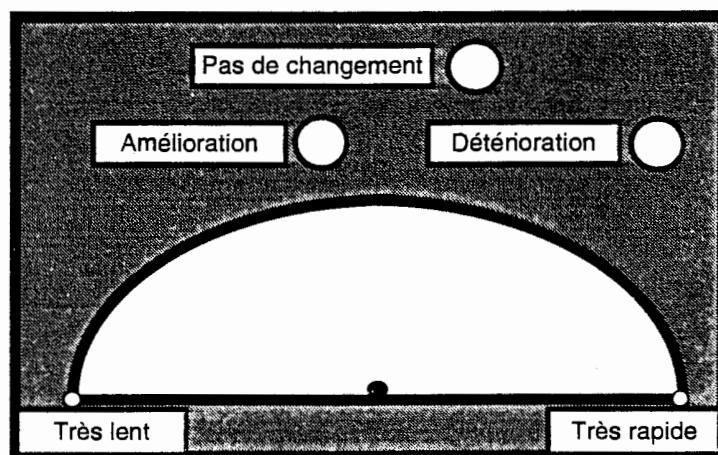
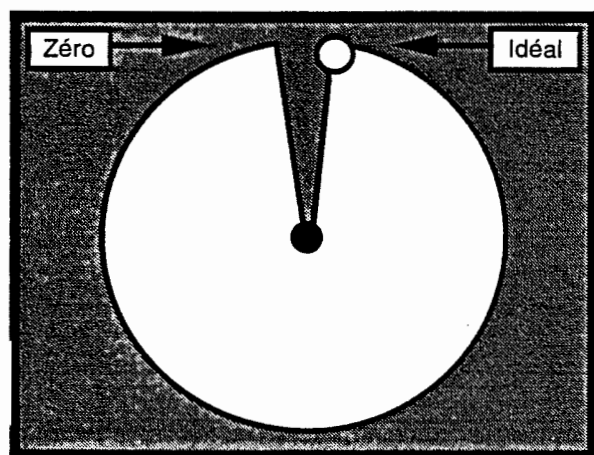
5. Santé physique globale

But idéal: Etre parfaitement heureux de ma santé physique



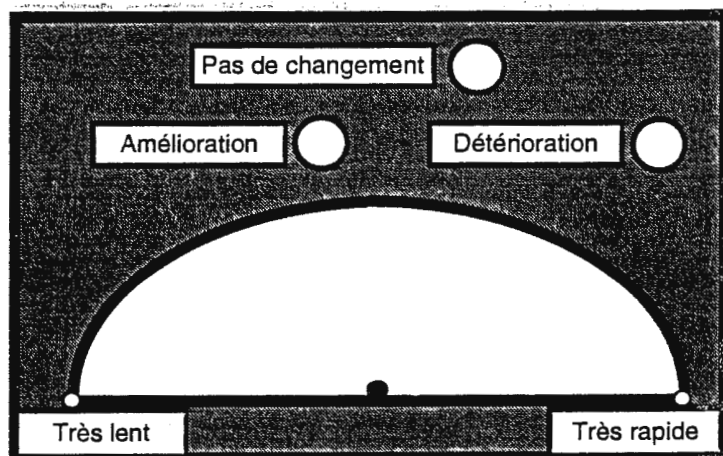
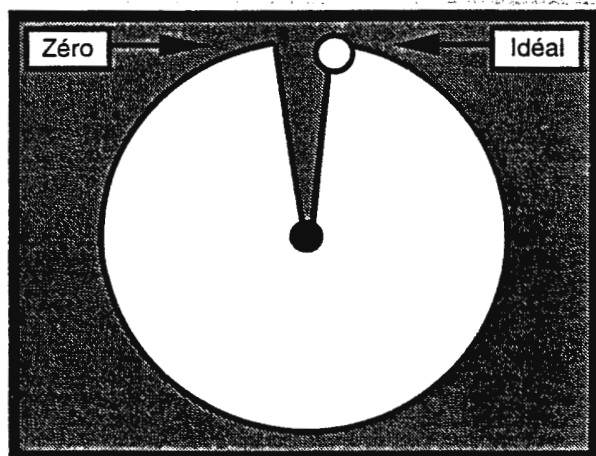
6. Loisirs de détente (lecture, télévision, musique) permettant de relaxer d'oublier ses soucis et ses préoccupations

But idéal: Etre parfaitement heureux de la fréquence et de la qualité de mes moments de détente



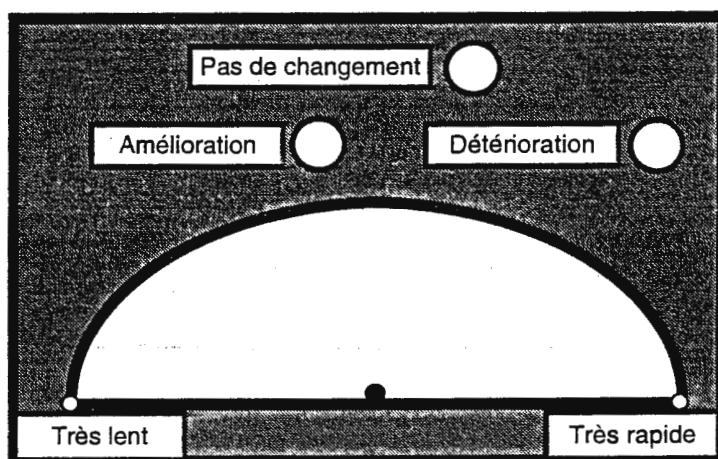
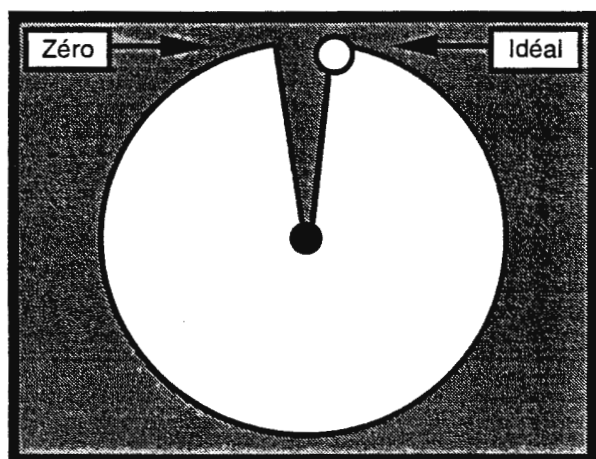
7. Loisirs actifs exigeant une dépense d'énergie (sport, bricolage, jardinage, etc...)

But idéal: Etre parfaitement heureux de ce que je fais



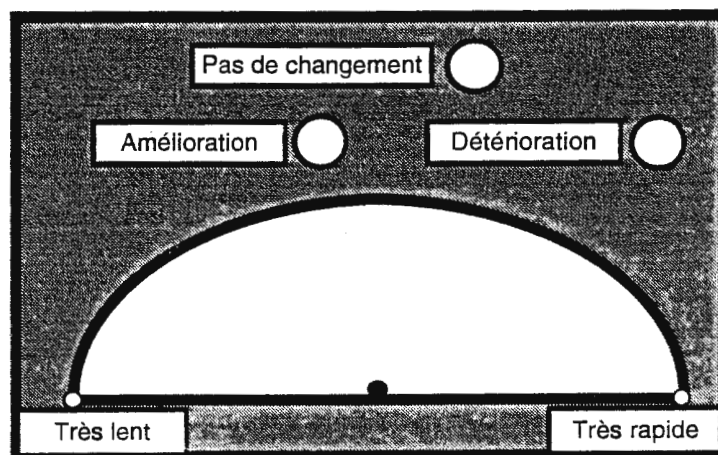
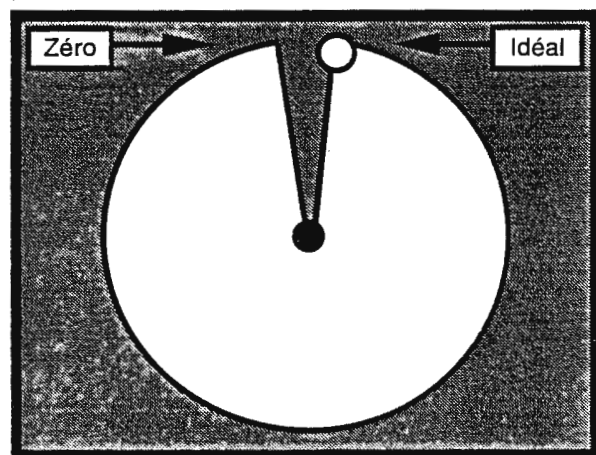
8. Sorties (cinéma, restaurant, visiter des amis, etc...)

But idéal: Etre parfaitement heureux de ce que je fais



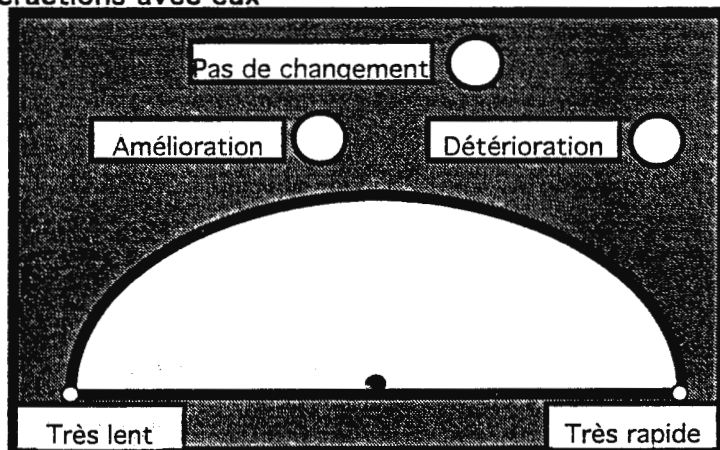
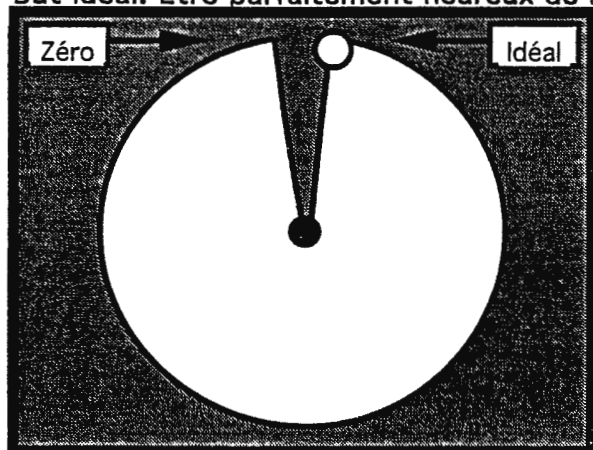
9. Interactions avec mes enfants

But idéal: Etre parfaitement heureux dans ce domaine



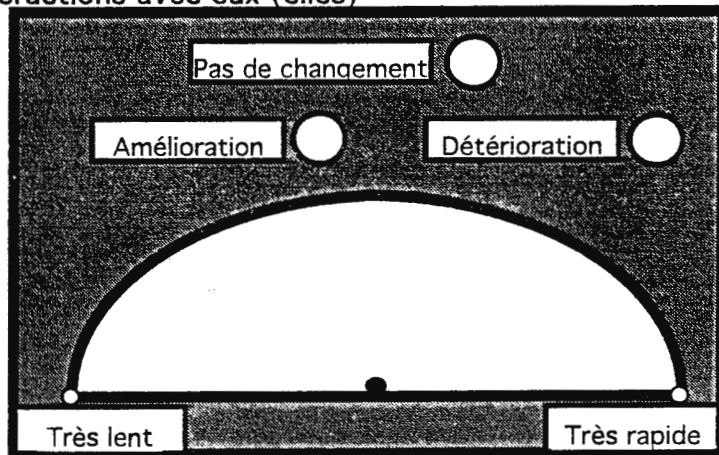
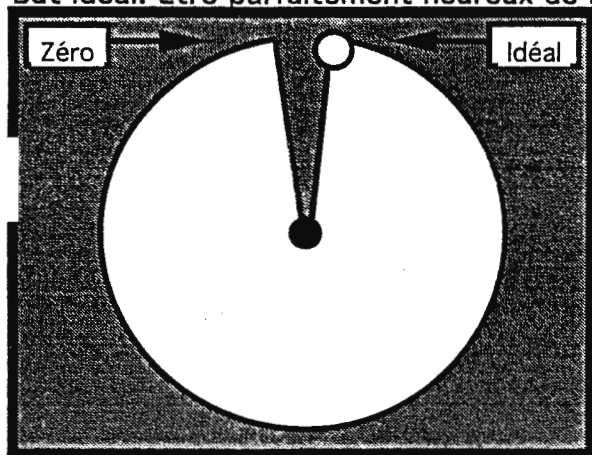
10. Interactions avec la famille (frères, soeurs, belle-famille, etc...)

But idéal: Etre parfaitement heureux de mes interactions avec eux



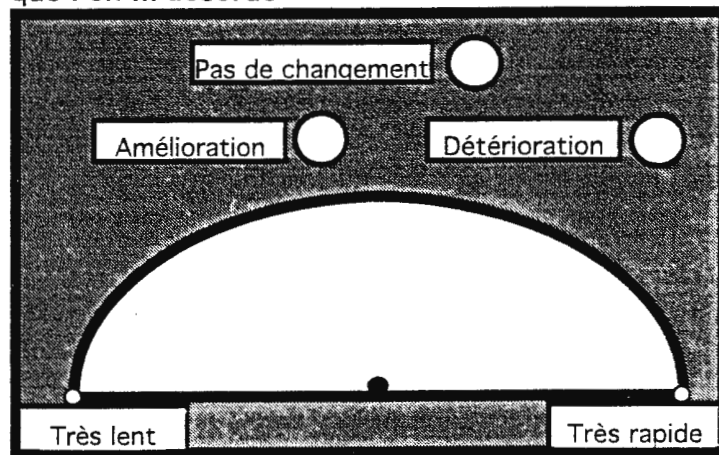
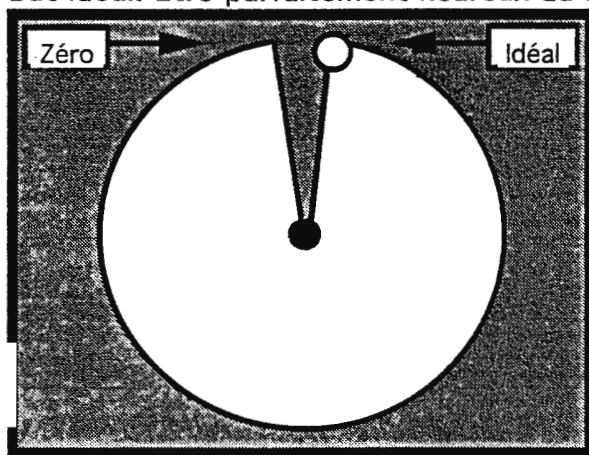
11. Interactions avec les amis (es) durant mes temps libres

But idéal: Etre parfaitement heureux de mes interactions avec eux (elles)



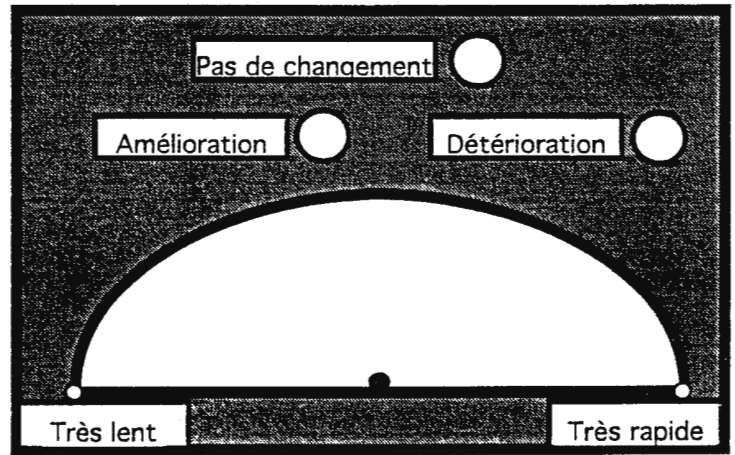
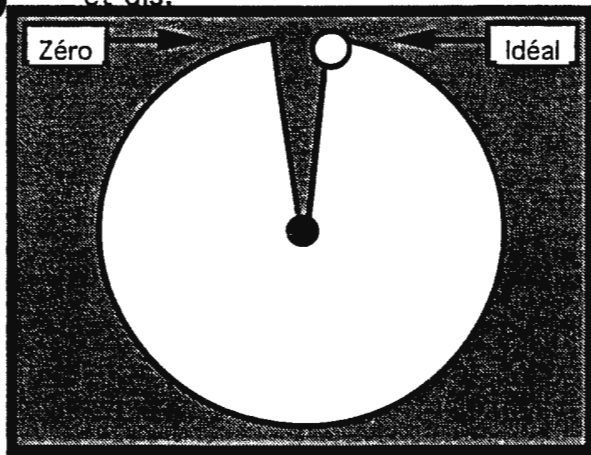
12. Support social (aide apportée par l'entourage immédiat)

But idéal: Etre parfaitement heureux du support que l'on m'accorde



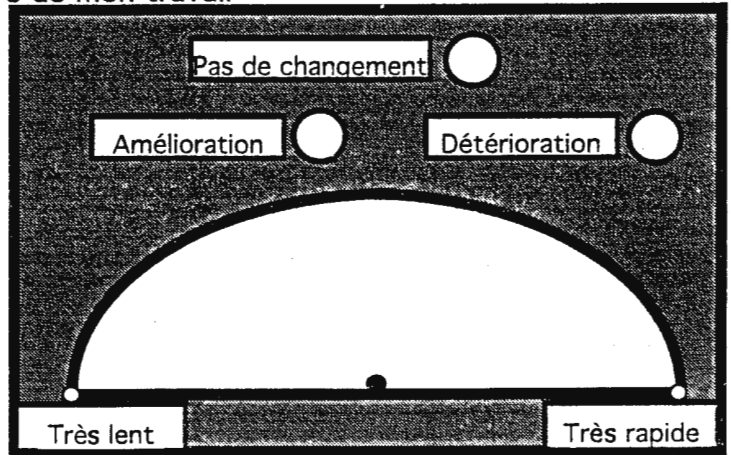
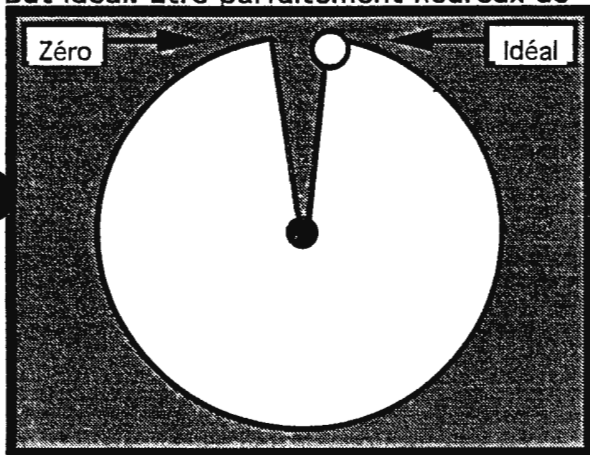
13. Acceptation sociale

But idéal: Etre parfaitement accepté par les gens qui m'entourent, dans tout ce que je fais et dis.



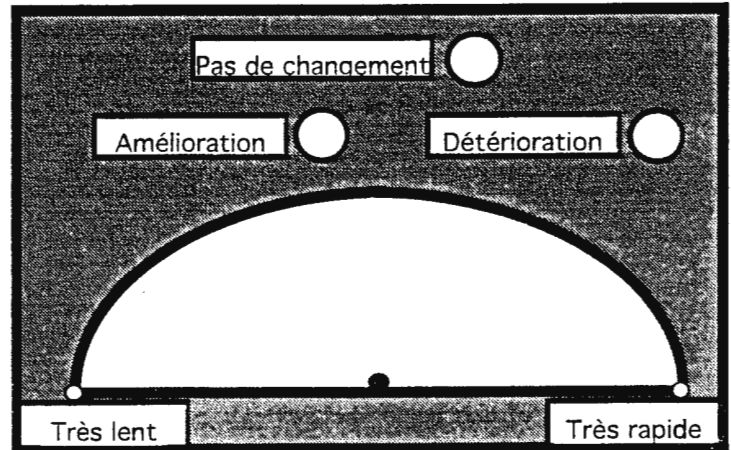
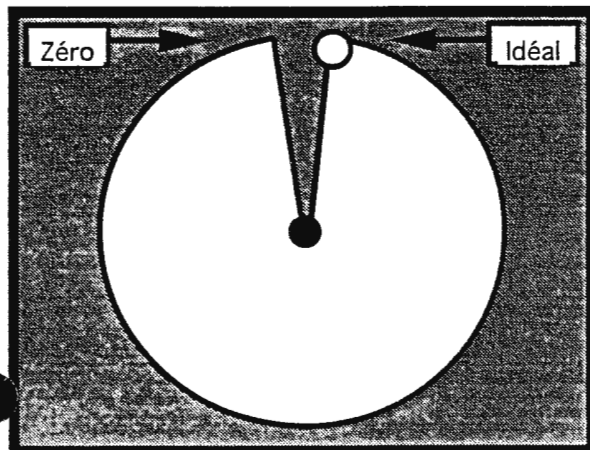
14. Type de travail

But idéal: Etre parfaitement heureux de la nature de mon travail



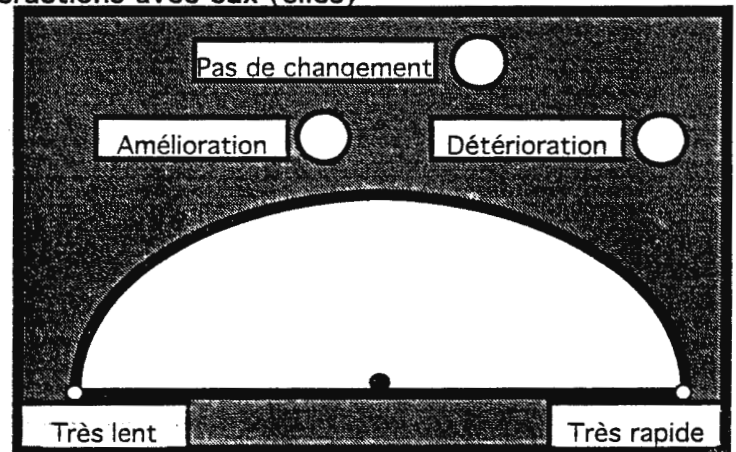
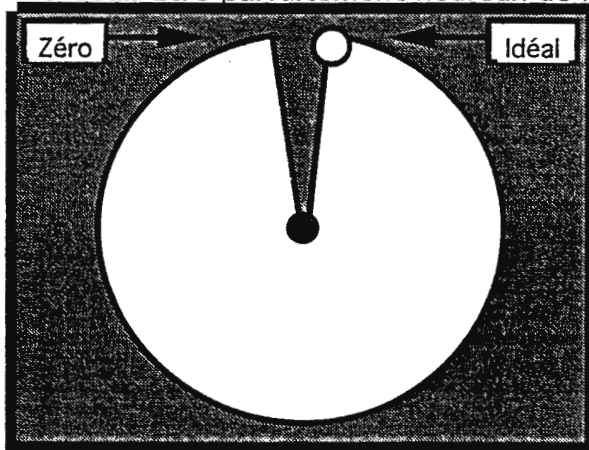
15. Efficacité au travail

But idéal: Etre parfaitement heureux de mon efficacité au travail (quantité et qualité)



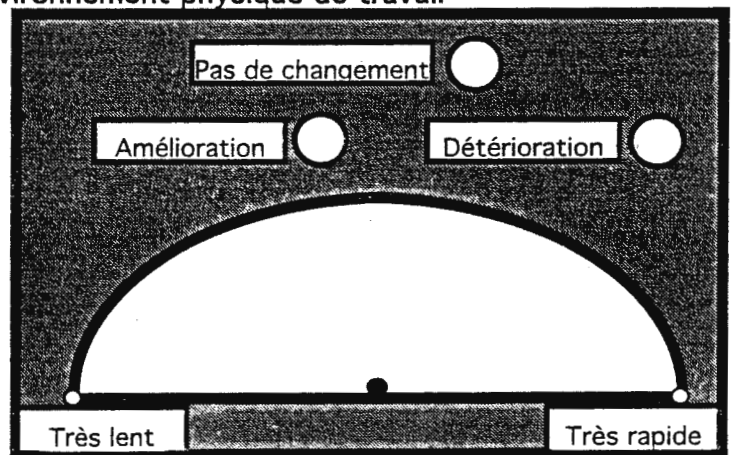
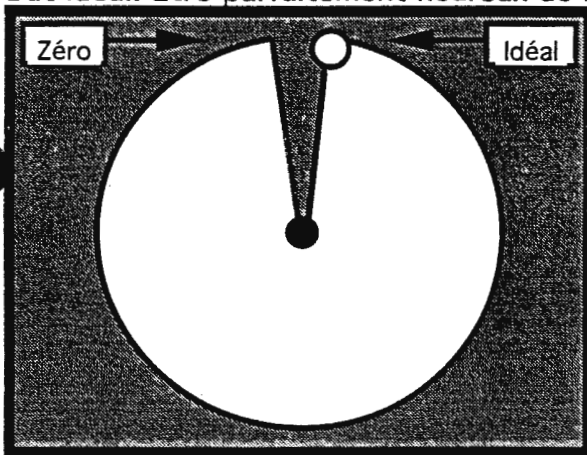
16. Interactions avec les collègues durant les heures de travail

But idéal: Etre parfaitement heureux de mes interactions avec eux (elles)



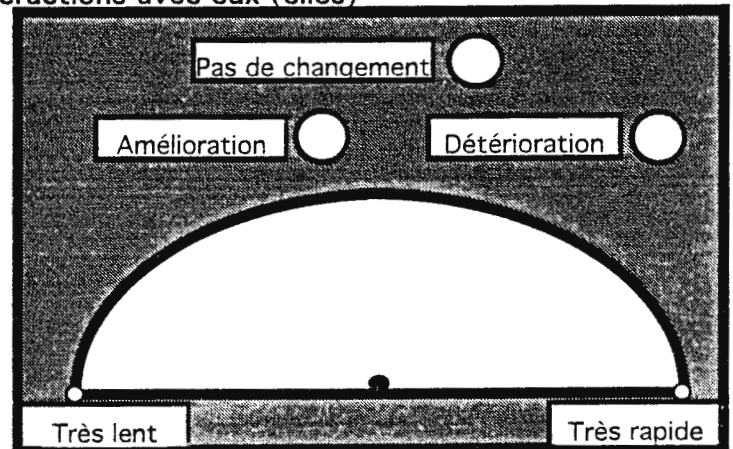
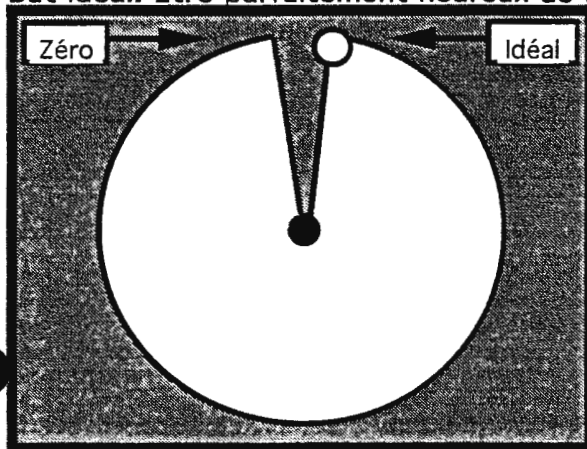
17. Environnement de travail (milieu physique)

But idéal: Etre parfaitement heureux de mon environnement physique de travail



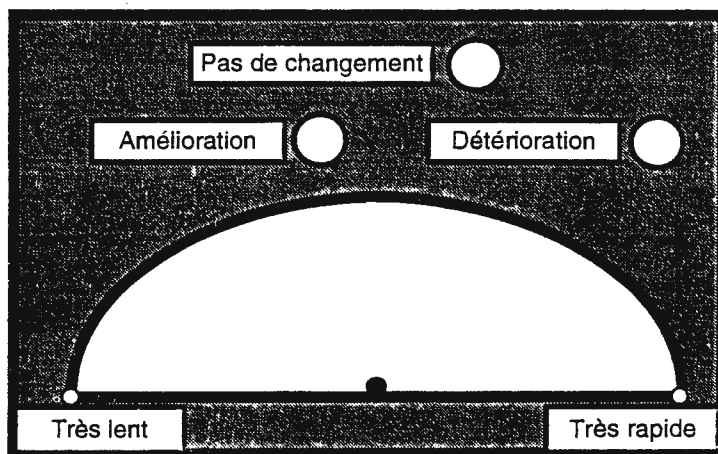
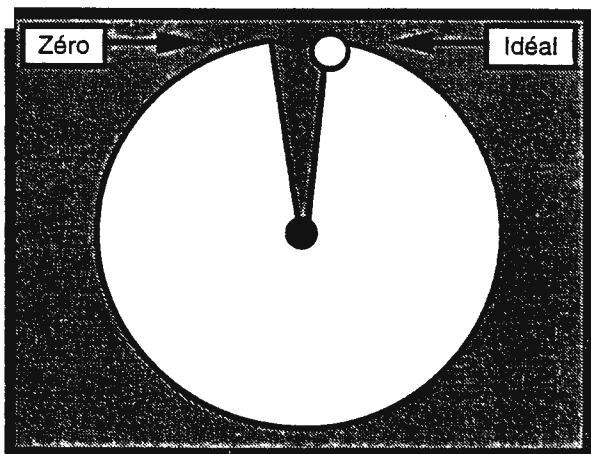
18. Interactions avec les employeurs ou supérieurs immédiats, durant le travail

But idéal: Etre parfaitement heureux de mes interactions avec eux (elles)



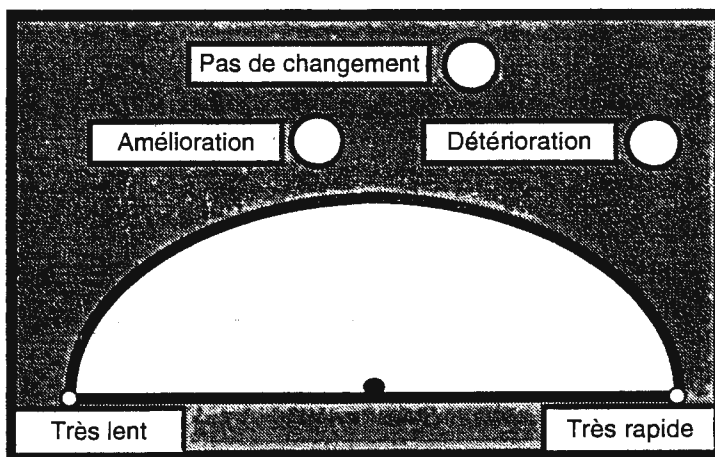
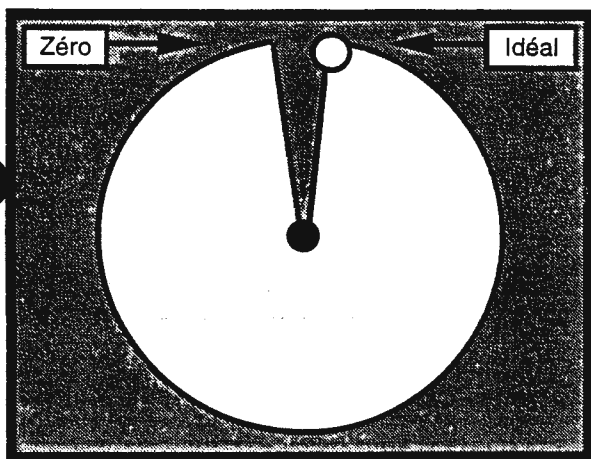
19. Situation de non-emploi (Précisez la cause: _____)

But idéal: Etre parfaitement heureux de ma situation



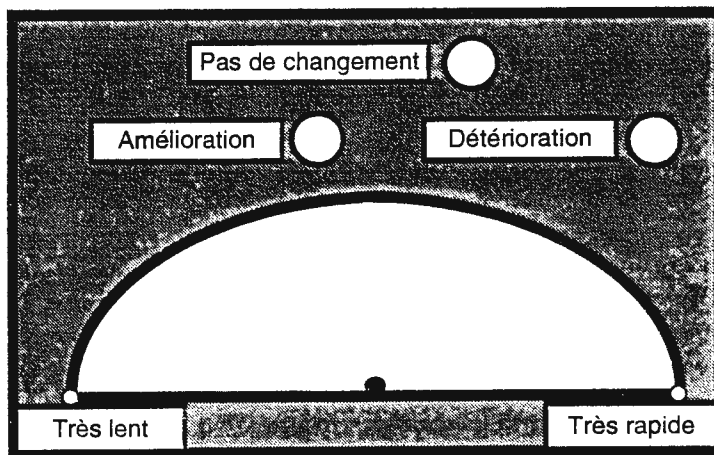
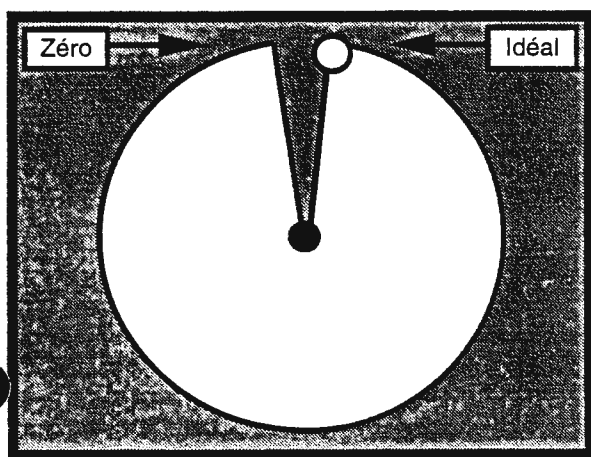
20. Finances (revenus, budget, etc...)

But idéal: Etre parfaitement heureux de mon niveau de vie



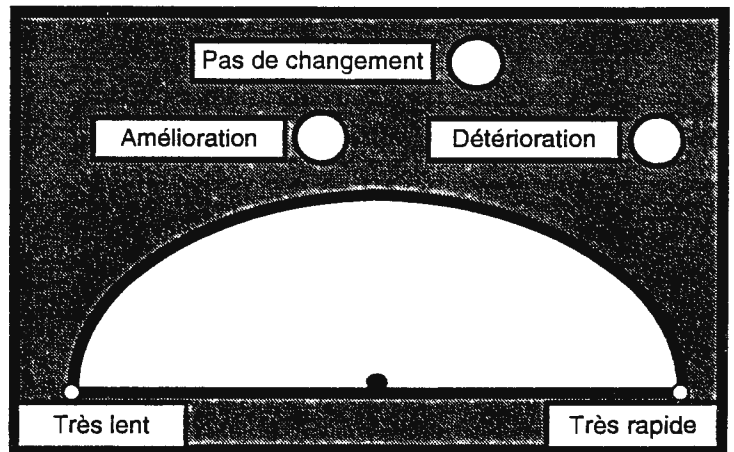
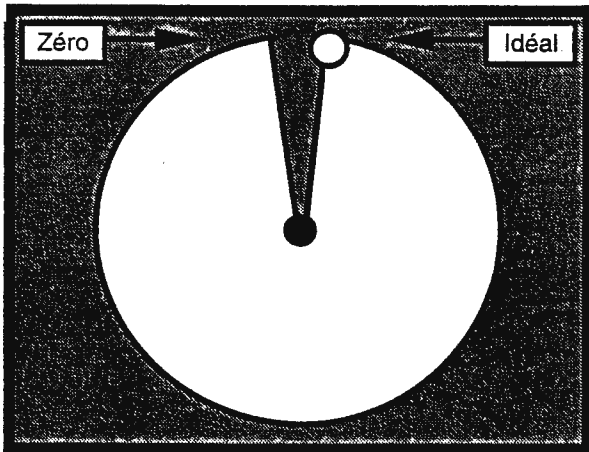
21. Travail à la maison (entretien domestique et responsabilités familiales telles que l'éducation des enfants, la préparation des repas, etc...)

But idéal: Etre parfaitement heureux de ce que je fais



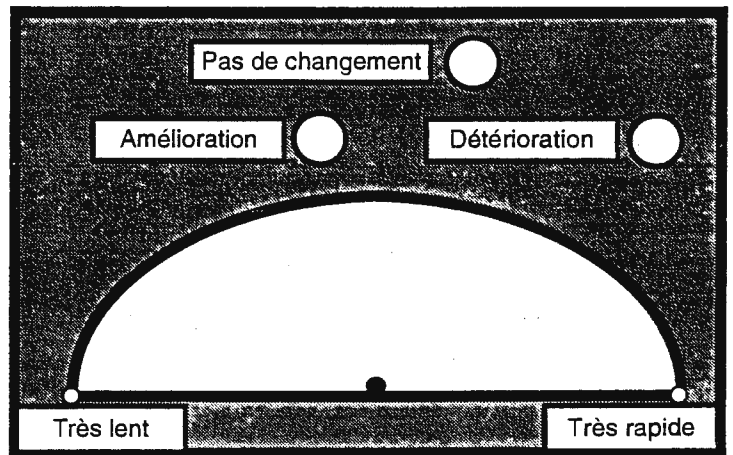
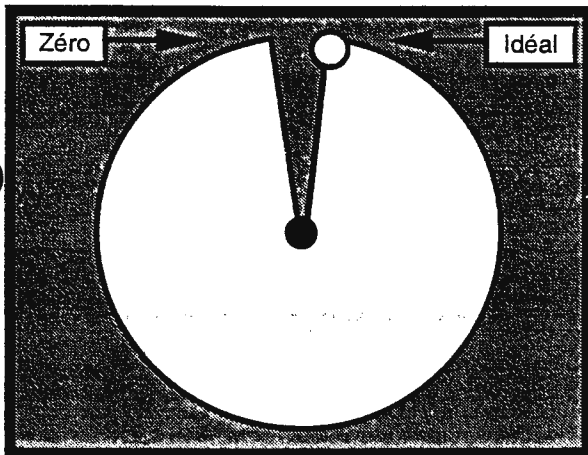
22. Efficacité dans le travail à la maison

But idéal: Etre parfaitement heureux de mon efficacité



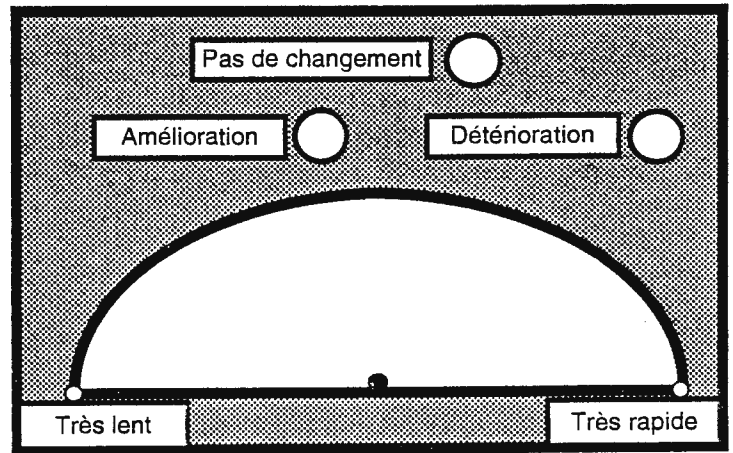
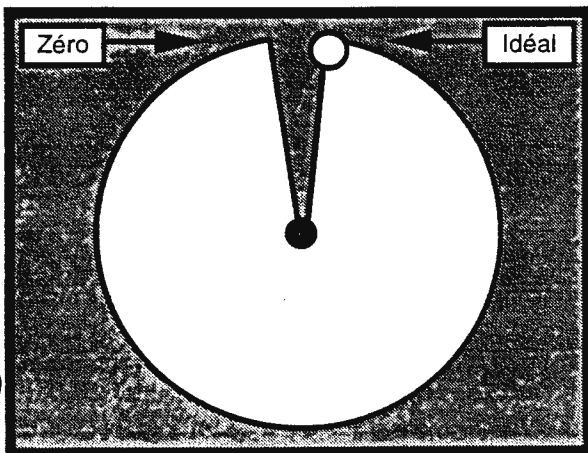
23. Entretien de la maison (logement, appartement) et de la cour (s'il y a lieu), c'est à dire peinture, réparation, entretien de la pelouse, pelletage.

But idéal: Etre parfaitement heureux de ce que je fais



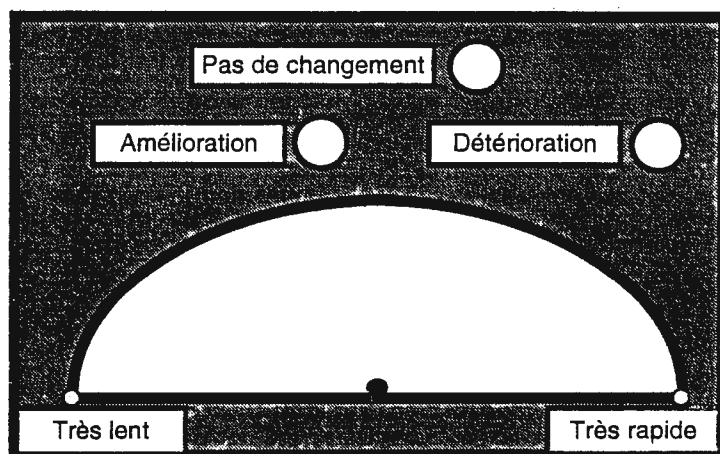
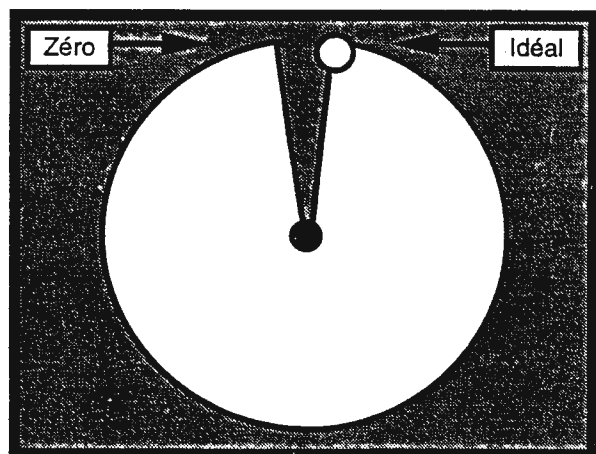
24. Fonctionnement intellectuel (mémoire, concentration, attention, capacité de résoudre des problèmes)

But idéal: Etre parfaitement heureux de mon efficacité intellectuelle



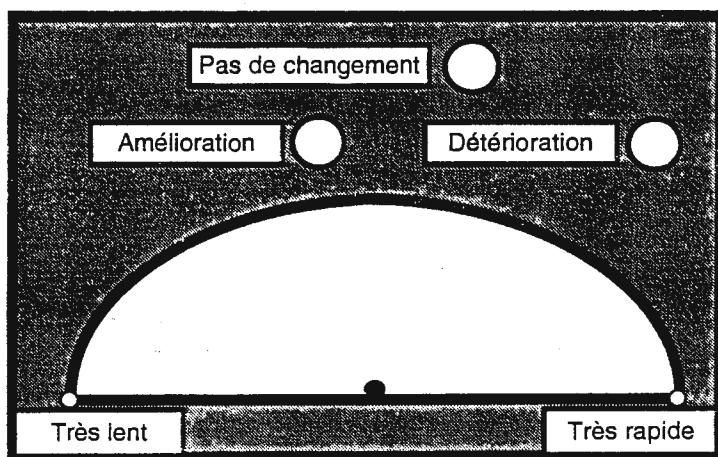
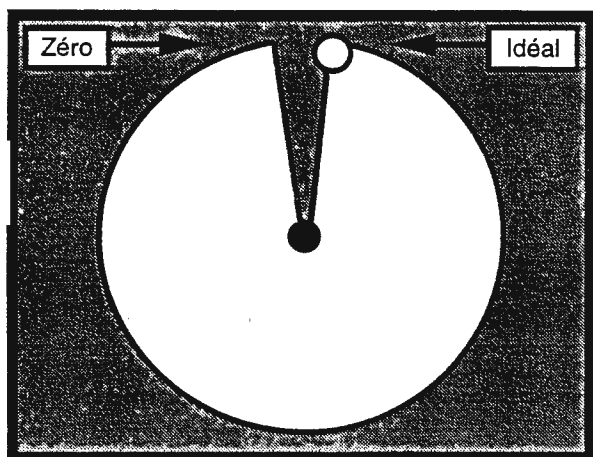
25. Estime de soi (opinion globale de soi)

But idéal: Etre parfaitement heureux de l'opinion que j'ai de moi



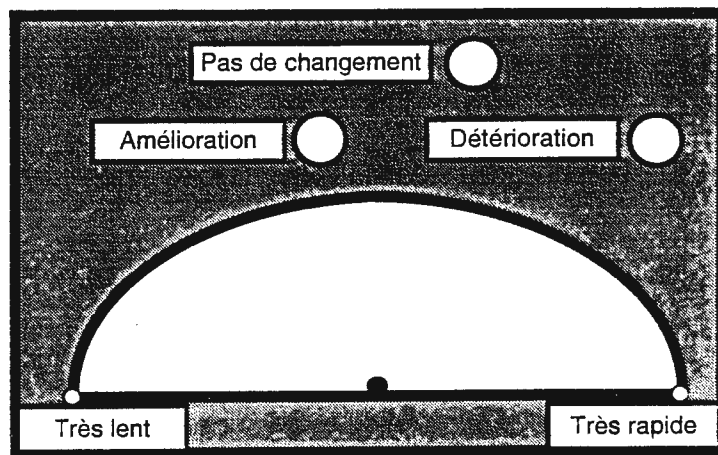
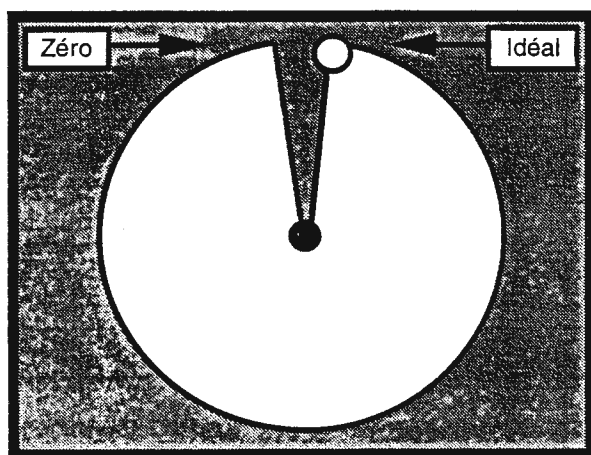
26. Moral

But idéal: Avoir un excellent moral (être très heureux, pas déprimé ni découragé par le futur)



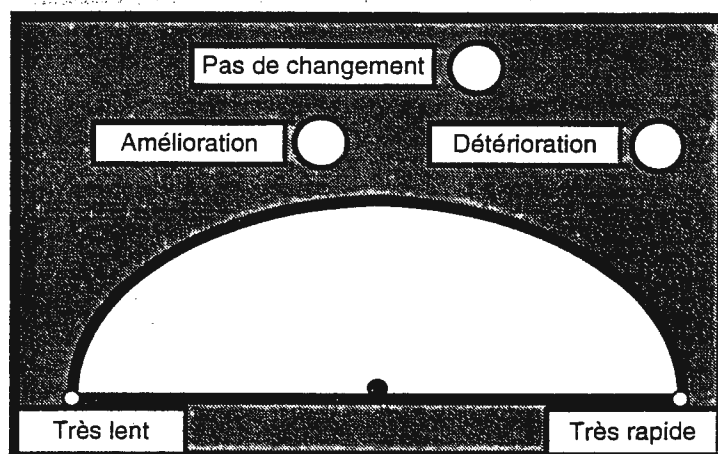
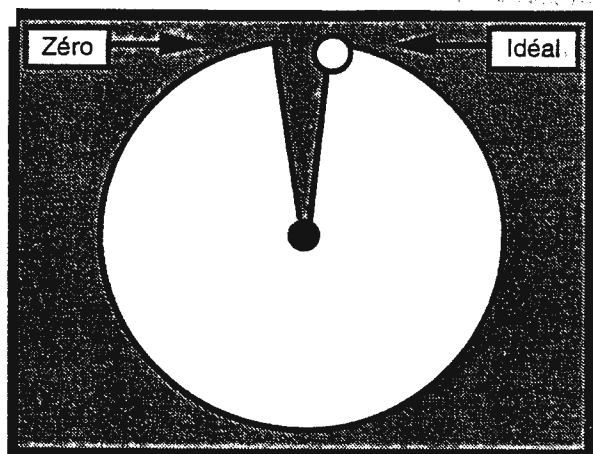
27. Tranquillité d'esprit

But idéal: Etre parfaitement calme et serein (pas inquiet, pas anxieux ni préoccupé ou énervé)



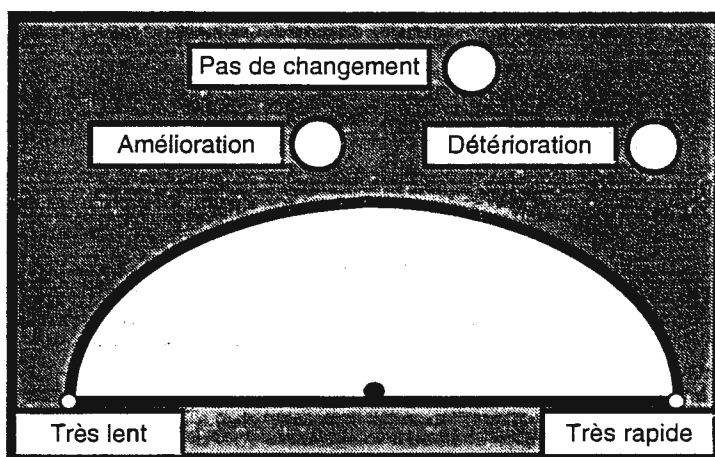
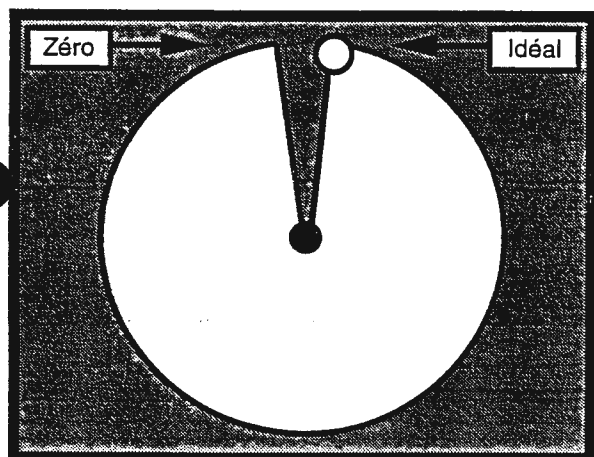
28. Relation de couple (marques d'affection, entente, communication)

But idéal: Etre parfaitement heureux de ma relation de couple



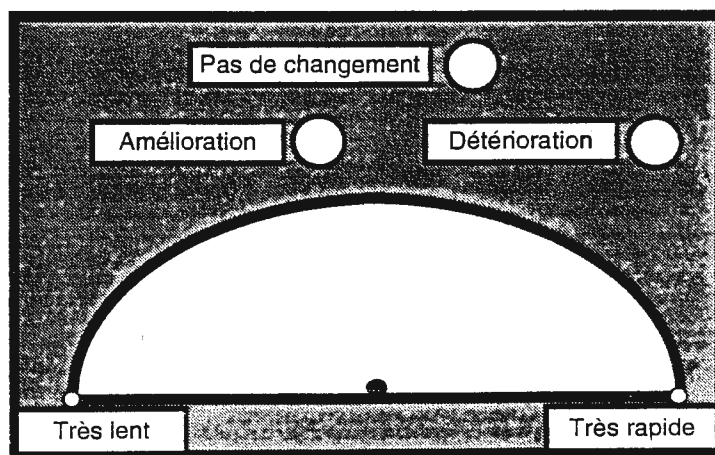
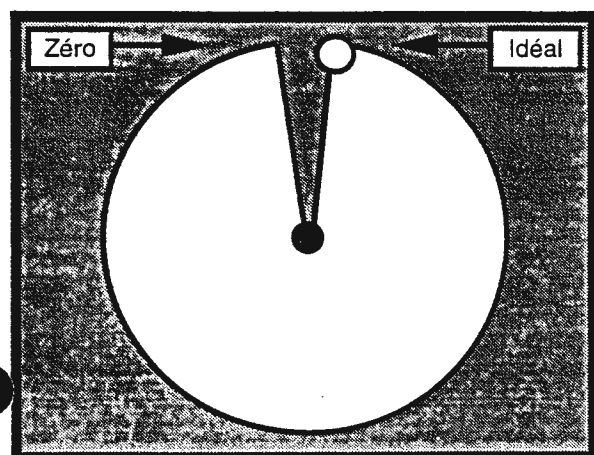
29. Relations sexuelles

But idéal: Etre parfaitement heureux de la qualité et de la fréquence de mes relations sexuelles



30. Milieu de vie (maison ou appartement, quartier)

But idéal: Etre parfaitement heureux de mon milieu de vie



Inventaire Systémique de la Qualité de Vie (ISQV)

Maintenant que vous avez terminé de répondre à la première section, voici, à nouveau, l'ensemble des domaines de vie couvert par ce questionnaire. Pour chaque domaine, indiquez sur l'échelle de 1 (essentiel) à 7 (inutile) l'importance que vous lui accordez dans votre vie. Noircissez le cercle approprié.

	ESSENTIEL	TRES IMPORTANT	IMPORTANT	MOYENNEMENT IMPORTANT	PEU IMPORTANT	SANS IMPORTANT	INUTILE
1: Sommeil	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2: Capacités physiques	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3: Alimentation	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4: Absence de douleur	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5: Santé physique	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6: Loisirs de détente	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7: Loisirs actifs	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8: Sorties	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9: Interactions avec mes enfants	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	ESSENTIEL	TRES IMPORTANT	IMPORTANT	MOYENNEMENT IMPORTANT	PEU IMPORTANT	SANS IMPORTANT	INUTILE
10: Interactions avec la famille	1	2	3	4	5	6	7
11: Interactions avec les amis	1	2	3	4	5	6	7
12: Support social	1	2	3	4	5	6	7
13: Acceptation sociale	1	2	3	4	5	6	7
14: Type de travail	1	2	3	4	5	6	7
15: Efficacité au travail	1	2	3	4	5	6	7
16: Interactions avec les collègues	1	2	3	4	5	6	7
17: Environnement de travail	1	2	3	4	5	6	7
18: Interactions avec les employeurs	1	2	3	4	5	6	7
19: Situation de non-emploi	1	2	3	4	5	6	7
20: Finances	1	2	3	4	5	6	7
21: Travail à la maison	1	2	3	4	5	6	7

	ESSENTIEL	TRES IMPORTANT	IMPORTANT	MOYENNEMENT IMPORTANT	PEU IMPORTANT	SANS IMPORTANT	INUTILE
22: Efficacité dans le travail à la maison	1	2	3	4	5	6	7
23: Entretien de la maison	1	2	3	4	5	6	7
24: Fonctionnement intellectuel	1	2	3	4	5	6	7
25: Estime de soi	1	2	3	4	5	6	7
26: Moral	1	2	3	4	5	6	7
27: Tranquilité d'esprit	1	2	3	4	5	6	7
28: Relation de couple	1	2	3	4	5	6	7
29: Relations sexuelles	1	2	3	4	5	6	7
30: Milieu de vie	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7

APPENDICE B

**DOCUMENT POUR L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR DANS LE CADRE DU
PROJET D'ÉVALUATION DE L'ÉCOLE INTERACTIONNELLE DU DOS**

**Documents pour l'évaluation de la douleur
dans le cadre du projet d'évaluation
de l'école interactionnelle du dos**

S. Marchand

INSTRUCTIONS CONCERNANT L'AUTO-ÉVALUATION DE LA DOULEUR CLINIQUE

Dans le cadre du projet approche multidisciplinaire de la lombalgie, nous aimerions mesurer la douleur que vous avez pendant trois jours.

Pour bien compléter cette évaluation, nous vous remettons:

- 1- Trois feuilles sur lesquelles se trouvent deux graphiques pour évaluer l'intensité et l'aspect désagréable de votre douleur (jour:1, jour:2, jour:3).
- 2- Une feuille de grille d'évaluation de la douleur sur laquelle vous retrouvez deux graphiques comprenant des mots et des chiffres qui décrivent votre douleur, un pour l'intensité et l'autre pour l'aspect désagréable de la douleur.

Différence entre intensité et aspect désagréable de la douleur:

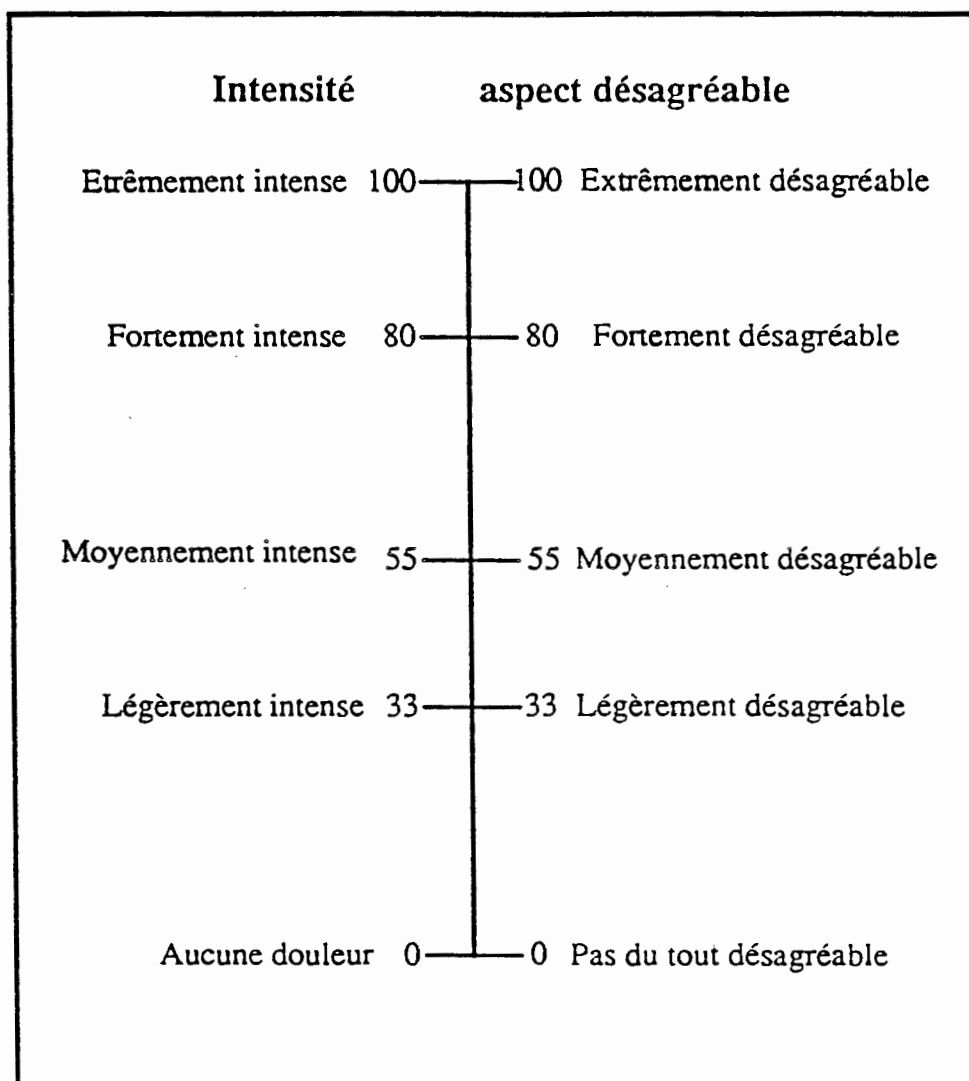
La distinction entre ces deux aspects de la douleur peut vous paraître plus facile à comprendre si on la compare au "son" émis par une radio. Lorsque l'on augmente le volume, nous pouvons vous demander si vous percevez le son produit comme peu bruyant, moyennement bruyant ou très bruyant. Ceci correspond à l'intensité. Je peux d'autre part vous demander jusqu'à quel point cela vous dérange, est-ce agréable, désagréable ou très désagréable, ceci correspond à la description du niveau de confort (ou de l'aspect désagréable) qui ne dépend pas seulement de l'intensité mais dépend aussi de certains facteurs qui peuvent vous influencer (la mélodie, l'ambiance, etc...). Ainsi une sensation douloureuse peut être perçue comme étant désagréable sans être intense, ou comme étant intense sans être pour autant trop désagréable, ou encore comme les deux à la fois. Ce sont ces deux aspects que nous vous demandons de mesurer. Vous aurez à indiquer par un trait sur la ligne horizontale qui correspond à l'évaluation de ces deux aspects, le niveau d'intensité et l'aspect désagréable de la douleur.

Déroulement de l'expérience:

En débutant à la date que nous aurons déterminée pendant votre évaluation au laboratoire, et pendant trois jours consécutifs:

- 1- Compléter une feuille d'évaluation de la douleur (jour 1) le jour 1 en indiquant par un trait sur les lignes horizontales quel est l'intensité et l'aspect désagréable de votre douleur **présentement**. L'évaluation se fait à toutes les deux heures d'éveil de la journée. Vos heures de sommeil doivent être indiquées par l'inscription "sommeil" sur les lignes des heures pendant lesquelles vous dormez. Il est important que vous fassiez l'évaluation à l'heure qui est indiquée, n'essayez pas d'évaluer votre douleur de mémoire.
- 2- Chaque fois que vous prenez un médicament ou un traitement (massage, TENS ou autre) vous inscrivez le nom du médicament, sa quantité ainsi que l'heure à laquelle vous l'avez pris à l'endos de la feuille d'évaluation de la douleur.
- 3- Trois fois par jour, un des expérimentateurs vous appellera pour évaluer votre douleur à ce moment. A l'aide de la feuille des grilles d'évaluation de la douleur (feuille 3), vous identifiez l'intensité et l'aspect désagréable de votre douleur. En vous aidant des mots, vous choisissez le chiffre qui identifie le mieux votre douleur à ce moment. Vous n'avez pas à choisir les chiffres qui sont inscrits, ils ne servent que de repère, vous pouvez tout aussi bien choisir un chiffre qui se trouve entre deux autres.

Évaluation de la douleur



Date: _____

Grille d'évaluation quotidienne de la douleur

Intensité

22:00	
20:00	
18:00	
16:00	
14:00	
12:00	
10:00	
08:00	
06:00	
04:00	
02:00	
00:00	

A peine
perceptible

La plus intense
que j'ai eue

aspect désagréable

22:00	
20:00	
18:00	
16:00	
14:00	
12:00	
10:00	
08:00	
06:00	
04:00	
02:00	
00:00	

Pas désagréable
du tout

La plus désagréable
que j'ai eue

Inscrivez par un trait sur le graphique l'intensité ou la qualité de la douleur
que vous avez présentement

MÉDICATION ET TRAITEMENT POUR LA DOULEUR

Date:_____

Voici une feuille que vous devez compléter quotidiennement pendant la semaine d'évaluation de votre douleur qui précède le début du traitement que vous recevrez dans nos laboratoires à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

MÉDICAMENT OU TRAITEMENT	DOSAGE	HEURE ET QUANTITÉ	RAISON

Date: _____

Grille d'évaluation quotidienne de la douleur

Intensité

aspect désagréable

22:00	
20:00	
18:00	
16:00	
14:00	
12:00	
10:00	
08:00	
06:00	
04:00	
02:00	
00:00	

22:00	
20:00	
18:00	
16:00	
14:00	
12:00	
10:00	
08:00	
06:00	
04:00	
02:00	
00:00	

A peine
perceptible

La plus intense
que j'ai eue

Pas désagréable
du tout

La plus désagréable
que j'ai eue

Inscrivez par un trait sur le graphique l'intensité ou la qualité de la douleur
que vous avez présentement

MÉDICATION ET TRAITEMENT POUR LA DOULEUR

Date: _____

Voici une feuille que vous devez compléter quotidiennement pendant la semaine d'évaluation de votre douleur qui précède le début du traitement que vous recevrez dans nos laboratoires à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

MÉDICAMENT OU TRAITEMENT	DOSAGE	HEURE ET QUANTITÉ	RAISON

Date: _____

Grille d'évaluation quotidienne de la douleur

Intensité

aspect désagréable

22:00	
20:00	
18:00	
16:00	
14:00	
12:00	
10:00	
08:00	
06:00	
04:00	
02:00	
00:00	

22:00	
20:00	
18:00	
16:00	
14:00	
12:00	
10:00	
08:00	
06:00	
04:00	
02:00	
00:00	

A peine
perceptible

La plus intense
que j'ai eue

Pas désagréable
du tout

La plus désagréable
que j'ai eue

Inscrivez par un trait sur le graphique l'intensité ou la qualité de la douleur
que vous avez présentement

MÉDICATION ET TRAITEMENT POUR LA DOULEUR

Date: _____

Voici une feuille que vous devez compléter quotidiennement pendant la semaine d'évaluation de votre douleur qui précède le début du traitement que vous recevrez dans nos laboratoires à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

MÉDICAMENT OU TRAITEMENT	DOSAGE	HEURE ET QUANTITÉ	RAISON

BIBLIOGRAPHIE

- Appley, M.H. and Trumbull, R. (1986): *Dynamics of stress. Physiological, psychological and social perspectives*. Plenum Press, New York and London.
- Audy, Pierre., Ruph, François., and Richard, Mario. (1993): La prévention des échecs et des abandons scolaires par l'actualisation du potentiel intellectuel (API). *Revue québécoise de psychologie*, 14 (1):151-189.
- Baillargeon, Y. and Berthiaume, N. (1990): Synthèse des profils socio-démographique et socio-économique, de l'environnement physique, des ressources socio-sanitaires, de la mortalité et de la morbidité hospitalière. *Bilan de santé de l'Abitibi-Témiscamingue*,
- Basmajian, J.V. (1985): The next clinical revolution, behavioral medicine. *Am j osteopath assoc*, 85:592-594.
- Bellamy, N., Sothorn, R.B., Campbell, J., and Buchanan, W.W. (1991): Circadian rhythm in pain, stiffness, and manual dexterity in rheumatoid arthritis: relation between discomfort and disability. *Ann.Rheum.Dis.*, 50:243-248.
- Cairns, D., Mooney, ., and Crane, P. (1984): Spinal pain rehabilitation: Inpatient and outpatient treatment results and development of predictors for outcome. *Spine*, 9:91-95.
- Caron, J. (1983): *L'individu et ses écosystèmes: un modèle d'intervention communautaire préventive et rééducative (notes de cours 1983)*. (UnPub)
- Cedraschi, C. and Roux, E. (1990): Écoles du dos: croyances et communication. *Psychologie médicale*, 22, (8):723-726.
- Centre Butters Inc., and Institut des Érables, (1991): *I.Q. Index de qualité de vie*. Butters,
- Chantraine, A. (1990): *Rééducation neurologique: Guide pratique de la rééducation des affections neurologiques*. McGraw-Hill publishing company, New York.
- Charest, J., Chenard, J.R., Lavignolle, B., and Marchand, S. (1996): Lombalgie. Stratégie et tactiques du changement. École interactionnelle du dos. *Masson*, (in press)
- Charest, J., Lavignolle, B., Chenard, J.R., Provencher, M., and Marchand, S. (1994): École interactionnelle du dos. *Rhumatologie*, 46:(in press)
- Chenard, J.R. (1987): Les relaxations, théories et pratiques de quelques solutions de rechanges aux médicaments. *P.U.Q.*, 244 p.
- Chenard, J.R., Charest, J., Lavignolle, B., and Marchand, S. (1988): Les lombalgies chroniques; du modèle médical au paradigme multifactoriel, Science et comportement. *Sciences et comportement*, 18:250-281.
- Chenard, J.R., Lavignolle, B., and Charest, J. (1991a): Lombalgie. Dix étapes sur les chemins de la guérison. *Masson*, 387.

- Chenard, J.R., Marchand, S., Charest, J., Li, J., and Lavignolle, B. (1991b): Évaluation d'un traitement comportemental de la lombalgie chronique: l'école interactionnelle du dos. *Sciences et comportement*, 21:225-239.
- Chibnall, J.T. and Tait, R.C. (1990): The quality of life scale: A preliminary study with chronic pain patients. *Psychology and Health*, 4:283-292.
- Cohen, H. (1993): Pourquoi il est difficile d'élaborer un modèle de spécialisation cérébrale hémisphérique. In: *Neuropsychologie expérimentale et clinique processus, spécialisation, dysfonctionnement*, edited by G. Morin, pp. 123-135. gaëtan morin éditeur Ltée., Boucherville.
- Cohen, M.J., Heinrich, R.L., Naliboff, B.D., Collins, G.A., and Bonebaker, A.D. (1983): Group outpatient physical and behavioral therapy for chronic low back pain. *J of clinical psychology*, 39:326-333.
- Côté, R.L. (1986): *Psychologie de l'apprentissage et enseignement Une approche modulaire d'autoformation*. Gaëtan Morin éditeur Ltée., Boucherville.
- DeGaujéjac, V. (1989): Honte et pauvreté. *Santé mentale au Québec*, 14, (2):128-137.
- Duplan, B. and Lavignolle, B. (1994): Évaluation de l'efficacité des écoles du dos sur la lombalgie chronique. *Rhumatologie*, 46 (8):249-256.
- Dupuis, G., Perrault, J., Lambany, M.C., Kennedy, E., and David, P. (1989): A new tool to assess quality of life: the quality of life systemic inventory. *Quality of life and cardiovascular care*, 5, (1):36-45.
- Duquette, R. (1992): *L'évaluation de la qualité de vie: Considération théorique et empirique et validation d'un outil de mesure. Projet de thèse doctorale*. (UnPub)
- Duquette, R. (1994): A new approach for quality of life assessment in cardiac patients: Rationale and validation of the Quality of Life Systemic Inventory. *Can.J.Cardiol.*, 10, (1):106-112.
- Edwards, B.C., Zusman, M., Hardcastle, P., Twomey, L., O'Sullivan, P., and Mc Lean, N. (1992): A physical approach to the rehabilitation of patients disabled by chronic low back pain. *The Medical Journal of Australia*, 156:167-172.
- Eich, E., Reeves, J.L., Jaeger, B., and Graff-Radford, S.B. (1985): Memory for pain: relation between past and present pain intensity. *Pain*, 23:375-379.
- Elnaggar, I.M., Nordin, M., Sheikhzadeh, A., Parnianpour, M., and Kahanovitz, N. (1991): Effect of spinal flexion and extension exercise on low back pain and spinal mobility in chronic mechanical low back pain patients. *Spine*, 16:967-972.
- Erskine, A., Morley, S., and Pearce, S. (1990): Memory of pain: a review. *Pain*, 41:255-265.

- Estlander, A.M. (1989): Determinant of pain behaviour in patients with chronic low back pain. *Ann Med*, 21:381-385.
- Estlander, A.M., Mellin, G., Vanharanta, H., and Hupli, M. (1991): Effects and follow-up of multimodal treatment program including intensive physical training for low back pain patient. *Scand J rehabil Med*, 23:97-102.
- Fortin, D. (1989): La pauvreté et la maladie mentale: est-ce que les pauvres sont plus malades et si oui pourquoi ? *Santé mentale au Québec*, 14, (2):104-113.
- Foucault, C. (1996): *L'art de soigner en soins palliatifs: Perspectives infirmières*. Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal.
- Hall, H. and Icton, J.A. (1983): Back School. An overview with special reference to the Canadian Back Education Units. *Clinical orthopedic and related research*, 10-17.
- Heinrich, R.L., Cohen, J.M., Naliboff, B.D., Collins, G.A., and Bonebaker, A.D. (1985): Comparing physical and Behavior therapy for chronic low back pain on physical abilities, psychological distress, and patients' perceptions. *J of behavioral medicine*, 8:61-78.
- Henry, J.P. (1989): Quelles thérapies pour le stress ? *Science et vie*, 168:84-93.
- Härkäpää, K., Mellin, G., Järvikoski, A., and Heikki, H. (1990): A controlled study on the outcome of inpatient and outpatient treatment of low back pain. *Scan j rehab med*, 22:181-188.
- Jamison, R.N., Sbrocco, T., and Parris, W.C.V. (1989): The influence of physical and psychosocial factors on accuracy of memory for pain in chronic pain patients. *Pain*, 37:289-294.
- Keijsers, J.F.E.M., Groenman, N.H., Gerards, F.M., van Oudheusden, E., and Steenbakkens, M. (1989): A back school in the Netherlands: Evaluating the results. *Patient Education and Counseling*, 14:31-44.
- Kupers, R.C., Konings, H., Andriaensen, H., and Gybels, J.A. (1991): Morphine differentially affects the sensory and affective pain ratings in neurogenic and idiopathic forms of pain. *Pain*, 47:5-12.
- Landry, M. and Guay, J. (1987): La perspective communautaire. In: *Manuel québécois de psychologie communautaire*, pp. 189-209. Gaëtan Morin, Chicoutimi.
- Laroche, M. and Bednarz, N. (1994): Revue des sciences de l'éducation constructivisme et éducation. *Revue des Sciences de l'Éducation*, XX (1):3-200.
- Lauzon, F. (1990): *L'éducation psychomotrice Source d'autonomie et de dynamisme*. Presses de l'Université du Québec, Québec.
- Le bars, D., Dickenson, A.H., and Besson, J.M. (1979): Diffuse noxious inhibitory controls (DNIC), lack of effects on non-convergent neurones, supraspinal involvement and theoretical implications. *Pain*, 6:305-327.

- Le Boulch, J. (1995): *Mouvement et développement de la personne*. Éditions Vigot, Paris.
- Legendre, Rénald. (1993): *Dictionnaire actuel de l'éducation*. Guérin, éditeur ltée, Montréal.
- Lemyre, L. (1989): Stresseurs et santé mentale: analyse contextuelle de la pauvreté. *Santé mentale au Québec*, 14, (2):104-113.
- Levine, M. and Perkins, D.V. (1987): *Principles of community psychology: Perspectives and applications*. Oxford university press, New York.
- Maheux, Gisèle (1983): Notes de lecture tirées du chapitre 1: An approach to designing the curriculum. In: *Curriculum development theory and practice*, Harcourt, Brace & World Inc, New-York.
- Marchand, S. (1995): *Le phénomène de la douleur*. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, Rouyn-Noranda.
- Marchand, S., Bushnel, M.C., and Duncan, G.H. (1991a): Modulation of heat pain perception by high frequency transcutaneous electrical stimulation (TENS). *Clinical journal of pain*, 7:122-129.
- Marchand, S., Bushnell, M.C., Duncan, G.H., Molina-Négro, P., and Martinez, S.N. (1991b): The effects of dorsal column stimulation on measures of clinical and experimental pain in man. *Pain*, 45:249-257.
- Marchand, S., Charest, J., Jinxue, L., Chenard, J.R., Lavignolle, B., and Laurencelle, L. (1993): Is TENS purely a placebo effect? A controlled study on chronic low back pain. *Pain*, 54:99-106.
- Melzack, R. and Wall, P.D. (1965): Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150:971-979.
- Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, (1990): Programmes de traitement de la douleur chronique. *Ministère des Approvisionnements et Services Canada*, 1-34.
- Miron, D., Duncan, G.H., and Bushnell, M.C. (1989): Effects of attention on the intensity and unpleasantness of thermal pain. *Pain*, 39:345-352.
- Mongeau, S. (1982): *Survivre aux soins médicaux*. Québec/Amérique, Montréal.
- Murray, J.B. (1995): Evidence for acupuncture's analgesic effectiveness and proposals for the physiological mechanisms involved. *The Journal of Psychology*, 129 (4):443-461.
- Nicholas, M.K., Wilson, P.H., and Goyen, J. (1991): Operant-behavioural and cognitive-behavioural treatment for chronic low back pain. *Behavioral research and therapy*, 29(3):225-238.
- Osaba, D. (1991): Measuring the effect of cancer on quality of life. In: *Effect of cancer on quality of life*, edited by M.D. David Osaba, pp. 25-41. CRC Press, Boca Raton.
- Papalia, D.E. and Wendkos Olds, S. (1985): Apprentissage, mémoire et processus cognitifs. In: *Introduction à la psychologie*, pp. 170-315. Mc Graw-Hill, Montréal.

- Price, D.D., McGrath, P., Rafii, A., and Buckingham, B. (1983): The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain*, 17:45-56.
- Price, D.D., Von der Gruen, A., Miller, J., Rafii, A., and Price, C. (1985): A psychophysical analysis of morphine analgesia. *Pain*, 22:261-269.
- Rochon, A. (1988): *L'éducation pour la santé*. Agence d'Arc, Ottawa.
- Roy, J.R. (1994): Je me rends malade à courir après la santé. *Partage*, 4 (2):1-3.
- Ryff, C.D. and Keyes, C.L.M. (1995): The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69, (4):719-727.
- Savoie-Zajc, L. (1993): *Les modèles de changement planifié en éducation*. Les Éditions Logiques, Montréal.
- Savoie-Zajc, Lorraine. (1989): La pratique de la recherche qualitative: un plaisir ? In: *Les critères de rigueur de la recherche qualitative*, edited by Actes du Colloque de la SOREAT, pp. 49-66. SOREAT, Montréal.
- Schipper, H., Clinch, J., and Powell, V. (1990): Definitions and conceptual issues. In: *Quality of life assessments in clinical trials*, edited by Spilker B., pp. 11-24. Raven Press, New York.
- Shumaker, S.A., Anderson, R.T., and Czajkowski, S.M. (1990): Psychological tests and scales. In: *Quality of life assessment in clinical trials*, edited by B. Spilker, pp. 95-114. Raven Press, New York.
- Simard, C., Caron, F., and Skrotzky, K. (1987): *Activité physique adaptée*. Gaëtan Morin éditeur Ltée., Boucherville.
- Spilker, B. (1990): *Quality of life assessment in clinical trials*. Raven Press, New York.
- Tessier, R. and Bouchard, C. (1987): Dimensions écologiques de la famille. In: *Manuel québécois de psychologie communautaire*, pp. 165-188. Gaëtan Morin, Chicoutimi.
- Tollison, C.D., Satterthwaite, J.R., and Kriegel, M. (1990): Interdisciplinary Treatment of low back pain. *Orthop Rev*, 19:701-706.
- Turner, J.A., Deyo, R.A., Loeser, J.D., Von Korff, M., and Fordyce, W.E. (1994): The importance of placebo effects in pain treatment and research. *Journal of American Medical Association*, 271 (20):1609-1614.
- Villeneuve, L. (1991): *Des outils pour apprendre Reconnaître et développer ses connaissances, ses habiletés et ses attitudes*. Éditions Saint-Martin, Montréal.
- Véronneau, F. (1990): *Évolution des profils bio-psycho-sociaux d'accidentés du travail souffrant de dorsalgie-lombalgie, en fonction du retour au travail, de la chronicité et de la récurrence déterminés 6 mois après le début de l'arrêt de travail*. (Thèse doctorale). (UnPub)

- Waddell, G. (1992): Biopsychological analysis of low back pain. *Baillière's clinical rheumatology*, 6:523-555.
- Ware, J.E. (1984): Methodological considerations in the selection of health status assessment procedures. In: *Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies*, edited by N.K. Wenger, et al, pp. 87-112. Le JACQ publishing inc., Greenwich.
- Wood-Dauphinee, S. and Williams, J.I. (1987): Reintegration to normal living as a proxy to quality of life. *J Chron Dis*, 40,(6):491-499.