

Table des matières

Sommaire	ii
Table des matières	v
Liste des tableaux	viii
Remerciements	ix
Introduction	1
Contexte théorique	6
Définitions et théories sur la douleur	7
Définitions	7
Théories sur la douleur	8
Définition de la douleur chronique	12
Prévalence de la douleur chronique	14
Coûts psychosociaux de la douleur chronique	16
Conséquences biopsychosociales de la douleur chronique	18
Conséquences psychologiques et cognitives de la douleur chronique	20
Douleur chronique et bien-être psychologique	23
Définitions du bien-être psychologique	23
Études portant sur la douleur chronique et le bien-être psychologique ..	26
Le coping, la douleur chronique et le bien-être psychologique	33
Définition du coping	33
Le coping selon Lazarus et Folkman	34
Le coping émotionnel	36
Processus émotionnel et expression des émotions	37
Études portant sur le coping émotionnel et la douleur chronique	38
Études portant sur les émotions et l'adaptation	43
Études portant sur le coping émotionnel et le bien-être psychologique ..	46
Synthèse et objectifs de l'étude	49
Hypothèses de recherche	51
Questions de recherche complémentaires	52
Méthode	53
Participants	54
Instruments de mesure	55
Informations démographiques	55

Bien-être psychologique	56
La détresse psychologique	56
La satisfaction de vie	57
Le fonctionnement psychologique	58
Le coping émotionnel (<i>Emotional Approach Coping Scale</i>)	59
Questionnaire sur la douleur de McGill	61
Déroulement	63
Schème de recherche	64
Analyses statistiques	65
Résultats	66
Présentation des analyses statistiques	67
Analyses préliminaires	68
Vérification des postulats statistiques	68
Statistiques descriptives	69
Caractéristiques sociodémographiques des participants	69
Informations paramédicales et conséquences associées à la douleur chronique	71
Variables à l'étude	72
Analyses principales	74
Analyses complémentaires	77
Synthèse des résultats	80
Discussion	82
Bref rappel des objectifs de recherche	83
Présentation sommaire des résultats	83
Discussion des hypothèses de recherche	84
Caractéristiques sociodémographiques des participants	84
Données paramédicales et conséquences associées à la douleur chronique	85
Première hypothèse	87
Deuxième hypothèse	95
Troisième hypothèse	100
Discussion des questions de recherche complémentaires	109
Première question	109
Deuxième question	110
Troisième question	111
Implications théoriques et pratiques de l'étude	112

Implications théoriques	112
Implications pratiques	115
Forces et limites de l'étude	116
Pistes de recherches futures	118
Conclusion	120
Références	124
Appendice A : Certificat d'éthique	141
Appendice B : Questionnaire	143
Appendice C : Formulaire de consentement.....	152

Liste des tableaux

Tableau

1 :	Caractéristiques sociodémographiques des participants	70
2 :	Informations paramédicales associées à la douleur chronique.....	72
3 :	Conséquences associées à la douleur chronique.....	73
4 :	Statistiques descriptives des variables à l'étude.....	74
5 :	Association entre l'intensité de la douleur et le bien-être psychologique chez des patients souffrant de douleur chronique.....	75
6 :	Association entre le coping émotionnel et l'intensité de la douleur chez des patients souffrant de douleur chronique.....	76
7 :	Association entre le coping émotionnel et le bien-être psychologique chez des patients souffrant de douleur chronique.....	77
8 :	Différence entre le type de douleur dans la relation entre l'intensité de la douleur et le bien-être psychologique.....	78
9 :	Différence entre le processus émotionnel, l'expression des émotions et l'intensité de la douleur.....	79
10 :	Différence entre les sexes dans la relation entre le coping émotionnel et l'intensité de la douleur.....	80

Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier ma directrice de recherche, madame Claudie Émond Ph.D., professeur-chercheure à l'Université du Québec à Chicoutimi, pour son support et ses conseils qui ont grandement contribué à la réalisation et à l'accomplissement de cet essai. J'aimerais remercier la direction de la clinique médicale, le personnel infirmier et le médecin ayant collaboré à l'étude. Également, des remerciements sont adressés à monsieur Simon Beaudry pour les analyses statistiques et l'aide apportée pour l'analyse et la compréhension des résultats. Je tiens également à remercier mes collègues du doctorat. Merci pour votre soutien moral, votre amitié et votre présence au cours de ces années d'études doctorales. J'aimerais offrir mes derniers remerciements à mes parents, mon conjoint, ma famille et mes amis qui m'ont appuyée en m'offrant leur soutien, leur amour et leur fierté au cours de ces nombreuses années d'études doctorales. Je vous remercie de m'avoir toujours accompagnée avec autant de détermination jusqu'au bout de ce grand voyage qui fut traversé de tempêtes.

Introduction

La douleur chronique est une problématique de santé majeure dont souffre un nombre grandissant de personnes en raison du vieillissement de la population. Au Québec, les dernières données estiment à plus d'un million le nombre d'individus vivant avec de la douleur chronique (Boulangier et al., 2007; Institut de la statistique du Québec, 2010). Le coût financier annuel de la douleur chronique est estimé à plus de 10 milliards de dollars au Canada (Chronic Pain Association of Canada, 2008).

Les théories sur la douleur les plus populaires citées dans les écrits (p. ex., théorie du portillon, modèle de Keefe, modèle de Gatchel, modèle biopsychosocial) identifient que les facteurs psychosociaux, émotionnels, cognitifs et environnementaux ont un impact sur la modulation de la douleur. D'ailleurs, c'est en raison de l'aspect multidimensionnel de la douleur chronique que les approches multidisciplinaires ont été intégrées dans le traitement de cette problématique de santé (Waddell & Main, 1998 ; Dunn, 2000). Lorsque la douleur est devenue chronique, la douleur ne constitue plus le seul aspect à traiter (Woolf & Mannion, 1999). En effet, l'implication des facteurs physiques et psychologiques s'avère nécessaire dans la prise en charge des patients (Ashburn & Staats, 1999) et il a été démontré que les approches psychologiques permettent des améliorations significatives dans la gestion de la douleur (Astin, 2004; Morley, Eccleston, & Williams, 1999; Turk, Okifuji, Sinclair, & Starz, 1998).

Parmi les approches psychologiques, les stratégies utilisées pour s'ajuster à une situation aversive peuvent avoir un impact positif tant sur le plan physique que psychologique (p. ex., Smith, Lumley, & Longo, 2002; Stanton, Kirk, Cameron, & Danoff-Burg, 2000a, 2000b). Ces stratégies, appelées stratégies de coping, ont été principalement popularisées par les écrits de Lazarus et Folkman (1984) portant sur le stress. Le coping se définit comme suit : « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux qui sont constamment changeants, déployés par l'individu pour gérer des exigences spécifiques externes et/ou internes qui sont évaluées, par l'individu, comme consommant ou excédant ses ressources personnelles » (Lazarus & Folkman, 1984 p.141). Cela permet entre autre de maîtriser, tolérer, éviter ou minimiser les effets négatifs d'une situation aversive, de diminuer la détresse induite par cette situation et s'y ajuster positivement (Lazarus & Folkman, 1984). Selon Lazarus et Folkman (1984), les deux principales stratégies de coping sont le coping centré sur le problème et le coping centré sur les émotions. Certaines études effectuées sur le sujet ont laissé voir que le coping centré sur le problème est lié à une meilleure adaptation tandis que le coping centré sur l'émotion est lié à l'augmentation de la douleur et une mauvaise adaptation (Brown et al., 1989; Kohn, 1996; Sullivan & D'Eon, 1990).

Toutefois, selon les théories fonctionnalistes, les émotions possèderaient un potentiel adaptatif. Plus récemment, Stanton et ses collaborateurs (1994) ont développé l'Échelle de coping émotionnel (*Emotional Approach Coping Scale*). Le coping émotionnel est défini comme étant : « les efforts déployés pour connaître, comprendre et

exprimer les émotions vécues dans la vie de tous les jours et celles liées à un événement de vie stressant » (Stanton et al., 1994), peu importe qu'il s'agisse d'émotions positives ou négatives (Smith et al., 2002). Selon Smith et ses collaborateurs (2002), le coping émotionnel s'inscrit dans un processus d'ajustement chez différentes populations (p. ex., cancer, douleur chronique myofaciale, étudiants universitaires). Puisque des études portant sur le coping émotionnel et des problématiques de santé en ont déjà démontré des bienfaits, il est plausible d'envisager que chez des personnes vivant avec de la douleur chronique, le coping émotionnel soit associé à des conséquences positives notamment au niveau du bien-être psychologique et de l'intensité de la douleur.

La présente étude a pour principal objectif l'étude des relations entre le coping émotionnel, l'intensité de la douleur et le bien-être psychologique auprès de patients souffrant de douleur chronique. Pour les fins de la présente étude, la variable du bien-être psychologique est une variable composite regroupant la détresse psychologique, la satisfaction de vie et le fonctionnement psychologique. Également, afin de réaliser la présente étude, une traduction du *Emotional Approach Coping Scale*, élaboré par Stanton et ses collaborateurs (1994), a été effectuée puisqu'aucune version française de cette échelle n'a été répertoriée. Puisque de très rares études ont jusqu'à présent mis en relation la douleur chronique et le coping émotionnel, tel qu'élaboré par Stanton et ses collaborateurs (1994), les retombées de cette étude permettront d'améliorer le corpus des connaissances au sujet du coping émotionnel auprès des patients souffrant de douleur chronique.

Cet essai se divise en quatre chapitres. Le premier chapitre présente une recension des écrits scientifiques sur les variables à l'étude soient la douleur chronique, le bien-être psychologique et le coping émotionnel. Le deuxième chapitre porte sur la méthode utilisée dont le choix des participants, les instruments de mesure, le déroulement de l'étude, le schème de recherche ainsi que les analyses statistiques effectuées. Le troisième chapitre présente les résultats obtenus et le quatrième correspond à la discussion suivie de la conclusion.

Contexte théorique

Ce premier chapitre présente une recension des écrits scientifiques se rapportant aux variables à l'étude. Il se divise en sept parties. La première partie consiste en une définition et une présentation des théories sur la douleur. La seconde partie permet de définir la douleur chronique. La troisième partie expose les prévalences et les conséquences associées à la douleur chronique afin de mettre en lumière l'ampleur du phénomène. Des études portant sur le bien-être psychologique des patients souffrant de douleur chronique seront présentées dans la quatrième partie. La cinquième partie décrit l'Échelle de coping émotionnel et présente des études récentes mettant en lien cette variable et la douleur chronique. La sixième partie présente la synthèse des écrits et les objectifs de la présente étude. Finalement, ce chapitre se termine par la formulation des hypothèses de recherche et des questions de recherche complémentaires.

Définitions et théories sur la douleur

Définitions

La douleur est une expérience subjective (Friedman, 2002) et universelle reconnue à travers les différentes populations (Brannon & Feist, 2007). L'*International Association For The Study Of Pain* (1979) et l'*American Medical Association* (2003) la définissent comme suit : « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion ». La douleur est de nature polymorphe, c'est-à-dire qu'elle peut être induite par des facteurs

centraux, périphériques, neurologiques ou psychologiques (Spitz, 2002a). De plus, elle résulte d'interactions dynamiques et complexes entre des facteurs physiologiques, psychologiques et sociaux qui peuvent persister et aggraver la sévérité du tableau clinique (Pincus, 2006). Afin d'apporter une compréhension plus approfondie de l'expérience de la douleur, les théories les plus populaires citées dans les écrits seront exposées dans la section qui suit.

Théories sur la douleur

Afin de mieux comprendre l'expérience de la douleur, une présentation, dans l'ordre chronologique des théories les plus citées dans la littérature, sera présentée. Melzack et Wall (1965) ont développé la théorie du Portillon (*Gate Control Theory*) qui s'avérait à l'époque très avant-gardiste. Selon cette théorie, la prise en charge de la douleur s'effectue dans la région médullaire par un circuit (*Gate Control*) qui, lors de son passage, module l'information en modifiant son intensité (réduction ou augmentation). D'après cette théorie, la perception de l'intensité de la douleur peut être modulée par les facteurs affectifs, cognitifs et sensoriels-physiologiques (Schwartz & Ehde, 2000), ce qui atteste de sa subjectivité et de sa complexité (Melzack, 1993).

En 1982, John Loeser, un neurochirurgien ayant pris en charge le Centre de la douleur chronique de l'Université de Washington, a été l'un des premiers à mettre en place un programme comportant une équipe de soins multidisciplinaires incluant la participation des psychologues (Gatchel & Kishino, 2006). Il a également développé un modèle qui

regroupe quatre dimensions soient la nociception, la douleur, la souffrance et les comportements de douleur (Loeser, 1982 dans Gatchel et al., 2007). Selon cet auteur, la nociception est le processus sensoriel à l'origine de la transmission nerveuse. La douleur correspond à la perception subjective résultant de la transduction, de la transmission et de la modulation de l'information sensorielle. La souffrance est la réponse émotionnelle déclenchée par la nociception ou les autres événements aversifs associés (p. ex., la dépression). Finalement, les comportements de douleur sont les manières de se comporter (p. ex., évitement des activités) et d'exprimer sa douleur, sa souffrance et sa détresse.

Un autre modèle, celui de Gatchel (1991, 1996), illustre aussi la transition de la douleur aiguë vers la douleur chronique selon trois stades qui impliquent d'emblée la présence de facteurs psychologiques. Le premier stade correspond à la phase aiguë (détresse psychologique normale), le deuxième, au développement ou à l'exacerbation des problèmes psychologiques liés à la douleur et le troisième à l'acceptation du rôle de malade et de la douleur chronique. À l'instar de la théorie de Melzack et Wall (1965), le modèle de Gatchel considère également que certains facteurs psychologiques (p. ex., l'anxiété et la détresse psychologique) influencent l'expérience de la douleur.

De son côté, Calvino (2007) répertorie les principaux mécanismes de la douleur. Selon lui, il existe quatre composantes fondamentales de l'expérience de la douleur : sensori-discriminative, affective/émotionnelle, cognitive et comportementale. La composante sensori-discriminative correspond à l'identification de la localisation et des

caractéristiques physiques des stimuli qui déclenchent un réflexe pour prévenir et limiter les atteintes tissulaires. La composante affective/émotionnelle coïncide avec les aspects déplaisants et l'activation des comportements défensifs qui permettent de s'ajuster au stimulus nuisible. La composante cognitive est l'évaluation des croyances et des conséquences de la douleur. La composante comportementale correspond aux manifestations verbales et non-verbales observables. Selon cet auteur, la perception de la douleur est un processus dynamique influencé par l'environnement immédiat (c.-à-d., affectif, socioculturel, religieux), par les expériences du passé, par l'état psychologique, par l'état de fonctionnement dynamique du système nerveux sensoriel périphérique et central ainsi que par son intégrité (Calvino, 2007). Calvino conclut son article sur les mécanismes de la douleur de la façon suivante :

La douleur est une expérience subjective d'une sensation émotive déplaisante, considérée comme résultant de processus adaptatifs tant nerveux que chimiques au sein de réseaux de neurones situés à différents niveaux du système nerveux central, dont les composantes peuvent augmenter ou diminuer en fonction des caractéristiques du stimulus, de l'état du sujet et du contexte dans lequel ce stimulus est appliqué. (p.86) (2007).

Enfin, le modèle biopsychosocial est le plus récent et le plus reconnu à ce jour pour comprendre et traiter les problèmes de douleur (Gatchel, 2004; Gatchel & Matt Maddrey, 2002). Selon ce modèle, la maladie résulte d'une interaction complexe et dynamique entre des facteurs physiologiques, psychologiques et sociaux (Gatchel, 2005), ce qui permet aussi d'en expliquer le maintien et l'aggravation (Gatchel & Matt Maddrey, 2002; Gatchel, 2004). Les facteurs psychosociaux concernent les émotions et les cognitions (Gatchel et al., 2007). Les émotions correspondent aux réactions immédiates de la

nociception tandis que les cognitions sont les significations données à l'expérience émotionnelle (Gatchel et al., 2007). Les émotions influencent l'expérience douloureuse en ayant un impact sur les cognitions et les comportements (Lumley et al., 2011; Price, 2000). De plus, les émotions négatives tendent à augmenter la sensation de douleur alors que les émotions positives la diminuent (Morel & Pickering, 2013). Quant aux cognitions, elles auraient le pouvoir de déclencher une réaction émotionnelle additionnelle amplifiant ainsi l'expérience douloureuse (Gatchel et al., 2007). Par conséquent, les facteurs psychosociaux peuvent engendrer un cercle vicieux incluant la nociception, la douleur, la détresse et l'incapacité (Gatchel et al., 2007). D'ailleurs, le modèle biopsychosocial distingue la nociception de la douleur tout comme celui de Loeser (1982) et inclut les autres facteurs (c.-à-d., psychologique, social et la souffrance) dans la compréhension de la douleur.

Plusieurs études apportent des précisions quant aux liens entre la douleur et les émotions, notamment par la localisation des zones du cerveau impliquées dans ces deux phénomènes. Les recherches en neurosciences démontrent en général que les voies de la douleur sont liées et influencées par les émotions dans le système nerveux central (Goldenberg, 2010). Les émotions influenceraient la transmission de l'information nociceptive vers les régions somato-sensorielles (Roy, Piché, Chen, Peretz, & Rainville, 2009). Plus précisément, le cortex préfrontal ventrolatéral serait impliqué dans la modulation émotionnelle et l'interprétation de la douleur (Villemure & Bushnell, 2009). Ainsi, des réseaux communs de la douleur et de l'attention sont situés près de ceux des

émotions (p. ex., le cortex cingulaire antérieur (ACC), le cortex préfrontal dorsolatéral (DLPF), l'insula) (Peyron, Laurent, & Gracia-Larrea, 2000). Le thalamus servirait à la composante sensori-discriminative tandis que les systèmes réticulaires et limbiques seraient associés à la composante affective (Moulin & Boureau, 2003).

En somme, les théories sur la douleur montrent l'évolution de la compréhension de ce phénomène qui ne correspond plus uniquement à une atteinte des tissus corporels, mais qui comprend aussi des composantes émotionnelles, cognitives et sociales. La définition de la douleur chronique et ses conséquences multidimensionnelles seront explicitées dans la prochaine partie.

Définition de la douleur chronique

La douleur chronique est définie par une douleur qui persiste au-delà d'une guérison complète des tissus (Keefe, 1982; Turk & Melzack, 2001), c'est-à-dire entre trois (Merskey, 1986) et six mois (Keefe, 1982), selon les auteurs. À ce stade, la présence d'indices (p. ex., des tissus endommagés) ou de la cause de la douleur est soit absente ou très peu manifeste (Keefe, 1982).

Trois grands mécanismes peuvent être à l'origine de la douleur chronique : l'excès de stimulations nociceptives, l'origine neuropathique et l'origine psychologique (Le cerveau à tous les niveaux, 2013). L'excès de stimulations nociceptives est le mécanisme le plus fréquent et correspond à une hyperstimulation des récepteurs, les nocicepteurs. La

douleur nociceptive est divisée en deux groupes : douleur somatique et douleur viscérale. La douleur somatique prend naissance dans la peau et les tissus profonds (c.-à-d., les ligaments, les tendons, les veines et les artères) alors que la douleur viscérale provient des organes profonds. L'origine neuropathique est secondaire à des lésions ou à un dysfonctionnement du système nerveux, dont principalement les nerfs périphériques qui génèrent des sensations anormales ressenties comme douloureuses en l'absence de dommages tissulaires apparents. La douleur neuropathique est souvent accompagnée d'allodynie¹, d'hyperalgésie², d'hyperpathie³ et de paresthésie⁴. L'origine psychologique repose sur un ensemble de symptômes psychopathologiques et ne se limite pas seulement à l'absence de diagnostic de non-organicité.

À ce stade, bien que la douleur persiste au-delà du temps de guérison attendu, il s'agit en fait d'un problème de santé plus global puisque la douleur est modulée par des facteurs biologiques, physiques et psychosociaux. Par conséquent, afin de mieux comprendre l'importance de la douleur chronique, la prévalence, les coûts psychosociaux et les conséquences biopsychosociales seront présentés dans les parties suivantes.

¹ Réduction du seuil douloureux où un stimulus normalement non nociceptif sera perçu comme douloureux.

² Perception douloureuse anormalement intense à un stimulus normalement douloureux.

³ Correspond à la réponse douloureuse retardée anormalement intense et prolongée à une stimulation normalement douloureuse.

⁴ Trouble de la sensibilité qui se traduit par une sensation spontanée anormale mais non douloureuse (p. ex., fourmillement, picotement).

Prévalence de la douleur chronique

Selon une recension des écrits portant sur la douleur chronique (14 études scientifiques et une étude internationale effectuée par l’OMS), la prévalence de cette problématique au sein de la population adulte mondiale variait entre 11,5 et 55,2 % avec une moyenne pondérée établie à 35,5 % (Ospina & Harstall, 2002). Au Canada, le taux de prévalence parmi la population adulte se situait entre 18 et 29 % en 2002 (Moulin, Clark, Speechley, & Morley-Foster, 2002; Statistique Canada, 2002). Au Québec, en 2004, c’est plus de 1,2 million de Québécois qui souffraient de douleur chronique, soit 16 % de la population (Boulanger et al., 2007; Institut de la statistique du Québec, 2010). Une autre étude estimait qu’un québécois adulte sur cinq serait atteint de douleur chronique (Veillette, Dion, Altier, & Choinière, 2005). De plus, l’Enquête nationale sur la santé de la population canadienne (1994-1995) estimait qu’au Québec, environ 24 % des femmes et 20 % des hommes adultes vivaient avec de la douleur chronique (Millar, 1996) et la prévalence, plus élevée chez les femmes, est aussi répertoriée dans une étude plus récente (Blyth et al., 2001). Une explication avancée est que la testostérone protégerait les hommes contre la douleur, mais ce lien n’est pas encore clairement établi (Association québécoise de la douleur chronique, 2009). Les femmes seraient plus susceptibles de ressentir une augmentation de la douleur avant les menstruations et après la ménopause en raison de la baisse d’œstrogène (Millar, 1996).

Le taux de prévalence des personnes souffrant de douleur chronique augmente en fonction de l’âge (Elliot, Smith, Penny, Smith, & Chambers, 1999). En effet, parmi les

Canadiens et Canadiennes souffrant de douleur chronique, 39 % sont des personnes âgées de 55 ans et plus (Association québécoise de la douleur chronique, 2009). Ainsi, compte tenu de l'augmentation de sa prévalence avec l'âge et du vieillissement de la population, une augmentation de 70 % de l'incidence de la douleur chronique est prévue au cours des 25 prochaines années (Association québécoise de la douleur chronique, 2009).

Selon une enquête internationale sur la douleur chronique, les trois types de douleur chronique les plus fréquemment rencontrés sont les dorsalgies (c.-à-d., une douleur au dos au niveau des vertèbres dorsales), les céphalées et les arthralgies (c.-à-d., une douleur articulaire) (Gureje, Von Korff, Simon, & Gater, 1998). Au Québec, en ordre d'importance, les dorsalgies, le syndrome douloureux régional complexe⁵ ainsi que la douleur neuropathique sont les plus souvent répertoriés chez les gens souffrant de douleur chronique (Veillette et al., 2005).

Bref, il ressort de ces différentes données qu'un nombre considérable de personnes souffrent de douleur chronique, soit 16 % au Québec, et qu'en raison du vieillissement de la population, la prévalence de cette problématique augmentera, ce qui risque aussi d'engendrer une augmentation des coûts psychosociaux. D'ailleurs, cette dimension sera abordée dans la partie qui suit.

⁵ Douleur ressentie au-delà du siège de lésion qui est disproportionnée en intensité par rapport à l'événement initial.

Coûts psychosociaux de la douleur chronique

Parmi la population canadienne souffrant de douleur et de maladie chronique (c.-à-d., le cancer et les maladies cardiovasculaires), 10 % des personnes sont limitées dans leurs activités (Statistique Canada, 2006) et 20 % ressentent de la douleur quotidiennement (Canadian Pain Survey cité dans Association québécoise de la douleur chronique, 2009). De plus, les personnes souffrant de douleur chronique détiennent un faible taux d'emploi qui s'explique par la difficulté à exécuter les tâches quotidiennes et par la diminution des capacités au travail (Meana, Cho, & Desmeules, 2003). Annuellement, les personnes souffrant de douleur chronique détiennent 29,7 jours d'incapacité (c.-à-d., incapacité à réaliser les activités habituelles) au travail comparativement à 11,4 jours pour celles sans douleur (Fröhlich, Jacobi, & Wittchen, 2006). Quant à l'absentéisme au travail, les personnes souffrant de douleur chronique s'absentent 9,3 jours et ce nombre s'élève à 16 jours pour les personnes rapportant des douleurs intenses (Moulin et al., 2002). Parmi la population canadienne souffrant de douleur chronique modérée ou intense, 33 % ont déclaré avoir perdu leur emploi, 47 % ont déclaré avoir renoncé à certaines responsabilités professionnelles et 49 % ont déclaré avoir des pertes de revenus (Canadian Pain Survey cité dans Association québécoise de la douleur chronique, 2009). En moyenne, la perte de revenus annuels s'estime à 12 558 \$ pour une personne souffrant de douleur chronique modérée ou intense (Canadian Pain Survey cité dans Association québécoise de la douleur chronique, 2009). Au Canada, les coûts annuels directs et indirects attribuables à la douleur chronique (c.-à-d., frais

médicaux, pertes de revenus et de productivité) sont estimés à plus de 10 milliards de dollars (Chronic Pain Association of Canada, 2008).

L'Enquête nationale sur la santé de la population canadienne réalisée en 1994-1995 rapporte que les personnes souffrant de douleur chronique sévère ont consulté davantage un médecin (12,9 par rapport à 3,8 consultations) et ont été hospitalisées sur une plus longue période (3,9 jours par rapport à 0,7 jour) comparativement aux personnes sans douleur chronique (Millar, 1996). Des recherches ont aussi démontré une utilisation abusive des médicaments et des services de soins de santé chez cette population (Crombez, Vlaeyen, Heuts, & Lysens, 1999; Romano & Turner, 1985; Sanders, 1985; Sullivan, Reesor, Mikail, & Fisher, 1992; Turk & Okifuji, 1996). En effet, selon ces auteurs, la prise de médicaments (p. ex., analgésiques, tranquillisants, antidépresseurs et opiacés) pour soulager la douleur est de deux à quatre fois plus élevée chez cette population que dans la population générale.

À la lumière de ces différentes données, il est possible de constater, qu'en matière de santé publique, la douleur chronique est une problématique majeure, générant des coûts personnels et sociaux importants. Par ailleurs, le vieillissement de la population et l'accroissement du taux de prévalence de la douleur chronique avec l'âge laissent envisager une augmentation des coûts sociaux associés à cette problématique dans les prochaines années. Afin d'obtenir une meilleure compréhension quant à l'ampleur du phénomène de la douleur chronique, des données récentes concernant les conséquences

biopsychosociales, psychologiques et cognitives seront présentées dans les parties suivantes.

Conséquences biopsychosociales de la douleur chronique

Sur le plan physique, les individus souffrant de douleur chronique manifestent généralement leur douleur par des plaintes persistantes ou des comportements de douleur (Crombez et al., 1999; Romano & Turner, 1985; Sanders, 1985; Sullivan & Loeser, 1992; Turk & Okifuji, 1996) qui se traduisent par exemple par des expressions faciales, des sons, une posture rigide, un changement constant de position, des mouvements visant à protéger la partie du corps qui est douloureuse (Fordyce, 1976). Il est également reconnu que l'augmentation de la douleur peut provoquer la peur de bouger entraînant une réduction du niveau d'activité afin de ne pas exacerber la sensation de douleur (Turk & Melzack, 2001). Toutefois, la diminution du niveau d'activité peut provoquer un syndrome de déconditionnement, qui correspond à une diminution de la capacité physique (c.-à-d., force musculaire, mobilité articulaire et endurance cardiovasculaire à l'effort) (Nielens & Plaghki, 1994), ce qui peut compromettre le retour à un mode de vie normal. Ceci peut aussi contribuer au maintien et à l'aggravation de la sensation douloureuse en raison de la formation de tensions musculaires secondaires occasionnées par une immobilisation (Fordyce, 1976). De plus, en raison de la douleur chronique, les patients tendent à réduire ou à éviter les activités de la vie quotidienne (Crombez & al., 1999; Fordyce, 1976; Romano & Turner, 1985; Sanders, 1985; Sullivan et al., 1992; Turk & Okifuji, 1996) et les activités exigeant un effort physique (Fordyce, 1976). À ce sujet, une restriction des

activités est signalée par 85 % des personnes atteintes de douleurs graves (Schopflocher, 2003). À cela peut s'ajouter de la fatigue et une modification de l'appétit (Association québécoise de la douleur chronique, 2010). Psychologiquement, le déconditionnement physique peut faire émerger ou exacerber les affects négatifs existants, ce qui peut contribuer à maintenir la douleur chronique (Vanhalewyn & Cerexhe, 2004).

Les comportements exposés ci-dessus sont considérés, par certains auteurs, comme faisant partie du rôle du malade (Hendler, 1984). L'obtention de bénéfices secondaires (p. ex., solliciter l'attention du conjoint ou de la famille, éviter des responsabilités ou un travail qu'on ne désire plus, obtenir des compensations financières) en adoptant ces comportements procure un renforcement social positif contribuant à leur maintien (Keefe, 1982; Sarafino, 2006) et leur exagération (Hendler, 1984). Selon Sarafino (2006), les patients agissent ainsi afin d'en retirer de l'attention, des soins et de l'affection de l'entourage, ce qui peut devenir un mode de vie en raison de l'impuissance liée à l'impossibilité de modifier la situation.

Sur le plan relationnel, plusieurs recherches montrent que la douleur chronique perturbe les relations interpersonnelles (Crombez et al., 1999; Romano et al., 1985; Sanders, 1985; Sullivan et al., 1992; Turk & Okifuji, 1996). D'une part, les patients souffrant de douleur chronique peuvent être rejetés par leurs proches qui perdent patience devant une condition douloureuse invisible et qui paraît sans fin (Meena et al., 2003). Les ruminations du patient peuvent aussi devenir irritantes et perturber les relations

entretenues avec l'entourage (Fordyce, 1976). Par ailleurs, vivre avec le doute des médecins et des proches peut devenir un obstacle supplémentaire les amenant à éviter d'aborder le sujet de la douleur (Meyer-Rosberg et al., 2001) et à se retirer de la vie sociale (Osborn & Smith, 1998). Ainsi, 30 % des personnes atteintes de douleur chronique estiment que leur famille ignore à quel point la douleur les perturbe (Canadian Pain Survey citée dans Association québécoise de la douleur chronique, 2009). Toutefois, éviter d'en parler peut s'avérer difficile pour les patients (Fernandez & Turk, 1995).

Conséquences psychologiques et cognitives de la douleur chronique

Sur le plan psychologique, la douleur chronique peut générer des émotions telles que la colère (Fernandez & Turk, 1995; Fordyce, 1976), la tristesse et la peur qui sont souvent liées à la chronicité de la douleur (Fernandez, Clark, & Rudick-Davis, 1998). Ces émotions sont généralement exacerbées par l'inefficacité des traitements médicaux (Sarafino, 2006).

Des études indiquent qu'un pourcentage important de patients souffrant de douleur chronique présentent aussi des problèmes psychologiques significatifs (Dersh, Gatchel, Polatin, & Temple, 2006; Dersh, Polatin, & Gatchel, 2002). La dépression serait la condition psychologique la plus fréquemment associée à la douleur chronique (Allaz & Desmeules, 2000). En effet, des études montrent des taux de prévalence variant entre 20 et 54 % pour cette population (Banks & Kerns, 1996; McWilliams, Cox, & Enns, 2003, Romano & Turner, 1985; Schopflocher, 2003; Sullivan et al., 1992), ce qui correspond à

des taux plus élevés que ceux répertoriés chez la population sans douleur chronique (Brown, 1990; Dickens, McGowan, Clark-Carter, & Creed, 2002; Hawley & Wolfe, 1988) qui sont estimés à 4 % (Schopflocher, 2003). La prévalence d'idées suicidaires est d'environ 20 % et la prévalence des tentatives de suicide varie entre 5 % et 14 % (Tang & Crane, 2006) chez cette population.

Il est aussi démontré que le stress peut diminuer la capacité à gérer la douleur (Coalition canadienne contre la douleur, 2008) et influence davantage le fonctionnement cognitif que l'intensité de la douleur (McWilliam, Cox, & Enns, 2003). Également, le stress lié à l'incapacité à modifier l'état chronique peut conduire les patients à développer un sentiment d'impuissance qui, à plus long terme, peut engendrer un état dépressif (Anderson, Bradley, Young, McDaniel, & Wise, 1985; Turk & Holzman, 1986). D'ailleurs, ceux qui tendent à exagérer leur situation ou qui ont des pensées négatives envers leur état sont plus à risque de devenir dépressifs (Lackner, Quigley, & Blanchard, 2004; Turk, 2001). Quant à l'anxiété, une étude effectuée auprès de patients souffrant de fibromyalgie montre qu'entre 44 % et 51 % des patients sont anxieux (Wolfe et al., 1990). Également, la personne qui a une attitude de dramatisation est plus à risque de développer de l'hypervigilance (Margot-Duclot, 2013) laquelle peut conduire à une augmentation des perceptions corporelles, une difficulté à se désengager des sensations et une tendance à interpréter les sensations comme étant dangereuses et plus intenses (Crombez, Van Damme, & Eccleston, 2005; Margot-Duclot, 2013). D'ailleurs, la valeur accordée à la stimulation sensorielle et le contexte sont deux facteurs qui influenceraient davantage

l'expérience douloureuse que l'intensité de la stimulation (Colloca & Benedetti, 2004; Rainville, 2004). D'autres études montrent que l'évaluation personnelle des conséquences de la douleur dans sa vie et l'évaluation personnelle des capacités à exercer un contrôle sur la douleur et sa vie personnelle (Rudy, Kerns, & Turk., 1988; Turk, Okifuji, & Scharff, 1995) sont des facteurs modérateurs du lien entre la douleur et la dépression. De plus, les pensées intrusives et l'inquiétude liées à l'état de santé sont des facteurs pouvant conduire à une perturbation du sommeil (Smith, Perlis, Smith, Giles, & Carmody, 2000). À cet effet, une étude effectuée auprès de patients souffrant de douleur neuropathique montre que 90 % souffraient d'un trouble du sommeil qui, dans plus de la moitié des cas, se doublait d'anxiété (Meyer-Rosberg et al., 2001). Il est également démontré que le manque de sommeil réparateur peut abaisser le seuil de tolérance de la douleur (Association québécoise de la douleur chronique, 2009). Ainsi, outre le sommeil, l'hypervigilance, l'anxiété et la dépression engendreraient une augmentation de la sensibilité à la douleur, c'est-à-dire une diminution des seuils de la douleur (Cornwall & Donderi, 1988; Zelman, Howland, Nichols, & Cleeland, 1991). Bien que la distraction favorise l'augmentation du seuil de la douleur et la tolérance (Buschnell, Duncan, Dubner, Jones, & Maixner, 1985), une étude montre que les gens souffrant de douleur chronique ont plus de difficulté à se distraire des sensations algiques⁶ (Roelofs, Peters, Zeegers, & Vlaeyen, 2002).

⁶ Relatif à la douleur.

Il est également observé que les personnes présentant une forme sévère de douleur ont davantage une psychopathologie (McWilliams, Goodwin, & Cox, 2004), un trouble de la personnalité, une dépendance à l'alcool ou à la drogue (Gatchel & Epker, 1998 cité dans Brannon & Feist, 2007). D'ailleurs, ceux qui présentent déjà des antécédents de dépendance à l'alcool et aux drogues sont plus à risque de développer une dépendance aux opioïdes (Coalition canadienne contre la douleur, 2013). Toutefois, en général, l'accoutumance aux opioïdes est peu fréquente (Coalition canadienne contre la douleur, 2013).

En somme, plusieurs facteurs psychologiques peuvent être impliqués lors de la douleur chronique que ce soit comme facteur déclencheur, d'aggravation ou de maintien de la douleur chronique. D'ailleurs, les résultats de recherches rapportés précédemment montrent l'impact multidimensionnel de la douleur chronique. Effectivement, la restriction des activités, la perturbation du sommeil, le développement d'un état anxieux ou dépressif, la perturbation des relations interpersonnelles ne sont que quelques-unes des conséquences de la douleur chronique. De ce fait, la seconde partie traitera de façon plus spécifique de la relation entre la douleur chronique et le bien-être psychologique.

Douleur chronique et bien-être psychologique

Définitions du bien-être psychologique

Afin d'opérationnaliser le concept du bien-être psychologique utilisé dans la présente étude, il importe de faire ressortir les principales définitions recensées dans les

écrits scientifiques. Deux chercheurs principaux retiennent l'attention dans la conception du bien-être soit Diener (1984) et Ryff (1995). Tout d'abord, selon Diener (1984), le bien-être correspond à l'évaluation subjective de sa vie (satisfaction de vie) ainsi qu'au fonctionnement émotionnel (c.-à-d., la présence d'émotions positives et peu d'affects négatifs). Le bien-être est donc défini comme suit : « auto-évaluation des réponses émotionnelles, des domaines de satisfaction et du jugement global sur la satisfaction de la vie » (Diener et al., 1999). Il s'agit du bien-être hédonique⁷ (Diener, 1994). De son côté, Ryff (1995) propose un modèle du bien-être psychologique composé de six dimensions : l'acceptation de soi, la relation avec les autres, l'autonomie, la maîtrise de son environnement, les buts dans la vie et la croissance personnelle. Ces dimensions proviennent des théories de Rogers, Jung, Allport, Neugarten, Buhler, Erikson, Birren, Jahoda et Maslow (Ryff, 1989). Ce modèle fait référence à la réalisation de son plein potentiel (Ryff, 1995) ainsi qu'à l'autodétermination (Ryff & Singer, 1998) et correspond à l'eudémonie⁸ (Ryff, 1995).

En 2001, Labelle et ses collaborateurs ont développé une conception du bien-être s'articulant autour de quatre composantes : l'estime de soi, le sens à la vie, l'actualisation du potentiel et la satisfaction de vie. De plus, ils abordent un concept plus global, la santé mentale, qui intègre le bien-être psychologique (c.-à-d., des dimensions positives) ainsi

⁷ Fait référence aux composantes affectives, à la satisfaction de vie et à la recherche de plaisir.

⁸ Fait référence à la réalisation de ses buts et au fonctionnement psychologique optimal.

que la détresse psychologique (c.-à-d., des dimensions négatives). Ils précisent toutefois que l'absence de détresse psychologique ne signifie pas un bien-être psychologique pas plus qu'être bien psychologiquement signifie une absence de détresse psychologique. Plus récemment, Bruchon-Schweitzer (2005) mentionne que le bien-être est un concept intégrant les émotions négatives et positives ainsi que la satisfaction de la vie. Il s'agit en fait, selon cette auteure, d'une constellation de dimensions et une notion composite. De plus, elle précise qu'il est intéressant d'évaluer le bien-être psychologique dans un contexte de santé ou de maladie puisque l'évaluation subjective du bien-être intègre les processus cognitifs et les émotions des individus, ce qui peut être influencé par la maladie.

En somme, le bien-être est un concept dont les dimensions divergent d'un auteur à l'autre. On retrouve plusieurs échelles de mesure constituées de différents critères. Elles peuvent être objectives ou subjectives, positives ou négatives, globales ou spécifiques (Voyer & Boyer, 2001). En ce qui concerne la présente étude, la définition opérationnelle du bien-être retenue regroupe la satisfaction de vie, le fonctionnement psychologique et la détresse psychologique. La satisfaction de vie et le fonctionnement psychologique ont été retenus pour former les dimensions affectives et cognitives du bien-être psychologique. Quant à la détresse psychologique, Labelle et ses collaborateurs (2001) stipulent que le bien-être n'est pas l'absence de détresse psychologique pas plus que l'inverse, d'où l'importance d'évaluer ce construit à partir de plusieurs dimensions dont la détresse psychologique. Pour les fins de la présente étude, il importe de préciser que c'est une faible détresse psychologique qui est l'indicateur du bien-être psychologique.

Les instruments de mesure de cette variable composite regroupant le fonctionnement psychologique, la satisfaction de vie et la détresse psychologique seront décrits ultérieurement dans la section « Instruments de mesure ».

Études portant sur la douleur chronique et le bien-être psychologique

L'étude effectuée par Estévez-Lopez et ses collaborateurs (2015) auprès de 424 femmes ayant un diagnostic de fibromyalgie a permis de révéler que la condition physique générale, les affects positifs et le bien-être cognitif, qui est mesuré par l'échelle de satisfaction de vie, sont associés à une faible sévérité de fibromyalgie, tandis que les affects négatifs sont associés à une forte sévérité de la fibromyalgie. Les affects positifs sont d'ailleurs associés à une faible intensité de la douleur. Il ressort de cette étude qu'une augmentation du bien-être cognitif peut potentiellement aider les patients à mieux gérer la sévérité de la fibromyalgie.

Une autre étude récente (2013) effectuée auprès de 161 patients (104 femmes et 57 hommes dont l'âge moyen était de 36 ans) souffrant de douleur musculo-squelettique chronique (CMP) confirme que les patients ayant de la douleur chronique ont une moins bonne satisfaction de vie que la population générale (Boonstra, Reneman, Stewart, Post, & Schiphorst Preuper, 2013). Les patients ayant déclaré un niveau élevé d'intensité de douleur, d'anxiété, de dépression, de stress post-traumatique et de limitations dans les activités de la vie quotidienne ont une diminution de la satisfaction de la vie (Boonstra et al., 2013). Les auteurs affirment que la satisfaction de vie serait plutôt influencée par les

conséquences de la douleur que par son intensité. Il résulte également que les patients étaient plus satisfaits de leur santé psychologique (33 %) que de leur santé physique (7 %) bien que plus de 40 % de l'échantillon ait été identifié avec un diagnostic de dépression ou d'anxiété (Boonstra et al., 2013). Les prédicteurs de la satisfaction de vie seraient l'état civil, la situation d'emploi, la santé mentale, la vitalité et la douleur. Chez les patients de cette étude, une faible satisfaction de vie serait associée aux domaines suivants : l'auto-soin, les loisirs, la situation d'emploi, la situation financière, la vie sexuelle et les contacts avec les amis. Il ressort aussi qu'ils sont plus satisfaits de leur relation conjugale et cela est plus important que dans la population générale. Selon les auteurs, bien que la douleur modifie certains aspects de la relation, les aspects émotionnels (p. ex., amour et affection) dominent les sentiments d'une personne envers leur partenaire et la famille. Également, en raison de la douleur et de la restriction des activités extérieures, les patients peuvent devenir plus centrés sur leur partenaire et ainsi recevoir plus d'affection de la part de ces derniers, ce qui pourrait expliquer leur plus grande satisfaction de vie (Boonstra et al., 2013).

Une autre étude recensée auprès de patients souffrant de douleur chronique est celle de Turk et ses collaborateurs (2008). Les résultats de cette étude indiquent que les patients estiment que la plupart sinon tous les aspects de leur vie (c.-à-d., la jouissance de la vie, le bien-être émotionnel, la fatigue, la faiblesse et les problèmes liés au sommeil) sont affectés par la douleur chronique. De plus, pour ces patients, la réduction de la douleur, l'amélioration du fonctionnement physique, du sommeil et de la fatigue ainsi que la

présence de résultats lors des traitements sont considérés comme des éléments importants dans l'évaluation de l'efficacité des traitements contre la douleur.

Une autre étude recensée, effectuée auprès de 69 femmes ayant de la douleur chronique musculo-squelettique, avait comme objectif d'étudier les relations entre la détresse psychologique et le bien-être afin d'identifier la présence de certaines variables spécifiques à la douleur (c.-à-d., l'intensité de la douleur, la région de la douleur, l'hyperalgie, la fatigue, les raideurs et l'incapacité physique) (Huber et al., 2008). Concernant la variable du bien-être, les auteurs se réfèrent aux définitions du bien-être hédonique (Diener, 1984) et eudémonique (Ryff, 1995). Les résultats indiquent que, chez cette population, la détresse psychologique est prédite par deux facteurs : l'âge avancé et une grande incapacité physique. La détresse psychologique serait également significativement associée à une douleur intense et l'hyperalgie⁹, qui sont des éléments prédicteurs de l'incapacité (Huber et al. 2008). Selon les auteurs, la relation entre la détresse psychologique et les symptômes de la douleur peut être modulée par le niveau d'incapacité physique. Quant au bien-être, l'incapacité physique en est le seul prédicteur. En effet, le bien-être est indépendant de l'âge, de l'intensité de la douleur et de l'hyperalgie. Selon les auteurs, ce résultat suggère que le bien-être est relié à des aspects de l'incapacité physique qui ne sont pas directement reliés à la douleur. De plus, le bien-être et la détresse psychologique ne sont que partiellement associés puisque le bien-être

⁹ Augmentation de la sensibilité à la stimulation nerveuse.

est indépendant de plusieurs variables qui prédisent la détresse psychologique (Huber et al., 2008). La détresse psychologique est modérément associée au bien-être eudémonique et fortement reliée aux affects positifs, ce qui correspond à l'aspect hédonique du bien-être (Huber et al., 2008).

Une autre étude recensée avait pour objectif de vérifier les effets des facteurs psychosociaux sur le bien-être selon les différents stades de l'arthrite rhumatoïde (AR) (Treharne et al., 2005). Les auteurs décrivent trois stades : le diagnostic récent (moins de 6 mois), le stade intermédiaire (diagnostic depuis 1 à 7 ans) et le stade avancé (diagnostic depuis plus de 7 ans). Il ressort que la perception face à la maladie et la médication, l'optimisme et le pessimisme, la conscience de soi et le soutien social sont les facteurs psychosociaux ayant un impact sur le bien-être. Il n'y a pas de différence significative pour les dimensions du bien-être selon les 3 stades de l'arthrite rhumatoïde. Les patients qui ont une plus grande perception des conséquences de l'AR et plus de préoccupations face à leur médication sont ceux qui ont un plus haut niveau d'anxiété, de dépression et une plus faible satisfaction de vie. De plus, une plus grande perception des conséquences de l'AR est associée à plus de douleur, de fatigue et de raideurs matinales, ce qui est davantage présent dans les premiers stades. D'autre part, les patients pessimistes rapportent plus d'anxiété, de dépression et sont moins satisfaits de leur vie et l'inverse pour les patients optimistes. L'optimisme est lié à moins de douleur pour les patients qui sont au premier stade ainsi qu'au stade intermédiaire. Par contre, au stade avancé, un niveau élevé d'optimisme serait relié à plus de douleur. Ainsi, les auteurs affirment qu'il

serait favorable d'encourager l'optimisme lors du premier stade de l'AR, tandis qu'à un stade avancé, un travail de modification des perceptions en faveur de perceptions plus réalistes s'avère profitable. Également, un soutien social élevé est associé à moins d'anxiété, moins de dépression, moins de fatigue et une meilleure satisfaction de vie. Le soutien émotionnel est plus bénéfique dans le premier stade de la maladie alors que le soutien pratique et fonctionnel serait plus profitable dans le stade avancé puisque les gens seraient moins déprimés au stade avancé. Les gens qui occupent un emploi à temps partiel ou à temps plein, malgré la maladie, rapportent moins de douleur et moins de dépression que ceux en arrêt de travail. Selon les auteurs, les facteurs psychosociaux ont une plus forte relation avec le bien-être psychologique que le bien-être physique, ce qui confirme que les facteurs psychosociaux sont fortement associés au bien-être. L'étude démontre aussi que le bien-être physique (c.-à-d., les symptômes physiques) n'affecte pas le bien-être psychologique (Treharne et al., 2005).

Smith, Carmody et Smith (2000) ont effectué une étude mesurant le bien-être auprès de 67 patients (50 hommes et 17 femmes) souffrant de lombalgie chronique. Chez ces patients, un faible niveau de bien-être est associé à une plus grande intensité de douleur, une plus grande interférence de la douleur avec les activités quotidiennes, une plus grande détresse, plus de comportements de douleur et un style de coping cognitif moins adapté. Il ressort qu'une relation négative significative est présente entre le bien-être et des variables d'auto-surveillance de la douleur. Également, une diminution de la perception de contrôle sur sa vie, un faible niveau d'activité et une incapacité à réduire ou à contrôler

la douleur perçue sont associés à un faible niveau de bien-être. Selon les auteurs, les patients ayant de la douleur qui effectuent des évaluations cognitives plus négatives de leurs expériences de douleur sont plus à risque de voir diminuer leur bien-être. Dans le même sens, il émerge de l'étude que les variables psychologiques telles que la détresse affective et les réponses dysfonctionnelles de coping peuvent grandement amplifier l'expérience de la douleur et contribuer au maintien du dysfonctionnement chez ces patients. Les auteurs confirment que la lombalgie chronique interfère avec plusieurs domaines du fonctionnement humain qui sont essentiels au bien-être.

L'étude de Penny et ses collaborateurs (1999) avait comme objectif de définir les relations entre l'intensité de la douleur chronique et des mesures du bien-être physique, social et psychologique auprès d'une population d'Ukrainiens. Les résultats de l'étude démontrent qu'à un stade sévère de douleur chronique les patients rapportent un faible niveau de bien-être. Il n'y a pas de différence entre l'intensité et la fréquence par rapport à l'expérience de douleur. Cette étude révèle qu'aux stades I et II, qui équivalent à une faible incapacité et une douleur plus faible, les patients ne souffrent pas d'une détérioration de leur santé émotionnelle. Le bien-être des patients diminue dramatiquement pour les stades III et IV, ce qui signifie que l'incapacité et la sévérité sont plus importantes. De plus, un haut niveau d'incapacité et d'intensité est associé à une faible santé physique et émotionnelle, donc un faible niveau de bien-être (Penny et al., 1999). Ces résultats confirment qu'un haut niveau d'incapacité est associé à une pauvre santé physique et émotionnelle. Ce résultat est toutefois lié à la définition des stades de

douleur provenant du Chronic Pain Grade (Penny et al., 1999). Au stade IV, les résultats obtenus aux composantes aptitudes de coping, réactions émotionnelles et restrictions des activités quotidiennes sont plus élevés que dans les stades précédents (Penny et al., 1999). Par contre, pour les stades II, III et IV de douleur, ce n'est pas la fréquence de la douleur, mais l'intensité qui varie. Les résultats de cette étude suggèrent que la douleur sévère et l'incapacité conduisent à une grande souffrance sur le plan des émotions et des limitations (Penny et al., 1999).

En somme, l'ensemble de ces résultats démontrent que la douleur chronique influence le bien-être que ce soit en raison de l'intensité de la douleur ou de l'incapacité qui y est associée. Par contre, les facteurs psychologiques, cognitifs et sociaux qui sont présents pendant l'évolution de la douleur chronique peuvent moduler l'évaluation du bien-être, mais aussi de la douleur. Effectivement, des études montrent que le bien-être pourrait modérer la relation entre la douleur chronique et la détresse psychologique (Potter, Zautra, & Reich, 2000; Söderberg, Lundman, & Norberg, 1997). De plus, l'optimisme et le soutien social sont des variables qui influencent positivement le bien-être chez les patients souffrant de douleur chronique.

Considérant les multiples conséquences de la douleur chronique, les personnes doivent effectuer un processus s'ils veulent s'ajuster à leur état de santé et ainsi améliorer leur bien-être. Cet ajustement correspond au processus effectué par l'individu pour faire face à sa situation actuelle en essayant de développer les ressources nécessaires pour

supporter et surmonter sa situation (Spitz, 2002b). Concernant l'ajustement psychologique, un concept relativement nouveau, le coping, a été développé pour expliquer comment les individus s'ajustent aux situations aversives (Bruchon-Schweitzer, 2005; Lazarus & Folkman, 1984). La prochaine partie permettra d'approfondir la notion de coping, de mettre en lumière l'évolution de cette notion menant ainsi à l'élaboration du coping émotionnel et, finalement, de recenser les études portant sur l'examen du lien entre le coping émotionnel, la douleur chronique et le bien-être psychologique.

Le coping, la douleur chronique et le bien-être psychologique

Définition du coping

Le coping correspond aux réponses et aux réactions cognitives et comportementales déployées par l'individu pour maîtriser, tolérer, éviter ou minimiser les effets négatifs d'une situation aversive, diminuer la détresse induite par cette situation et s'y ajuster positivement (Lazarus & Folkman, 1984). Il s'agit d'efforts cognitifs et comportementaux conscients, qui sont à la fois changeants et spécifiques aux situations rencontrées (Bruchon-Schweitzer, 2005). Le coping est donc un processus dynamique qui se modifie en fonction des situations aversives rencontrées (Lazarus & Folkman, 1984). La partie suivante présentera une description plus complète de ce concept ainsi que des recherches ayant mené à l'élaboration d'une nouvelle conception du coping centré sur les émotions, le coping émotionnel (Stanton et al., 1994).

Le coping selon Lazarus et Folkman

Lazarus et Folkman (1984) sont les premiers chercheurs à avoir élaboré le concept de coping comme étant l'amalgame des mécanismes d'ajustement par rapport aux situations stressantes. Ces auteurs expliquent que pour s'ajuster positivement à l'adversité et aux situations excédant les ressources personnelles, l'individu peut déployer divers efforts cognitifs et comportementaux (Lazarus & Folkman, 1984). Ces auteurs ont distingué deux principales stratégies de coping : le coping centré sur le problème et le coping centré sur l'émotion. Selon le modèle de Lazarus et Folkman (1984), les stratégies centrées sur le problème (p. ex., la résolution de problème, le passage à l'action et la distraction) correspondent aux tentatives pour enrayer ou diminuer la douleur. Les stratégies centrées sur l'émotion (p. ex., le catastrophisme et le désengagement) sont des tentatives pour réguler les émotions négatives liées à la douleur (Smith et al., 2002). Une autre stratégie de coping est la recherche de soutien social et correspond aux efforts pour obtenir de l'écoute, des informations ou de l'aide d'autrui, ce qui implique la présence d'un médiateur social (Lazarus & Folkman, 1984).

Selon des études antérieures effectuées au sujet de ces stratégies de coping et de la douleur, il ressort que le coping centré sur le problème serait lié à une meilleure adaptation tandis que le coping centré sur l'émotion serait lié à une augmentation de la douleur et une mauvaise adaptation (Brown et al., 1989; Kohn, 1996; Sullivan & D'Eon, 1990). Bien que les résultats de ces études ont permis d'identifier que le coping centré sur les émotions ne mènerait pas à l'adaptation, les théories fonctionnalistes des émotions (p. ex., Campos et

al., 1994; Clore, 1994; Ekman, 1994; Frijda, 1994; Thompson, 1991, 1994) démontrent que les émotions et leur expression sont fondamentalement adaptatives pour les gens. Effectivement, il est démontré que les émotions correspondent à des états psychologiques et physiologiques de courte durée qui permettent d'agir efficacement sur le plan de l'adaptation aux demandes de l'environnement (Levenson, 1994). Sur le plan psychologique, l'émotion permet de modifier l'attention et certains comportements ainsi que d'activer les réseaux associatifs de la mémoire (Levenson, 1994). D'un point de vue physiologique, l'émotion réorganise les réponses du système biologique pour produire une réponse efficace (Levenson, 1994). Sur le plan social, l'émotion permet de s'approcher ou de s'éloigner de personnes, d'objets, d'actions ou d'idées (Levenson, 1994). Effectivement, les émotions engendrent des changements physiologiques et cognitifs visant à apporter une réponse adaptative (Barrett, 2012; Barrett, Mesquita, Ochsner, & Gross, 2007). La notion adaptative des émotions est également supportée par les sciences affectives qui démontrent que les émotions favorisent la conscience de soi, permettent de guider et motiver les gens à adopter des comportements adaptatifs (Nesse & Ellsworth, 2009). Les écrits de Greenberg et Paivio (1997) permettent de mieux comprendre ce qui est sous-jacent à la non-adaptation associée aux émotions. Selon ces auteurs, les émotions primaires (c.-à-d., la colère, la joie, la peur, la tristesse) sont nécessaires au développement et à l'adaptation puisqu'elles permettent d'ajuster les comportements selon la situation. Toutefois, lorsque les émotions primaires sont ignorées ou supprimées, elles se transforment en émotions secondaires telles la dépression, l'anxiété et la culpabilité qui ne sont pas adaptatives face à la situation (Greenberg & Paivio, 1997).

Les données récentes au sujet des émotions permettent de mieux comprendre leur influence dans différentes situations. Ainsi, deux positions émergent quant au potentiel adaptatif des émotions : une adaptation négative (Kohn, 1996; Lazarus & Folkman, 1984) et une adaptation positive (p. ex., Greenberg & Paivio, 1997 ; Levenson, 1994 ; Nesse & Ellsworth, 2009). L'intérêt de la présente étude se rattache spécifiquement à la vision adaptative des émotions. L'attention sera donc portée sur une nouvelle approche de coping, le coping émotionnel, qui considère les émotions comme une source d'ajustement face à l'adversité (Stanton et al., 1994).

Le coping émotionnel

En 1994, Stanton et ses collaborateurs, des chercheurs de l'Université de Californie, ont développé une nouvelle échelle de coping nommé coping émotionnel (*Emotional Approach Coping Scale*). Cela fait suite à leurs études où ils ont découvert que dans les échelles traditionnelles de coping (p. ex., Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; Lazarus & Folkman, 1984), les stratégies de coping centrées sur les émotions étaient évaluées à partir d'items faisant référence à la détresse psychologique ou à la psychopathologie (Stanton et al., 1994). En effet, les échelles traditionnelles de coping combinent des éléments de coping et de détresse psychologique dans l'opérationnalisation de leurs items (p. ex., « Je suis contrarié et j'ai conscience de l'être », Carver et al., 1989). De plus, d'autres items réfèrent seulement à la détresse psychologique (p. ex., « Devenir très tendu », Endler & Parker, 1990) ou à l'autodépréciation (p. ex., « Je me blâme de ne pas savoir ce que je dois faire », Endler & Parker, 1990). De ce fait, Stanton et ses collaborateurs (1994)

concluent que, parmi les échelles de coping traditionnelles, l'inclusion d'items associés à de la détresse psychologique ou à des manifestations associées à certaines psychopathologies seraient à l'origine d'une réponse non adaptative des stratégies de coping centrées sur l'es émotions. Une description des deux composantes du coping émotionnel (le processus émotionnel et l'expression des émotions), de Stanton et ses collaborateurs (1994), est présentée ci-dessous.

Processus émotionnel et expression des émotions. Le coping émotionnel correspond aux efforts déployés pour connaître, comprendre et exprimer ses émotions se rapportant aux événements de vie courants ou stressants (Stanton et al., 1994). Initialement, le coping émotionnel regroupait trois composantes : l'identification, le traitement et l'expression des émotions (Stanton et al., 1994). L'identification des émotions fait référence aux efforts pour maintenir une conscience de soi et connaître activement ses états émotionnels (Saarni, 1990; Salovey, Bedell, Detweiler, & Mayer, 1999) tandis que le traitement des émotions correspond à l'exploration du sens et de la cause des émotions (c.-à-d., la réalisation de la pertinence et de l'importance des sentiments ressentis) (Averill & Thomas-Knowles, 1991). Stanton, Kirk, Cameron et Danoff-Burg (2000a) ont découvert que l'identification et le traitement des émotions sont deux facteurs fortement corrélés et concluent qu'il s'agit en fait d'un seul et même facteur, le processus émotionnel. Cette composante permettrait de préciser les obstacles pour atteindre les buts et motiver les gens à trouver les moyens pour y remédier (Stanton et al., 2000a). Quant à l'expression des émotions, elle correspond aux efforts déployés pour

essayer de communiquer ou symboliser de manière verbale ou non verbale l'expérience émotionnelle vécue (Stanton et al., 1994). Le coping émotionnel correspond donc à une implication volontaire et contrôlée du processus et de l'expression de ses propres émotions et ce, peu importe la valeur positive ou négative de celles-ci (Smith et al., 2002). La prochaine partie présentera une recension d'études portant sur le coping émotionnel et la douleur chronique.

Études portant sur le coping émotionnel et la douleur chronique. Il ressort de la recension des écrits que peu d'études ont, jusqu'à présent, mis en relation le coping émotionnel et le phénomène de la douleur chronique. Effectivement, trois études (Burger et al., 2016; Smith et al., 2002 ; Van Middendorp et al., 2008) ont étudié le coping émotionnel et des mesures de douleur auprès d'une population souffrant de douleur chronique. Celles-ci seront présentées selon un ordre chronologique.

L'étude de Smith et ses collaborateurs (2002) a été menée auprès de 60 femmes et 20 hommes, âgés entre 24 et 86 ans, souffrant de douleur chronique myofaciale (Smith et al., 2002). Ils ont mis en relation le coping émotionnel, les échelles traditionnelles de coping passif (c.-à-d., centré sur les émotions), la douleur et l'ajustement (c.-à-d., l'incapacité physique et les symptômes dépressifs). Il ressort de cette étude que le coping émotionnel est une forme distincte des stratégies traditionnelles de coping passif. Également, les résultats démontrent que les stratégies de coping passif sont reliées à une forte douleur et un mauvais ajustement comparativement au coping émotionnel qui est

associé à moins de douleur et à un meilleur ajustement (Smith et al., 2002). D'ailleurs, le coping émotionnel serait toujours efficace sur la douleur affective et les symptômes dépressifs, en les atténuant, comparativement aux stratégies passives (Smith et al., 2002). Par rapport au second objectif, lorsque les affects négatifs et les données démographiques étaient contrôlés par les chercheurs, le coping émotionnel était lié à moins de douleur affective et l'expression émotionnelle était associée à moins de dépression que la ventilation, stratégie de coping passif, qui est associée à un haut niveau de dépression (Smith et al., 2002). Également, il ressort qu'un coping émotionnel élevé est associé à moins de douleur affective et sensorielle. Toutefois, selon les auteurs, la douleur sensorielle et l'incapacité physique sont moins reliées à des états émotionnels. Bien que la population de cette étude soit majoritairement féminine, des différences sexuelles émergent des résultats. Effectivement, il résulte de cette étude qu'un niveau élevé de coping émotionnel tend à prédire moins de symptômes dépressifs chez les femmes que chez les hommes. Aussi, un haut niveau de coping tend à prédire moins de douleur et un meilleur fonctionnement comportemental chez les hommes et cette différence est plus importante pour la douleur sensorielle (Smith et al., 2002). De plus, chez les hommes, le coping émotionnel est négativement associé à la douleur sensorielle, la douleur affective et l'incapacité physique (Smith et al., 2002). Finalement, selon les auteurs, ces résultats suggèrent que l'utilisation du coping émotionnel pourrait être bénéfique pour les hommes qui ont tendance à éviter l'introspection et l'expression des émotions

L'étude de Van Middendorp et ses collaborateurs (2008) est une étude transversale réalisée auprès de 403 femmes souffrant de fibromyalgie et de 196 femmes n'ayant pas ce diagnostic. L'objectif de cette étude était d'examiner les émotions et la régulation émotionnelle auprès de ces deux groupes et comment ces variables étaient associées à des symptômes de la fibromyalgie. Il résulte de cette étude que chez celles souffrant de fibromyalgie, le processus émotionnel est négativement associé ($r = -0,20$) à la détresse psychologique, mais aucune relation n'est présente avec la douleur et la fatigue. Quant à l'expression des émotions, de faibles associations négatives sont présentes avec la détresse psychologique ($r = -0,23$) et la fatigue ($r = -0,13$), mais il n'y a aucune relation avec la douleur. D'autre part, les résultats indiquent que les émotions négatives sont négativement associées au processus émotionnel ($r = -0,13$) et à l'expression des émotions ($r = -0,17$). Toutefois, les émotions négatives seraient positivement associées, de façon modérée à forte, aux stratégies d'évitement émotionnel. Également, il ressort que les patientes souffrant de fibromyalgie rapportent plus d'émotions négatives et moins d'émotions positives que le groupe contrôle. D'ailleurs, chez le groupe de patientes, toutes les échelles d'émotions négatives présentent une forte association positive ($r \geq 0,50$) avec la détresse psychologique. Des associations positives sont aussi présentes entre ces échelles, la douleur et la fatigue. Quant aux émotions positives, elles sont toutes négativement associées à la détresse psychologique ($r \geq 0,30$) et à la fatigue. D'autre part, l'intensité de l'affect est plus grande chez les femmes souffrant de fibromyalgie que dans le groupe contrôle. D'ailleurs, une forte intensité de l'affect est associée à une plus grande détresse psychologique. Elle est également liée à une douleur plus sévère seulement lorsque cela

est associé à l'incapacité de traiter ou de verbaliser les émotions. Également, la difficulté à identifier ses sentiments est corrélée avec plus de détresse, de douleur et de fatigue. Selon les auteurs, l'expérience émotionnelle intense n'est pas inadaptée si les émotions sont adéquatement traitées. Lorsque les individus ne sont pas conscients de leurs émotions, qu'ils les suppriment ou les évitent, des intrusions émotionnelles répétées et une excitation physiologique élevée peuvent alors se produire, ce qui peut engendrer une sensibilité accrue aux perturbations somatiques et à l'expérience de symptômes physiques (Van Middendorp et al, 2008).

L'étude de Burger et ses collaborateurs (2016) a été effectuée auprès de 57 femmes et 15 hommes souffrant de douleur musculo-squelettique. Ils ont évalué les effets d'une nouvelle forme de thérapie impliquant la dimension psychologique et émotionnelle, dont le coping émotionnel, dans le but de réduire la douleur. Il ressort de cette étude que les patients ont augmenté leur utilisation du coping émotionnel au cours des sessions de thérapie comparativement au début du traitement. De plus, le coping émotionnel est associé à une diminution des symptômes dépressifs ($r = -0,24$, $p = 0,04$) et de la détresse psychologique ($r = -0,27$, $p = 0,02$), mais aucune association n'a été démontrée avec la douleur. C'est plutôt l'attribution d'une cause psychologique à la douleur et la conscience émotionnelle (c.-à-d., capacité à générer un langage émotionnel spécifique et intégré en réponse aux scénarios) qui sont les deux variables associées à une diminution de la douleur (Burger et al., 2016). Il résulte de l'étude qu'après l'utilisation de cette nouvelle forme d'intervention brève, qui inclut l'attribution des douleurs aux processus psychologiques,

la conscience émotionnelle ainsi que l'utilisation du coping émotionnel, près des deux tiers des patients ont montré une réduction de 30 % ou plus de leur douleur et environ un tiers des patients ont rencontré les critères d'une réduction de 70 % de la douleur et de la dépression après 6 mois (Burger et al., 2016).

D'autres recherches, portant sur des variables s'apparentant au processus ou à l'expression des émotions, auprès de populations présentant des problèmes de santé (p. ex., cancer du sein, douleur), ont aussi été recensées et ont permis de démontrer les bienfaits des émotions sur la santé physique (p. ex., diminution de la douleur évaluative). Effectivement, des études expérimentales examinant la communication expressive (p. ex., écriture au sujet d'expériences stressantes) fournissent des preuves quant aux bienfaits du processus et de l'expression des émotions sur la santé (Lepore et Smyth, 2002; Smyth, 1998; Smyth & Pennebaker, 1999). Chez les gens ayant une douleur persistante au bas du dos, il est démontré qu'une grande ambivalence à exprimer ses émotions est associée à une douleur évaluative et affective plus élevée (Carson et al., 2007). De plus, il ressort qu'un manque de prise de conscience et d'expression face à sa situation ainsi que la présence d'émotions négatives contribueraient à ressentir une plus grande douleur chez des patients souffrant de douleur chronique (Lumley et al., 2011). Inversement, les affects positifs agissent comme facteur de protection en atténuant l'impact de la douleur sévère et du stress (Zautra et al., 2005). D'autres études, effectuées auprès de femmes ayant un cancer du sein, démontrent que les interventions psychologiques favorisant le traitement et l'expression des émotions stimulent la fonction immunitaire du corps (Fawzy et al.,

1990) et améliorent la durée de vie des patientes (Fawzy et al, 1993; Spiegel, Bloom, Kraemer, & Gottheil, 1989).

En somme, les différentes études recensées au sujet du coping émotionnel et de la douleur chronique ou d'autres problématiques de santé attestent clairement des bienfaits reliés à l'utilisation de cette forme de coping (p. ex., diminution de la douleur sensorielle et affective, diminution des symptômes dépressifs, diminution de la détresse psychologique) comparativement aux stratégies traditionnelles de coping centrées sur les émotions. Un autre aspect qui émerge de ces études est l'impact négatif de l'ambivalence à exprimer ses émotions. Les prochaines parties traiteront des études portant sur les émotions et l'adaptation ainsi que sur le coping émotionnel et le bien-être psychologique.

Études portant sur les émotions et l'adaptation. Depuis la fin des années 1970, les études explorant les émotions (c.-à-d., la compréhension et l'expression) auprès de différentes populations vivant des événements de vie stressants sont en constante effervescence. Ces études ont permis d'améliorer les connaissances (p. ex., conséquences positives, facteurs modérateurs) au sujet de l'expression des émotions lors d'événements de vie stressants. Elles ont clairement démontré que les émotions étaient positivement associées à l'adaptation chez ceux qui les utilisent. Il ressort toutefois que ces études ont davantage étudié les émotions en lien avec l'ajustement psychologique et aucune avec le bien-être psychologique tel que mesuré dans la présente étude. Les études qui seront présentées permettront toutefois de mieux comprendre les liens unissant ces variables.

Tout d'abord, des études portant sur l'expression des émotions et la dynamique sociale démontrent que les personnes qui vivent des épreuves difficiles estiment avoir besoin d'exprimer leurs émotions, de recevoir de l'écoute, de l'attention ainsi qu'une rétroaction de la part de leur entourage (Helmreich & Steinitz, 1978; Mitchell & Glicksman, 1977; Pennebaker & Harber, 1993; Silver & Wortman, 1980). Pennebaker et Beall (1986) ont effectué une étude auprès de personnes ayant vécu des expériences traumatiques qui montrent que l'écriture au sujet de cette expérience est associée, à long terme, à une diminution des problèmes de santé. Chez des femmes ayant un cancer du sein, les interventions psychologiques qui favorisent le traitement et l'expression des émotions tendent à améliorer la qualité de vie (Goodwin et al., 2001; Spiegel et al., 1989) et à favoriser un meilleur ajustement psychologique (Fawzy et al., 1990; Spiegel, Bloom, & Yalom, 1981).

D'autres études portant sur des interventions psychologiques favorisant l'expression des émotions (p. ex., écriture) suggèrent que ce type d'intervention est plus favorable pour les hommes que pour les femmes (Schut, Stroebe, Van Den Bout, & De Keijser, 1997; Smyth, 1998). Selon Frijda (1994), l'expression des émotions peut aider la personne à rediriger son attention vers les inquiétudes centrales de sa vie, ce qui peut aussi aider dans la régulation de l'environnement social en fournissant à autrui les informations concernant ses préoccupations et ainsi susciter une réaction de leur part (Stanton et al., 2000a). Brody (1999) précise que l'expression des émotions permet de poursuivre ses buts, surtout ceux relevant de la sphère interpersonnelle. D'ailleurs, Keltner et Haidt (2001) mentionnent que

l'expression émotionnelle est essentielle dans le processus social et sert à transmettre des informations, à susciter des réponses complémentaires et à modifier les comportements.

D'après l'étude de King et Emmons (1990), qui a été effectuée auprès d'étudiants universitaires, bien que l'expression émotionnelle soit associée à des affects positifs, l'ambivalence à exprimer ses émotions est liée à la présence d'anxiété, d'affects négatifs et à une diminution de la satisfaction de vie. Les auteurs précisent qu'il n'y a pas de relation entre l'ambivalence à exprimer ses émotions (c.-à-d., entre l'expression ou l'inhibition) et la détresse physique, mais, à long terme, l'ambivalence serait un phénomène psychologique qui pourrait affecter le bien-être physique. Finalement, il résulte de cette étude que les femmes sont plus expressives et ambivalentes à exprimer leurs émotions que les hommes (King & Emmons, 1990).

Dans le même ordre d'idée, une étude portant sur l'expression des émotions et l'ajustement psychologique (c.-à-d., anxiété, dépression, estime de soi) auprès de gens souffrant de douleur chronique a été recensée (Herbette & Rimé, 2004). Il en ressort que les contraintes sociales tendent à prédire négativement un ajustement psychologique, tandis que la crédibilité perçue par l'entourage est associée positivement à l'ajustement psychologique (Herbette & Rimé, 2004). Un environnement social contraignant l'expression des émotions et des pensées, chez les patients qui ont le désir de s'exprimer, est associé à la présence de conséquences négatives (Herbette & Rimé, 2004). Finalement,

il découle de cette étude que le bien-être physique, qui est mesuré par la douleur et la fatigue, est positivement associé à l'ajustement psychologique.

Études portant sur le coping émotionnel et le bien-être psychologique.

L'évolution des recherches sur les émotions a permis de découvrir que le coping émotionnel, tel qu'élaboré par Stanton et ses collaborateurs (1994), favorise l'ajustement psychologique auprès de différentes populations souffrant de problèmes de santé. La recension des écrits a donc permis d'identifier deux études portant spécifiquement sur le coping émotionnel et différentes mesures (p. ex., ajustement psychologique, satisfaction de vie, détresse psychologique) se rapportant au bien-être psychologique. Dans ces études, l'ajustement psychologique est mesuré par différents concepts : les symptômes dépressifs et anxieux, la satisfaction de vie, l'estime de soi, la qualité de vie associée à la santé, les affects positifs et négatifs, la détresse, etc.

La première étude recensée a été effectuée auprès d'étudiants universitaires afin de valider l'« *Emotional Approach Coping Scale* » (Stanton et al., 2000a). Les résultats démontrent que le processus émotionnel est négativement associé au névrosisme, à l'anxiété et aux symptômes dépressifs chez les femmes (Stanton et al., 2000a). De plus, le coping émotionnel est fortement associé à deux indices d'ajustement psychologique, l'espoir et l'instrumentation (*masculinity*). Un lien positif entre le coping émotionnel et l'ajustement est présent tant chez les hommes que chez les femmes (Stanton et al., 2000a). De plus, l'expression des émotions est liée à la satisfaction de vie pour les hommes et

les femmes (Stanton et al., 2000a). Cependant, les résultats révèlent aussi des différences sexuelles. Effectivement, chez les hommes, le processus émotionnel ne s'avère pas lié à une meilleure adaptation et les femmes utiliseraient davantage le coping émotionnel que les hommes. De ce fait, les auteurs suggèrent que le sexe est une variable modératrice entre le coping émotionnel et l'ajustement psychologique, mais n'en expliquerait que 7 % de la variance (Stanton et al., 2000a). Outre le sexe, les attributs de la personnalité peuvent aussi être une variable modératrice. Par exemple, les personnes ayant de l'espoir peuvent utiliser le coping émotionnel plus efficacement dans la poursuite des objectifs importants de leur vie (Stanton et al., 2000a). Le style de coping, le contenu de la situation et la réceptivité de l'environnement social sont aussi des variables modératrices du coping émotionnel (Stanton et al., 2000a). D'ailleurs, bien que les avantages du coping émotionnel se ressentent malgré l'absence de soutien social (Stanton et al., 1994, 2000a, 2000b), une forte utilisation de l'expression émotionnelle peut être davantage associée à l'ajustement psychologique lorsque l'environnement est réceptif (Stanton et al., 2000a ; Reynolds et al, 2000). Également, le coping émotionnel est plus utile lorsque la situation stressante implique un contenu interpersonnel lié à des réalisations et quand la situation est perçue relativement incontrôlable (Stanton et al., 2000a). De plus, l'intentionnalité est importante pour ressentir les bénéfices de l'expression émotionnelle, sans quoi elle peut correspondre à de la rumination (Stanton et al., 2000a). Dans une recherche ultérieure, Austenfeld et Stanton (2004) concluent que le potentiel adaptatif du coping émotionnel varie en fonction du contexte environnemental, des caractéristiques du stresser et de celles de l'individu.

La seconde étude recensée a été effectuée auprès de 92 femmes ayant un cancer du sein et démontre les bienfaits du coping émotionnel sur l'ajustement (Stanton et al., 2000b). Les variables utilisées pour mesurer l'ajustement comprennent entre autre une variable utilisée dans la présente étude pour mesurer le bien-être soit la détresse psychologique. D'une part, il ressort que les femmes qui ont utilisé le processus émotionnel après le diagnostic de cancer ont un niveau de détresse plus élevé seulement lorsque l'expression des émotions est interdite, puisque contrôlée par les chercheurs (Stanton et al., 2000b). Ainsi, l'exploration des émotions en l'absence d'expression ressemble à de la rumination et contribue à un ajustement négatif (Stanton et al., 2000b). Toutefois, la détresse psychologique tend à diminuer lorsque le processus émotionnel est suivi de l'expression des émotions. Il résulte donc que le processus émotionnel conduit à une meilleure adaptation lorsqu'il est suivi de l'expression des émotions (Stanton et al., 2000b). Selon les auteurs, le processus émotionnel est favorable dès l'apparition du stressor alors que l'expression des émotions devient pertinente lorsque la personne a compris l'émotion sous-jacente. L'expression des émotions correspond à une étape de clarification des buts et constitue une composante facilitatrice du processus d'adaptation (Stanton et al., 2000b). Outre la diminution de la détresse psychologique, l'expression des émotions est associée à une augmentation de la vigueur, une meilleure perception du statut de santé ainsi qu'à une diminution des consultations médicales chez celles ayant reçu leurs premiers traitements il y a trois mois (Stanton et al, 2000b). Également, l'expression des émotions semble diminuer l'utilisation des services de soins de santé pour les problèmes

concomitants au cancer et prédire une amélioration de la qualité de vie chez celles qui perçoivent leur environnement social hautement réceptif (Stanton et al., 2000b).

En bref, les études portant sur les émotions et le coping émotionnel démontrent plusieurs bénéfices associés à l'utilisation des émotions comme stratégies d'adaptation (p. ex., diminution de la détresse psychologique, ajustement psychologique, amélioration de la satisfaction de vie). En outre, ces bénéfices ont été observés chez différentes populations (p. ex., étudiants, gens vivant des événements de vie stressants, femmes ayant un diagnostic de cancer du sein, patients ayant de la douleur chronique myofaciale). Il ressort que les bénéfices du coping émotionnel sont présents lorsque le processus émotionnel est suivi de l'expression des émotions. Également, la réceptivité de l'environnement social, le sexe, certains attributs de la personnalité (p. ex., l'espoir) et la nature du stressor sont des variables modératrices de l'association entre le coping émotionnel et les bénéfices associés. La partie suivante présentera une synthèse des principaux éléments ayant permis de formuler l'objectif de la présente étude.

Synthèse et objectifs de l'étude

En somme, les théories sur la douleur démontrent qu'il s'agit d'un phénomène global et complexe incluant des facteurs sensori-discriminatifs, émotionnels, cognitifs, psychologiques, comportementaux, environnementaux et sociaux. En raison des multiples facteurs qui sont associés à la douleur chronique, plusieurs études démontrent que le bien-être psychologique des patients est altéré par cette condition de santé. Ces personnes

doivent apprendre à vivre avec la douleur chronique en plus de faire face aux multiples conséquences qui y sont associées, tant sur le plan physique, social que psychologique. Sur le plan psychologique, la dépression, l'anxiété, les problèmes de sommeil ne sont qu'un bref aperçu des problèmes qui peuvent être associés à la douleur chronique. Par ailleurs, afin de s'adapter à des situations aversives, il a été récemment démontré que les émotions sont adaptatives et ce, auprès de différentes populations cliniques (p. ex., femmes souffrant d'un cancer du sein, personnes ayant de la douleur chronique myofasciale). Ces études tendent à démontrer les bienfaits de l'utilisation du coping émotionnel qui favorise un meilleur ajustement psychologique, moins de douleur, une meilleure réévaluation de la situation, une meilleure satisfaction de vie et moins de symptômes dépressifs.

À la lumière de la recension des écrits réalisée pour les fins de la présente étude, il appert qu'il s'agit de la première recherche québécoise s'intéressant au coping émotionnel, tel que défini par Stanton et ses collaborateurs (1994), et au bien-être psychologique auprès d'une population spécifique de patients souffrant de douleur chronique. Tout d'abord, puisqu'aucune version française du *Emotional Approach Coping Scale* n'a été répertoriée, une traduction de la version originale a été effectuée afin de procéder à la présente étude. Quant à l'objectif de la présente étude, celui-ci porte sur l'examen des associations entre le coping émotionnel, l'intensité de la douleur et le bien-être psychologique auprès d'une population souffrant de douleur chronique. De façon plus spécifique, cette étude vise à vérifier si, tel que suggéré dans les écrits, l'intensité de la

douleur est associée négativement au bien-être psychologique, si le coping émotionnel est associé négativement à l'intensité de la douleur et finalement si le coping émotionnel est positivement associé au bien-être psychologique. Les résultats obtenus ont une visée exploratoire et permettront de mieux comprendre les associations entre ces variables (le coping émotionnel, l'intensité de la douleur et le bien-être psychologique).

Hypothèses de recherche

À partir de la recension des écrits présentée précédemment, les hypothèses suivantes ont été formulées :

H1 : Il existe une association négative entre l'intensité de la douleur et le bien-être psychologique chez des patients souffrant de douleur chronique.

H2 : Il existe une association négative entre le coping émotionnel et l'intensité de la douleur chez des patients souffrant de douleur chronique.

H3 : Il existe une association positive entre le coping émotionnel et le bien-être psychologique chez des patients souffrant de douleur chronique.

Questions de recherche complémentaires

Voici les questions de recherche complémentaires relativement aux deux premières hypothèses de recherche :

Q1 : Existe-t-il une différence entre le type de douleur, sensorielle ou affective, dans la relation entre l'intensité de la douleur et le bien-être psychologique?

Q2 : Existe-t-il une différence entre le processus émotionnel et l'expression des émotions en lien avec l'intensité de la douleur?

Q3 : Existe-t-il une différence entre les sexes dans la relation entre le coping émotionnel et l'intensité de la douleur?

Méthode

Ce deuxième chapitre présente la méthode utilisée dans le cadre de la présente étude. Ce chapitre se divise en cinq parties. La première partie présente une description des participants. La seconde partie porte sur les instruments de mesure utilisés et leurs propriétés psychométriques. La troisième partie décrit le recrutement des participants et le déroulement de l'étude. La quatrième partie expose le schéma de recherche. La cinquième et dernière partie présente les analyses statistiques effectuées.

Participants

Cette étude transversale s'inscrit dans une recherche de type longitudinal. Pour les fins de la présente étude, les données ont été recueillies lors du temps un, point de départ, uniquement. Les participants de l'étude ont été recrutés dans une clinique médicale de ville Saguenay parmi les patients souffrant de douleur chronique référés auprès d'un médecin omni-anesthésiste spécialisé dans le traitement de la douleur chronique afin de bénéficier d'une consultation en vue d'obtenir une infiltration de cortisone. Les patients sélectionnés devaient présenter les critères d'inclusion suivants : (1) être âgé entre 18 et 75 ans et (2) présenter un diagnostic de douleur chronique depuis au moins six mois. Les critères d'exclusion de la recherche étaient les suivants : (1) souffrir d'une maladie débilitante affectant le pronostic de survie (p. ex., insuffisance rénale terminale, maladie neuromusculaire affectant les activités de la vie quotidienne) et (2) souffrir d'une maladie psychiatrique significative (démence, troubles psychotiques et autres). La participation à

cette étude était sur une base volontaire. L'échantillon final est composé de 242 adultes (153 femmes, 82 hommes et 7 personnes avaient omis d'inscrire leur sexe).

Instruments de mesure

Le questionnaire utilisé lors de l'étude est constitué de quatre instruments de mesure dont les propriétés psychométriques ont été démontrées satisfaisantes. Celles-ci seront décrites dans les sections suivantes et l'ordre de présentation des échelles correspond à celui du questionnaire administré. Tout d'abord, un questionnaire sociodémographique est utilisé afin de décrire les caractéristiques sociodémographiques des participants. La seconde échelle a permis d'évaluer le bien-être psychologique. La troisième échelle a permis de mesurer le coping émotionnel et la dernière, d'évaluer l'intensité de la douleur des participants. Un exemplaire du questionnaire est présenté en Appendice B.

Informations démographiques

Des questions de nature descriptive ont été utilisées afin de dresser un portrait sociodémographique des participants de l'étude. Ces questions proviennent du projet « Déterminants de l'adoption et du maintien d'un programme d'exercice par les patients cardiaques : *Heart Institute of Prevention and Rehabilitation Centre*; HIPRC» (Weilgosz & Reid, 2001).

Bien-être psychologique

Le bien-être psychologique a été évalué à l'aide de trois construits (c.-à-d., la détresse psychologique, le fonctionnement psychologique et la satisfaction de vie) mesurés par trois questionnaires. La détresse psychologique a été mesurée par l'Indice de détresse psychologique de l'Enquête Santé Québec (Ilfeld, 1976). La satisfaction de vie a été évaluée par l'Échelle de satisfaction de vie (ESV) (Blais, Vallerand, Pelletier, & Brière, 1989) et le dernier construit, le fonctionnement psychologique, a été mesuré par l'Échelle de fonctionnement psychologique (Ryff, 1989).

La détresse psychologique. La détresse psychologique a été mesurée à l'aide de l'Indice de détresse psychologique de l'Enquête Santé Québec (IDPESQ-14 : Prévile, Boyer, Potvin, Perreault, & Légaré, 1992; version française du *Psychiatry Symptoms Index*, Ilfeld, 1976). Cet instrument, composé de 14 items (p. ex., « Vous êtes-vous senti désespéré en pensant à l'avenir? »), sert à mesurer une symptomatologie non spécifique fréquemment observée chez des personnes souffrant de dépression et d'anxiété et que les chercheurs désignent sous le nom de « détresse psychologique » (Prévile et al., 1992). Cet outil ne permet toutefois pas de déterminer la présence de troubles psychiatriques spécifiques. Le participant devait indiquer s'il avait vécu les symptômes décrits, au cours de la dernière semaine, et ce, au moyen d'une échelle Likert à quatre points allant de 1 (Très souvent) à 4 (Jamais), ce qui correspond à une inversion de l'échelle Likert originale. L'inversion de l'échelle de cotation a été effectuée afin que la variable détresse psychologique soit un indicateur de bien-être psychologique. Ainsi, plus le résultat est

élevé, plus le niveau de détresse psychologique est faible. Cette cotation inversée permet d'aller dans le même sens que les deux autres mesures du bien-être psychologique. Les coefficients alpha de Cronbach pour les quatre sous-échelles identifiées sont satisfaisants : dépression (0,83), irritabilité (0,79), problèmes d'ordre cognitif (0,76) et anxiété (0,72). Des études factorielles ont permis de déterminer que les quatre dimensions mesurées par l'IDPESQ (la dépression, l'anxiété, l'irritabilité et les problèmes cognitifs) sont des indicateurs fiables de la détresse psychologique, ce qui indique une bonne validité de construits (Martin, Sabourin, & Gendreau, 1989). Selon Prévile et ses collègues (1992), la cohérence interne globale est aussi satisfaisante puisque l'alpha de Cronbach est de 0,89. Dans la présente étude, la consistance interne de cette échelle se situe à 0,90.

La satisfaction de vie. La satisfaction de vie a été mesurée à l'aide de l'Échelle de satisfaction de vie (ESV : Blais et al., 1989; version française de *Satisfaction With Life Scale*, Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). L'ESV comprend cinq énoncés (p. ex., « Je suis satisfait de ma vie ») permettant d'évaluer la satisfaction générale de la personne vis-à-vis de sa vie. Le participant devait indiquer, sur une échelle de type Likert en 7 points allant de 1 (Fortement en désaccord) à 7 (Fortement en accord), à quel point il était en accord ou en désaccord avec chacun des énoncés. Le score total pouvait donc varier entre 5 et 35 et un score élevé indiquait un niveau élevé de satisfaction de vie. La version française de l'ESV (Blais et al., 1989) a été validée auprès de trois groupes d'étudiants et deux groupes de personnes âgées francophones. Les résultats de ces cinq études de validation indiquent que la version française possède une validité et une fidélité qui sont

satisfaisantes. En ce qui concerne la validité convergente, une étude confirme que la satisfaction de vie est corrélée positivement avec l'estime de soi et négativement avec l'anxiété et la dépression (Blais et al., 1989). Quant à la validité discriminante, l'échelle anglaise est très faiblement reliée ($r = 0.09$) avec l'intensité des émotions vécues (Larsen, 1983, cité dans Blais et al., 1989), car il s'agirait d'un construit qui serait relié, théoriquement, à la composante cognitive-évaluative du bien-être subjectif qui correspond à la satisfaction de vie (Blais et al., 1989). La cohérence interne de l'échelle est de 0,87 (α de Cronbach) ce qui est satisfaisant (Blais et al., 1989). De plus, la structure factorielle à un seul facteur explique 60 % de la variance totale. De bonnes propriétés psychométriques ont été répertoriées pour l'échelle originale anglaise de l'ESV (Diener, Sandvik, Pavot, & Gallagher, 1991; Pavot & Diener, 1993). Pour notre échantillon, la cohérence interne (α de Cronbach) se situait à 0,88, ce qui s'avère aussi satisfaisant.

Le fonctionnement psychologique. Le fonctionnement psychologique a été mesuré à l'aide de la version abrégée de l'Échelle de bien-être psychologique de Ryff (Lapierre & Desrochers, 1997; version française de *Ryff's Scales of Psychological Well-Being*, Ryff, 1989). Cet instrument comporte six dimensions, qui mesurent chacune une composante distincte du bien-être, soient l'acceptation de soi, les relations positives avec les autres, l'autonomie, la maîtrise de son environnement, les buts dans la vie et la croissance personnelle. L'échelle est composée de 18 énoncés qui décrivent une manière d'être ou d'agir. Le participant devait alors indiquer, à l'aide d'une échelle de type Likert en six points allant de 1 (Fortement en désaccord) à 6 (Fortement en accord), le degré de

concordance entre l'énoncé et sa situation. Cette échelle a été validée auprès de 321 adultes, détenteurs d'une scolarité universitaire, répartis en trois groupes d'âge : jeunes adultes (M= 19,5 ans), adultes d'âge moyen (M= 49,8 ans) et personnes âgées (M= 75 ans) (Ryff, 1989). Les coefficients de consistance interne des différentes dimensions se situent entre 0,86 et 0,93. La cohérence interne (α de Cronbach) obtenue à partir de notre échantillon est de 0,69, ce qui s'avère acceptable. Les coefficients de fidélité test-retest, après un délai de six semaines, se distribuent de la manière suivante : 0,85 (acceptation de soi), 0,83 (relations avec les autres), 0,88 (autonomie), 0,81 (maîtrise de l'environnement), 0,82 (buts dans la vie) et 0,81 (croissance personnelle). Diverses études ont démontré la validité prédictive de cet instrument de mesure et des analyses factorielles ont permis de confirmer sa structure (Ryff & Singer, 1998). De plus, cette étude démontre que les échelles de bien-être sont corrélées positivement avec différentes mesures associées à un fonctionnement positif, notamment la satisfaction de vie, l'estime de soi et l'équilibre affectif. Les échelles de bien-être sont négativement liées à la dépression, ce qui démontre une validité concomitante acceptable (Ryff, 1989).

Le coping émotionnel (*Emotional Approach Coping Scale*)

Le coping émotionnel a été mesuré à l'aide du *Emotional Approach Coping Scale*, élaboré par Stanton et ses collaborateurs en 1994. Puisqu'aucune version française de cette échelle n'était disponible au moment de l'étude, l'équipe de recherche a procédé à sa

traduction à l'aide de la méthode de traduction renversée parallèle¹⁰ (Vallerand, 1989). Cette version française est appelée Échelle de coping émotionnel. Cette échelle mesure deux composantes du coping soient le processus émotionnel et l'expression des émotions. Le questionnaire comprend un total de 16 items répartis également sur deux sous-échelles (processus émotionnel et expression des émotions). La sous-échelle du processus émotionnel évalue les tentatives effectuées pour connaître, explorer et comprendre les émotions ressenties par les individus (p. ex., « J'essaie de comprendre mes sentiments »). L'autre sous-échelle, l'expression des émotions, évalue l'expression volontaire de ses propres émotions (p. ex., « Je prends le temps d'exprimer mes émotions »). Dans la présente étude, les participants devaient répondre à la question suivante : « Qu'est-ce que vous avez fait pour vous ajuster à votre douleur chronique? » Cette question a été adaptée de l'étude menée par Stanton et ses collègues (2000b) auprès de femmes ayant un cancer du sein : « Qu'est-ce que vous avez fait pour vous ajuster à votre cancer du sein? ». Pour chaque énoncé, les patients répondaient sur une échelle de type Likert en quatre points : 1 (Je ne le fais jamais), 2 (Je le fais un peu), 3 (Je le fais moyennement) et 4 (Je le fais beaucoup). La somme des résultats à tous les items génère le score total de coping émotionnel et un score distinct peut aussi être obtenu pour chacune des deux sous-échelles. Un score global élevé indique une plus grande utilisation du coping émotionnel. En ce qui

¹⁰Méthode qui consiste à traduire la version originale (anglais) du questionnaire dans la langue cible (français). Par la suite, cette version française est remise à une autre personne bilingue pour qu'elle traduise en anglais cette nouvelle version, sans l'aide de la version originale. Il est à noter qu'il n'y a pas eu d'analyse factorielle réalisée pour valider cette version française de l'échelle de coping émotionnel.

concerne les propriétés psychométriques du *Emotional Approach Coping Scale*, quatre études menées par Stanton et ses collègues (2000a) démontrent que l'échelle de coping émotionnel a obtenu une validité et des propriétés psychométriques satisfaisantes, et ce, tant pour l'évaluation générale que situationnelle (p. ex., cancer). D'un point de vue situationnel, selon l'étude psychométrique de Stanton et ses collaborateurs (2000a), les sous-échelles du processus et de l'expression des émotions obtiennent respectivement un coefficient de consistance interne de 0,96 et de 0,95, ce qui est très satisfaisant (Stanton et al., 2000a). En ce qui concerne la fidélité test-retest sur une période de quatre semaines, elle est de 0,81 pour le processus émotionnel et de 0,79 pour l'expression des émotions, ce qui s'avère aussi satisfaisant (Stanton et al., 2000a). Dans la présente étude, la cohérence interne totale des 16 items était de 0,94 (α de Cronbach), alors que celle obtenue pour chacune des sous-échelles était de 0,92 (α de Cronbach) pour le processus émotionnel et de 0,94 (α de Cronbach) pour l'expression des émotions, ce qui est jugé satisfaisant.

Questionnaire sur la douleur de McGill

La douleur subjective des participants a été mesurée par la version française abrégée du *McGill Pain Questionnaire* (SF-MPQ) (Melzack, 1987). Ce questionnaire auto-administré, d'une durée de 2 à 5 minutes, compte parmi les questionnaires les plus reconnus et utilisés en milieu clinique pour évaluer la douleur (p. ex., Dudgeon, Raubertas, & Rosenthal, 1993; Katz & Melzack, 1999; Melzack, 1975; Sarafino, 2006; Wilkie, Savedra, Holzemer, Tesler, & Paul, 1990; Wright, Asmundson, & McCreary, 2001). Cet instrument est aussi utilisé pour évaluer la douleur dans une variété de programmes et a

d'ailleurs démontré sa validité dans l'évaluation de certains syndromes de douleur (Melzack & Katz, 2001). Ce questionnaire produit un rapport subjectif de la douleur et fournit un index utile à propos de la sévérité de la douleur. Le SF-MPQ permet une évaluation à la fois quantitative, qualitative et multidimensionnelle de la douleur (Boureau, Luu, & Doubrère, 1992). Le SF-MPQ comprend deux sous échelles : le *Pain Rating Index* (PRI), soit l'index d'évaluation de la douleur et le *Present Pain Intensity* (PPI), soit l'intensité actuelle de douleur en plus d'une échelle visuelle analogue. Le PRI est une échelle composée de 15 adjectifs permettant de définir la douleur selon deux composantes : sensorielle (11 adjectifs, p. ex., lancinante, fulgurante, pareille à une crampe) et affective (4 adjectifs, p. ex., fatigante, angoissante, violente). Ces 15 items ont été sélectionnés en raison de leur fréquence élevée exprimée par les répondants au MPQ (Katz & Melzack, 1999). Pour répondre au PRI, les participants devaient indiquer pour chacun des adjectifs si la douleur a été absente, légère, modérée ou forte au cours de la dernière semaine. Le SF-MPQ inclut aussi le PPI, où les patients devaient indiquer sur une échelle Likert allant de 0 (Pas de douleur) à 5 (Insupportable) son niveau actuel de douleur. Finalement, une échelle visuelle analogue, représentée par un trait horizontal d'une longueur de 100 mm, sur laquelle est indiquée à l'extrême droite le chiffre 0 (Pas de douleur) et à l'extrême gauche le chiffre 100 (Douleur la plus forte possible) (Burckhardt & Jones, 2003), permettait d'évaluer l'intensité moyenne de douleur au cours de la dernière semaine. En ce qui concerne les propriétés psychométriques de cet instrument, l'étude de Dudgeon et ses collaborateurs (1993) montre que le SF-MPQ fournit des résultats significativement similaires (c.-à-d., validité convergente) au *McGill*

Pain Questionnaire (MPQ) et des qualités psychométriques satisfaisantes. Le MPQ est composé de 79 qualificatifs qui sont regroupés en quatre grandes classes (c.-à-d. sensorielle, affective, évaluative et sensori-affective). Une bonne validité convergente et une bonne fiabilité test-retest du SF-MPQ ont été répertoriées dans une étude auprès de patients souffrant de douleur chronique associée au cancer (Dudgeon et al., 1993). De plus, les alphas de Cronbach se situent entre 0,73 et 0,89, ce qui signifie que la cohérence interne du SF-MPQ est satisfaisante, selon la condition douloureuse des patients (Burckhardt & Jones, 2003). Le SF-MPQ est fortement corrélé avec les indices de douleur sensorielle (S), affective (A) et globale (T) issu de la forme originale de l'échelle (Dudgeon et al., 1993; Melzack, 1987). Les études d'analyses factorielles faites sur le SF-MPQ supportent la structure à deux facteurs proposés par Melzack (1987). Pour les fins de la présente étude, seule l'échelle du PRI a été utilisée pour mesurer l'intensité de la douleur.

Déroulement

Les participants de l'étude ont été recrutés parmi les patients souffrant de douleur chronique référés auprès d'un médecin omni-anesthésiste spécialisé dans le traitement de la douleur chronique afin de bénéficier d'une consultation en vue d'obtenir une infiltration de cortisone. Les patients qui rencontraient les critères d'inclusion étaient recrutés sur une base volontaire et invités à rencontrer une assistante de recherche. Les personnes souffrant d'une maladie débilitante affectant le pronostic de survie ou d'une maladie psychiatrique ou cognitive significative (démence, troubles psychotiques et autres) ont été exclues

préalablement par le médecin collaborant à cette étude. L'assistante de recherche les informait de l'étude en cours ainsi que des diverses modalités dont le sujet et les objectifs de l'étude, son déroulement, les risques et les avantages associés, l'anonymat et la confidentialité des données ainsi que la nature de la diffusion des résultats en leur présentant le formulaire de consentement (Appendice C). Seuls les patients qui acceptaient de participer à la recherche signaient le formulaire de consentement et recevaient, par la suite, une copie du questionnaire à compléter remise par l'assistante de recherche. Il s'agissait d'un questionnaire auto-administré, d'une durée approximative de 30 minutes, comprenant des données sociodémographiques ainsi que des questionnaires permettant d'évaluer les différentes variables à l'étude. Pendant que les participants remplissaient le questionnaire, l'assistante de recherche était disponible pour répondre aux questions. Finalement, les participants remettaient à l'assistante de recherche les questionnaires complétés insérés dans une enveloppe cachetée prévue à cette fin. Cette dernière les déposait dans un classeur sous clé. Seuls les membres de l'équipe de recherche étaient autorisés à recueillir les questionnaires. Lors de la saisie des données, seul le code du participant était inscrit afin d'assurer la confidentialité. Les questionnaires ont été gardés sous clé durant toute la durée de la recherche à l'Université du Québec à Chicoutimi et seront détruits après la publication des résultats.

Schème de recherche

La présente étude a été réalisée à l'aide d'un devis corrélationnel exploratoire mettant en relation le coping émotionnel, l'intensité de la douleur et le bien-être

psychologique auprès de patients souffrant de douleur chronique. La comparaison intersujets a été utilisée puisque les variables indépendantes n'ont pas été soumises à des manipulations et qu'elles ont été analysées de manière corrélacionnelle. Les participants ont formé un seul groupe et ont complété le même questionnaire.

Analyses statistiques

Dans un premier temps, une analyse de puissance statistique effectuée avec l'aide du logiciel G-Power (Erdfelder, Faul, & Buchner, 1996) indiquait qu'un nombre de 119 participants était requis pour évaluer un effet modéré avec une puissance de 0,95 et un alpha de 0,05. Dans un deuxième temps, des analyses préliminaires ont été effectuées afin d'évaluer l'information en lien avec le respect des postulats de base préalables aux analyses corrélacionnelles. Des analyses corrélacionnelles (corrélacions de Pearson) ont été choisies afin de vérifier l'existence de liens entre le coping émotionnel, l'intensité de la douleur et le bien-être psychologique chez des patients souffrant de douleur chronique notamment en raison du caractère novateur et exploratoire que constitue cette étude. Finalement des analyses corrélacionnelles ont aussi été réalisées pour répondre aux questions de recherche complémentaires. Les données furent analysées à l'aide du logiciel statistique SPSS.

Résultats

Présentation des analyses statistiques

Ce troisième chapitre, qui expose les résultats de recherche, se divise en trois parties : les analyses préliminaires, les analyses principales et les analyses complémentaires. Tout d'abord, une présentation des analyses préliminaires préalables aux analyses principales sera effectuée. Les analyses préliminaires comportent des statistiques permettant de vérifier les postulats de base préalables aux analyses corrélationnelles et d'identifier les données aberrantes de l'étude. Les analyses préliminaires comprennent des statistiques descriptives se rapportant aux caractéristiques sociodémographiques des participants de l'étude ainsi qu'aux variables à l'étude. Par la suite, il y aura une présentation des résultats obtenus pour chacune des analyses principales. Afin de mesurer la force des associations unissant les variables de chacune des hypothèses de recherche, des analyses corrélationnelles ont été effectuées. Finalement, une présentation des résultats obtenus, avec des analyses corrélationnelles, sera effectuée pour chacune des analyses complémentaires.

Analyses préliminaires

Vérification des postulats statistiques

Dans un premier temps, les données manquantes ont été analysées à l'aide de SPSS MVA afin de déterminer s'il y avait un patron répétitif sous-jacent à leur absence. Selon le test MCAR (*Missing Completely At Random*) de Little, les valeurs manquantes semblent être réparties de façon complètement aléatoire ($X^2(8957) = 9102,11, p = 0,139$). Une procédure d'imputation par espérance-maximisation (EM) a pu être utilisée afin de remplacer les valeurs manquantes par des valeurs probables estimées à l'aide de l'algorithme. Cette procédure est très importante puisque la présence de données manquantes peut nuire considérablement à l'analyse (Tabachnick & Fidell, 2007). Toutes les analyses ont été effectuées à partir d'une base de données complète contenant ces valeurs substituées. De plus, toutes les valeurs non plausibles ont été ramenées à la valeur plausible la plus près.

Dans un deuxième temps, toutes les variables composites ont été transformées en score z afin de déceler la présence de scores extrêmes. Une valeur extrême univariée est une valeur significativement ($z > 3,29$ ou $z < -3,29$) distincte du groupe de données pour une seule variable. Une donnée extrême peut fausser les résultats et amener les chercheurs à poser de fausses conclusions. Suivant la procédure suggérée par Tabachnick et Fidell (2007), les valeurs extrêmes ont été ramenées à une unité de la valeur non extrême la plus près. Par conséquent, la variable détresse psychologique a été corrigée en suivant la procédure présentée ci-dessus.

Afin de déterminer si les variables incluses dans l'étude respectaient le postulat de normalité, les statistiques descriptives ont alors été examinées. Après une analyse de ces informations, il est possible de conclure que toutes les variables de la banque de données présentent une distribution qui s'approche adéquatement de la normalité.

Statistiques descriptives

Caractéristiques sociodémographiques des participants

Les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon sont présentées dans le Tableau 1. Bien que l'échantillon soit constitué de 242 participants, en raison de certaines données manquantes, les résultats ne totalisent pas toujours le nombre maximum de participants. Ainsi, cet échantillon est constitué de 82 hommes (34,9%) et de 153 femmes (65,1 %). L'âge des participants varie entre 26 et 75 ans. La moyenne se situe à 55,58 ans et les trois quarts (75,2 %) des participants ont moins de 63 ans. La majorité de ceux-ci sont mariés (74,7 %). Quant à la principale occupation, 37,8 % des participants occupent un travail à temps plein, 37 % sont retraités, 10 % travaillent à temps partiel, 7,8 % restent à la maison et 3 % reçoivent des prestations d'assurance-emploi. Neuf participants ont un autre statut (p. ex., CSST, congé maladie et autres). Seulement un participant poursuit des études à temps plein. Parmi l'échantillon, 32,3 % des participants avaient fait des études secondaires. Pour plus de la moitié d'entre eux (55,1 %), le revenu annuel se situe entre 15 000 \$ et 35 000 \$, ce qui est un revenu peu élevé. Il faut considérer que seulement 37,8 % des participants occupent un emploi à temps plein, ce qui pourrait expliquer ce résultat.

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des participants

Caractéristiques des participants	Résultats	
	<i>n</i>	%
État civil		
Marié(e)	171	74,7
Célibataire	13	5,7
Séparé(e) / divorcé(e)	30	13,1
Veuf (ve)	15	6,6
Travail		
Temps plein	87	37,8
Temps partiel	23	10,0
Chômage	7	3,0
Maison	18	7,8
Retraite	85	37,0
Études temps plein	1	0,4
Autres	9	3,9
Niveau de scolarité		
Primaire non complété	4	1,7
Primaire complété	14	6,0
Secondaire non complété	41	17,4
Secondaire complété	76	32,3
Études collégiales non complétées	15	6,4
Études collégiales complétées	51	21,7
Certificat universitaire complété	6	2,6
Baccalauréat universitaire non complété	2	0,9
Baccalauréat universitaire complété	14	6,0
Maîtrise complétée	4	1,7
Revenu personnel		
Moins de 15 000 \$	35	15,6
Entre 15 000 \$ et moins de 25 000 \$	48	21,3
Entre 25 000 \$ et moins de 35 000 \$	41	18,2
Entre 35 000 \$ et moins de 45 000 \$	36	16,0
Entre 45 000 \$ et moins de 55 000 \$	21	9,3
55 000 \$ et plus	34	15,1
Aucun revenu	7	3,1
Ne sait pas	3	1,3

Informations paramédicales et conséquences associées à la douleur chronique

Le Tableau 2 présente les informations paramédicales associées à la douleur chronique. Pour soulager la douleur, plus de la moitié des participants (54,1 %) ont une médication prescrite par un médecin (p. ex., cortisone). Les autres participants (45,9 %) ne prennent pas de médication prescrite, mais peuvent tout de même utiliser des médicaments en vente libre pour apaiser la douleur. Parmi les participants, près des trois quarts (71,6 %) souffrent d'un ou plusieurs problèmes de santé en plus de la douleur. Les principaux diagnostics répertoriés sont les problèmes cardiovasculaires (26,3 %), la fibromyalgie (14,9 %), l'anxiété et la dépression (7 %). Il ressort toutefois que 28,5 % des patients ne rapportent pas d'autres problèmes de santé.

Le Tableau 3 présente les conséquences secondaires à la douleur chronique. En ce qui concerne la qualité du sommeil, plus de la moitié (67,2 %) des participants le qualifient d'irrégulier. Quant aux activités, près de la moitié des participants (49,4 %) estiment les effectuer de façon partielle, 27,7 % des participants de manière régulière, 16,9 % estiment en réaliser peu et 6,1 % n'effectuent pas d'activité. Pour 25,4 % des participants, la douleur les a obligés à quitter leur emploi, pour 56,7 % à restreindre leurs activités professionnelles et pour 73,6 % à restreindre leurs activités de la vie quotidienne (AVQ).

Tableau 2

Informations paramédicales associées à la douleur chronique

Caractéristiques des participants		Résultats	
		<i>n</i>	%
Médication prescrite	oui	125	54,1
	non	106	45,9
Autres problèmes de santé			
	Anxiété/ Dépression	16	7,0
	Cardiovasculaire	60	26,3
	Asthme	7	3,1
	Diabète	15	6,6
	Musculo-Squelettique	14	6,1
	Digestif	10	4,1
	Fibromyalgie	7	3,1
	Autres	34	14,9
	Aucun	65	28,5

Note. En raison des données manquantes, la somme des participants ne totalise pas 242 participants dans tous les cas.

Variables à l'étude

À titre descriptif, le Tableau 4 présente l'étendue observée, la moyenne, l'écart-type, la kurtose et l'asymétrie pour chacune des variables à l'étude, c'est-à-dire l'intensité de la douleur, le bien-être psychologique et le coping émotionnel. En ce qui concerne l'intensité globale de la douleur, elle était modérée. Plus précisément, les résultats indiquent que les patients présentaient une douleur sensorielle modérée et une douleur affective légère. Pour ce qui est du bien-être psychologique, les moyennes de chacune des trois composantes (c.-à-d., la détresse psychologique, la satisfaction de vie et le fonctionnement psychologique) sont indiquées. Pour la variable détresse psychologique, les résultats révèlent donc que les patients de la présente étude ont une détresse psychologique faible. Les résultats indiquent

Tableau 3

Conséquences associées à la douleur chronique

Caractéristiques des participants	Résultats	
	<i>n</i>	%
Qualité du sommeil		
Bon	55	23,7
Irrégulier	156	67,2
Ne peut pas dormir	21	9,1
Fréquence d'activité		
Régulier	64	27,7
Partiel	114	49,4
Peu	39	16,9
Aucun	14	6,1
Conséquences de la douleur		
Quitter emploi		
oui	51	25,4
non	150	74,6
Restriction des activités professionnelles		
oui	118	56,7
non	90	43,3
Restriction des AVQ		
oui	167	73,6
non	60	26,4

aussi que les patients de la présente étude estiment avoir une satisfaction de vie et un fonctionnement psychologique élevés. En ce qui concerne la variable du coping émotionnel, il ressort que les patients utilisent moyennement les deux composantes du coping émotionnel pour s'adapter à leur douleur.

Tableau 4

Statistiques descriptives des variables à l'étude

	Min/Max	Moyenne	Écart-type	Asymétrie	Kurtose
Détresse psychologique	19/56	43,28	7,79	-0,74	-0,18
Satisfaction de vie	6/35	25,53	6,93	-0,51	-0,52
Fonctionnement psychologique	59/106	81,05	10,12	-0,10	-0,57
Coping émotionnel	19/64	45,98	10,26	-0,21	-0,39
Processus émotionnel	8/32	23,97	5,55	-0,48	-0,23
Expression émotions	8/32	22	6,13	-0,13	-0,67
Intensité de la douleur	1/45	24,43	9,95	-0,11	-0,64
Douleur sensorielle	1/33	18,72	7,29	-0,15	-0,60
Douleur affective	0/12	5,71	3,35	-0,01	-1,03

Analyses principales

Cette section présente les résultats obtenus suite aux différentes analyses réalisées pour vérifier les hypothèses de recherche. Des analyses complémentaires ont aussi été effectuées et sont présentées dans la dernière section.

La première hypothèse prédisait que l'intensité de la douleur était négativement associée au bien-être psychologique (c.-à-d. la détresse psychologique, la satisfaction de vie et le fonctionnement psychologique). Cette hypothèse a été vérifiée à l'aide d'une corrélation de Pearson. Les résultats montrent des associations négatives statistiquement significatives pour les trois composantes du bien-être psychologique (voir Tableau 5). Une relation négative a été observée entre l'intensité de la douleur, la satisfaction de vie ($r =$

Tableau 5

Association entre l'intensité de la douleur et le bien-être psychologique chez des patients souffrant de douleur chronique

	Détresse psychologique	Satisfaction de vie	Fonctionnement psychologique
Intensité de la douleur	-0,359 **	-0,233**	-0,188**
Sig.	0,000	0,000	0,003

** p < 0,01

- 0,222, p < 0,01) et le fonctionnement psychologique (r = -0,188, p < 0,01), ce qui signifie que plus l'intensité de la douleur est forte, plus la satisfaction de vie et le fonctionnement psychologique sont faibles. La relation négative de -0,359 (p < 0,01) entre l'intensité de la douleur et la détresse psychologique indique qu'une forte intensité de douleur est associée à une détresse psychologique élevée. En bref, les résultats obtenus confirment qu'une forte intensité de douleur est associée à un faible bien-être psychologique.

L'hypothèse 2 prévoyait que le coping émotionnel était négativement associé à l'intensité de la douleur. Cette hypothèse a été vérifiée à l'aide d'une corrélation de Pearson. Le résultat obtenu montre une association inverse à celle postulée puisqu'il existe une association positive statistiquement significative entre le coping émotionnel et l'intensité de la douleur (r = 0,17, p = 0,01) (voir Tableau 6). Ainsi, plus l'utilisation des composantes du coping émotionnel est grande, plus l'intensité de la douleur est élevée.

Tableau 6

Association entre le coping émotionnel et l'intensité de la douleur chez des patients souffrant de douleur chronique

	Intensité de la douleur
Coping émotionnel	0,17*
Sig.	0,010

* $p < 0,01$

La troisième hypothèse prédisait une association positive entre le coping émotionnel et le bien-être psychologique (c.-à-d. la détresse psychologique, la satisfaction de vie et le fonctionnement psychologique) des patients souffrant de douleur chronique. Il s'avère que cette hypothèse est partiellement supportée puisque seules deux des trois composantes du bien-être psychologique sont positivement associées avec le coping émotionnel. Effectivement, les résultats indiquent qu'il existe une association positive statistiquement significative entre le coping émotionnel, le fonctionnement psychologique ($r = 0,24$, $p < 0,001$) et la satisfaction de vie ($r = 0,22$, $p = 0,001$). Cela signifie que plus les composantes du coping émotionnel sont utilisées, plus la satisfaction de vie et le fonctionnement psychologique augmentent. Toutefois, l'association ne s'avère pas statistiquement significative pour la détresse psychologique ($r = 0,08$, $p = 0,212$) (voir Tableau7).

Tableau 7

Association entre le coping émotionnel et le bien-être psychologique chez des patients souffrant de douleur chronique

	Fonctionnement psychologique	Satisfaction de vie	Détresse psychologique
Coping émotionnel	0,24**	0,22**	0,08
Sig.	0,000	0,001	0,212

** p < 0,001

Analyses complémentaires

Des analyses corrélationnelles complémentaires ont été réalisées en lien avec les deux premières hypothèses. La première analyse complémentaire visait à vérifier s'il y avait une différence entre le type de douleur, sensorielle ou affective, et le bien-être psychologique. Le résultat obtenu indique l'absence de différence entre le type de douleur, sensoriel et affectif, et le bien-être psychologique. Il ressort toutefois de cette analyse que seule la douleur affective est significativement associée au fonctionnement psychologique, alors que la douleur sensorielle est significativement associée aux deux autres variables du bien-être psychologique, soient la détresse psychologique et la satisfaction de vie (voir Tableau 8).

Tableau 8

Différence entre le type de douleur dans la relation entre l'intensité de la douleur et le bien-être psychologique

Type de douleur			Détresse psychologique	Satisfaction de vie	Fonctionnement psychologique
Affectif	Intensité de la douleur	Corrélation de Pearson	-0,248	-0,168	-0,282*
		Sig.	0,052	0,193	0,026
		N	62	62	62
Sensoriel	Intensité de la douleur	Corrélation de Pearson	-0,341*	-0,249*	-0,125
		Sig.	0,000	0,002	0,118
		N	158	158	158

La seconde analyse complémentaire consistait à vérifier la présence de différence entre les deux composantes du coping émotionnel, le processus et l'expression des émotions, en lien avec l'intensité de la douleur. Les analyses corrélationnelles (voir Tableau 9) n'ont pas révélé de différence statistiquement significative entre ces deux composantes et l'intensité de la douleur. Cela indique que les deux composantes sont significativement associées de façon positive à l'intensité de la douleur.

Tableau 9

Différence entre le processus émotionnel, l'expression des émotions et l'intensité de la douleur

		Intensité de la douleur
Processus émotionnel	Corrélation de Pearson	0,164*
	Sig.	0,011
	N	242
Expression des émotions	Corrélation de Pearson	0,129*
	Sig.	0,046
	N	242

Une dernière analyse complémentaire a révélé l'absence de différence entre les sexes dans la relation entre le coping émotionnel et l'intensité de la douleur. Ce résultat indique que l'association positive entre le coping émotionnel et l'intensité de la douleur est présente tant chez les hommes que chez les femmes (voir Tableau 10).

Tableau 10

Différence entre les sexes dans la relation entre le coping émotionnel et l'intensité de la douleur

Sexe du participant		Intensité de la douleur	
Homme	Coping émotionnel	Corrélation de Pearson	0,165
		Sig.	0,139
		N	82
Femme		Corrélation de Pearson	0,147
		Sig.	0,069
		N	153

Z de Fischer : 0,13, $p=0.8966$ (bilatéral)

Synthèse des résultats

En bref, plusieurs éléments significatifs ressortent des analyses statistiques effectuées précédemment. Tout d'abord, l'intensité de la douleur est négativement associée au bien-être psychologique des patients souffrant de douleur chronique. En ce qui concerne le coping émotionnel, il est positivement associé à trois variables dont l'intensité de la douleur, le fonctionnement psychologique et la satisfaction de vie. Aucune relation n'est présente entre le coping émotionnel et la détresse psychologique. Ces résultats significatifs apportent une contribution intéressante quant au lien unissant le coping émotionnel, l'intensité de la douleur et le bien-être psychologique des gens souffrant de douleur chronique. Toutefois, aucune différence n'est présente entre le type de douleur (sensoriel et affectif) et le bien-être psychologique pas plus qu'entre les deux composantes du coping émotionnel et l'intensité de la douleur. Aussi, il n'y a pas de différence entre les sexes dans la relation entre le coping émotionnel et l'intensité de la

douleur. L'ensemble des résultats présentés sera interprété et discuté dans la section suivante.

ClicCourts.com

Discussion

Ce quatrième chapitre de l'essai présente la discussion des hypothèses et des questions de recherche et est divisée en cinq parties. Dans la première partie, un bref rappel des objectifs de recherche est effectué. La seconde partie présente une description sommaire des résultats. La troisième partie correspond à la discussion des hypothèses et des questions de recherche complémentaires en fonction de la nature de l'étude et de la recension des écrits. La quatrième partie énonce les forces et les limites de la présente étude. Finalement, les implications de l'étude de même que des pistes de recherche futures sont discutées.

Bref rappel des objectifs de recherche

Cette étude avait pour objectif d'examiner les associations entre le coping émotionnel, l'intensité de la douleur et le bien-être psychologique auprès d'une population souffrant de douleur chronique. Également, puisqu'aucune version française du *Emotional Approach Coping Scale* n'a pu être répertoriée, la traduction française de la version originale anglaise constituait donc un objectif préalable à la réalisation de la présente étude

Présentation sommaire des résultats

En résumé, les analyses corrélationnelles effectuées pour les hypothèses de recherche ont révélé une association négative entre l'intensité de la douleur et le bien-être psychologique (H1) de même qu'une association positive entre le coping émotionnel et le

bien-être psychologique, plus précisément pour le fonctionnement psychologique et la satisfaction de vie (H3). Contrairement à ce qui était attendu, une association positive entre le coping émotionnel et l'intensité de la douleur a été obtenue (H2).

Discussion des hypothèses de recherche

Dans cette partie de la discussion, les résultats relatifs aux hypothèses de recherche sont analysés et discutés à la lumière des écrits scientifiques. D'une part, les caractéristiques sociodémographiques, les données paramédicales ainsi que les conséquences associées à la douleur chronique des participants de l'échantillon seront comparées aux données probantes répertoriées dans le contexte théorique. D'autre part, les résultats obtenus aux hypothèses de recherche seront comparés aux données existantes et interprétés à la lumière des écrits disponibles.

Caractéristiques sociodémographiques des participants

Tout d'abord, les caractéristiques sociodémographiques des participants de la présente étude seront comparées à celles d'études répertoriées dans le contexte théorique qui ont été effectuées auprès de patients souffrant de douleur chronique.

Brièvement, voici un rappel des principales données sociodémographiques des participants à l'étude. L'échantillon était composé majoritairement de femmes (63,2 %) et d'individus mariés (74,7 %). L'âge moyen des participants était de 55,58 ans et près de la moitié (49,2 %) d'entre eux étaient âgés entre 50 et 63 ans.

Ces caractéristiques sociodémographiques sont comparables à celles des études de Smith et ses collaborateurs (2002), de Treharne et ses collaborateurs (2005), de Turk et ses collaborateurs (2008), de Burger et ses collaborateurs (2016) portant sur une population souffrant de douleur chronique (p. ex., douleur chronique myofasciale, arthrite rhumatoïde, fibromyalgie). Le présent échantillon est également comparable à celui de l'étude d'Herbette et Rimé (2004) à l'exception qu'il s'agit d'une étude conduite auprès de personnes souffrant de problématiques de santé non spécifiques. De plus, le présent échantillon est similaire à ceux d'autres études portant sur la douleur chronique, en ce sens qu'il est composé, dans une plus grande proportion, de femmes (c.-à-d., Blyth et al., 2001; Boonstra et al., 2013; Buskila, 2000; Millar, 1996) et que l'âge moyen des participants est dans la cinquantaine (c.-à-d., Association québécoise de la douleur chronique, 2009). En bref, il est possible de constater que les caractéristiques sociodémographiques (c.-à-d., âge, répartition homme femme, situation familiale) des participants de la présente étude correspondent au portrait des participants d'études antérieures conduites auprès de patients souffrant de douleur chronique.

Données paramédicales et conséquences associées à la douleur chronique

Certaines données paramédicales caractérisent l'échantillon à l'étude. Parmi elles, soulignons que 54,1 % des participants consomment des médicaments prescrits contre la douleur, ce qui va dans le sens d'une prise de médication importante pour ces patients. Les études au sujet de cette population montrent d'ailleurs que la prise de médicaments

pour soulager la douleur est deux à quatre fois plus élevée que dans la population générale (p. ex., Sander; 1085; Turk & Okifuji, 1996).

En ce qui concerne les problèmes concomitants associés à la douleur chronique, près des trois quarts (71,6 %) des participants rapportent souffrir d'autres problématiques de santé, dont les plus importantes sont les maladies cardiovasculaires (26,3 %) ainsi que l'anxiété et la dépression (7 %). Toutefois, le taux de dépression et d'anxiété rapporté dans la présente étude apparaît inférieur à ceux répertoriés dans d'autres études avec des taux de prévalence de 20 à 54 % pour la dépression (Banks & Kerns, 1996; McWilliams et al., 2003; Sullivan et al., 1992; Romano & Turner, 1985; Schopflocher, 2003) et de 44 à 51 % pour l'anxiété (Wolfe et al., 1990). Concernant le sommeil, 23,7 % des patients de la présente étude estiment avoir un bon sommeil et 9,1 % estiment ne pas pouvoir dormir, ce qui s'avère de meilleurs résultats que ceux d'une étude effectuée auprès de patients souffrant de douleur neuropathique qui montrait que 90 % d'entre eux souffraient d'un trouble de sommeil (Meyer-Roserberg et al., 2001).

En ce qui a trait aux activités de la vie quotidienne, il résulte que 76,6 % des patients de l'étude ont été obligés de les restreindre, 49,4 % estiment les effectuer de façon partielle et 6,1 % n'en font aucune. À ce sujet, Statistique Canada (2006) stipule que 10 % des Canadiens souffrant de douleur ou de maladies chroniques sont limités dans leurs activités. Une étude montre que 85 % des patients souffrant de douleurs graves signalent restreindre leurs activités générales (Schopflocher, 2003). Ainsi, un pourcentage élevé de

patients de la présente étude sont limités dans leurs activités quotidiennes en raison de la douleur, ce qui correspond aux données répertoriées à ce sujet. Sur le plan professionnel, 25,4 % des participants ont dû quitter leur emploi et 56,7 % ont été obligés de restreindre leurs activités professionnelles. Ces données sont comparables à celles de l'étude du *Canadian Pain Survey* (cité dans Association québécoise de la douleur chronique, 2009) où 33 % des patients avaient perdu leur emploi et 47 % avaient renoncé à certaines responsabilités professionnelles.

L'ensemble de ces données suggère que l'échantillon de l'étude présente des caractéristiques paramédicales et des conséquences associées à la douleur chronique comparables aux données probantes répertoriées dans les études portant sur la douleur chronique notamment en ce qui concerne la prise de médication et la restriction des activités quotidiennes et professionnelles. Toutefois, les participants de la présente étude paraissent moins souffrir de problèmes psychologiques concomitants (p. ex., dépression, anxiété, trouble du sommeil) de la douleur comparativement aux études antérieures répertoriées.

Première hypothèse

La première hypothèse selon laquelle il existe une association négative entre l'intensité de la douleur et le bien-être psychologique chez des patients souffrant de douleur chronique est confirmée. En d'autres termes, ce résultat indique que chez ces patients, une forte douleur est associée à un faible fonctionnement psychologique, à une

faible satisfaction de vie ainsi qu'à une détresse psychologique plus élevée. Afin de mieux comprendre les résultats relatifs à cette première hypothèse, un bref rappel des études antérieures sur lesquelles elle prenait appui sera présenté.

Ces résultats rejoignent ceux de l'étude de Boonstra et ses collaborateurs (2013) qui démontre qu'une intensité élevée de douleur est associée à une diminution de la satisfaction de vie. Les auteurs mentionnent que les conséquences reliées à la douleur seraient aussi associées à une diminution de la satisfaction de vie (Boonstra et al., 2013). D'ailleurs, ces auteurs mentionnent que la diminution de la satisfaction de vie est davantage associée aux conséquences de la douleur qu'à son intensité. De plus, les résultats de la présente étude correspondent à ceux de l'étude de Huber et ses collègues (2008) qui indiquent que l'intensité de la douleur est associée à une augmentation de la détresse psychologique et à une diminution du bien-être, ce qui a aussi été identifié dans la présente étude. L'étude d'Huber et ses collaborateurs (2008) démontre également que l'hyperalgie (c.-à-d., l'augmentation de la sensibilité à la stimulation nerveuse) est une variable associée à la détresse psychologique et au bien-être. Les résultats de la présente étude rejoignent aussi ceux de Smith et ses collaborateurs (2000), colligés auprès des patients souffrant de lombalgie chronique, qui indiquent qu'une intensité élevée de douleur est associée à un faible niveau de bien-être. Les résultats de la présente étude concordent également avec ceux de l'étude de Penny et ses collaborateurs (1999) puisque le bien-être est plus faible chez les patients qui présentent une douleur sévère. Ainsi, il résulte de la présente étude que plus l'intensité de la douleur est élevée, plus le bien-être

psychologique est faible, ce qui coïncide avec les études antérieures portant sur la douleur chronique.

En raison de la nature corrélacionnelle et donc réciproque de ce résultat, il est aussi possible de considérer que plus le bien-être psychologique des patients est élevé, plus l'intensité de douleur chez les patients souffrant de douleur chronique sera faible. En outre, il est identifié que chez des femmes ayant un diagnostic de fibromyalgie, celles qui ont un bon niveau de bien-être rapportent une plus faible sévérité de la fibromyalgie (Estévez-López et al., 2015). Toujours selon cette étude, le bien-être peut potentiellement aider les femmes souffrant de fibromyalgie à mieux gérer la sévérité de cette problématique de douleur chronique. Ainsi, l'étude d'Estévez-López et ses collaborateurs indique que le bien-être peut avoir un effet favorable sur la sévérité de la douleur, appuyant ainsi l'idée d'une interaction réciproque entre ces deux variables.

Dans les paragraphes suivants, trois variables, qui pourraient avoir joué un rôle modérateur, sont mises de l'avant pour mieux expliquer la relation négative entre l'intensité de la douleur et le bien-être psychologique. Ainsi, l'incapacité physique, la comorbidité et la cognition seront discutées dans la partie qui suit.

L'incapacité physique. Une première variable ayant pu jouer un rôle modérateur quant à l'association négative entre l'intensité de la douleur et le bien-être psychologique est l'incapacité physique liée à la douleur. Plus particulièrement, l'étude d'Huber et ses

collaborateurs (2008) et celle de Penny et ses collaborateurs (1999) indiquent que la relation entre l'intensité de la douleur et le bien-être est modulée par l'incapacité. L'incapacité est d'ailleurs le principal facteur associé au bien-être et à la détresse psychologique chez des patients souffrant de douleur chronique musculo-squelettique (Huber et al., 2008). L'incapacité influencerait d'ailleurs la relation entre la détresse psychologique et les symptômes de douleur (Huber et al., 2008). L'étude de Penny et ses collaborateurs (1999) précise, de son côté, que c'est lorsque l'intensité et l'incapacité sont élevées qu'il y a une diminution de la santé physique et émotionnelle, d'où la probabilité que l'incapacité puisse moduler l'association entre l'intensité de la douleur et le bien-être psychologique.

Une autre étude effectuée auprès de patients souffrant de douleur chronique montre que les limitations dans les activités engendrent une diminution de la satisfaction de vie, qui est une composante du bien-être (Boonstra et al., 2013). Ces chercheurs précisent d'ailleurs que la satisfaction de vie serait plutôt influencée par les conséquences de la douleur que par l'intensité. D'ailleurs, les statistiques répertoriées démontrent que l'incapacité et les limitations sont très importantes parmi la population souffrant de douleur chronique. En effet, rappelons que 10 % des patients souffrant de douleur chronique sont limités dans leurs activités (Statiques Canada, 2006) et parmi ceux ayant des douleurs graves, 85 % ont restreint leurs activités (Schopflocher, 2003). En lien avec les activités professionnelles, les statistiques révèlent qu'en raison de la douleur modérée ou intense 33 % des patients ont perdu leur emploi, 47 % ont renoncé à des responsabilités

professionnelles et 49 % ont des pertes de revenus (Canadian Pain Survey cité dans Association québécoise de la douleur chronique, 2009). Parmi les patients de la présente étude, près de la moitié des participants (49,4 %) effectuent leurs activités de façon partielle, 73,6 % ont restreint leurs activités de la vie quotidienne, 56,7 % ont restreint leurs activités professionnelles et 25,4 % des participants ont quitté leur emploi en raison de la douleur, ce qui se rapproche des données statistiques répertoriées dans les études antérieures.

Ainsi, l'ensemble de ces études supportent l'idée que l'incapacité physique à exercer ses activités personnelles ou professionnelles est une variable modératrice du lien entre l'intensité de la douleur et le bien-être psychologique. Bien que cette variable puisse avoir joué un rôle modérateur, celle-ci n'avait pas été préalablement incluse dans le modèle à l'étude.

La comorbidité. Une seconde variable modératrice possible pouvant expliquer la relation entre l'intensité de la douleur et le bien-être psychologique correspond à la présence de comorbidité chez les patients souffrant de douleur chronique. La comorbidité correspond aux maladies ou troubles qui peuvent être associés ou s'ajouter à la douleur chronique. À ce sujet, une étude récente, effectuée auprès de patients souffrant de douleur chronique musculo-squelettique, explique qu'en plus de l'intensité de la douleur, un niveau élevé d'anxiété, de dépression et de stress post-traumatique est associé à une diminution de la satisfaction de vie (Boonstra et al., 2013). Il est d'ailleurs montré que

l'anxiété et la dépression diminuent les seuils de douleur engendrant alors une augmentation de la sensibilité à la douleur (Cornwall & Donderi, 1988; Zelman et al., 1991). Cela est également appuyé par les différents modèles de la douleur (p. ex., modèle biopsychosocial, modèle de Gatchel, Théorie du Portillon). Ainsi, sans parler de trouble diagnostiqué, il est possible de penser que, chez les patients de la présente étude, ceux qui ont identifié avoir des symptômes anxieux et dépressifs puissent davantage ressentir de douleur, ce qui peut alors être associé à un bien-être psychologique plus faible. De plus, il est reconnu que les gens vivant avec une douleur sévère sont davantage prédisposés à présenter une psychopathologie (McWilliams et al., 2004), un trouble de la personnalité ou à abuser d'alcool et de drogues (Gatchel & Epker, 1998 cité dans Brannon & Feist, 2007). L'instabilité émotionnelle, la difficulté à réguler ses émotions, l'abus de substances sont des éléments qui peuvent témoigner de la souffrance vécue par les gens qui présentent ces problématiques psychologiques et qui souffrent de douleur chronique. Ainsi, la présence de comorbidité pourrait avoir influencé à la hausse l'association entre l'intensité de la douleur et le bien-être psychologique dans le modèle à l'étude.

La cognition. Une autre variable qui mérite d'être nommée et qui pourrait avoir eu un effet modérateur sur la relation observée est la cognition. En effet, les écrits au sujet de la douleur démontrent d'emblée que l'intensité de la douleur est modulée, entre autre, par la dimension cognitive (p. ex., Théorie du Portillon, modèle de Gatchel, modèle de Calvino). La cognition correspond ici au sens donné à l'expérience douloureuse (Gatchel et al., 2007). Deux études relativement récentes stipulent d'ailleurs que la valeur accordée

à la stimulation sensorielle serait plus importante que l'intensité de la douleur (Colloca & Benedetti, 2004; Rainville, 2004). D'ailleurs, la cognition peut déclencher une réaction émotionnelle supplémentaire qui amplifie l'expérience de la douleur (Gatchel et al., 2007). Par exemple, des patients souffrant d'arthrite rhumatoïde, qui perçoivent que l'arthrite amène des conséquences importantes, sont ceux qui rapportent une augmentation de la douleur, des raideurs matinales et de la fatigue (Treharne et al., 2005). Chez les patients souffrant de douleur chronique, la difficulté à se désengager des sensations douloureuses peut engendrer une interprétation erronée de la sensation douloureuse qui pourra alors être perçue comme étant dangereuse et plus intense (Crombez et al., 2005; Margot-Duclot, 2013), ce qui peut alors être négativement associé au bien-être psychologique. En effet, les patients souffrant de douleur chronique qui effectuent des évaluations cognitives plus négatives de leurs expériences douloureuses sont plus à risque de voir diminuer leur bien-être (Smith et al., 2000). Toutefois, la cognition peut aussi moduler positivement l'intensité de la douleur puisque la distraction favorise l'augmentation du seuil de la douleur et la tolérance à celle-ci (Buschnell et al., 1985), ce qui peut s'avérer positif pour améliorer le bien-être psychologique des patients. En raison de son influence sur l'intensité de la douleur, la cognition pourrait avoir joué un rôle modérateur dans la relation entre l'intensité de la douleur et le bien-être psychologique.

Les conséquences négatives de la cognition sur la douleur et le bien-être psychologique peuvent aussi se présenter de façon indirecte et sur une période prolongée comme le démontrent les études suivantes. Par exemple, les pensées intrusives et

l'inquiétude liée à la santé peuvent engendrer des perturbations du sommeil (Smith et al., 2000) ce qui peut conduire à une baisse du seuil de tolérance à la douleur (Association québécoise de la douleur chronique, 2009). Dans le même sens, le stress associé à l'incapacité de modifier l'aspect chronique de la douleur favorise l'apparition d'un sentiment d'impuissance qui, de manière prolongée, peut conduire à un état dépressif (Anderson et al., 1985). De plus, il est démontré que l'évaluation personnelle des conséquences de la douleur, des capacités à exercer un contrôle sur la douleur et sur sa vie sont des facteurs modérateurs du lien entre la douleur et la dépression (Rudy et al., 1988; Turk et al., 1995). Ainsi, les croyances, la perception des conséquences et la valeur accordée à la stimulation douloureuse sont des éléments appuyant l'idée que la cognition est un facteur modérateur important à considérer, mais non évalué dans la présente étude, pour expliquer l'association négative entre l'intensité de la douleur et le bien-être psychologique des patients souffrant de douleur chronique.

En somme, les résultats relatifs à la première hypothèse démontrent que l'association négative entre l'intensité de la douleur et le bien-être psychologique concorde avec ce qui a été observé dans des recherches antérieures. L'analyse met également en lumière qu'il s'agit d'une relation complexe puisque la contribution de variables modératrices a pu exercer un rôle dans l'association entre ces deux variables.

Deuxième hypothèse

Selon la seconde hypothèse, il était attendu que le coping émotionnel serait négativement associé à l'intensité de la douleur. Contrairement à cette hypothèse, il résulte que le coping émotionnel est positivement associé à l'intensité de la douleur chez les patients souffrant de douleur chronique. La force du lien unissant le coping émotionnel et l'intensité de la douleur est faible ($r = 0,17$). Ce résultat obtenu va à l'encontre de ce qui est répertorié dans les écrits scientifiques au sujet des émotions et de la douleur. En effet, des études récentes montrent plutôt que c'est le contrôle émotionnel et la répression des émotions qui seraient associés à une augmentation de la douleur et non le coping émotionnel, qui est une stratégie de régulation émotionnelle. Par exemple, l'étude de Burns, Quartana, Gilliam, Gray, Matsuura, Nappi, Wolfe, et Lofland (2008) a identifié que la répression des émotions, notamment la colère, est associée à l'accroissement de la douleur. L'étude de Van Middendorp et ses collaborateurs (2008) a aussi montré que l'évitement émotionnel, serait associé à des niveaux plus élevés d'affects négatifs, de symptômes (douleur et fatigue) et de détresse psychologique. Ainsi, puisque le coping émotionnel est l'opposé du contrôle et de la répression émotionnelle, il aurait plutôt été attendu que le coping émotionnel soit négativement associé à la douleur chronique. Il faut considérer que cette hypothèse s'appuyait sur une seule étude soit celle de Smith et ses collaborateurs (2002). Selon cette étude, le coping émotionnel est associé à moins de douleur sensorielle et affective chez des patients souffrant de douleur chronique myofaciale.

Les paragraphes qui suivent proposent trois explications pour rendre compte de l'association positive entre le coping émotionnel et l'intensité de la douleur. La première explication correspond aux différences méthodologiques entre la présente étude et celle de Smith et ses collaborateurs (2002), de même qu'au devis de recherche utilisé. La seconde explication correspond aux émotions vécues par les patients au moment de l'étude, ce qui pourrait être une variable modératrice/concomitante. La dernière explication réfère aux modèles théoriques de la douleur qui apportent un appui quant à la relation réciproque entre le coping émotionnel et l'intensité de la douleur.

Différences méthodologiques. Sur le plan méthodologique, des différences en ce qui concerne la nature des variables à l'étude peuvent en partie expliquer la différence de résultats avec l'étude de Smith et ses collaborateurs (2002) puisqu'il s'agit aussi d'une étude transversale. Tout d'abord, dans la présente étude, les analyses statistiques ont utilisé le score global d'intensité de douleur, regroupant la douleur sensorielle et affective, comparativement à l'étude de Smith et ses collaborateurs dans laquelle le sous-type de douleur (c.-à-d., sensorielle ou affective) a été distingué. D'une part, selon ces auteurs, le coping émotionnel serait efficace sur la douleur affective, mais il serait moins relié à la douleur sensorielle, ce qui pourrait expliquer ce résultat inattendu. D'autre part, la présente étude n'a effectué aucun contrôle de variables comparativement à l'étude de Smith et ses collaborateurs (2002) qui ont contrôlé les affects négatifs et les données démographiques de façon expérimentale. Ainsi, ces auteurs précisent que le coping émotionnel est lié à moins de douleur affective lorsque ces deux variables sont contrôlées

expérimentalement, ce qui n'a pu être effectué dans la présente étude. De plus, les résultats de l'étude de Smith et ses collègues ont été rapportés de façon distincte pour les hommes et les femmes, ce qui n'a pu être démontré dans la présente étude puisqu'il n'y a pas de différence entre ces deux groupes. Finalement, la durée de la douleur n'a pas été mesurée dans la présente étude, alors que la durée moyenne de la douleur était de 11 ans pour l'étude de Smith et ses collaborateurs. Ainsi, les émotions et le processus d'adaptation associés à la douleur peuvent différer en fonction de la durée de la douleur, ce qui pourrait avoir influencé le présent résultat. Bref, les différences méthodologiques observées entre la présente étude et celle de Smith et ses collaborateurs constituent l'élément principal pouvant expliquer que le coping émotionnel soit positivement associé à l'intensité de la douleur chez les patients souffrant de douleur chronique de la présente étude.

Devis de recherche. Un autre élément pouvant expliquer l'association positive entre le coping émotionnel et l'intensité de la douleur réfère au devis de recherche transversal utilisé dans la présente étude. En effet, puisque les deux variables ont été mesurées au même moment, il n'a pas été possible d'observer l'effet de l'utilisation du coping émotionnel sur la modulation de l'intensité de la douleur. En effet, d'après une étude de Stanton et ses collaborateurs (2000b), les bénéfices engendrés par le coping émotionnel semblent apparaître suite à l'utilisation prolongée de cette stratégie de coping et non de façon immédiate. De plus, les auteurs précisent que les bénéfices sont présents lorsque le processus émotionnel est suivi de l'expression des émotions et non de façon simultanée.

Ainsi, puisque la présente étude comporte un seul temps de mesure, il n'a pas été possible d'observer un tel processus dynamique.

Émotions vécues au moment de l'étude. Les recherches en neurosciences apportent un éclairage nouveau à propos du lien existant entre les émotions et la douleur. En effet, il est démontré que les émotions influencent la douleur dans le système nerveux central (Goldenberg, 2010) et que des zones communes (c.-à-d., le cortex préfrontal ventrolatéral) sont impliquées dans les émotions et la douleur (Villemure & Bushnell, 2009). Au stade de la douleur chronique, il est reconnu que les gens vivent davantage d'émotions négatives (p. ex., colère, anxiété) (p. ex., Fernandez & Turk, 1995; Fernandez et al., 1998; Fordyce, 1976). À ce sujet, une étude récente montre que les émotions négatives favoriseraient une plus grande douleur chez les patients souffrant de douleur chronique (Lumley et al., 2011) D'ailleurs, il a été récemment identifié que les émotions négatives tendent à augmenter la sensation de douleur, alors que les émotions positives tendent à la diminuer (Estévez-Lopez et al., 2015; Morel & Pickering, 2013). De plus, les émotions négatives sont négativement associées au processus émotionnel et à l'expression des émotions, mais positivement associées à la douleur (Van Middendorp et al., 2008). Quant aux émotions positives, elles agiraient comme facteurs de protection en atténuant l'impact de la douleur sévère et du stress (Zautra et al., 2005). Puisqu'il est démontré que les émotions influencent l'expérience douloureuse en ayant un impact sur les cognitions et les comportements (Lumley et al., 2011; Price, 2000), il est aussi possible que cela ait influencé (p. ex., modification de la perception de la douleur) l'expérience de la douleur.

Ainsi, les émotions vécues par les patients, au moment de l'étude, pourraient avoir agi comme variables modératrices/concomitantes dans la relation entre le coping émotionnel et l'intensité de la douleur, ce qui n'a pu être contrôlé dans le cadre de cette étude.

Les modèles théoriques de la douleur. La dernière explication réfère aux modèles théoriques de la douleur qui permettent d'expliquer la relation de réciprocity possible entre le coping émotionnel et l'intensité de la douleur. En effet, il ressort de ces modèles (p. ex., Calvino, 2007, Gatchel & Matt Madrey, 2002; Loeser 1982 dans Gatchel et al., 2007) qu'après une stimulation nociceptive, qui amène la sensation douloureuse, il y a présence de comportements de douleur et de souffrance. La souffrance est définie comme la réponse émotionnelle déclenchée par la nociception ou les autres événements aversifs associés (p. ex., la dépression) (Loeser, 1982 dans Gatchel et al., 2007). Si l'intensité de la douleur augmente, le niveau de souffrance et les conséquences associées (p. ex., psychologiques et sociales) deviennent alors plus importants. Pour faire face à cette souffrance, les individus peuvent user de stratégies d'adaptation, ce qui pourrait expliquer une plus grande utilisation du coping émotionnel. D'ailleurs, les résultats montrent que, lorsque l'intensité de la douleur augmente, l'utilisation du coping émotionnel augmente également. Aussi, il est possible d'envisager que les patients qui sont capables de se centrer sur leur expérience émotionnelle (c.-à-d., identifier leurs émotions) et l'exprimer sont possiblement ceux qui disposent de ressources personnelles (p. ex., auto-observation, identification des sensations) leur permettant également de se centrer sur leur expérience douloureuse et son expression et l'inverse. En somme, il apparaît plausible de penser que

lorsque l'intensité de la douleur augmente, l'utilisation du coping émotionnel pourrait être davantage sollicitée, ce qui pourrait expliquer l'association positive entre ces deux variables.

Troisième hypothèse

La troisième hypothèse, selon laquelle il existe une association positive entre le coping émotionnel et le bien-être psychologique chez les patients souffrant de douleur chronique, est partiellement supportée. En effet, le coping émotionnel est significativement associé à deux des trois composantes du bien-être psychologique mesurées soient le fonctionnement psychologique et la satisfaction de vie. Aucune relation significative n'est présente entre le coping émotionnel et la détresse psychologique. Afin de mieux comprendre les résultats obtenus, les explications relatives à cette hypothèse seront traitées en deux temps. Tout d'abord, celles se rapportant à l'association entre le coping émotionnel, la satisfaction de vie et le fonctionnement psychologique seront élaborées. Par la suite, l'absence d'association entre le coping émotionnel et la détresse psychologique sera discutée séparément.

Coping émotionnel, satisfaction de vie et fonctionnement psychologique. La recension des écrits au sujet du coping émotionnel met en évidence qu'aucune étude n'a jusqu'à présent mis en relation le coping émotionnel et le bien-être psychologique, tel que défini dans la présente étude. Plus précisément, le coping émotionnel a surtout été étudié avec l'ajustement psychologique et la satisfaction de vie, mais aucune avec le

fonctionnement psychologique. À l'instar de ces données, d'autres recherches ne portant pas sur le coping émotionnel, mais sur des interventions psychologiques favorisant l'expression des émotions, permettent également de mieux comprendre les résultats obtenus. Ainsi, il est possible d'établir des liens entre ces résultats de recherches et ceux de la présente étude afin de rendre compte de l'association entre le coping émotionnel, la satisfaction de vie et le fonctionnement psychologique.

Tout d'abord, l'association positive entre le coping émotionnel et la satisfaction de vie rejoint un résultat obtenu dans l'étude de Stanton et ses collaborateurs (2000a) qui démontre que le coping émotionnel est positivement associé à la satisfaction de vie chez des étudiants universitaires qui devaient parler d'une situation stressante. Il est possible de comparer les résultats de la présente étude à celui de l'étude de Stanton et ses collaborateurs puisque la douleur chronique est aussi une situation stressante. Également, la présence d'une association positive entre le coping émotionnel et la satisfaction de vie va dans le même sens que des études menées auprès de femmes ayant un cancer du sein (Goodwin et al., 2001; Spiegel et al., 1989; Stanton et al., 2000b), une autre problématique de santé chronique. Ces études démontrent que des interventions psychologiques favorisant le traitement et l'expression des émotions ou l'utilisation du coping émotionnel tendent à améliorer la qualité de vie, un concept qui se rapproche de celui de la satisfaction de vie. En raison de la nature corrélacionnelle et réciproque de l'association entre le coping émotionnel et la satisfaction de vie, il devient possible d'affirmer que plus la satisfaction

de vie est élevée, plus l'utilisation du coping émotionnel est élevée chez les patients souffrant de douleur chronique.

En regard du fonctionnement psychologique, bien qu'il n'y ait pas d'étude comparative, il ressort toutefois que la valeur adaptative du coping émotionnel s'apparente à certaines dimensions mesurées par le fonctionnement psychologique, notamment les relations positives avec les autres, la maîtrise de son environnement, les buts dans la vie et la croissance personnelle. L'étude de Smith et ses collaborateurs (2002) indique que le coping émotionnel corrèle modérément avec le coping orienté sur le problème et la recherche de soutien social, ce qui peut rejoindre les dimensions mesurées par le fonctionnement psychologique. De plus, il est reconnu que l'utilisation des émotions comme stratégie d'adaptation permet de rediriger son attention vers les inquiétudes centrales de sa vie (Frijda, 1994), d'atteindre les buts (Brody, 1999, Stanton et al., 1994), de favoriser la régulation et la réaction de l'environnement social (Keltner & Haidt, 2001 ; Schut et al., 1997; Smyth, 1998 ; Stanton et al., 2000a) et de guider et motiver les gens à adopter des comportements adaptatifs (Nesse & Ellsworth, 2009). Cela appuie l'idée qu'un patient souffrant de douleur chronique utilisant les deux composantes du coping émotionnel puisse présenter un fonctionnement psychologique plus élevé. Compte tenu de la relation réciproque entre ces variables, il est possible d'envisager qu'un patient qui présente un fonctionnement psychologique élevé puisse être une personne qui dispose de ressources personnelles favorisant une plus grande utilisation du coping émotionnel pour s'ajuster à sa condition.

Dans les paragraphes suivants, deux hypothèses sont mises de l'avant afin d'apporter des précisions quant à la présence d'un lien positif entre le coping émotionnel, la satisfaction de vie et le fonctionnement psychologique. Ces explications réfèrent à la présence possible de variables modératrices, dont la réceptivité du réseau social et l'optimisme, puisqu'il a été démontré que le contexte environnemental et les caractéristiques de l'individu ont une influence sur le potentiel adaptatif du coping émotionnel (Austenfeld & Stanton, 2004).

La réceptivité du réseau social. Un facteur important chez les gens souffrant de douleur chronique et qui pourrait avoir eu un effet modérateur sur l'utilisation des composantes du coping émotionnel, plus spécifiquement l'expression des émotions, est la réceptivité du réseau social. Des études portant sur l'expression des émotions et la dynamique sociale ont identifié que les personnes vivant des épreuves difficiles estiment avoir besoin d'exprimer leurs émotions, de recevoir de l'écoute, de l'attention ainsi qu'une rétroaction de la part de leur entourage (Helmrath & Steinitz, 1978; Mitchell & Glicksman, 1977; Pennebaker & Harber, 1993; Silver & Wortman, 1980). Bien que des études au sujet du coping émotionnel démontrent que les avantages au niveau de l'adaptation sont ressentis malgré l'absence de soutien social (Stanton et al., 1994, 2000a, 2000b), il émerge toutefois que l'expression émotionnelle est davantage associée à l'adaptation lorsque l'environnement social est réceptif (Stanton et al., 2000a ; Reynolds et al, 2000). En effet, l'expression des émotions favorise la régulation de l'environnement social en transmettant des informations concernant ses préoccupations et en recevant une

rétroaction de l'entourage (Frijda, 1994; Keltner & Haidt, 2001). Ainsi, bien que la réceptivité du réseau social n'ait pas été mesurée dans la présente étude, ce facteur a pu intervenir au niveau de l'association observée entre le coping émotionnel, la satisfaction de vie et le fonctionnement psychologique chez les patients souffrant de douleur chronique de la présente étude.

L'optimisme. Dans une étude effectuée auprès d'une population non clinique (c.-à-d., des étudiants universitaires), il a été démontré que les personnes ayant espoir que leur situation s'améliore peuvent utiliser de façon plus efficace le coping émotionnel (Stanton et al., 2000a). Selon Stanton et ses collaborateurs (2000a), l'optimisme est une variable modératrice de cette relation. Chez des gens souffrant d'arthrite rhumatoïde, ceux qui sont optimistes rapportent moins d'anxiété, de dépression et sont plus satisfaits de leur vie que ceux qui sont pessimistes (Treharne et al., 2005). Cependant, à un stade avancé d'arthrite rhumatoïde, il est démontré qu'un grand niveau d'optimisme serait associé à plus de douleur (Treharne et al., 2005). À partir de ces études, il est possible d'envisager que les patients souffrant de douleur chronique qui sont plus optimistes peuvent mieux utiliser le coping émotionnel pour faire face à leur situation. Par conséquent, ils sont peut-être plus enclins à avoir une meilleure satisfaction de vie et un meilleur fonctionnement psychologique. Par contre, l'optimisme peut avoir un impact négatif si cela devient du déni menant la personne à avoir une perception non réaliste de sa situation et à adopter des comportements non adaptés à sa condition. Ainsi, ces résultats amènent l'idée que les gens optimistes devraient réévaluer leurs perceptions selon l'évolution de leur état de santé

afin que leurs comportements soient adaptés à leurs conditions. Ces études démontrent donc l'importance de l'optimisme dans le phénomène de la douleur chronique, mais aussi pour l'adaptation, ce qui en fait une variable ayant pu contribuer à l'association positive entre le coping émotionnel, le fonctionnement psychologique et la satisfaction de vie.

Coping émotionnel et détresse psychologique. Contrairement à ce qui était attendu, les résultats de la présente étude ne confirment pas de lien significatif entre le coping émotionnel et la détresse psychologique. Ces résultats ne vont pas dans le sens des études de Stanton et ses collaborateurs (2000b), de Van Middendorp et ses collaborateurs (2008) et de Burger et ses collaborateurs (2016). Plus particulièrement, l'étude de Burger et ses collaborateurs (2016) et celle de Van Middendorp et ses collaborateurs (2008) indiquent que le coping émotionnel est associé faiblement à une diminution de la détresse psychologique. Dans l'étude de Stanton et ses collaborateurs (2000b), il ressort que c'est l'expression des émotions qui est associée à une diminution de la détresse psychologique car, utilisé seul, le processus émotionnel favorise la détresse psychologique puisqu'il ressemble davantage à de la rumination.

Afin de mieux comprendre l'absence de lien entre le coping émotionnel et la détresse psychologique, deux explications seront avancées. La première explication réfère aux différences méthodologiques entre la présente étude et les études mentionnées précédemment. La seconde explication correspond aux variables associées à la détresse

psychologique qui non pas été incluses dans le modèle à l'étude, mais qui auraient pu exercer une influence.

Différences méthodologiques. Des différences méthodologiques entre la présente étude et celles nommées précédemment pourraient expliquer en partie l'absence d'association entre le coping émotionnel et la détresse psychologique. En effet, tant l'étude de Burger et ses collaborateurs (2016) que celle de Stanton et ses collaborateurs (2000b) avaient un devis de recherche longitudinal, alors que dans la présente étude, le devis de recherche utilisé était transversal. Ainsi, dans la présente étude, les deux composantes ont été évaluées au même moment. Tel que l'explique Stanton et ses collègues (2000b), les effets positifs du coping émotionnel sur la détresse psychologique sont consécutifs à un processus qui débute par la compréhension de ses émotions suivi de l'expression des émotions. Ainsi, ce processus n'a pu être observé sur un temps de mesure unique et supporte encore une fois l'idée que le coping émotionnel devrait être observé sur une plus longue période de temps afin d'en mesurer l'effet adaptatif. D'autre part, l'étude de Stanton et ses collaborateurs (2000b) était effectuée auprès de femmes ayant un cancer du sein, une problématique de santé mettant en danger le pronostic de survie. Comparativement à cette étude, les patients de la présente étude souffrent d'une problématique de santé invalidante, mais qui ne compromet pas leur survie, ce qui pourrait avoir influencé cette relation.

En ce qui concerne l'étude de Van Middendorp et ses collaborateurs (2008), il est difficile de cibler les variables qui peuvent expliquer la différence du résultat obtenu. En effet, il s'agit d'une étude transversale comprenant des analyses corrélationnelles, une moyenne d'âge et un statut socioéconomique similaires. L'élément majeur qui diffère de la présente étude de celle de Van Middendorp et ses collaborateurs (2008) est que leur échantillon est uniquement féminin comparativement à la présente étude où l'échantillon est composé d'hommes et de femmes. Ainsi, d'autres études seront nécessaires pour mieux comprendre la différence du résultat obtenu dans la présente étude et celle de Van Middendorp et ses collaborateurs (2008).

Variables associées à la détresse psychologique. Une autre hypothèse mise de l'avant pour expliquer l'absence de lien entre le coping émotionnel et la détresse psychologique dans la présente étude est que la détresse psychologique est influencée par d'autres variables. En effet, l'étude d'Huber et ses collègues (2008), menée auprès de femmes souffrant de douleur chronique, a démontré que la détresse psychologique est significativement corrélée avec l'intensité de la douleur, l'hyperalgie, l'incapacité et l'âge malgré le fait que des variables d'ordre émotionnel ont aussi été évaluées. Huber et ses collaborateurs (2008) précisent d'ailleurs que l'âge avancé et l'incapacité physique sont les deux variables les plus importantes pour prédire la détresse psychologique chez les femmes de cette étude. Dans la présente étude, l'âge moyen des participants est de 55,6 ans, ce qui ne constitue pas un âge avancé. De plus, l'intensité moyenne de la douleur décrite par les patients est modérée. Quant à l'incapacité et l'hyperalgie, ces variables

n'étaient pas évaluées. Ces variables soulèvent l'hypothèse que la détresse psychologique des patients pourrait être davantage influencée par des variables liées à la douleur qu'à des variables émotionnelles. De plus, il faut considérer que dans la semaine précédant l'étude, les patients de la présente étude présentaient en général une faible détresse psychologique. D'ailleurs, les patients présentaient un taux moins élevé de dépression et d'anxiété que celui généralement observé chez des individus souffrant de douleur chronique, ce qui pourrait être associé à une faible détresse psychologique. Ces éléments apportent donc des pistes de réflexion pour mieux comprendre l'absence d'association entre le coping émotionnel et la détresse psychologique chez les patients souffrant de douleur chronique, mais cela mériterait d'être étudié plus en profondeur dans une étude ultérieure.

En somme, les résultats relatifs à la troisième hypothèse permettent d'établir un lien statistiquement significatif entre le coping émotionnel, la satisfaction de vie et le fonctionnement psychologique, deux composantes du bien-être psychologique. Quant à l'absence de lien avec la détresse psychologique, elle apparaît associée à la méthodologie utilisée de même qu'aux variables associées à la détresse psychologique (p. ex., âge, incapacité). Il est toujours possible de considérer que le bien-être psychologique chez les patients souffrant de douleur chronique de la présente étude soit attribuable à d'autres variables non-contrôlées, mais il ressort que le coping émotionnel est un facteur associé à la satisfaction de vie et au fonctionnement psychologique, deux composantes du bien-être psychologique.

Discussion des questions de recherche complémentaires

Les analyses complémentaires qui ont été réalisées pour les fins de la présente étude ont porté sur la recherche de différence entre le type de douleur (affectif et sensoriel) et le bien-être psychologique, de différence entre les composantes du coping émotionnel et l'intensité de la douleur ainsi que de différence sexuelle dans la relation entre le coping émotionnel et l'intensité de la douleur.

Première question

Les analyses complémentaires réalisées n'ont pas révélé de différence statistiquement significative entre les deux types de douleur, affectif ou sensoriel, et le bien-être psychologique. Ainsi, les deux types de douleur semblent être, de façon similaire, associés négativement au bien-être psychologique chez les patients souffrant de douleur chronique. Bien que, statistiquement, il n'existe pas de différence entre les deux types de douleur, il résulte tout de même que la douleur affective est seulement associée au fonctionnement psychologique, alors que la douleur sensorielle est associée à la satisfaction de vie et à la détresse psychologique. L'association positive entre la douleur sensorielle et la détresse psychologique va dans le même sens que l'étude de Huber et ses collaborateurs (2008), qui mentionne que l'hyperalgie, une forme de douleur sensorielle, est associée à la détresse psychologique. Toutefois, l'analyse de ces résultats, en accord avec l'état actuel de la recherche au sujet de la douleur chronique et du bien-être psychologique, ne permet pas de tirer de conclusion ni d'hypothèse explicative quant à ces associations. Il est possible que des variables modératrices puissent en partie expliquer

la présence de ces relations, qui souligne à nouveau la relation complexe entre ces variables. Puisque les études disponibles ne permettent pas d'aller plus loin dans l'explication de ces résultats, seules des études futures permettraient d'approfondir la compréhension de cette association.

Deuxième question

Les analyses statistiques n'ont pas révélé de différence statistiquement significative entre le processus émotionnel et l'expression des émotions et l'intensité de la douleur. Cela indique que les deux composantes du coping émotionnel sont positivement associées à l'intensité de la douleur, ce qui va dans le même sens que le résultat de la deuxième hypothèse, selon lequel le coping émotionnel est positivement associé à l'intensité de la douleur. Puisque la comparaison des deux composantes s'effectue au même moment et que les bénéfices du coping émotionnel semblent se présenter lorsque les deux composantes sont utilisées de façon subséquente, cela apporte un élément d'explication quant à ce résultat. D'ailleurs, aucune étude répertoriée dans la recension des écrits scientifiques n'a obtenu un résultat similaire. En effet, l'étude de Smith et ses collaborateurs (2002) présente un résultat inverse, soit une diminution de la douleur avec le coping émotionnel. Ainsi, des études longitudinales pourraient sans doute apporter des explications nouvelles à ces résultats.

Troisième question

Le troisième résultat issu de ces analyses complémentaires est l'absence de différence entre les sexes dans la relation entre le coping émotionnel et l'intensité de la douleur. Cela indique que l'association positive entre le coping émotionnel et l'intensité de la douleur est présente tant chez les hommes que chez les femmes. À la lumière des données disponibles, il appert que peu d'études ont porté sur le coping émotionnel et la douleur chronique et encore moins sur la différence entre les sexes. Ainsi, seule l'étude de Smith et ses collaborateurs (2002) apportent un élément de comparaison. Ceux-ci ont identifié une relation négative entre le coping émotionnel et la douleur et que pour la douleur sensorielle, cette relation est plus importante chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, le résultat obtenu dans la présente étude s'avère contraire à celui de l'étude de Smith et ses collaborateurs. La principale hypothèse explicative corespond à la méthode utilisée. D'une part, dans l'étude de Smith et ses collaborateurs (2002), la différence entre les sexes est présente pour la douleur de type sensoriel, alors que dans la présente étude, le score global de l'intensité de douleur a été utilisé. D'autre part, l'étude de Smith et ses collaborateurs ont contrôlé certaines variables (p.ex., affect négatif, statut marital), ce qui pourrait avoir influencé leur résultat. De plus, l'étude de Smith et ses collaborateurs a été effectuée avec un échantillon relativement petit (c.-à-d., 20 hommes et 60 femmes) comparativement à notre échantillon qui comprend 82 hommes et 153 femmes, ce qui pourrait avoir modifié les résultats et la validité statistique. Finalement, considérant la différence de résultat présenté ci-dessus et que peu d'études ont exploré les différences entre les sexes dans la relation entre le coping émotionnel et l'intensité de la

douleur, il appert que d'autres études s'avèrèrent nécessaires pour mieux comprendre le rôle du sexe dans cette association.

Implications théoriques et pratiques de l'étude

Implications théoriques

Les résultats significatifs actuels apportent une contribution intéressante aux connaissances scientifiques quant à la problématique hautement complexe de la douleur chronique. L'apport original de cette recherche est qu'il s'agit de la première recherche québécoise à s'intéresser au coping émotionnel, tel qu'élaboré par Stanton et ses collaborateurs (1994), en lien avec l'intensité de la douleur et le bien-être psychologique d'une population souffrant de douleur chronique. La présente étude met aussi de l'avant l'importance des associations réciproques entre chacune des variables à l'étude, illustrant ainsi la complexité du phénomène de la douleur chronique et du coping émotionnel.

Tout d'abord, les résultats issus de cette étude indiquent que le coping émotionnel est positivement associé à deux variables du bien-être psychologique, soient le fonctionnement psychologique et la satisfaction de vie. Bien que des liens entre le coping émotionnel et la satisfaction de vie avaient déjà été établis dans plusieurs recherches (p. ex. Burger et al., 2016 ; Stanton et al., 2000a, 2000b ; Van Middendorp et al., 2008) auprès de différentes populations vivant un événement de vie stressant (p. ex., étudiants universitaires, fibromyalgie, cancer du sein), aucune n'avait étudié le coping émotionnel et le fonctionnement psychologique. Ainsi, la présente étude met en lumière que plus le

coping émotionnel est utilisé, plus il est associé à un fonctionnement psychologique et une satisfaction de vie élevés chez les patients souffrant de douleur chronique. Il s'avère aussi possible de penser que les patients qui présentent un fonctionnement psychologique élevé puissent disposer de ressources personnelles favorisant une plus grande utilisation du coping émotionnel et l'inverse. Dans le même sens, une satisfaction de vie plus élevée peut aussi être un facteur favorisant une plus grande utilisation du coping émotionnel. La présente étude a aussi permis de soutenir que l'intensité de la douleur est négativement associée au bien-être psychologique des patients souffrant de douleur chronique, ce qui corrobore les données probantes.

Contrairement à ce qui était attendu, il résulte qu'une relation positive significative, mais faible, est présente entre le coping émotionnel et l'intensité de la douleur. Des raisons de nature méthodologique entre la présente étude et celle de Smith et ses collaborateurs (2002) et le devis de recherche utilisé expliquent en partie la présence de cette association positive entre ces deux variables. Toutefois, il faut considérer que d'autres études mettant en lien le coping émotionnel et des mesures de douleur (p. ex., Burger et al., 2016 ; Van Middendorp et al. 2008) n'ont pu observer de lien entre ces deux variables. Ainsi, cette relation mériterait d'être approfondie dans des études ultérieures. Les émotions vécues par les patients au moment de l'étude pourraient aussi avoir joué un rôle modérateur dans cette relation compte tenu des émotions négatives qui tendent à augmenter la sensation de douleur, alors que les émotions positives l'atténuent (Morel & Pickering, 2013). Les théories sur la douleur démontrent qu'en présence de douleur, il y a de la souffrance qui

sollicite des stratégies pour y faire face, d'où la possibilité d'une plus grande utilisation du coping émotionnel lorsque la douleur est plus élevée. Également, les patients qui ont une plus grande utilisation du coping émotionnel sont possiblement ceux qui disposent de ressources personnelles leur permettant aussi d'être en contact et d'exprimer leurs émotions, ce qui pourraient aussi les aider à être plus en contact avec leur expérience douloureuse et son expression et l'inverse.

La présente étude n'a toutefois pas permis d'observer de lien entre le coping émotionnel et la détresse psychologique chez les patients souffrant de douleur chronique. Les différences méthodologiques et les variables associées à la détresse psychologique, chez les gens souffrant de douleur chronique, pourraient expliquer qu'il n'ait pas été possible de mettre en lumière cette association entre ces deux variables. Il est à noter que le présent échantillon présentait un faible niveau de détresse psychologique au moment de l'étude ainsi qu'un taux de dépression et d'anxiété inférieur à celui généralement observé chez des patients souffrant de douleur chronique.

Finalement, les résultats attestent de la complexité du phénomène de la douleur chronique en raison des nombreuses variables modératrices et concomitantes probables qui ont pu intervenir dans les associations entre les variables à l'étude. À cet effet, il ressort que l'incapacité est possiblement la variable modératrice la plus importante entre l'intensité de la douleur et le bien-être psychologique. La comorbidité et la cognition semblent également jouer un rôle modérateur entre ces deux variables, bien que cela n'ait

pas été inclus dans le modèle à l'étude. Quant au coping émotionnel, la réceptivité du réseau social ainsi que l'optimisme ont été identifiés comme étant des variables modératrices probables dans la relation avec le fonctionnement psychologique et la satisfaction de vie.

Implications pratiques

Bien qu'il soit difficile de tirer des implications cliniques à partir d'une étude transversale, certains éléments méritent d'attirer l'attention. Tout d'abord, les résultats significatifs issus de la présente étude démontrent l'importance de continuer d'approfondir les connaissances dans le domaine du coping émotionnel chez les gens souffrant de douleur chronique, compte tenu l'importance des émotions tant au point de vue de la douleur que celui du bien-être psychologique. En effet, les résultats indiquent que l'utilisation de stratégies d'adaptation impliquant la compréhension et l'expression des émotions est associée à une satisfaction de vie et un fonctionnement psychologique élevés, deux composantes du bien-être psychologique. Les résultats issus de l'étude soutiennent aussi l'idée que le coping émotionnel doit être observé sur une période longitudinale afin d'en mesurer les bienfaits, car il s'agit d'un processus dynamique débutant par la compréhension de ses émotions et devant être suivi de l'expression des celles-ci pour en observer les bénéfices. D'autre part, les résultats de la présente étude indiquent aussi que la douleur chronique est un phénomène complexe à évaluer compte tenu l'ensemble de variables modératrices pouvant l'influencer. D'ailleurs, l'intensité de la douleur ne constitue que l'aspect sensoriel de la douleur, ce qui peut être influencé par les dimensions

cognitives et émotionnelles et l'inverse. Quant au bien-être psychologique, il s'agit d'un concept souvent étudié, mais dont les variables et les questionnaires utilisés pour en faire l'examen diffèrent grandement d'une étude à l'autre, ce qui en complexifie la comparaison. Ainsi, l'étude du coping émotionnel, du bien-être psychologique et de la douleur chronique est un véritable défi méthodologique compte tenu de la complexité de chacune des variables, des liens de réciprocity qui les unissent, ainsi que des variables modératrices/concomitantes. Par conséquent, un devis de recherche et une méthodologie étoffés s'avèrent nécessaires pour bien rendre compte des liens unissant ces variables et d'en avoir une compréhension plus précise.

Forces et limites de l'étude

Cette recherche présente des forces certaines qu'il faut souligner et qu'il serait à propos de considérer dans les recherches futures. Tout d'abord, il s'agit de la première étude à examiner les relations entre le coping émotionnel, l'intensité de la douleur et le bien-être psychologique (mesuré par le fonctionnement psychologique, la satisfaction de vie et la détresse psychologique). Également, il s'agit de la première étude exploratoire à effectuer et à utiliser une traduction française du *Emotional Approach Coping Scale*, élaboré par Stanton et ses collaborateurs (1994). Bien que le questionnaire original ait été utilisé auprès de différentes populations (p. ex., femme ayant un cancer du sein, étudiant, couple infertile, douleur chronique), aucune version française de cette échelle n'a été répertoriée. Ainsi, la traduction française de l'échelle constitue une première étape en vue de recherches futures qui pourraient en faire la validation. Une autre force de la présente

étude est que la taille de l'échantillon est importante ($N = 242$), ce qui a permis de dépasser la puissance statistique requise, augmentant ainsi la validité et la possibilité de généralisation des résultats obtenus. De plus, la sélection des participants a été effectuée par un médecin omni-anesthésiste qui avait préalablement été avisé des critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude, ce qui a permis de réduire le risque d'erreur diagnostique. La rigueur dans l'établissement des mesures éthiques et déontologiques pour obtenir le consentement libre et éclairé des participants constitue une autre force de la présente étude.

Bien que la réalisation de cette recherche ait respecté les règles et la rigueur essentielle à la démarche scientifique, elle comporte certaines limites qui méritent d'être explicitées. Une première limite est liée au devis de recherche utilisé, soit une étude de type transversal. En effet, compte tenu du devis de recherche, les analyses effectuées ne permettent pas d'établir de lien causal entre les variables étudiées. La seconde limite est l'absence de variable contrôle et la présence de variables modératrices/concomitantes probables, mais qui n'avaient pas été incluses dans le modèle à l'étude. Effectivement, les études antérieures ont contrôlé plusieurs variables (p. ex., le type de douleur (sensoriel vs affectif), l'émotion vécue (c.-à-d., émotion positive ou négative), la durée et la localisation de la douleur, la perception par rapport à la douleur), ce qui n'a pas été effectué dans la présente étude et qui peut expliquer certains résultats obtenus. De plus, l'incapacité, la comorbidité, la cognition, les émotions vécues, la réceptivité du réseau social, l'optimisme sont autant de variables qui pourraient avoir joué un rôle modérateur/concomitant dans les

associations observées. Une autre limite est que la présente étude a seulement procédé à la traduction du *Emotional Approach Coping Scale* de Stanton et ses collaborateurs (1994), mais qu'il n'y a pas eu validation de ce questionnaire. La dernière limite est qu'il s'agit d'une étude basée sur des mesures auto-rapportées. Ainsi, il est possible que les participants aient présenté une image positive (désirabilité sociale) ou négative d'eux-mêmes pouvant ainsi occasionner un biais. Aucune mesure n'avait été mise en place afin de vérifier l'exactitude des réponses fournies.

Pistes de recherches futures

À la lumière des résultats obtenus, différentes avenues de recherche peuvent être envisagées pour poursuivre les travaux amorcés et remédier à certaines limites énoncées. Une première piste de recherche serait de mettre l'emphase sur un devis de recherche longitudinal. En effet, puisque le coping émotionnel correspond à un processus et que les effets adaptatifs sont présents lorsque les deux composantes sont utilisées de façon consécutive, commençant par le processus émotionnel suivi de l'expression des émotions, un devis de recherche longitudinal (p. ex., 6 mois) et à mesures répétées devrait être envisagé. Cela permettrait d'établir des liens de causalité entre les variables à l'étude. Il serait aussi intéressant que ces études futures incluent un volet de psychothérapie centré sur les émotions où les habiletés associées au coping émotionnel soient enseignées et développées afin que les patients puissent bénéficier des avantages du coping émotionnel dans le contexte de la douleur chronique. La seconde piste de recherche serait d'inclure des variables contrôles et des variables modératrices/concomitantes dans le modèle à

l'étude afin de pouvoir aller plus loin dans l'analyse des résultats et de déterminer comment les variables sont associées entre elles. Il serait également pertinent de procéder à la validation de la version française de l'échelle de coping émotionnel, puisque seule la traduction de l'échelle a été effectuée dans le cadre de la présente étude. Finalement, des entrevues semi-structurées et des *Focus Group* pourraient être envisagés afin de s'assurer de la compréhension des questions et de l'exactitude des réponses. Cela pourrait permettre d'approfondir les réponses fournies par les patients.

The logo for Clicours.COM, featuring the text "Clicours.COM" in a white, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

Conclusion

La douleur chronique est une problématique de santé importante et complexe en raison de la relation réciproque qui l'unit aux facteurs psychologiques, émotionnels, cognitifs et sociaux. Les recherches démontrent d'ailleurs que le bien-être des patients est généralement peu élevé en raison de la douleur et de l'ensemble des conséquences biopsychosociales qui y sont associées. Afin de s'adapter à cette situation difficile, les patients peuvent avoir recours à différentes stratégies d'adaptation. Les stratégies dites de coping correspondent aux stratégies employées par les individus afin de s'ajuster aux situations stressantes (Lazarus & Folkman, 1984). Selon cette approche, le coping centré sur le problème était associé à une adaptation positive tandis que le coping centré sur les émotions à une mauvaise adaptation négative (Brown et al., 1998; Kohn, 1996; Sullivan & D'Eon, 1990). Les travaux de recherche de Stanton et ses collaborateurs (1994) ont mené à l'élaboration d'une nouvelle conception du coping centré sur les émotions, dans laquelle l'utilisation des émotions favorise l'adaptation dans un contexte de situation stressante. Ils ont aussi développé une échelle de mesure de ce coping, *l'Emotional Approach Coping Scale*. Des recherches récentes (p. ex., Smith et al., 2002, Stanton et al., 2000a,b, Van Middendorp et al., 2008) ont d'ailleurs permis de démontrer que le coping émotionnel (c.-à-d., le processus et l'expression des émotions) est associé à l'adaptation de différentes populations ayant une problématique de santé (p. ex., cancer du sein, douleur chronique myofaciale, fibromyalgie).

L'objectif principal de la présente étude visait à explorer les associations entre le coping émotionnel, l'intensité de la douleur et le bien-être psychologique chez des patients souffrant de douleur chronique. Plus spécifiquement, elle ciblait les associations entre l'intensité de la douleur et le bien-être psychologique, entre le coping émotionnel et l'intensité de la douleur ainsi qu'entre le coping émotionnel et le bien-être psychologique. De plus, cette étude avait pour objectif de procéder à la traduction du *Emotional Approach Coping Scale*, élaboré par Stanton et ses collaborateurs (1994) puisqu'aucune version française de cette échelle n'avait été répertoriée. S'appuyant sur les données probantes existantes, trois hypothèses et trois questions de recherche ont pu être vérifiées.

La présente étude permet donc d'enrichir le corpus des connaissances dans le domaine de la douleur chronique et du coping émotionnel. Elle permet d'identifier des relations significatives entre la plupart des variables à l'étude. L'originalité de cette étude est qu'elle est la première à examiner les relations entre le coping émotionnel, l'intensité de la douleur et le bien-être psychologique auprès d'une population souffrant de douleur chronique. Un autre élément intéressant est que le bien-être psychologique a été mesuré par trois différentes variables dont le fonctionnement psychologique, la satisfaction de vie et la détresse psychologique. Également, il s'agit de la première étude exploratoire à effectuer et utiliser une traduction française du *Emotional Approach Coping Scale*, élaboré par Stanton et ses collaborateurs (1994). En somme, les résultats obtenus démontrent que l'intensité de la douleur est un facteur associé à un faible bien-être psychologique. De plus, une plus grande utilisation du coping émotionnel est associée à un meilleur

fonctionnement psychologique et une satisfaction de vie plus élevée. Une plus grande utilisation du coping émotionnel s'avère aussi liée à une plus forte intensité de la douleur. Enfin, aucun lien n'a pu être établi entre le coping émotionnel et la détresse psychologique. Plusieurs hypothèses ont été formulées pour expliquer les résultats obtenus, celles-ci ciblaient notamment le devis de recherche et l'influence de variables modératrices/concomitantes. D'ailleurs, toutes ces explications viennent attester de la complexité de l'étude du phénomène de la douleur chronique en lien avec le coping émotionnel.

Dans un contexte de recherches ultérieures, un devis de recherche longitudinal à mesures répétées permettrait d'explorer des liens de causalité entre les variables et d'observer, dans le temps, l'utilisation prolongée du coping émotionnel et son influence sur les autres variables. Aussi, il serait intéressant que ces études incluent un volet de psychothérapie centré sur les émotions à l'intérieur duquel les habiletés associées au coping émotionnel soient enseignées et développées afin que les patients souffrant de douleur chronique puissent bénéficier de ces avantages. De plus, il serait intéressant que des recherches futures incluent des variables contrôles ainsi que les variables ayant possiblement eu un rôle modérateur/concomitant afin d'approfondir l'analyse des résultats et de déterminer comment ces variables sont associées entre elles. Enfin, une dernière piste de recherche serait de procéder à la validation de la version française de l'Échelle de coping émotionnel.

Références

- Allaz, A.-F., & Desmeules, J. (2003). Douleurs chroniques et dépression. Dans T. Lempérière (Éd.), *Dépression et co-morbidités organiques* (pp.43-67). Paris: Masson.
- American Medical Association. (2003). *American Medical Association Complete Medical Encyclopedia*. New York : Random House.
- Anderson, K. O., Bradley, L. A., Young, L. D., McDaniel, L. K., & Wise, C. M. (1985). Rheumatoid arthritis: Review of psychological factors related to etiology, effects and treatment. *Psychological Bulletin*, 98(2), 358-387.
- Ashburn, M. A., & Staats, P. S. (1999). Management of chronic pain. *The Lancet*, 353(9167), 1865-1869.
- Association québécoise de la douleur chronique. (2009). Zoom sur la douleur chronique. p1-40.
- Association québécoise de la douleur chronique. « Douleur chronique vs douleur aiguë ». Récupéré le 12 Décembre 2010 de www.douleurchronique.org/html/content.-asp?node=10
- Astin, J. A. (2004) Mind-body therapies for the management of pain. *Clinical Journal of Pain*, 20, 27-32.
- Austenfeld, J. L., & Stanton, A. L. (2004). Coping through emotional approach: A New look at emotion, coping, and health-related outcomes. *Journal of Personality*, 72(6), 1335-1364.
- Averill, J., & Thomas-Knowles, C. (1991). Emotional creativity. Dans K. Strongman (Éd.), *International Review of Studies On Emotion* (Vol. 1, pp. 261-299). New York : J.Wiley.
- Banks, S. M., & Kerns, R. D. (1996). Explaining high rates of depression in chronic pain: A diathesis-stress framework. *Psychological Bulletin*, 119 (1), 95-110.
- Barrett, L. F. (2012). Emotions are real. *Emotion*, 12(3), 413-429.
- Barrett, L. F., Mesquita, B., Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2007). The experience of emotion. *Annual Review of Psychology*, 58, 373–403.

- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Brière, N. M. (1989). L'échelle de satisfaction de vie : Validation canadienne-française du "Satisfaction with life scale". *Revue canadienne des sciences comportementales*, 21(2), 210-223.
- Blyth, F. M., March, L. M., Brnabic, A. J., Jorm, L. R., Williamson, M., & Cousins, M. J. (2001). Chronic pain in Australia: A prevalence study. *Pain*, 89(2-3), 127-34.
- Boonstra, A. M., Reneman, M. F., Stewart, R. E., Post, M. W., & Schiphorst Preuper, H. R. (2013). Life satisfaction in patients with chronic musculoskeletal pain and its predictors. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation* 22(1), 93-101
- Boulanger, A., Clark, A. J., Squire P., & Horbay, G. L. (2007) « Chronic pain in Canada: Have we improved our management of chronic non cancer pain? ». *Pain Research and Management*, 12(1), 39-47.
- Boureau, F., Luu, M., & Doubrère, J. F. (1992). Comparative study of the validity of four french McGill Pain Questionnaire (MPQ) versions. *Pain*, 50(1), 59-65.
- Brannon, L., & Feist, J. (2007). *Health Psychology, an introduction to behavior and health* (6^e éd.). Belmont: Thomson/Wadsworth.
- Brody, L. (1999). *Gender, emotion and the family*. Cambridge : Harvard University Press.
- Brown, G. K. (1990). A causal analysis of chronic pain and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(2), 127-137.
- Brown, G. K., Nicassio, P. M., & Wallston, K. A. (1989). Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5(2), 652-657.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2005). *Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod.
- Buschnell, M. C., Duncan, G. H., Dubner, R., Jones, R. L., & Maixner, W., (1985). Attentional influences on noxious and innocuous cutaneous heat detection in humans and monkeys. *The Journal of Neuroscience*, 5, 1103-1110.
- Burckhardt, C. S., & Jones, K. D. (2003). Adult measures of pain : The McGill Pain Questionnaire (MPQ), Rheumatoid Arthritis Pain Scale (RAPS), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Verbal Descriptive Scale (VDS), Visual Analog Scale (VAS), and West Haven-Yale Multidisciplinary Pain Inventory (WHYMPI). *Arthritis Care and Research*, 49(5S), p.S96-S104

- Burns, J. W., Quartana, P., Gilliam, W., Gray, E., Matsuura, J., Nappi, C., Wolfe, B., & Lofland, K. (2008). Effects of anger suppression on pain severity and pain behaviors among chronic pain patients: evaluation of an ironic process model. *Health Psychology, 27*, 645–52.
- Burger, A. J., Lumley, M. A., Carty, J. N., Latsch, D. V., Thakur, E. R., Hyde-Nolan, M. E., Hijazi, A. M., & Schubiner, H. (2016). The effects of a novel psychological attribution and emotional awareness and expression therapy for chronic musculoskeletal pain: A preliminary, uncontrolled trial. *Journal of Psychosomatic Research, 81*, 1–8.
- Calvino, B. (2007). Les mécanismes de la douleur. *Psycho-oncologie, 2*, 81-87.
- Campos, J. J., Mumme, D. L., Kermoian, R., & Campos, R. G. (1994). A functionalist perspective on the nature of emotion. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59*, 284-303.
- Carson, J. W., Keefe, F. J., Lowry, K. P., Porter, L. S., Goli, V., & Fras, A. M. (2007). Conflict about expressing emotions and chronic low back pain: Associations with pain and anger. *The Journal of Pain, 8*, 405–411.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 267-283.
- Chronic Pain Association of Canada. « Pain facts », Récupéré le 25 Novembre 2008 de www.chronicpaincanada.com/.
- Clore, G. C. (1994). Why emotions are felt. Dans P. Ekman, & R. J. Davidson (Éds), *The nature of emotion : Fundamental questions* (pp.103-111). New York : Oxford University Press.
- Coalition canadienne contre la douleur. Vaincre la douleur pour les Canadiens. Récupéré le 12 Novembre 2008 de www.canadianpaincoalition.ca/index.php/fr/help-centre/conquering-pain.
- Coalition canadienne contre la douleur. Vaincre la douleur pour les Canadiens. Et qu'en est-il des antidouleurs? Récupéré le 22 Novembre 2013 de <http://www.canadianpaincoalition.ca/index.php/fr/help-centre/conquering-pain/pain-medications>.
- Colloca, L., & Benedetti F. (2004). The placebo in clinical studies and in medical practices. Dans D. D. Price, & M. C., Bushnell (Éds), *Psychological Methods of Pain*

Control: Basic Science and Clinical Perspectives (pp. 187-205). Washington : IASP Press.

- Cornwall, A., & Donderi D. C. (1988). The effect of experimentally induced anxiety on the experience of pressure. *Pain, 35*, 105–113.
- Crombez, G., Van Damme, S., & Eccleston, C. (2005). Hypervigilance to pain : an experimental and clinical analysis. *Pain, 116*, 4-7.
- Crombez, G., Vlaeyen, J. W., Heuts, P. H., & Lysens, R. (1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain, 80*, 329-339.
- Dersh., J., Gatchel, R. J., Polatin, P., & Temple, O. R. (2006). Prevalence of psychiatric disorders in patient with chronic disabling occupational spinal disorders. *Spine, 31* (10), 1156-1162.
- Dersh., J., Polatin, P., & Gatchel, R. J. (2002). Chronic pain and psychopathology: Research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic Medicine, 64*, 773-786.
- Dickens, C., McGowan, L., Clarck-Carter, D., & Creed, F. (2002). Depression in rheumatoid arthritis: A systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosomatic Medicine, 64*, 52-60.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*, 542-575.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research, 31*, 103-157.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), 71-75.
- Diener, E., Sandvik, E., Pavot, W., & Gallagher, D. (1991). Response artifacts in the measurement of subjective well-being. *Social Indicators Research, 24*, 35-56.
- Diener, E., Suh, M., Lucas, M., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*(2), 276-302.
- Dudgeon, D., Raubertas, R. F., & Rosenthal, S. N. (1993). The short-form McGill Pain Questionnaire in chronic cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management, 8*, 191- 195.

- Dunn, V. (2000). The holistic assessment of the patient in pain. *Professional Nurse*, 15(12), 791-3.
- Elliott, A. M., Smith, B. H., Penny, K. I., Smith, W. C., & Chambers, W. A. (1999). The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet*, 354 (9186), 1248-52.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854.
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). GPOWER: A general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments & Computers*, 28, 1-11.
- Ekman, P. (1994). All emotions are basic. Dans P. Ekman, & R. J. Davidson (Éds), *The nature of emotion : fundamental questions* (pp. 15-19). New York : Oxford University Press.
- Estévez-López, F.; Gray, C.M., Segura-Jiménez, V., Soriano-Maldonado, A., Álvarez-Gallardo, I. C., Arrayás-Grajera, M. J., Carbonell-Baeza, A., ... Pulido-Martos, M. (2015). Independent and combined association of overall physical fitness and subjective well-being with fibromyalgia severity: the al-Ándalus project. *Quality of Life Research*, 24(8), 1865-1873.
- Fawzy, F. I., Cousins, N., Fawzy, N., Kenemy, M., Elashoff, R., & Morton, D. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients, I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 47, 720- 725.
- Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., Hyun, C. S., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J., & Morton, D. L. (1993). Malignant melanoma: Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry*, 50(9), 681-689.
- Fawzy, F. I., Kemeny, M., Fawzy, N., Elashoff, R., Morton, D., Cousins, N., et al. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients, II. Changes over time in immunological measures. *Archives of General Psychiatry*, 47, 729-735.
- Fernandez, E., Clark, T. S., & Rudick-Davis, D. (1998). A framework for conceptualizing and assessment of affective disturbance in pain. Dans A. R. Block, E. F. Kremer, & E. Fernandez (Éds), *Handbook of pain syndromes: Biopsychosocial perspectives* (pp.123-147). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Fernandez, E., & Turk, D. C. (1995). The scope and significance of anger in the experience of chronic pain. *Pain*, 61, 165-175.

- Fordyce, W. E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St-Louis : Mosby.
- Friedman, H. S. (2002). *Health psychology* (6e éd.). Upper Saddle River, New Jersey : Prentice Hall.
- Frijda, N. H. (1994). Emotions are functional most of the time. Dans P. Ekman, & R. J. Davidson (Éds), *The nature of emotion : Fundamental Questions* (pp. 112-122). New York : Oxford University Press.
- Fröhlich, C., Jacobi, F., & Wittchen, H. U. (2006). DSM-IV pain disorder in the general population. An exploration of the structure and threshold of medically unexplained pain symptom. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), p.187-196.
- Gatchel, R. J. (1991). Early development of physical and mental deconditioning in painful spinal disorders. Dans T. Mayer, V. Mooney, & R. Gatchel (Éds), *Contemporary conservative care for painful spinal disorders* (pp. 278-289). Philadelphia: Lea & Febiger.
- Gatchel, R. J. (1996). Psychological disorder and chronic pain: Cause-and-effect relationship. Dans R. Gatchel, & D. C. Turk (Éds), *Psychological approach to pain management: A practitioner's handbook* (pp. 33-52). New York : Guilford.
- Gatchel, R. J. (2004). Comorbidity of chronic pain and mental health: The biopsychosocial perspective. *American Psychologist*, 59, 794–805.
- Gatchel, R. J. (2005). *Clinical essentials of pain management*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Gatchel, R. J. & Kishino, N. (2006). Influence of personality characteristics of pain patients: Implications for causality in pain. Dans G. Young, K. Nicholson, & A. W. Kane (Éds), *Psychological knowledge in court* (pp 149-162). United States of America: Springer Science and Business Media inc.
- Gatchel, R. J., & Matt Maddrey, A. (2002). The biopsychosocial perspective of pain. Dans T. J. Boll, S. Bennett Johnson, N. W. Perry, & R. H. Rozensky (Éds), *Handbook of clinical health psychology* (1^e éd., Vol. 2, pp. 357-378). Washington : American Psychological Association.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological bulletin*, 133(4), 581-624.

- Goldenberg, D. L. (2010). The interface of pain and mood disturbances in the rheumatic diseases. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 40, 15–31
- Goodwin, P., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Guther, H., Drysdale, E., ... Hunter, J. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 345(24), 1719-1726.
- Greenberg, L. S. & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York : Guilford Press.
- Gureje, O., Von Korff, M., Simon, G. E., & Gater, R. (1998). Persistent pain and well-being. *Journal of the American Medical Association*, 280(2), 147-151.
- Hawley, D., & Wolfe, F. (1988). Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis: a prospective study of 400 patients. *The Journal of Rheumatology*, 15(6), 932-941.
- Helmrath, T. A., & Steinitz, E. M. (1978). Death of an infant: Parental grieving and the failure of social support. *The Journal of Family Practice*, 6(4), 785-790.
- Hendler, N. (1984). Chronic pain. Dans H. B. Roback (Éd.), *Helping patients and their families cope with medical problems* (pp. 79-106). Sans Francisco : Jossey-Bass.
- Herbette, G., & Rimé, B. (2004). Verbalization of emotion in chronic pain patients and their psychological adjustment. *Journal of Health Psychology*, 9(5), 661-676.
- Huber, A., Suman, A. L., Biasi, G., & Carli, G. (2008). Predictors of psychological distress and well-being in women with chronic musculoskeletal pain: Two sides of the same coin? *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 169-175.
- Ilfeld, F. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports*, 39, 1215-1228.
- Institut de la statistique du Québec. « Population du Québec 1971-2008 ». Récupéré le 15 Janvier 2010 de www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/struc_poplt/qc_1971-2008.htm
- International Association for the Study of Pain. (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*, 6(3), 249.

- Katz, J., & Melzack, R. (1999). Measurement of pain. *The Surgical Clinics of North America*, 79, 231-252.
- Keefe, F. J. (1982). Behavioral assessment and treatment of chronic pain: current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(6), 896-911.
- Keltner, D., & Haidt, J. (2001). Social functions of emotions. Dans T. J. Mayne, & G. A. Bonanno (Éds), *Emotions: Current issues and future directions (Emotions and social behavior)* (pp. 192-213). New York: Guilford Press.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002) Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007–1022.
- King, L. A., & Emmons, R. A. (1990). Conflict over emotional expression: psychological and physical correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 864-877.
- Kohn, P. (1996). On coping adaptively with daily hassles. Dans M. Zeidner, & N. Endler (Éds), *Handbook of coping: theory, research, applications* (pp. 181-201). New York : J. Wiley.
- Labelle, R., Alain, M., Bastin, É., Bouffard, L., Dubé, M., & Lapierre, S. (2001). Bien-être et détresse psychologique : vers un modèle hiérarchique cognitivo-affectif en santé mentale. *Revue québécoise de psychologie*, 22(1), 71-87.
- Lackner, J. M., Quigley, B. M., & Blanchard, E. B. (2004). Depression and abdominal pain in IBS patients: The mediating role of catastrophizing. *Psychosomatic Medicine*, 66, 435-441.
- Lapierre, S., & Desrochers, C. (1997). *Traduction et validation des Échelles de bien-être psychologique de Ryff*. Manuscrit : Université du Québec à Trois-Rivières.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer.
- Le cerveau à tous les niveaux. Différents types de douleur. Récupéré le 22 Novembre 2013 de http://lecerveau.mcgill.ca/flash/a/a_03/a_03_p/a_03_p_dou/a_03_p_dou.html.
- Lepore, S. J., & Smyth J. M., (2002). The writing cure : An overview. Dans S. J. Lepore, & J. M. Smyth (Éds), *The writing cure: How expressive writing promotes health and emotional well-being* (pp. 3-14). Washington: American Psychological Association.

- Levenson, R. (1994). Human emotion: a functional view. Dans P. Ekman, & R. Davidson (Éds), *The nature of emotion : Fundamental questions* (pp. 123-126). New York : Oxford University Press.
- Lumley, M. A., Cohen, J. L., Borszcz, G. S., Cano, A., Radcliffe, A. M., Porter, L. S., Schubiner, H., & Keefe, F. J. (2011). Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *Journal of Clinical Psychology*, *67*(9), 942-968.
- Margot-Duclot, A. (2013). Émotions et douleurs chroniques. *Douleur et analgésie*, *26*, 30-37.
- Martin, F., Sabourin, S., & Gendreau, P. (1989). Les dimensions de la détresse psychologique : Analyse confirmatoire de type hiérarchique. *International Journal of Psychology*, *24*(5), 571-584.
- McWilliams, L. A., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain*, *106*, 127-133.
- McWilliams, L. A., Goodwin, R. D., & Cox, B. J. (2004). Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample. *Pain*, *111*, 77-83.
- Meana, M., Cho, R., & Desmeules, M. (2003). Rapport de surveillance de la santé des femmes. « Douleur chronique : fardeau supplémentaire sur les Canadiennes », dans Institut canadien d'information sur la santé. Récupéré le 14 Novembre 2008 de www.phac-aspc.gc.ca/publicat/whsr-rssf/pdf/CPHI_WomensHealth_f.pdf
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire : major properties and scoring. *Pain*, *1*(3), 277-299.
- Melzack, R. (1987). The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain*, *30*, 191-197.
- Melzack, R. (1993). Pain: past, present and future. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, *47*(4), 615-629.
- Melzack, R., & Katz, J. (2001). The McGill pain questionnaire : appraisal and current status. Dans D. Turk, & R. Melzack (Éds), *Handbook of pain assessment* (pp. 35-52). New York : Guilford Press.
- Melzack, R., & Wall, P. (1965). Pain mechanism : A new theory. *Science*, *150*, 971-979.

- Merskey, H. (1986). Classification of chronic pain : Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain, Suppl 3*, 226.
- Meyer-Rosberg, K., Kvarnström, A., Kinnman, E., Gordh, T., Nordfors, L. O., & Kristofferson, A. (2001). Peripheral neuropathic pain: a multidimensional burden for patients. *European Journal of Pain*, 5, 379-389.
- Millar, W. J. (1996). La douleur chronique. *Rapports sur l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995*, 7(4), 47-58.
- Mitchell, G., & Glicksman, A. (1977). Cancer patients : knowledge and attitudes. *Cancer*, 40(1), 61-66.
- Morel, V., & Pickering, G. (2013). Impact de la douleur sur les processus cognitifs chez l'homme. *Douleur et analgésie*, 26, 11-16.
- Morley, S., Eccleston, C., & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behavior therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80, 1-13.
- Moulin, D. E., Clark, A. J., Speechley, M., & Morley-Forster, P. K. (2002). Chronic pain in Canada: Prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Research Management*, 7(4), 179-84.
- Moulin, J. F., & Boureau, F. (2003). Syndrome douloureux chroniques: complexité et pluridisciplinarité. Dans A. F. Allaz, F. Boureau, H. Brocq, C. Cedraschi, M. C. Defontaine-Catteau, M. Dousse, E. Ferragut, M. Gennart, J. F. Moulin, V. Pigué, F. Radat, E. Serra, & M. Vannotti (Eds), *Aspects psychologiques de la douleur chronique* (pp. 15-33). Paris : Institut UPSA de la douleur.
- Nesse, R. M., & Ellsworth, P. C. (2009). Evolution, emotions, and emotional disorders. *American Psychologist*, 64(2), 129-139.
- Nielens, H., & Plaghki, L. (1994). Perception of pain and exertion during exercise on a cycle ergometer chronic pain patients. *The Clinical Journal of Pain*, 10, 204-209.
- Osborn, M., & Smith, J. A. (1998). The personal experience of chronic pain benign lower back pain: An interpretative phenomenological analysis. *British Journal of Health Psychology*, 3, 65-83.
- Ospina, M., & Harstall, C. (2002). *Prevalence of chronic pain: An overview*. Edmonton : Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR).

- Pavot, W., & Diener, E. (1993). The affective and cognitive context of self-reported measures of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 28, 1-20.
- Pennebaker, J., & Beall, S. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(3), 274-281.
- Pennebaker, J., & Harber, K. (1993). A social stage model of collective coping: The Loma Prieta Earthquake and the Persian Gulf war. *Journal of Social Issues*, 49(4), 125-145.
- Penny, K. I., Purves, A. M., Smith, B. H., Chambers, A., & Smith, C. (1999). Relationship between the chronic pain grade and measures of physical, social and psychological well-being. *Pain*, 79, 275-279.
- Peyron, R., Laurent, B., & García-Larrea, L. (2000). Functional imaging of brain responses to pain. A review and meta-analysis. *Clinical Neurophysiology*, 30(5), 263-88.
- Pincus, T. (2006). Effect of cognition on pain experience and behavior: Diathesis-Stress and the causal conundrum. Dans G. Young, W. A. Kane, & K. Nicholson (Éds), *Psychology knowledge in court : PTSD, pain, and TBI* (pp. 163-180). New York : Springer.
- Potter, P. T., Zautra, A. J., & Reich J. W. (2000). Stressful events and information processing dispositions moderate the relationship between positive and negative affect: implications for pain patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 22, 91-98.
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, G., & Légaré, G. (1992). *La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec*. Québec PQ : Rapport de recherche soumis à Santé Québec.
- Price, D. D. (2000). Psychosocial and neural mechanism of the affective dimension of pain. *Science*, 288, 1769-1772.
- Rainville, P. (2004). Pain and Emotions. Dans D.D Price, & M. C. Bushnell (Éds), *Psychological Methods of Pain Control: Basic Science and Clinical Perspectives* (pp. 117-141). Washington : IASP Press.
- Roelofs, J., Peters, M. L., Zeegers, M. P. A., & Vlaeyen, J. W. (2002) The modified Stroop paradigm as a measure of selective attention towards pain-related stimuli among chronic pain patients: A meta-analysis. *European Journal of Pain*, 6, 273-281.

- Romano, J. M., & Turner, J. A. (1985). Chronic pain and depression: Does the evidence support a relationship? *Psychological Bulletin*, *97*(1), 18-34.
- Roy, M., Piché, M., Chen, J. L., Peretz, I., & Rainville, P. (2009). Cerebral and spinal modulation of pain by emotion. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *106* (49), 20900-20905.
- Rudy, T. E., Kerns, R. D., & Turk, D. C. (1988). Chronic pain and depression: toward a cognitive-behavioral mediation model. *Pain*, *35*(2), 129-140.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*(6), 1069-1081.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, *4*, 99-104.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). Human health: New directions for the next millennium. *Psychological Inquiry*, *9*(1), 1-28.
- Saarni, C. (1990). Emotional competence : How emotions and relationships become integrated. Dans R. A. Thompson (Éd.), *Nebraska Symposium on Motivation : Socioemotional development* (Vol.36, pp.115-182). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Salovey, P., Bedell, B., Detweiler, J., & Mayer, J. (1999). Coping intelligently: Emotional intelligence and the coping process. Dans C. Snyder (Éd.), *Coping: The psychology of what works* (pp. 141-164). New York : Oxford University Press.
- Sanders, S. H. (1985). Chronic pain : Conceptualization and epidemiology. *Annals of Behavioral Medicine*, *7*(3), 3-5.
- Sarafino, E. P. (2006). *Health Psychology: biopsychosocial interactions* (5^e éd.). New York : John Wiley & Sons.
- Schut, H., Stroebe, M., Van Den Bout, J., & De Keijser, J. (1997). Intervention for the bereaved: Gender differences in the efficacy of two counselling programmes. *British Journal of Clinical Psychology*, *36*(1), 63-72.
- Schwartz, L., & Ehde, D. M. (2000). Couples And Chronic Pain. Dans K. B. Schmaling, & T. G. Sher (Éds), *The psychology of couples and illness : Theory, research and practice* (pp.191-216) . Washington : American Psychological Association

- Schopflocher, D. P. (2003). Chronic pain in Alberta : A portrait from the 1996 National Population Health Survey and the 2001 Canadian Community Health Survey. Edmonton, AB : Health Surveillance, Alberta Health and Wellness. Récupéré le 19 Août 2010 de <http://www.health.gov.ab.ca/public/diseases/pdf/ChronicPainReport.pdf>
- Silver, R., & Wortman, C. (1980). Coping with undesirable life events. Dans J. Garber, & M. Seligman (Éds), *Human helplessness: theory and applications* (pp. 279-340). New York : Academic Press.
- Smith, M. T., Carmody, T. P., & Smith, M. S. (2000). Quality of well-being scale and chronic low back pain. *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 7(3), 175-184.
- Smith, J. A., Lumley, M. A., & Longo, D. J. (2002). Contrasting emotional approach coping with coping for chronic myofascial pain. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(4), 326-335.
- Smith, M., Perlis, M., Smith, M., Giles, D., & Carmody, T. (2000). Sleep quality and presleep arousal in chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 23(1), 1-13.
- Smyth, J. M. (1998). Written emotional expression : effect size, outcome types and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 174-184.
- Söderberg, S, Lundman, B., & Norberg, A. (1997). Living with fibromyalgia: sense of coherence, perception of well-being, and stress in daily life. *Research in Nursing and Health*, 20(6), 495-503.
- Spiegel, D., Bloom, J., Kraemer, H., & Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2, 888-891.
- Spitz, E. (2002a). La douleur : aspects psychiques et traitement. Dans G.-N. Fischer (Éd.), *Traité de psychologie de la santé* (pp.261-282). Paris : Dunod.
- Spitz, E. (2002b). Les stratégies d'adaptation face à la maladie chronique. Dans G.-N. Fischer (Éd.), *Traité de psychologie de la santé* (pp.261-282). Paris : Dunod.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., Sworowski, L.A., & Twillman, R. (2000b). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 875-882.

- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., & Ellis, A. P. (1994). Coping through emotional approach: problem of conceptualization and confounding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(2), 350-362.
- Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L., & Danoff-Burg, S. (2000a). Coping through emotional approach: Scale construct and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(6), 1150-1169.
- Statistique Canada (2002). Pain on discomfort that affects activities. Ottawa : Statistics Canada; 1. Health Indicators. Récupéré le 5 Novembre 2007 de <http://www.statcan.ca/english/freepub/82-221-XIE/2007001/table/1hlthstat/1hc/hc1pda.htm>
- Statistique Canada (2006). Pain or discomfort that affects activities. Health Indicators, catalogue no 82-221, no. 1. Récupéré le 28 Février 2009 de www.statcan.gc.ca/pub/82-221-x/2008001/tmaps-tcartes/dt-td/5220205-eng.pdf
- Sullivan, M. J., & D'Eon, J. L. (1990). Relation between catastrophizing and depression in chronic pain patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(3), 260-263.
- Sullivan, M., & Loeser, J. (1992). The diagnosis of disability: Treating and rating disability in a pain clinic. *Archives of Internal Medicine*, 152(9), 1829-1835.
- Sullivan, M. J. L., Reesor, K., Mikail, S. F., & Fisher, R. (1992). The treatment of depression in chronic low back pain: review and recommendations. *Pain*, 50, 5-13.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5^e éd.), Boston : Allyn and Bacon.
- Tang, N. K. Y., & Crane, C. (2006). « Suicidality in chronic pain: A review of the prevalence, risk factors and psychological links », *Psychological Medicine*, 36(5), 575-586.
- Thompson, R. (1991). Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*, 3(4), 269-307.
- Thompson, R. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monograph of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52.
- Treharne, G. J., Kitas, G. D., Lyons, A. C., & Booth, D. A. (2005). Well-being in Rheumatoid Arthritis: The Effect of Disease Duration and Psychosocial Factors. *Journal of Health Psychology*, 10(3), 457-474.

- Turk, D. C. (2001). Physiological and psychological bases of pain. Dans A. Baum, T. Revenson, & J. Singer (Éds), *Handbook of health psychology* (pp. 117-137). Manhaw: Lawrence Erlbaum Associates.
- Turk, D. C., Dworkin, R. H., Revicki, D., Harding, G., Burke, L. B., Cella, D., et al. (2008). Identifying important outcome domains for chronic pain clinical trials: an IMMPACT survey of people with pain. *Pain*, *137*(2), 276-285.
- Turk, D. C., & Holzman, A. (1986). Commonalities among psychological approaches in the tratment of chronic pain: Specifying the meta-constructs. Dans A. Holzman, & D. C. Turk (Éds), *Pain managment : a handbook of psychological treatment approaches* (pp. 257-267). New York : Pergamon Press.
- Turk, D. C., & Melzack, R. (2001). The measurement of pain and the assessment of people experiencing pain. Dans D. C. Turk, & R. Melzack (Éds), *Handbook of pain assessment* (2^e éd., pp. 3-14). New York : Guilford Press.
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (1996). Perception of traumatic onset, compensation status and physical findings : Impact on pain severity, emotional distress and disability in chronic pain patients. *Jouranal of Behavioral Medecine*, *19*(5), 435-453.
- Turk D. C, Okifuji, A., & Scharff, L. (1995). Chronic pain and depression: role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain*, *61*(1), 93-101.
- Turk, D. C., Okifuji, A., Sinclair, J. D., & Starz, T. W. (1998). Interdisciplinary treatment for fibromyalgia syndrome: Clinical and statistical significance. *Arthritis Care and Research*, *11*(3), 186-195.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : Implications pour la recherche en langue française. *Psychologie canadienne* , *30*(4), 662-680.
- Van Middendorp, H., Lumley, M. A., Jacobs, J. W., van Doornen, L. J., Bijlsmac, J. W. J., & Geenen, R. (2008). Emotions and emotional approach and avoidance strategies in fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, *64*, 159–167.
- Vanhalewyn, M., & Cerexhe, F. (2004). *Recommandations de bonne pratique. La douleur chronique*. Bruxelles : Société Scientifique de Médecine Générale.
- Veillette, Y., Dion, D., Altier, N., & Choinière, M. (2005). The treatment of chronic pain in Québec : A study of Hospital based services offered within anesthesia departments. *Canadian Journal of Anesthesia*, *52*(6), 600-606.

- Villemure, C., & Bushnell, M. C. (2009). Mood influences supraspinal pain processing separately from attention. *The journal of neuroscience*, 29, 499-504.
- Voyer, P., & Boyer, R. (2001). Le bien-être psychologique et ses concepts cousins, une analyse conceptuelle comparative. *Santé mentale au Québec*, 26(1), 274-296.
- Waddell, G., & Main, C. J. (1998). A new clinical model of low back pain and disability. Dans G. Waddell (éd), *The Back Pain Revolution*. Edinburgh : Churchill Livingstone.
- Weilgosz, A., & Reid, R. (2001). *Mesures non publiées*. Institut de cardiologie : Université d'Ottawa.
- Wilkie, D. J., Savedra, M. C., Holzemer, W. L., Tesler, M. D., & Paul, S. M. (1990). Use of the McGill Pain Questionnaire to measure pain: A meta-analysis. *Nursing Research*, 39(1), 36-41.
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennet, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., et al. (1990). The American College Of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgie: Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis and Rheumatism*, 33, 160-172.
- Woolf, C. J. & Mannion, R. J. (1999) Neuropathic pain : aetiology, symptoms, mechanisms and management. *Lancet*, 353, 1959–1964.
- Wright, K. D., Asmundson, G. J. G., & McCreary, D. R. (2001). Factorial validity of the Short-Form McGill Pain Questionnaire. *European Journal of Pain*, 5, 279-284.
- Zelman, D. C., Howland, E. W., Nichols, S. N., & Cleeland, C. S. (1991) The effects of induced mood on laboratory pain. *Pain*, 46, 105–111.

Appendice A
Certificat d'éthique



Université du Québec à Chicoutimi

APPROBATION ÉTHIQUE

Dans le cadre de l'Énoncé de politique des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains et conformément au mandat qui lui a été confié par la résolution CAD-7163 du Conseil d'administration de l'Université du Québec à Chicoutimi, approuvant la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQAC, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Chicoutimi, à l'unanimité, délivre la présente approbation éthique puisque le projet de recherche mentionné ci-dessous rencontre les exigences en matière éthique et remplit les conditions d'approbation dudit Comité.

La présente est délivrée pour la période du *16 mai 2008 au 31 décembre 2009*

Pour le projet de recherche intitulé : *Effets du support à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation, de la motivation et du coping émotionnel sur le bien-être de patients du Saguenay-Lac-Saint-Jean souffrant de douleur chronique*
Chercheur responsable du projet de recherche : *Claude Émond*

Fait à Ville de Saguenay, le 16 mai 2008

Jean-Pierre Béland
Président du Comité d'éthique
de la recherche avec des êtres humains

Appendice B
Questionnaire



**ESPACE RÉSERVÉ AUX CHERCHEURS
(NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE)**

- Code assistant : _____
- No du participant : _____
- Entrée de données complétée : Oui

Motivation, coping et douleur chronique (Départ)

Ce questionnaire a été développé par des chercheurs de l'Université du Québec à Chicoutimi et de l'Université d'Ottawa, en collaboration avec des médecins de la région du Saguenay. Son but est de mieux comprendre les expériences des patients qui souffrent de douleur chronique.

Les informations qui sont recueillies dans ce questionnaire sont personnelles et nous vous assurons qu'elles demeureront confidentielles. Vous noterez que vous êtes identifié par un code anonyme qui permet de garder votre identité confidentielle. Les questions portent sur plusieurs aspects de votre santé. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses; nous vous demandons de répondre le plus honnêtement et le plus précisément possible.

Code du participant			
0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9

Nous vous remercions de prendre le temps de compléter ce questionnaire.

DATE D'AUJOURD'HUI		
MM	JJ	AA
<input type="radio"/> Jan		<input type="radio"/> 2007
<input type="radio"/> Fév		<input type="radio"/> 2008
<input type="radio"/> Mar	0	<input type="radio"/> 2009
<input type="radio"/> Avr	1 1	<input type="radio"/> 2010
<input type="radio"/> Mai	2 2	
<input type="radio"/> Jun	3 3	
<input type="radio"/> Jul	4	
<input type="radio"/> Août	5	
<input type="radio"/> Sept	6	
<input type="radio"/> Oct	7	
<input type="radio"/> Nov	8	
<input type="radio"/> Déc	9	

SEXE
<input type="radio"/> Homme
<input type="radio"/> Femme

DATE DE NAISSANCE			
MM	JJ	AA	
<input type="radio"/> Jan			
<input type="radio"/> Fév			
<input type="radio"/> Mar	0	0	0
<input type="radio"/> Avr	1	1	1
<input type="radio"/> Mai	2	2	2
<input type="radio"/> Jun	3	3	3
<input type="radio"/> Jul	4	4	4
<input type="radio"/> Août	5	5	5
<input type="radio"/> Sept	6	6	6
<input type="radio"/> Oct	7	7	7
<input type="radio"/> Nov	8	8	8
<input type="radio"/> Déc	9	9	9

INFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES

1. *Quel est votre état matrimonial actuel?*

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Marié/e, y compris en union libre | <input type="radio"/> Séparé/e / Divorcé/e |
| <input type="radio"/> Célibataire | <input type="radio"/> Veuf / Veuve |

2. *Présentement, quelle est votre principale occupation? (Veuillez cocher une seule réponse)*

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Travail à temps plein | <input type="radio"/> Études à temps plein |
| <input type="radio"/> Travail à temps partiel | <input type="radio"/> Études à temps partiel |
| <input type="radio"/> Chômage | <input type="radio"/> Études à temps plein et travail à temps partiel |
| <input type="radio"/> Études à temps partiel et travail à temps partiel | |
| <input type="radio"/> À la maison (entretien de la maison et/ou soins des enfants) | |
| <input type="radio"/> Retraite | |
| <input type="radio"/> Autre, veuillez préciser _____ | |

3. *Quel est votre plus haut niveau de scolarité? (Veuillez cocher une seule réponse)*

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Aucune scolarité | <input type="radio"/> Études collégiales complétées |
| <input type="radio"/> Primaire non complété | <input type="radio"/> Certificat universitaire complété |
| <input type="radio"/> Primaire complété | <input type="radio"/> Baccalauréat universitaire non complété |
| <input type="radio"/> Secondaire non complété | <input type="radio"/> Baccalauréat universitaire complété |
| <input type="radio"/> Secondaire complété | <input type="radio"/> Maîtrise complétée |
| <input type="radio"/> Études collégiales non complétées | <input type="radio"/> Doctorat / Ph.D. complété |

4. *Quelle est votre estimation de votre revenu personnel total au cours des 12 derniers mois?*

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Moins de 15 000\$ | <input type="radio"/> Entre 45 000\$ et moins de 55 000\$ |
| <input type="radio"/> Entre 15 000\$ et moins de 25 000\$ | <input type="radio"/> 55 000\$ et plus |
| <input type="radio"/> Entre 25 000\$ et moins de 35 000\$ | <input type="radio"/> Aucun revenu |
| <input type="radio"/> Entre 35 000\$ et moins de 45 000\$ | <input type="radio"/> Ne sais pas |

5. *Si vous vivez en couple, quelle est votre estimation du revenu de couple total (les deux conjoints réunis avant impôt) au cours des douze derniers mois? Si vous ne vivez pas en couple, cochez « Ne s'applique pas »*

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Moins de 15 000\$ | <input type="radio"/> 55 000\$ et plus |
| <input type="radio"/> Entre 15 000\$ et moins de 25 000\$ | <input type="radio"/> Aucun revenu |
| <input type="radio"/> Entre 25 000\$ et moins de 35 000\$ | <input type="radio"/> Ne sais pas |
| <input type="radio"/> Entre 35 000\$ et moins de 45 000\$ | <input type="radio"/> Ne s'applique pas |
| <input type="radio"/> Entre 45 000\$ et moins de 55 000\$ | |

LE SOUTIEN DE VOTRE ENTOURAGE

En utilisant l'échelle ci-dessous, indiquez à quelle fréquence, dans l'ensemble, votre **médecin de famille** et votre **famille** émettent les comportements présentés dans les énoncés ci-dessous.

	Jamais	Assez souvent					Toujours	
	1	2	3	4	5	6	7	
1.	Je sens que mon (ma) <input type="text"/> se soucie vraiment de ma santé.	Médecin						1 2 3 4 5 6 7
		Famille						1 2 3 4 5 6 7
2.	Mon (ma) <input type="text"/> se soucie peu que ma santé s'améliore.	Médecin						1 2 3 4 5 6 7
		Famille						1 2 3 4 5 6 7
3.	Lorsque je demande de l'aide concernant ma santé à mon (ma) <input type="text"/> , il (elle) me demande mon avis avant de me donner le sien (leur).	Médecin						1 2 3 4 5 6 7
		Famille						1 2 3 4 5 6 7
4.	Les commentaires que je reçois de mon (ma) <input type="text"/> me font sentir incertain/e de mes capacités vis-à-vis ma santé.	Médecin						1 2 3 4 5 6 7
		Famille						1 2 3 4 5 6 7
5.	Mon (ma) <input type="text"/> m'encourage à être moi-même.	Médecin						1 2 3 4 5 6 7
		Famille						1 2 3 4 5 6 7
6.	Je sens que mon (ma) <input type="text"/> apprécie vraiment passer du temps avec moi.	Médecin						1 2 3 4 5 6 7
		Famille						1 2 3 4 5 6 7
7.	Les commentaires sur ma santé que je reçois de mon (ma) <input type="text"/> représentent des critiques inutiles.	Médecin						1 2 3 4 5 6 7
		Famille						1 2 3 4 5 6 7
8.	Mon (ma) <input type="text"/> semble être sincèrement intéressé/e par ce que je fais pour ma santé.	Médecin						1 2 3 4 5 6 7
		Famille						1 2 3 4 5 6 7
9.	Mon (ma) <input type="text"/> me parle uniquement de mes erreurs (p. ex., comportements anti-santé).	Médecin						1 2 3 4 5 6 7
		Famille						1 2 3 4 5 6 7
10.	Mon (ma) <input type="text"/> me donne plusieurs opportunités de prendre mes propres décisions par rapport à ma santé.	Médecin						1 2 3 4 5 6 7
		Famille						1 2 3 4 5 6 7
11.	Mon (ma) <input type="text"/> m'envoie le message que je ne suis pas à la hauteur.	Médecin						1 2 3 4 5 6 7
		Famille						1 2 3 4 5 6 7
12.	Mon (ma) <input type="text"/> considère ouvertement mes pensées et mes sentiments bien qu'ils soient différents des leurs.	Médecin						1 2 3 4 5 6 7
		Famille						1 2 3 4 5 6 7

GESTION DE VOS ÉMOTIONS

Veillez indiquer, à l'aide de l'échelle suivante, dans quelle mesure chacun des énoncés décrit ce que vous avez fait pour vous adapter à votre expérience de douleur chronique.

Je ne le fais pas du tout	Je le fais un peu	Je le fais moyennement	Je le fais beaucoup		
1	2	3	4		
			1		
1.	Je prends le temps de comprendre ce que je ressens vraiment.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	J'explore en profondeur mes sentiments afin de bien les comprendre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Je me rends compte que mes sentiments sont valables et importants.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Je prends conscience de mes émotions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	J'essaie de comprendre mes sentiments.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	J'explore mes émotions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Je trouve une façon de mieux comprendre mes émotions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	J'examine attentivement les raisons de mes émotions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Je prends le temps d'exprimer mes émotions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Je laisse mes sentiments s'extérioriser librement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Je me permets d'exprimer mes émotions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Je me sens libre d'exprimer mes émotions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	J'exprime les sentiments que je ressens.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Je trouve une façon d'exprimer mes émotions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Je laisse sortir mes sentiments.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Je laisse sortir mes sentiments ouvertement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

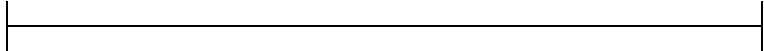
VOTRE DOULEUR

A. Veuillez décrire le type de douleur que vous avez eu au cours de cette dernière semaine. (Cochez (X) une case par ligne).

	Pas de douleur	Légère	Modérée	Forte
	0	1	2	3
				0
				1
				2
				3
1. Lancinante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Fulgurante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. En coups de poignard	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Aigüe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Pareille à une crampe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Pareille à une morsure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Cuisante - brûlante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Diffuse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Qui pèse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Sensible au toucher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Déchirante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Fatigante - épuisante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. À donner la nausée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Angoissante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Violente-cruelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

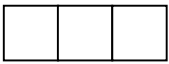
B. Veuillez évaluer votre douleur au cours de cette dernière semaine

La ligne ci-dessous représente l'intensité croissante de votre douleur, allant de « pas de douleur » à « douleur la plus forte possible ». Placez un trait vertical (|) sur la ligne à l'endroit qui correspond le mieux à l'intensité de votre douleur **au cours de cette dernière semaine**.



Pas de douleur

Douleur la plus forte possible



Score en mm
(Chercheur seulement)

C. Intensité actuelle de la douleur :

- 0 Pas de douleur
- 1 Légère
- 2 Modérée
- 3 Forte
- 4 Très forte
- 5 Insupportable

VOTRE DOULEUR (SUITE)

D. Est-ce que votre sommeil est :

- Bon
 Irrégulier
 Ne peut pas dormir

E. Est-ce que vous pouvez effectuer vos activités de façon :

- Régulières
 Partielles
 Peu
 Aucune

F. Mes apports alimentaires sont :

- Complètes
 Partiels
 Peu
 Aucun

G. Votre douleur vous a-t-elle obligé à :

- Quitter votre emploi ? Oui Non
 - Restreindre vos activités professionnelles ? Oui Non
 - Restreindre vos activités de la vie quotidienne ? (p. ex. tâches ménagères, hygiène personnelle, repas...) Oui Non

H. Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits contre la douleur ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

Depuis combien de temps environ ?

I. Souffrez-vous d'autres problèmes de santé ? Oui Non

Si oui, précisez le(s) diagnostic(s) et le(s) médicament(s) prescrit(s) le cas échéant.

Diagnostic(s)

Depuis combien de temps environ ?

Médicament(s)

Depuis combien de temps environ ?

ClicCours.com

Appendice C
Formulaire de consentement

**FORMULAIRE
DE CONSENTEMENT À LA RECHERCHE**

TITRE DU PROJET : Effets du support à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation, de la motivation et du coping émotionnel sur le bien-être de patients du Saguenay – Lac-St-Jean souffrant de douleur chronique.

CHERCHEURS PRINCIPAUX : Claudie Émond, Ph.D., UQAC
Luc G. Pelletier, Ph.D., Université d'Ottawa

CHERCHEUR(S) ASSOCIÉ(S) : Amélie Gagnon, étudiante au doctorat, UQAC
Isabelle Tremblay, étudiante au doctorat, UQAC

Vous êtes invités à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des choses que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie pour vos dossiers.

INFORMATIONS ET URGENCE

Pour toute demande d'information, vous pouvez rejoindre la chercheuse responsable de la recherche, madame Claudie Émond, Ph.D., au (418) 545-5011 poste 5357.

1. INTRODUCTION

1.1 Rationnel de recrutement

Nous vous proposons de participer à un projet de recherche qui s'adresse à des patients adultes qui souffrent de douleur chronique et qui consultent pour cette raison des médecins à la Clinique médicale du Faubourg Sagamie.

1.2 Rationnel de l'étude

La douleur chronique représente une problématique préoccupante qui comporte de nombreux enjeux autant individuels que collectifs. Il existe actuellement un consensus à l'effet que les approches psychologiques apportent une contribution importante dans la gestion de la douleur chronique. Jusqu'à maintenant, différentes stratégies ont été utilisées afin d'aider les patients souffrant de douleur chronique à gérer leur douleur, mais très peu parmi elles se sont intéressées à comprendre l'impact des processus motivationnels et d'adaptation émotionnelle sur le bien-être général des patients. Par conséquent, les connaissances actuelles relatives aux facteurs motivationnels et adaptatifs sur le bien-être des patients souffrant de douleur chronique sont limitées. C'est précisément ces deux aspects en lien avec des influences d'ordre interpersonnels que nous voulons étudier afin de mieux orienter l'intervention.

2. BUT DE LA RECHERCHE ET DURÉE DE L'ÉTUDE

Cette étude a pour but de vérifier le support à l'autonomie, à la compétence, à l'affiliation, de la motivation et des capacités d'adaptation émotionnelle sur le bien-être et la douleur chez des patients du Saguenay – Lac-St-Jean diagnostiqués avec de la douleur chronique.

La durée de cette étude sera de dix-huit (18) mois et environ 250 patients du Saguenay – Lac-St-Jean participeront à ce projet réalisé à la Clinique médicale du Faubourg Sagamie.

3. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

3.1 Durée totale d'implication, nombre de visites et durée de chaque visite

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous devrez remplir deux questionnaires qui nécessiteront chacun entre 30 à 45 minutes de votre temps. Le premier sera à compléter sur place et le second vous sera acheminé par la poste précédé d'une relance téléphonique.

3.2 Type d'étude

Si vous acceptez de participer à cette étude et que les résultats des tests indiquent au médecin que vous rencontrez les conditions pour y être admis, vous rencontrerez une assistante de recherche afin de compléter un premier questionnaire et un second questionnaire qui vous sera acheminé par la poste.

Dans les deux cas, vous aurez des questions sur (1) votre profil sociodémographique, (2) votre support social, (2) votre motivation, (3) votre adaptation, (4) votre bien-être et (5) votre douleur. Répondre à ces questionnaires à deux reprises nécessitera environ 30 à 45 minutes de votre temps.

Si vous ne participez pas à cette étude, vous n'aurez pas à subir tous ces tests, sauf ceux réalisés normalement dans le cadre de votre suivi médical.

3.3 Destruction des données

Tous les questionnaires seront détruits cinq ans après la fin de l'étude ou jusqu'à la première publication selon les recommandations scientifiques habituelles en vigueur.

4. RISQUES ET EFFETS INDÉSIRABLES

En dehors du temps requis pour la passation des deux questionnaires, aucun risque ou effet indésirable n'est envisageable.

5. AVANTAGES POSSIBLES

Même si vous ne retirerez possiblement aucun bénéfice direct découlant de votre participation à cette étude, nous espérons que les résultats de cette étude nous permettront de faire avancer l'état des connaissances dans le domaine et à concevoir des stratégies plus efficaces de traitement de la douleur chronique.

6. PARTICIPATION VOLONTAIRE ET RETRAIT DE L'ÉTUDE

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire et vous avez donc le droit de refuser d'y participer. De plus une fois l'étude commencée, vous pouvez interrompre votre participation en tout temps en contactant la chercheuse responsable de la recherche, madame Claudie Émond, au numéro de téléphone (418) 545-5011 poste 5357. Votre décision de cesser votre participation à l'étude ne vous causera aucun préjudice et vous continuerez à avoir droit aux meilleurs traitements disponibles.

7. COMPENSATIONS ET INDEMNISATION

Vous ne serez pas rémunéré pour participer à cette étude. Par ailleurs, si vous subissez un préjudice en lien avec votre participation à ce projet, vous conserverez tous vos recours légaux.

8. CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements personnels et cliniques recueillis durant l'étude seront dénominalisés (c'est-à-dire que votre nom ne sera pas mentionné) et codés (votre nom sera remplacé par un code : lettre ou chiffres) et conservés sous clé dans le Laboratoire de psychologie clinique de l'UQAC. Seuls les membres de l'équipe de recherche y auront accès. Tous les résultats demeureront confidentiels et si les résultats de l'étude sont publiés, il n'y aura aucun moyen de vous identifier.

9. PERSONNES RESSOURCES

1- Pour des informations supplémentaires :

Si vous avez des questions supplémentaires, quelles qu'elles soient, concernant cette étude vous pouvez rejoindre madame Claudie Émond, Ph.D. au 545-5011 poste 5357.

2- Pour le Comité d'éthique :

Cette recherche a également été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi. Pour toutes questions reliées à l'éthique et concernant le fonctionnement et les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez communiquer avec le Président du Comité,

1-2 Pour le Comité d'éthique (suite)

Monsieur André Leclerc, 555, boulevard de l'Université, Chicoutimi (Québec) G7H 2B1, au numéro de téléphone (418) 545-5011 poste 5070.

11. CONSENTEMENT DU PARTICIPANT / DE LA PARTICIPANTE

Je, soussigné(e), déclare que :

Mme / M. _____ m'a expliqué la nature et le déroulement de l'étude de recherche ci-dessus.

J'ai eu l'occasion de poser des questions et on y a répondu de façon satisfaisante.

Je recevrai une copie de ce formulaire de consentement signée et datée.

Je comprends que :

Ma participation à cette étude est entièrement volontaire et je peux refuser maintenant ou en tout temps d'y participer, sans que cela n'affecte les soins auxquels j'ai droit.

Par la présente, je confirme ma participation à ce projet de recherche :

Nom du participant(e)	Signature du participant(e)	Date
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Adresse du participant		No de tél. du participant
_____		_____
_____	_____	_____
Nom de la personne qui obtient le consentement	Signature de la personne qui obtient le consentement	Date
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Nom du chercheur	Signature du chercheur	Date
_____	_____	_____