

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2012

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

Marie BRIGANT

Née le 11 octobre 1982 à Tours (37)

Présentée et soutenue publiquement le 18 octobre 2012

Caractéristiques psychiatriques et psychopathologiques associées à la propension au changement : une étude transversale auprès de 87 patients douloureux chroniques.

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD

Membres du jury : Monsieur le Professeur Vincent CAMUS
Monsieur le Professeur Dominique DRAPIER
Monsieur le Professeur Christian REVEILLERE
Madame le Docteur Isabelle VANNIER
Monsieur le Docteur Paul BRUNAUT

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESEURS

Professeur Christian ANDRES, Recherche
Docteur Brigitte ARBEILLE, Moyens
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC
J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN
J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD
Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE
J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme	AUTRET-LECA Elisabeth	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MM.	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mmes	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
	BARTHELEMY Catherine	Physiologie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	CHARBONNIER Bernard	Cardiologie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FETISSOF Franck	Anatomie et Cytologie pathologiques
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LANSON Yves	Urologie
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Pierre	Endocrinologie et Maladies métaboliques

	LEMARIE Etienne	Pneumologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénérologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénérologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	NIVET Hubert	Néphrologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	RICHARD-LENOBLE Dominique	Parasitologie et Mycologie
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
	TOUTAIN Annick	Génétique
	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénérologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale
-----	---------------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	HUAS Dominique	Médecine Générale
	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ARBEILLE Brigitte	Biologie cellulaire
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD-LAUMONIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
M	BOISSINOT Eric	Physiologie
MM.	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	CORTESE Samuele	Pédopsychiatrie
Mmes	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
	EDER Véronique	Biophysique et Médecine nucléaire
	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M.	GIRAUDEAU Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
M.	HOARAU Cyrille	Immunologie

Mme	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mmes	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
M.M	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mlle	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

M.	ROBERT Jean	Médecine Générale
----	-------------	-------------------

CHERCHEURS C.N.R.S. - INSERM

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
M	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
M.	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
-----	------------------	-----------------------

A Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD,

Professeur des Universités en Psychiatrie à la Faculté de Médecine de Tours.

Chef de pôle du département de Psychiatrie au CHRU de Tours.

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le Président du Jury de cette thèse.

Je vous remercie pour votre enseignement particulièrement riche dont j'ai pu bénéficier depuis le début de mes études de médecine et qui m'a guidé dans le choix de ma spécialité.

Je vous remercie également pour votre accompagnement au cours de mon internat.

Veillez trouver ici, Monsieur le Professeur, le témoignage de mon profond respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Vincent CAMUS,

Professeur des Universités en Psychiatrie à la Faculté de Médecine de Tours.

Chef de service de la Clinique Psychiatrique Universitaire au CHRU de Tours.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail.

Je vous remercie pour la qualité de votre enseignement dont j'ai pu bénéficier tout au long de mes études.

Je vous remercie également de votre accompagnement et de votre supervision lors de mon stage au sein de votre service.

Recevez ici, Monsieur le Professeur, l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Dominique DRAPIER,

Professeur des Universités en Psychiatrie à la faculté de Médecine de Rennes.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

Je vous remercie pour la qualité de votre enseignement dont j'ai bénéficié lors des regroupements des internes de l'inter-région.

Veillez trouver ici, Monsieur le Professeur, l'expression de mon plus profond respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Christian REVEILLERE,

Professeur de psychologie clinique et psychopathologie à l'Université François Rabelais,
Département de Psychologie, EA 2114 « Psychologie des âges de la vie », Tours.

Psychologue clinicien attaché au Centre de référence des maladies neuromusculaires au CHU
H. Mondor, Créteil (94).

*Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et de me faire l'honneur de participer au
Jury de cette thèse.*

*Recevez ici, Monsieur le Professeur, l'expression de mes sincères remerciements et de mon
profond respect.*

A Madame le Docteur Isabelle VANNIER,

Praticien Hospitalier à l'Unité de Consultation et de Traitement de la douleur au CHRU de Tours - Médecin anesthésiste –réanimateur.

Je vous remercie de la confiance que vous m'avez accordée en acceptant la réalisation de ce travail au sein de votre service.

Je vous remercie également pour vos conseils et pour l'aide que vous m'avez apporté dans l'élaboration et la réalisation de cette étude.

Je vous remercie pour votre accueil et votre soutien.

Veillez trouver ici, Madame le Docteur, le témoignage de mon plus profond respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Paul BRUNAUT,

Praticien Hospitalier à la Clinique Psychiatrique Universitaire – Psychiatrie de Liaison.

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail et d'avoir élaboré ce projet à mes côtés.

Je te remercie pour ta grande disponibilité et tes conseils si précieux.

Je te remercie pour ton travail statistique et méthodologique sans lequel cette étude n'aurait pu aboutir. Tes connaissances et la qualité de tes réflexions m'ont beaucoup apporté

Je te remercie pour toute l'aide que tu m'as apporté au cours de cette année, ton attention, ta patience et ta tolérance.

Reçois ici l'expression de mon amicale reconnaissance et mon plus profond respect.

Je tiens à adresser mes remerciements à l'équipe de soin de l'Unité de Consultation et de Traitement de la douleur du CHRU de Tours pour leur accueil chaleureux et leur aide précieuse pour la réalisation de ce travail et en particulier Madame le Docteur Vannier, Madame le Docteur Philippe, Madame Bridou et Madame Chapet.

Je remercie également les patients et patientes qui ont accepté de participer à cette étude.

Je remercie les médecins et les équipes de soins qui m'ont accompagné et formé tout au long de mon internat de psychiatrie. Ma reconnaissance va en particulier au Docteur Gérard Gailliard, au Docteur Alain Wahl, au Docteur Serge Drylewicz, au Docteur Marie-Christine Gailliard, au Docteur Marie Alice Blot, au Docteur Fanny Puel, au Docteur Florence Dubois, au Docteur Véronique Beck, au Docteur Lefourn, au Docteur Lenoir, au Docteur Magda Edom, au Docteur Jérôme Bachellier et au Docteur Sandra Hervé. Je transmets également toute ma reconnaissance aux équipes de la psychiatrie A, de la Psychiatrie B, du Centre Oreste, des urgences psychiatriques, du Centre Port Bretagne, du secteur de la CPU et de l'inter secteur de pédopsychiatrie de Chinon.

Merci à ma famille, mes parents, ma sœur, mes grand parents qui m'ont épaulé tout au long de ma vie et ont vécu à mes côtés les moments de joie et de réussite tout comme les moments plus difficiles.

Je remercie Maud, Claudette et ma mère pour leur regard bescherellique sur mon travail.

A mes amis, qui sont assurés de toute mon affection. Je remercie Violaine, Emilie, Anne-Lise, Servane, Stéphanie, Julien, Marie et la famille Léger, les creusois, et tous ceux qui ont été à mes cotés durant toutes ces années.

Je remercie Vincent, mon ami, pour sa présence à mes coté, sa bienveillance et son soutien de tous les moments.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

<p>Caractéristiques psychiatriques et psychopathologiques associées à la propension au changement : une étude transversale auprès de 87 patients douloureux chroniques.</p>
--

TABLE DES MATIERE.....	14
I) RESUME.....	16
II) INTRODUCTION ET PROBLEMATIQUE.....	18
A) Présentation générale.....	18
B) Le modèle de la propension au changement.....	23
C) Douleur et facteurs psychopathologiques et psychiatriques.....	31
D) Objectifs et hypothèses de l'étude.....	49
III) MATERIEL ET METHODE.....	51
A) Sujets.....	51
B) Matériel.....	51
1) Auto-questionnaire.....	51
a) Présentation du questionnaire.....	52
b) Caractéristiques sociodémographiques.....	52
c) Données sur la douleur et le traitement.....	52
d) Mesure de la qualité de vie.....	53
e) Mesure de la propension au changement.....	53
f) Mesure de l'anxiété et de la dépression.....	54
g) Mesure des dimensions de la personnalité.....	55
h) Mesure des mécanismes de défense.....	56
2) Entretien structuré (M.I.N.I.).....	57
C) Procédure.....	58
D) Traitement des données.....	59
1) Analyses statistiques.....	59
2) Caractérisation des stades de changement en quatre groupes.....	60

IV) RESULTATS.....	62
A) Caractéristiques descriptives des patients.....	62
B) H1 : liens entre les variables étudiées et les scores à l'échelle d' « Intention ».....	67
C) H2 : liens entre les variables étudiées et les scores à l'échelle de « Maintien ».....	71
D) H3 et H4 : liens entre les variables et la propension au changement évaluée de façon catégorielle en deux stades « Intention » et « Maintien ».....	74
E) H3 et H4 : liens entre les variables et la propension au changement évaluée de façon catégorielle en quatre groupes.....	76
V)DISCUSSION.....	83
A) Commentaires sur les résultats.....	84
B) Limites de l'étude.....	93
C) Applications des résultats et perspectives de l'étude.....	95
VI) BIBLIOGRAPHIE.....	97
VII) ANNEXES.....	111
A) Annexe 1.....	111
B) Annexe 2.....	112

I) RESUME

Objectif : Déterminer quelles étaient les variables psychiatriques, psychopathologiques et cliniques associées à la propension au changement chez des patients souffrant de douleurs chroniques.

Matériel et méthodes : 87 patients consultant à l'unité de consultation et de traitement de la douleur du CHRU de Tours pour des douleurs chroniques non cancéreuses ont participé à cette étude transversale. Un auto-questionnaire évaluait pour chaque patient : la propension au changement (version française du Pain Stage Of Change Questionnaire : évaluation à la fois dimensionnelle et catégorielle des facteurs d'Intention et de Maintien), les dimensions de personnalité (BFI), les styles et mécanismes de défense (DSQ-40), les dimensions d'anxiété et de dépression (HAD), la qualité de vie (SF-12), les variables sociodémographiques, les caractéristiques de la douleur (incluant le QCD) et de son traitement. Les troubles psychiatriques de l'axe I étaient évalués pour 35 des 87 patients (MINI).

Résultats : Les patients ayant des scores faibles à l'échelle d'Intention avaient moins fréquemment recours au style névrotique, à certains mécanismes de défense (sublimation, annulation, pseudo-altruisme, rationalisation) et plus fréquemment à la répression. Les patients ayant des scores faibles à l'échelle de Maintien avaient plus fréquemment recours à l'acting out et présentaient plus fréquemment une phobie sociale (actuelle ou passée). Comparativement aux patients au stade de Maintien, les patients au stade d'Intention avaient plus fréquemment recours au mécanisme de défense de type acting out, et moins fréquemment recours au style mature et à la répression.

Discussion : Une meilleure prise en compte des facteurs tels que les styles et mécanismes de défense pourrait aider les patients à s'engager dans les soins multidisciplinaires dont les buts sont notamment d'améliorer leur capacité à faire face à leur douleur et leur qualité de vie.

Mots clés : douleur chronique ; propension au changement ; troubles psychiatriques de l'axe I; psychopathologie ; dimension de personnalité ; mécanismes de défense ; styles défensifs.

ABSTRACT

Psychiatric and psychopathologic factors associated with readiness to change: a cross-sectional study in 87 chronic pain patients.

Aim: Our study aimed to determine which psychiatric, psychopathological and clinical variables would be associated with readiness to change in chronic pain patients.

Material and Methods: This cross-sectional study recruited 87 chronic nonmalignant pain outpatients at the Pain Management Unit at the University Hospital Center of Tours. For each patient, we assessed the following outcome measures using self-administered questionnaires: readiness to change (using the French version of the Pain Stage of Change Questionnaire = PSOCQ, which assesses both categorical and dimensional aspects for two stages of change, namely "intent" and "maintenance"), Big-Five personality dimensions (French version of the BFI), defense styles and defense mechanisms (DSQ-40), dimensions of anxiety and depression (HAD), health-related quality of life (SF-12), pain severity (QCD), sociodemographic variables, and pain and treatment characteristics. Axis I psychiatric disorders were assessed for 35 patients with the MINI.

Results: Patients with lower PSOCQ contemplation scores reported decreased use in neurotic defense style, in some defense mechanisms (sublimation, isolation, pseudo-altruism, rationalization) and increased use in suppression. Patients with lower PSOCQ maintenance scores reported an increased use of acting out and had higher point prevalence for current and lifetime social phobia. When compared to patients in the maintenance stage, patients in the contemplation stage reported increased use of acting out and decreased use of mature defense style and suppression.

Discussion: Defense styles and defense mechanisms should be assessed more frequently in chronic pain patients because it could help patients engage in multidisciplinary care whose goals are to help them to better cope with pain and improve their quality of life.

Keywords: chronic pain; readiness to change; axis I psychiatric disorders; psychopathology; personality dimensions; defense mechanisms; defense styles.

II) INTRODUCTION ET PROBLEMATIQUE

A) Présentation générale

1) La douleur chronique : un syndrome multidimensionnel

Les patients souffrant de douleur chronique représentent actuellement et depuis une vingtaine d'années un enjeu majeur de santé publique (HAS, 2008). La prévalence de la douleur chronique varie de 10,1% à 55,2% selon les études françaises et internationales. Chez ces patients, la douleur chronique est une source d'incapacité, de handicap et d'altération de la qualité de vie et par là même d'une consommation de soins importante.

Le modèle de la médecine classique et occidentale largement basé sur une dichotomie corps-psyché s'est trouvé mis à mal face à ces individus devenus esclaves d'une douleur non maîtrisable « car si la douleur aiguë s'accompagne habituellement d'autres perturbations cliniques et paracliniques visibles, objectivables, liées aux lésions tissulaires qui la soutiennent, il en va tout autrement pour la douleur subaiguë ou chronique, condition complexe qui engage l'être dans son ensemble, depuis sa physiologie et ses modalités perceptives jusqu'à ses représentations du corps, de la santé et du monde, et jusqu'à la tonalité de son histoire singulière et aux déterminants, conscients et inconscients, de sa vie affective » (Consoli, 2007). La médecine psychosomatique a introduit l'idée d'un modèle « bio-psycho-social » de la maladie (Engel, 1977 ; Lumley et al., 2011) et d'une médecine centrée sur le patient (Cathebras, 2006), ce modèle apparaît comme particulièrement adapté au problème de la douleur chronique.

Les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2008) prennent en compte les aspects complexes et subjectifs de la douleur chronique ainsi que la nécessité d'une approche multidisciplinaire. La définition proposée est la suivante :

« La définition de la douleur proposée par l'*International Association for the Study of Pain (IASP)*, la plus citée, témoigne de la nature subjective de la douleur autant que de sa complexité : « la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion.

La douleur est donc ce que la personne qui en est atteinte dit qu'elle est. Ce symptôme existe dès lors qu'elle affirme la ressentir, qu'une cause soit identifiée ou non ».

« La douleur chronique prise en compte dans ces recommandations est un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte. Il y a douleur chronique, quelles que soient sa topographie et son intensité, lorsque la douleur présente plusieurs de ses caractéristiques suivantes :

- persistance ou récurrence, qui dure au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois ;
- réponse insuffisante au traitement ;
- détérioration significative et progressive du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail.

La douleur chronique peut être accompagnée :

- de manifestations psychopathologiques ;
- d'une demande insistante par le patient de recours à des médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives, alors qu'il déclare leur inefficacité à le soulager ;
- d'une difficulté du patient à s'adapter à la situation. ».

Pour L'IASP, la douleur chronique est donc en partie une expérience émotionnelle et la correspondance entre les lésions corporelles et la douleur est variable. Elle ne peut donc être traitée uniquement sur un plan biomédical. Le modèle biopsychosocial permet de prendre en compte la complexité et la multiplicité des facteurs mis en jeu dans la douleur chronique et d'unifier les différents axes de recherche (Gatchel et al., 2007).

2) Changer de paradigme de soin, introduire un modèle multidimensionnel

Des programmes de soins multidisciplinaires ont été élaborés et proposés aux patients douloureux chroniques dans les centres spécialisés de prise en charge de la douleur. Il s'agit notamment de proposer, au-delà d'une prise en charge médicale, des soins para-médicaux, des

soins psychologiques, psychothérapeutiques voire psycho-éducatifs pour aider les patients douloureux à mieux gérer et faire face à la douleur.

Parmi les approches proposées, des programmes standardisés de gestion de la douleur (issus principalement des thérapies cognitives et comportementales) se sont développés depuis plusieurs dizaines d'années, en particulier dans les pays anglo-saxons. Ces approches visent à aider les patients à mieux identifier leurs émotions, pensées et comportements, à mieux les comprendre et à y faire face en leur permettant notamment de développer des stratégies d'ajustement (coping) plus variées. Bien que ces programmes aient fait la preuve de leur efficacité (Malone et Strube, 1988 ; Flor et al., 1992 ; Morley et al., 1999), il s'avère que leur efficacité est variable d'un sujet à l'autre (Turk et Rudy, 1990,1991 ; Turner et al., 2007). L'engagement des patients dans ces programmes, l'abandon fréquent et l'absence de maintien de leur efficacité à long terme sont des difficultés fréquemment rencontrées (Turk et Rudy, 1990,1991). Ces approches requièrent en effet que les patients effectuent des changements substantiels concernant à la fois leurs croyances sur la douleur et sur les façons dont ils s'adaptent et font face à celle-ci (Kerns et Habib, 2004). Comme cela est souligné dans les recommandations de l'HAS, les interprétations et croyances du patient sont souvent éloignées de celles du médecin. Le patient douloureux chronique est souvent réticent aux propositions de prise en charge impliquant des dimensions psycho-sociales, il paraît être dans un déni des dimensions affectives, émotionnelles et relationnelles de la douleur tant le surinvestissement narcissique du corps lésé est important et dans la recherche exclusive d'un traitement curatif et immédiat de celle-ci (HAS, 2008). Le patient aborde souvent son problème douloureux avec ambivalence, la demande d'un changement de sa condition est bien là, parfois teintée de virulence et de déception face aux échecs passés, mais le changement, le mouvement semble impossible et toute élaboration reste figée.

Bien que plusieurs approches aient fait la preuve de leur efficacité et de leur pertinence dans la prise en charge du sujet douloureux chronique, de nombreux refus, échecs et abandons sont rencontrés. Ce constat paradoxal a amené plusieurs auteurs à se questionner sur les raisons pouvant expliquer les difficultés de prise en charge des patients douloureux chroniques. La compréhension de ces difficultés pourrait permettre d'affiner les stratégies de prise en charge et d'accompagner ces patients vers des soins plus adaptés à leur problématique selon leur degré à être prêt à y faire face.

Certains auteurs ont proposé que le modèle théorique de la propension au changement (ou « readiness to change ») appliqué à la douleur puisse permettre de rendre compte des difficultés de prise en charge des patients douloureux chroniques (Kerns et al., 1997 ; Kerns et al., 2006). Le modèle de propension au changement est directement issu du modèle transthéorique du changement développé par Prochaska et DiClemente (1992), qui postule que chaque individu varie dans son degré de préparation à un changement visant un comportement spécifique (Prochaska, DiClemente, 1982). En appliquant ce modèle à la douleur, Kerns définit la propension au changement vis-à-vis de la douleur comme le degré à être prêt à adopter une approche permettant d'améliorer la gestion de la douleur, la perte de capacité et la détresse émotionnelle. Après avoir constaté que la capacité des patients douloureux à adopter une approche d'apprentissage de la gestion de la douleur pouvait varier selon leur degré d'engagement et de motivation au changement comportemental, Kerns et al. ont fait l'hypothèse que la propension au changement pouvait influencer non seulement le processus d'engagement dans les soins, mais aussi les résultats thérapeutiques de ces patients (Kerns et al., 1997 ; Kerns et al., 2006). Jensen et al. (2000) ont par exemple pu constater qu'un certain nombre de patients douloureux chroniques reste à un stade de plus faible propension au changement, stade dits de « Contemplatif » (59% des patients douloureux chroniques et 76% des patients fibromyalgiques sont au stade de « contemplation »), ce qui limite de fait les possibilités thérapeutiques et qui questionne sur les mécanismes psychopathologiques à l'œuvre au sein de cette population.

De multiples travaux ont été réalisés visant à mieux comprendre le modèle théorique de la propension au changement dans la douleur chronique.(Kerns et Habib, 2004; Dijkstra, 2005). Dans ce contexte, une étude plus approfondie des caractéristiques psychiatriques et psychopathologiques associées à la propension au changement nous est apparue pertinente. Une meilleure connaissance de l'influence de ses facteurs sur la propension au changement permettrait de proposer et d'affiner des stratégies thérapeutiques plus adaptées qui favoriseraient l'engagement dans un processus motivationnel.

Certains facteurs psychopathologiques nous paraissaient intéressants dans l'étude de la propension au changement. Le lien avec les styles et mécanismes de défenses apportait une tentative de compréhension des difficultés rencontrées dans les enjeux relationnels et les processus psychiques mis en jeu lors des différents stades de changement. Nous avons également choisi d'étudier les dimensions de personnalité et les troubles psychiatriques de l'axe I compte tenu de la fréquence élevée de ces troubles retrouvés dans les populations de

patients souffrant de douleurs chroniques. En effet, la présence de troubles psychiatriques ou de certaines dimensions de personnalité pourrait entraîner des difficultés pour l'engagement et le maintien dans un processus motivationnel et de changement.

L'objectif principal de ce travail était de déterminer quelles étaient les variables psychopathologiques (style défensif mature, immature ou névrotique, dimensions de personnalité et troubles psychiatriques de l'axe I) associées aux scores de propension au changement (évaluation dimensionnelle). L'objectif secondaire était de déterminer quelles variables psychopathologiques étaient associées au stade d'« Intention » ou au stade de « Maintien » (évaluation catégorielle).

Dans cette étude nous avons fait l'hypothèse principale que trois grands types de facteurs étaient associés à une plus faible propension au changement : l'existence de trouble(s) psychiatrique(s) de l'axe I (épisode dépressif majeur, trouble anxieux), l'existence de mécanismes de défense de style immature ou névrotique, et certaines caractéristiques de personnalité (fort névrosisme et faible agréabilité). Notre hypothèse seconde était que les patients au stade d'« Intention » différaient des patients au stade de « Maintien », avec une plus forte prévalence de troubles psychiatriques de l'axe I, des styles et mécanismes de défense préférentiellement immatures et névrotiques, et des dimensions de personnalité de type fort névrosisme et faible agréabilité.

Dans cette introduction nous aborderons tout d'abord le modèle de propension au changement appliqué au domaine du soin de la douleur chronique. Dans un second temps nous décrirons les liens déjà étudiés entre la douleur chronique et les différentes caractéristiques psychiatriques et psychopathologiques qui seront envisagés dans notre étude : les troubles psychiatriques de types troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles liés à l'utilisation de substance psycho-actives, état de stress post traumatique, les troubles de la personnalité, les dimensions et profils de la personnalité et enfin le fonctionnement défensif. Enfin nous détaillerons les objectifs et les hypothèses de ce travail.

B) Le modèle de propension au changement

1) Développement du modèle de la propension au changement appliqué à la douleur

La propension au changement (readiness to change) est définie par RD Kerns comme le degré à être prêt à adopter une approche permettant d'améliorer la gestion de la douleur, la perte de capacité et la détresse émotionnelle. D'une manière plus générale, la propension au changement a été proposée comme une variable pouvant influencer le processus d'engagement et les résultats thérapeutiques (Kerns et al., 1997). En effet, la capacité des patients douloureux à adopter une approche d'apprentissage de la gestion de la douleur pourrait varier selon leur degré d'engagement et de motivation au changement comportemental (Kerns et al., 2006).

Kerns et al. ont développé à partir de cette hypothèse un outil permettant d'évaluer la propension au changements chez des patients douloureux chroniques, le Pain Stage Of Change Questionnaire(PSOCQ) (Kerns, 1997).

Cet outil a été développé à partir du modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente qui propose que chaque individu varie dans son degré de préparation à un changement visant un comportement spécifique (Prochaska, DiClemente, 1982). Le modèle transthéorique du changement a été utilisé comme base pour le développement d'interventions pour promouvoir le changement intentionnel de comportements liés à la santé. Les études ont concerné particulièrement l'arrêt de conduites addictives comme l'arrêt de tabac, de l'alcool et d'autres drogues mais aussi d'autres domaines comme l'exercice, la perte de poids, l'utilisation de préservatif pour la protection contre le VIH et de crème solaire contre le cancer de la peau, l'observance, la gestion du stress, le changement organisationnel... L'axe central de ce modèle est représenté par les stades de changement. Cet axe sera repris comme base de travail sur la propension au changement chez les patients douloureux chroniques. Il inclut également d'autres variables comme les processus de changement (Prochaska, DiClemente, 1983 ; Prochaska et al., 1988), l'échelle de balance décisionnelle (Velicier et al., 1985) issue du modèle de prise de décision de Janis et Mann (Janis, Mann, 1985), le concept d'auto-efficacité issu de la théorie de Bandura (Bandura, 1977) et la mesure de la tentation (DiClemente, 1981, 1986, Velicier et al., 1990).

Le modèle du changement de Prochaska et DiClemente comporte cinq stades de changements. Ces stades de changement sont envisagés à travers une dimension temporelle, l'individu évoluant d'un stade à l'autre. Les cinq stades décrits sont : le stade « Précontemplation », le stade « Contemplation », le stade « Préparation », le stade « Action » et le stade « Maintien » (cf. **Tableau 1**). Dans le stade « Précontemplation », le sujet exprime un faible intérêt pour un changement de comportement et n'a pas l'intention de changer ce comportement dans un futur proche, il ne considère pas son comportement comme un problème. Lorsqu'un sujet « Précontemplateur » fait une demande de psychothérapie, il le fait, le plus souvent, sous la pression de ses proches. Dans le stade « Contemplation », le sujet est conscient de l'existence d'un problème et exprime penser à la possibilité d'un changement de comportement mais n'est pas prêt à faire prochainement celui-ci. Il pèse le pour et le contre. Dans le stade « Préparation », le sujet considère activement le changement de comportement pour le mois à venir et a pu sans succès tenter de changer dans l'année précédente. Les scores du stade « Contemplation » et du stade « Action » sont élevés. Dans le stade « Action », le sujet travaille activement au changement de comportements, de leur expérience et de leur environnement. Ils sont classés dans le stade « Action » s'ils ont changé le comportement dysfonctionnel pendant une période d'un jour à 6 mois. Enfin, dans le stade de « Maintien » le sujet travaille pour maintenir le changement et prévenir des rechutes, les critères pour être considéré au stade « Maintien » sont d'être capable d'être libre du comportement problème et de s'engager dans un nouveau comportement incompatible avec le comportement problème pendant plus de 6 mois (Prochaska, Norcross, 2001).

Un des enjeux majeur de la compréhension et de l'utilisation de ce modèle en psychothérapie porte sur ses caractéristiques dynamiques. En effet la progression de l'individu dans les différents stades n'est pas linéaire, le rôle et l'intervention du thérapeute doit s'adapter selon la progression du patient à travers les différents stades de changement (Prochaska, Norcross, 2001 ; Petrocelli, 2002).

Tableau 1 : Explication des Stades de Changement (Prochaska, Norcross, 2001) :

Stades de Changement	Explication	Réactions des individus
Pré-contemplation	N'ont pas l'intention de changer le comportement dans un futur proche.	Peut-être inconscient du problème.
Contemplation	Sont conscients qu'il existe un problème et pensent sérieusement à le surmonter mais ne se sont pas encore engagés à prendre des mesures pour cela.	Peuvent rester bloqués dans ce stade pour une longue période. Pèsent les avantages, les inconvénients et les solutions.
Préparation	Combine intention et critères comportementaux ;	Ont fait de petits changements de comportements. Ont éventuellement l'intention de prendre des mesures dans le mois prochain, mais n'ont pas réussi à prendre ces mesures dans l'année qui précède.
Action	Modifient leurs comportements, expériences, ou environnement afin de surmonter leurs problèmes.	Les changements de comportements sont manifestes. Nécessitent un engagement, de l'énergie et du temps.
Maintien	Travaillent pour prévenir les rechutes et consolident les bénéfices obtenus durant le stade action.	Stabilisations des changements comportementaux et évitement des rechutes.

L'intégration du modèle transthéorique du changement et en particulier de l'utilisation des stades de changement dans la prise en charge des patients douloureux chroniques a fait l'objet de nombreux travaux de recherche. Ces recherches concernent en particulier l'élaboration et la validation d'un outil d'évaluation standardisé des stades de changement spécifiquement adapté à la situation des patients douloureux chroniques.

Kerns et al. (1997, 2000) ainsi que Jensen et al. (2000) dans leurs discussions sur les implications du modèle des stades de changement appliqué à la douleur suggèrent que l'hypothèse décrite par Prochaska et al. (1982) peut s'appliquer au modèle de propension au changement dans la douleur chronique. Cette hypothèse postule que la réponse du sujet douloureux à différents types d'interventions dépend de sa propension à adopter des compétences de « coping » pour gérer par lui-même la douleur. Ils ont donc suggéré que les sujets ayant des croyances en liens avec celles du stade de « Précontemplation » relèveraient plutôt d'interventions visant à une meilleure prise de conscience de leurs problématiques. Les sujets qui seraient ambivalent quant au changement et dont les croyances correspondraient au stade de « Contemplation » bénéficieraient d'interventions les aidant à peser le pour et le contre du changement. Les sujets considérant un possible changement dans un futur proche, donc au stade de « Préparation », pourraient bénéficier d'interventions visant à favoriser la perception des bénéfices du changement. Les sujets qui s'engagent à faire des changements (stade « Action ») relèveraient alors des programmes spécifiques pour la gestion de la douleur. Le maintien de l'utilisation des compétences apprises pour la gestion de la douleur serait l'objectif des interventions pour les sujets au stade « Maintien ». L'utilisation des stades de changement dans l'évaluation et le suivi des patients douloureux chroniques pourrait alors s'avérer utile pour orienter les différents types d'interventions et améliorer ainsi la prise en charge en l'adaptant pour chaque individu selon son degré d'engagement et de propension au changement.

A partir de cette hypothèse Kerns et al. ont développé un outil permettant d'évaluer les stades de changement, le « Pain Stage of Change Questionnaire » (PSOCQ). Il s'agit d'un auto-questionnaire, comprenant trente items, initialement validé par une étude portant sur un échantillon de 241 individus référés par un des quatre centres de soins tertiaires d'évaluation et de traitement de la douleur aux États-Unis (Kerns et al., 1997). Les analyses factorielles réalisées initialement ne retrouvent que quatre stades distincts, à la différence des cinq stades de Prochaska et DiClemente, avec des coefficients d'homogénéité satisfaisants voir très satisfaisants (alpha de Cronbach entre 0.77 et 0.86). Le stade de « Préparation » n'apparaît pas

comme distinct du stade « Contemplation » et les stades « Action » et « Maintien » étaient fortement corrélés. Les propriétés psychométriques du PSOCQ ont été par la suite confirmées sur deux autres échantillons de patients douloureux chroniques (patients souffrant de douleurs chroniques diverses et patients souffrant de fibromyalgie) par Jensen et al. (2000).

Les quatre stades retenus sont donc le stade « Précontemplation », le stade « Contemplation », le stade « Action » et le stade « Maintien ». Le stade « Précontemplation » correspond à un sujet considérant que sa douleur est un problème purement médical, ne considérant n'avoir qu'une faible responsabilité dans le contrôle de la douleur et ne pas avoir d'intérêt à modifier ses comportements. Au stade « Contemplation », le sujet montre une conscience plus importante de sa responsabilité dans le contrôle de la douleur et considère la possibilité d'un changement de ses comportements. Au stade « Action », le sujet s'inscrit activement dans la démarche d'apprentissage d'outils visant une meilleure gestion de sa douleur. Enfin, au stade « Maintien », le sujet continue à appliquer les stratégies apprises pour gérer sa douleur au quotidien et à maintenir ses changements de comportements.

Kerns et Rosenberg (2000) ont poursuivi leur travail en étudiant la validité prédictive du PSOCQ sur la participation et les résultats de programmes de traitement visant l'apprentissage d'une meilleure gestion de la douleur. Leur hypothèse était que des scores élevés à l'échelle « Précontemplation » seraient prédictifs de taux élevés d'abandons et de résultats médiocres. Sur 109 participants éligibles pour un programme de 10 sessions, 41 (38%) ont refusé ou n'ont pas assisté au programme, 9 patients (8%) ont assisté à au moins 3 sessions avant d'abandonner, alors que 59 patients (54%) se sont engagés et ont terminé le programme. Les résultats montrent que les patients n'ayant pas participé à l'ensemble du programme avaient des scores élevés à l'échelle de « Précontemplation » et des scores bas à l'échelle de « Contemplation ». Les patients au stade « Contemplation » avant le programme se sont engagés avec succès car le programme s'adaptait particulièrement aux croyances des patients à ce stade. Les patients au stade « Action » et « Maintien » n'ont pu être reliés à l'engagement ou non dans le programme. Ce dernier résultat a été expliqué par Kerns et Rosenberg par les caractéristiques du programme qui s'adressait plus particulièrement aux sujets contemplatifs, les sujets en action et maintenance auraient pu considérer que ce programme ne leur permettait pas d'apprendre plus que leurs connaissances et compétences déjà acquises. Ces résultats vont dans le sens de l'hypothèse selon laquelle le PSOCQ pourrait prédire l'engagement dans le traitement. Par contre l'étude ne met pas en évidence d'associations entre les scores PSOCQ prétraitement et les variables évaluant les résultats du

traitement (mesure de l'intensité douloureuse, le bien-être émotionnel et le fonctionnement physique), ce qui remet en cause son rôle prédictif des résultats thérapeutiques. Cependant une évolution entre les scores PSOCQ prétraitement et post-traitement des participants ayant terminé le programme a été mise en évidence. Cette évolution va dans le sens d'une augmentation des scores aux échelles « Action » et « Maintien » et une diminution des scores de « Précontemplation ». Ce changement dans les scores PSOCQ sont eux corrélés significativement à différentes mesures des résultats thérapeutiques comme la diminution de l'intensité douloureuse, l'invalidité, la sévérité des symptômes dépressifs.

D'autres études, par la suite, ont cherché à répliquer et approfondir l'étude de la validité prédictive du PSOCQ de Kerns et Rosenberg (2000). Dans une revue de littérature concernant la propension au changement dans la douleur chronique, Kerns et Habib (2004) décrivent les différents travaux concernant les investigations psychométriques et de validité du PSOCQ aux Etats-Unis mais également dans d'autres pays.

Concernant la validité prédictive du PSOCQ, Kerns et Habib citent deux études. Une étude de Biller et al. (2000) porte sur un échantillon de 151 patients recrutés dans un centre de soin multidisciplinaire pour la douleur tertiaire et 149 patients recrutés en soin primaire. Sur ces 300 participants, 147 (49%) ont effectué les 10 sessions du programme de gestion de la douleur, 68 (23%) ont effectué moins de 5 sessions avant d'abandonner et 85 (28%) n'ont assisté à aucune session. Les résultats de cette étude concordent avec les résultats de l'étude de Kerns et Rosenberg, des scores bas de « Précontemplation » et élevés de « Contemplation » étant les plus solides facteurs prédictifs d'achèvement du programme. Dans une seconde étude, Glenn et Burns (2003) évaluent le lien entre la mesure des scores PSOCQ pré traitement, milieu de traitement et post-traitement, et des mesures évaluant les résultats thérapeutiques (sévérité de la douleur, activité, dépression...). Les résultats mettent en évidence le rôle de médiateur de la propension au changement dans l'amélioration des résultats du traitement et qu'un changement précoce des stades de changement prédit le changement des mesures des résultats thérapeutiques plus tardifs.

Des études ont été menées dans différents pays afin d'adapter le PSOCQ à différentes langues et populations. Des études concernant la propension au changement et l'analyse factorielle et des propriétés psychométriques du PSOCQ ont notamment été réalisées en Allemagne (Dijkstra et al., 2001, 2005 ; Maurischat et al., 2006), en Australie (Strong et al.,

2002 ; Habib et al., 2003) et au Canada (Hadjistavropoulos et Shymkiw, 2007 ; Williams et al., 2007).

C. Aguerre, I. Vannier et G. Throraval (2007) ont réalisé une traduction du PSOCQ en français et une étude de validité de structure de cette version. Les analyses factorielles ne retrouvent que deux dimensions significatives au lieu des quatre attendues et retrouvées par les études princeps (Kerns et al., 1997, 2000 ; Jensen et al., 2000). La première dimension retrouvée est intitulée « Maintien », elle correspondrait à des individus « qui ont acquis une certaine expertise en matière de faire face à leur souffrance physique et la gèrent de manière plutôt autonome, tout en restant à l'écoute des éventuels conseils prodigués par leur entourage » (Aguerre et al., 2007). Le second facteur est nommé « Intention » et correspond plutôt à une attitude contemplative envers la douleur, attitude qui « favorise la prise de conscience du problème qu'elle peut présenter et des moyens dont on pense pouvoir disposer pour le résoudre » (Aguerre et al., 2007), en passant par la reconnaissance de la nécessité d'être « épaulé » pour modifier sa manière de gérer ou d'améliorer sa gestion de la douleur, la recherche de traitements moins médicalisés sans savoir encore comment initier ce changement. Une structure à deux facteurs a été également retrouvée dans une étude de Strong et al. (2002). En effet cette étude ne retrouve que deux dimensions, une dimension « Contemplation » et une dimension « Engagement » qui serait un mélange de « Maintien », d' « Action » et d'absence de « Précontemplation ». Ces dernières études remettent en cause l'existence d'un stade de « Précontemplation », existence déjà remise en cause dans les études princeps ainsi que l'absence de distinction claire entre les stades d'action et de maintien, confusion qui était également critiquée dans les études initiales du PSOCQ (corrélation fortement positive entre ces deux dimensions retrouvée notamment par Kerns et al. dans l'étude de 1997 et par Jensen et al., 2000).

2) Pain Stage Of Change Questionnaire et validité de critère, liens connus avec d'autres variables

Les études concernant la validité et l'utilisation du PSOCQ ont cherché à déterminer les liens pouvant exister entre propension au changement et différentes variables comme les variables démographiques, les stratégies de « coping », les croyances sur la douleur et

différentes mesures permettant l'extrapolation de résultats thérapeutiques comme la mesure de l'intensité douloureuse et de ses retentissements (invalidité, retentissement social, détresse affective...).

Kerns et al. (1997) dans leur étude initiale utilisent la Vanderbilt Management Inventory et retrouvent des mesures de coping adaptatif positivement corrélées aux scores d' « Action » et de « Maintien » et négativement aux scores de « Précontemplation », les mesures de coping passif sont aux contraire liées positivement aux scores de « Précontemplation » et négativement aux scores d' « Action » et de « Maintien ». Ces résultats vont dans le sens de ceux retrouvés par Jensen et al. (2003) avec le Chronic Pain Coping Inventory et le Coping Strategies Questionnaire. Les corrélations attendues par Kerns et al. (1997) avec les deux sous-échelles du Survey of Pain Attitude (SOPA scale) concernant la croyance en des soins médicaux pour le problème douloureux et la croyance dans le contrôle personnel exercé sur la douleur sont également confirmées.

Jensen et al. (2000) retrouvent des résultats également satisfaisants avec la SOPA scale, notamment le lien entre croyance que la douleur est liée à un dommage physique, que l'activité physique déclenche la douleur et que seuls les professionnels de santé sont responsables de la gestion et du traitement de la douleur avec les scores de « Précontemplation ». Alors que l'utilisation de l'exercice et de la relaxation sont liés aux scores d' « Action » et de « Maintien ». Ces résultats vont dans le sens de ceux retrouvés par Dijkstra (2001) avec les sous échelles du Multidimensionnal Pain Inventory (MPI) concernant les croyances et crédibilité de l'approche d'auto-gestion de la douleur ainsi qu'avec les résultats retrouvés avec le Illness Perception Questionnaire concernant les attributions du sujet sur les causes et influences de la douleur.

Dans la première étude visant à analyser les différences entre les patients s'engageant et ceux abandonnant un programme de soin et entre différentes mesures avant l'engagement dans le programme de traitement et celles une fois le programme terminé, Kerns et Rosenberg (2000) constatent que les patients n'ayant pas complété le programme ont des scores élevés de « Précontemplation » et bas de « Contemplation ». Aucune autre variable ne discriminait les patients ayant complété le programme de ceux ayant abandonné : variable concernant les données démographiques, les données sur la douleur et les mesures évaluant les résultats thérapeutiques (sévérité de la douleur, invalidité, détresse psycho-affective). Par contre les patients ayant complété le programmes et dont les scores au PSOCQ ont progressé avaient

une diminution significative de l'intensité de leur douleur, de l'invalidité et de la sévérité des symptômes dépressif. Jensen et al. (2003) retrouvent également une absence d'association significative entre les scores PSOCQ en pré-traitement et les mesures de l'invalidité liée à la douleur et de dépression (mesurée par la Center Epidemiological Studies- Depression Scale) mais des associations significatives en post-traitement. Glenn et al. (2003) dans une étude similaire, ont également montré qu'une diminution des scores de « Précontemplation » était liée significativement à une diminution de la sévérité de la douleur et des interférences mesurées par le MPI (Multidimensional Pain Inventory) et une diminution des scores de dépression mesurés par le Beck Depression Inventory, une augmentation des scores de « Contemplation » était liée uniquement à une diminution de la sévérité de la douleur alors qu'une augmentation des scores à l'échelle « Action » était liée significativement à une diminution de la sévérité de la douleur, des interférences , de la dépression et une augmentation de l'activité générale. Ces résultats vont dans le sens de ceux retrouvés dans d'autres études (Hadjistavropoulos, 2007 ; Williams 2007), cependant on peut retrouver des résultats en partie contradictoires dans certaines études. En effet, Dijska et al. (2001) trouvent que les patients « précontemplateurs » ont un même degré de sévérité de leur douleur et d'interférence que les patients au stade de « Contemplation » et de « Préparation » mais une humeur meilleure ; les patients au stade « Action » ont par contre une sévérité de leur douleur, des interférences et une détresse affective moindre. Il est à noter que la mesure de la détresse affective est mesurée par une sous échelle du MPI. Dans l'étude de Aguerre et al. (2007) les patients au stade de « Maintien » ont une intensité douloureuse plus élevée que les patients au stade d' « Intention » et les patients au stade d' « Intention » ont une tendance dépressive (mesurée par la Center for Epidemiologic Study-Depression Scale) moindre que les patients au stade de « Maintien ».

C) Douleur chronique et facteurs psychopathologiques et psychiatriques

Les recherches actuelles tentent de préciser les liens déjà pressentis entre troubles psychopathologiques, difficultés psycho-sociales et relationnelles et fonctionnement émotionnelle chez les patients douloureux chroniques. La prise en compte des troubles psychopathologiques comme les troubles de personnalité, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux ou addictifs, ainsi que les modalités du fonctionnement émotionnel et affectif

dans l'approche du soin des patients douloureux chroniques semble pertinente et à déjà fait l'objet de nombreuses recherches. Une étude Française de Lemogne et al. (2004) qui a étudié les diagnostics d'axe I et II du DSM-IV de patients douloureux chroniques adressés en hospitalisation de semaine en secteur psychiatrique illustre l'importance du lien entre troubles psychiatriques et douleur chronique et leur influence sur les difficultés de prises en charge rencontrées par les spécialistes de la douleur. En effet les signes d'appel indiquant la prise en charge en hôpital de jour étaient d'ordre dépressif dans presque la moitié des cas et l'indication secondaire la plus fréquente était le sevrage en cas d'abus d'anxiolytique ou d'antalgiques morphiniques. Lemogne et al. citent également deux motifs d'hospitalisation implicites, le recours au psychiatre semblant être fréquemment déterminé par l'échec thérapeutique et le comportement revendicatif voir hostile de certains patients.

1) les troubles cliniques de l'axe I du DSM-IV

Les troubles de l'axe I sont reconnus comme fréquemment comorbides chez les sujets souffrants de douleurs chroniques. Une étude finlandaise récente de Knaster et al. (2012) portant sur une population de cent sujets douloureux chroniques visait à déterminer la prévalence des troubles psychiatriques d'axe I par le Structured Clinical Interview for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (SCID Axis I ; DSM IV). Il apparait que 59% des patients avaient au moins un diagnostic de trouble de l'axe I dans les 12 derniers mois et 75% vie entière. Le trouble le plus fréquent était l'Episode dépressif Majeur avec une prévalence de 37% dans les 12 derniers mois et de 54% vie entière, les troubles anxieux avaient une prévalence de 25% pour les 12 derniers mois et de 39% vie entière. Tous les troubles anxieux étaient représentés avec une prévalence plus élevée pour les troubles phobiques, le syndrome de stress post-traumatique et le trouble anxieux généralisé. La prévalence des troubles liés à l'abus ou la dépendance à une substance était de 12% dans les 12 derniers mois et 28% vie entière. (cf. **Annexe 1**, p.111)

Le lien dépression et douleurs chroniques est l'un des plus étudié. De nombreuses études ont été réalisées tant sur le plan épidémiologique (Atkinson et al., 1991 ; Smith, 1992 ; Romano et Turner, 1985), sur les caractéristiques symptomatologiques de la dépression dans le contexte de la douleur (Dworkin et Gitlin, 1991 ; Williams, 1998), et sur la question de la

causalité et de la temporalité entre douleur et dépression. Les études évaluant la prévalence de la dépression dans les populations de patients douloureux chroniques mettent en évidence des chiffres très variables allant de deux fois à plus de sept fois la prévalence connue dans la population générale.

Dersh et al.(2002) dans une revue de littérature citent différents obstacles à l'étude du lien entre dépression et douleur chronique : la définition de la dépression et les méthodes d'évaluation diverses (auto-questionnaire, tests projectifs, entretien clinique structuré ou non structuré...), l'hétérogénéité des populations étudiées et des lieux de soin, le chevauchement de la symptomatologie, les critères de syndromes dépressifs majeurs incluant des symptômes somatiques que l'on peut aussi attribuer à la douleur chronique. Un autre axe de recherche concerne les notions de causalité et temporalité du lien entre douleur et dépression. Knaster et al. (2012) mettent en évidence que la majorité des troubles anxieux (77%) ont émergé avant le début de la douleur alors que seulement 37% des troubles de l'humeur étaient présents avant la douleur. Ces résultats vont dans le sens de ceux retrouvés dans la littérature et notamment du modèle de prédisposition au stress décrits par Banks et Kerns (1996) et Fishbain et al. (1997) et développé à partir du modèle de Gatchel sur la progression de la douleur aiguë à l'invalidité de la douleur chronique (Dersh J, Polatin PB et Gatchel RJ, 2002). Le modèle de prédisposition au stress combine l'association de trois hypothèses émises quant à lien de temporalité de survenue des troubles dépressifs et de la douleur : l'hypothèse « conséquence », la dépression apparaît comme une conséquence et de façon contiguë au développement de la douleur chronique ; l'hypothèse de la médiation cognitivo-comportementale, les cognitions (schémas de pensée négatifs, attributions) et les comportements (aptitudes instrumentales) seraient des médiateurs de la relation dépression-douleur ; et l'hypothèse « cicatricielle » dans laquelle les épisodes dépressif précédents la douleur viendraient prédisposer la survenue d'épisodes dépressifs une fois la douleur apparue. Les troubles dépressifs ne peuvent être négligés dans l'étude des facteurs pouvant influencer la propension au changement, ils sont notamment à l'origine d'une perte d'estime et de confiance en soi, d'une vision pessimiste de l'avenir et de stratégies d'adaptation passives.

Les études sur les troubles anxieux concernent les mêmes enjeux que ceux de la dépression. La prévalence des troubles anxieux dans les populations de douloureux chroniques serait de 16,5 à 28,8 % (Dersh et al., 2002) et il semblerait que les troubles paniques et troubles anxieux généralisés soient les plus fréquemment rencontrés (Fishbain et al., 1998) ainsi que les troubles de l'adaptation (Fishbain et al., 1986). Les troubles anxieux

sont à l'origine d'interprétations catastrophiques, d'un sentiment de perte de contrôle et de difficultés d'adaptation aux situations stressantes et entraînent des comportements de fuite et d'évitement.

La douleur chronique entraîne fréquemment des modulations des processus émotionnels que l'on peut rapprocher de ceux rencontrés dans les troubles anxieux en général comme la peur et l'anxiété liée douleur ou la catastrophisation de la douleur. L'anxiété liée à la douleur peut se définir par la peur de la douleur ou de ses conséquences, les symptômes cognitifs d'anxiété, les symptômes somatiques d'anxiété et la fuite et l'évitement de la douleur (Lumley et al., 2011). Un des aspects de l'anxiété liée à la douleur est la kinesiophobie (Vlaeyen et Linton, 2000) décrite comme le peur irrationnelle et excessive du mouvement et de se blesser. Les études concernant ces modulations des processus émotionnels ont donné lieu à l'élaboration du modèle de la peur et de l'évitement appliqué à différents syndromes de douleur chronique et validé par Vlaeyen et Linton : « une douleur interprétée comme menaçante (catastrophisation) peut aboutir à la peur de la douleur. La peur de la douleur influencerait l'attention, générerait de l'hyper vigilance puis un comportement d'évitement excessif. L'évitement et l'hyper vigilance entraîneraient alors un accroissement du sentiment d'infirmité, de l'incapacité à maintenir les activités de la vie courante, susceptible de déboucher sur un syndrome dépressif » (Elbeze Rimasson et Gay, 2012). Ce modèle s'applique en particulier aux pathologies musculo-squelettiques, une élévation significative des scores d'évitement du danger est également retrouvée chez des patients migraineux ou souffrant de céphalée de tension (Di Piero et al., 2001), mais n'est cependant pas retrouvée dans tous les syndromes douloureux, notamment dans la fibromyalgie dans laquelle l'impact de la peur et les scores d'évitement seraient moindres (Verbunt et al., 2008).

Les études concernant les liens entre douleur chronique et état de stress post-traumatique sont moins claires. Les liens entre évènements de vie stressants ou trauma et chronicisation de la douleur ou prédisposition à la douleur ont été étudiés et bien que les évènements de vie stressants et traumatiques dans l'enfance et à l'âge adulte soient fréquemment rapportés dans différents groupes de douleurs chroniques comme les migraines (Sumanen et al., 2007), les douleurs vésicales et pelviennes (Latthe et al., 2006 ; Meltzer-Brody et al., 2007), le syndrome de l'intestin irritable (Mayer et al., 2001) et la fibromyalgie (Imbierowicz et al., 2003), les études ne peuvent confirmer que ces évènements causent ou prédisposent la douleur. Lumley et al. (2011) citent cependant une méta-analyse qui montre un lien prédictif entre abus et négligence dans l'enfance et douleur à l'âge adulte, cette

relation étant soutenue par des comparaisons rigoureuses avec des échantillons contrôles (Davis et al., 2005), et une étude prospective retrouvant une survenue d'une fibromyalgie quatre fois plus importante chez les sujets exposés au « bullying » au travail et deux fois plus importante chez les sujets à qui on demande une importante charge de travail et qui ont une faible latitude décisionnelle (Kivimaki et al., 2004). Les recherches concernant les états de stress post- traumatique ou PTSD et douleurs chroniques sont également discutables et souvent ne contrôlent pas la pré-existence de douleur ou les liens temporels de survenue des symptômes post traumatiques et de la douleur. Lumley et al. (2011) citent également une étude prenant en compte ces limitations. Cette étude porte sur des adultes d'âge moyen ayant vécu des abus durant l'enfance ou des négligences comparés à une population contrôle n'ayant pas vécu de tels évènements. Les résultats montrent que les sujets ayant uniquement un PTSD actuel ou un antécédent d'abus ou de négligence dans l'enfance n'ont qu'un risque peu augmenté d'être douloureux trente ans plus tard, cependant la combinaison d'abus dans l'enfance et PTSD actuel augmente substantiellement le risque de douleur à venir (Raphael et Widom, 2011). Cette étude suggère qu'une série de stress non résolus au cours de la vie serait plus en lien avec le développement de douleurs chroniques.

Un autre trouble fréquemment rencontré chez les patients douloureux chroniques est le trouble lié à l'utilisation de substances. La fréquence de ces troubles reste néanmoins plus difficile à évaluer, la prévalence des troubles liés à l'utilisation de substances serait « probablement » plus élevée que dans la population générale (Fishbain et al., 1992).

Brown et al. (1996) retrouvent des taux actuels de troubles liés à l'utilisation de substances qui seraient proches de ceux de la population générale, cependant les sujets souffrant de douleurs chroniques auraient un risque plus élevé de développer un tels troubles dans les cinq ans après le début de la douleur en comparaison avec d'autres périodes de cinq ans dans leur vie. Ce risque serait également plus important chez les individus ayant des antécédents d'abus ou de dépendance à une substance et des antécédents d'abus sexuels ou physiques durant l'enfance. Par contre ces auteurs mettent en évidence que le taux de prévalence du trouble lié à l'utilisation de substances vie entière est clairement plus élevé chez les sujets douloureux chroniques que celui de la population générale. Polatin et al. (1993) ont trouvé parmi des patients douloureux chroniques ayant un trouble lié à l'usage de substance vie entière que le début de ces troubles précédait le début de la douleur dans 94% des cas. Les substances les plus fréquemment à l'origine d'abus et de dépendance sont

l'alcool et le très étudié et controversé trouble lié à l'usage des analgésiques de type opiacés (Dersch, 2002 ; Hojsted et Sjogren, 2007 ; Haller et Acosta, 2010).

2) les troubles de la personnalité dans une approche dimensionnelle

Les troubles de la personnalité sont également une comorbidité reconnue chez les sujets douloureux chroniques. Dans la littérature les patients consultant pour des douleurs chroniques ont une prévalence de troubles de la personnalité plus élevée que dans la population générale. Cependant aucun type défini de « personnalité douloureuse » n'a été reconnu. Les chiffres de prévalence seraient de 31% à 81% selon les études, et en terme de diagnostic catégoriel les troubles de la personnalité spécifiques les plus fréquemment retrouvés seraient les troubles de la personnalité histrionique, dépendante, paranoïaque et borderline mais aussi des troubles mixtes de la personnalité (Dersh et al., 2002). Cependant ces résultats ont été particulièrement critiqués car fréquemment divergents d'une étude à l'autre et issus d'outils et méthodes d'évaluations divers et peu comparables.

Les études utilisant des outils d'évaluation dimensionnelle semblent mettre en évidence des traits de personnalités plus stables que celles réalisées avec des tests diagnostic catégoriel. Dersh et al. (2002), dans leur revue de littérature, citent une étude de Vittengl et al. (1999) qui retrouve un fort taux de troubles de la personnalité évalué par le SCID-Diagnosed avant un programme de réhabilitation pour des patients souffrant de lombalgies chroniques et ce taux diminuait après traitement. Les mesures évaluées par les outils dimensionnels (SNAP et MMPI) étaient par contre peu modifiées. Plusieurs hypothèses peuvent être formulées, Monti et al. (1998) proposent que le statut de malade puisse faciliter la régression des défenses et donc accentuer les traits de personnalité. Weisberg et Keefe (1997,1999) proposent que le modèle de prédisposition au stress soit appliqué aux troubles de la personnalité, les traits de personnalité seraient associés à des stratégies de coping peu adaptées et fréquemment décompensés par la douleur, le stress et l'invalidité. La diminution du stress après le programme entraînerait une expression plus faible de ces traits de personnalité qui seraient toujours détectables par les outils d'évaluation dimensionnelle mais plus suffisamment intenses pour valider un diagnostic catégoriel. Les troubles de la personnalité sont par définition durables et stables, il est probable, en effet, qu'une partie des troubles de

personnalité diagnostiqués chez les sujets souffrant de douleurs chroniques ne soit en fait que l'expression de mécanismes défensifs et de stratégies d'adaptations dysfonctionnelles.

Le MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) est un outil qui a été tout particulièrement utilisé dans les études portant sur la douleur chronique et ce dès les années 1950. Son utilisation et les nombreuses critiques de celle-ci au cours du temps à fait l'objet de plusieurs revues de littérature dont celle de AA. Vendrig (2000). Initialement le MMPI a été utilisé dans le but de différencier les douleurs « psychogènes » des douleurs à substrat physique, principalement chez des patients souffrant de lombalgie. Les résultats de ces études montraient des différences portant sur les échelles 1 (Hypochondrie) et 3 (Hystérie). L'utilisation de ce type d'instrument dans le but d'un diagnostic étiologique a été critiqué notamment avec l'évolution de la conceptualisation de la douleur chronique vers le modèle biopsychosocial. Par la suite la recherche d'une « structure » de personnalité propre à la douleur chronique et notamment les études portant sur le profil « V » de conversion ont été également critiquées.

Wade (1992) a identifié quatre profils différents avec le MMPI, le premier est caractérisé par des scores élevés aux échelles 1 et 3 et un faible score relatif à l'échelle 2 (dépression) ou profil «V» conversif et correspondrait surtout à des femmes qui rechercheraient la gratification et les bénéfices secondaires au travers de la plainte douloureuse. Le second groupe est appelé « hypochondriaque » et est caractérisé par les ruminations sur les plaintes douloureuses et la dépression, le troisième groupe est lié au niveau d'anxiété et de dépression élevé avec des scores élevés à de nombreuses échelles du MMPI et enfin le quatrième à un profil proche de la normale. Wade utilise le NEO-PI qui explore le névrosisme, l'extraversion et l'ouverture à la nouveauté et retrouve l'existence d'un sous-groupe de patients douloureux caractérisé par des scores élevés de névrosismes et qui correspondrait au groupe 3 individualisé au MMPI. Une des critiques de ses études est l'utilisation d'une échelle créée pour explorer des populations de patients psychiatriques. Des relations trop rigides de cause à effet entre personnalité et douleur chronique étaient recherchées et ne prenaient pas en compte les nombreuses interactions entre psychopathologie et douleurs chroniques. De plus, les scores élevés à l'échelle d'hystérie ou d'hypochondrie pouvaient ne représenter que la présence de symptômes douloureux au lieu de les expliquer.

Une étude récente de Porter-Moffitt et al. (2006) a cherché à étudier les profils biopsychosociaux de différents groupes diagnostic de douloureux chroniques parmi une

population de 660 patients douloureux. Ils ont étudié 7 groupes diagnostiques : douleurs lombaires, douleurs cervicales, fibromyalgie, céphalées, douleurs des membres inférieurs, douleurs dorsales et douleurs des membres supérieurs. Les résultats montrent que les groupes « douleurs lombaires », « douleurs des membres inférieurs » et « fibromyalgie » avaient le plus de difficultés physiques et fonctionnelles contrairement au groupe « céphalées ». Les groupes « douleurs lombaires » et « douleurs des membres inférieurs » avaient par contre une meilleure santé du point de vue psychosocial. Il y avait peu de différences entre les groupes concernant les mesures psychosociales en dehors du groupe « fibromyalgie ». Les sept groupes avaient un profil similaire au MMPI-2 avec des scores élevés aux échelles 1 (Hypochondrie), 3 (Hystérie) et 7 (Psychasténie). Cependant, le groupe « fibromyalgie » avait des scores plus élevés à l'ensemble des échelles du MMPI-2 et en particulier aux échelles 1 (Hypochondrie), 2 (Dépression) et 3 (Hystérie) ou profil « neurotic triad ». Les groupes « fibromyalgie » et « céphalées » avaient des scores plus élevés à l'échelle 7 (Psychasténie), échelle reflétant le niveau d'anxiété. Le groupe « fibromyalgie » et « douleurs des membres supérieurs » avaient également un large pourcentage de patients de profil « floating » qui correspond à des scores élevés à toutes ou la plupart des échelles. Ce profil est connu pour être plus fréquemment associé à des troubles de la personnalité, des capacités de coping défaillantes et une détresse émotionnelle plus importante. Il est à noter qu'aucune différence significative n'a été retrouvée entre les groupes avec les échelles mesurant la dépression (Beck Depression Inventory et Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression) et la qualité de vie psychique (Medical Outcomes Survey 36-Item Short form Health survey, SF-36).

Le MMPI a également été utilisé dans les études cherchant à prédire les facteurs associés aux résultats thérapeutiques après traitements chirurgicaux ou conservateurs mais les résultats sont difficilement exploitables (Vendrig, 2000). Une étude de Keefe et al. (1981) évalue les scores MMPI-2 après un programme de traitement comportemental basé sur la relaxation chez des patients souffrant de douleurs lombaires. Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les scores MMPI selon les résultats thérapeutiques obtenus avec le programme. Vendrig propose que le MMPI soit étudié en tant que modérateur du traitement plutôt qu'en tant que « prédicteur » rigide des résultats thérapeutiques. Les résultats des études utilisant le MMPI-2 comme « prédicteur » des résultats des programmes thérapeutiques multidisciplinaires ne retrouvent pas de lien clair entre des échelles du MMPI ou une combinaison de plusieurs échelles et les résultats aux traitements. La seule généralité

retrouvée est que les sujets ayant des profils dans la limite de la normale ont de meilleurs résultats thérapeutiques que les sujets ayant des profils aux scores plus élevés sans qu'il y ait de profil particulier retrouvé.

D'autres auteurs ont, comme Wade (1992), étudié le rôle du névrosisme comme trait de personnalité associé aux difficultés biopsychosociales liées à la douleur chronique. Valdes et al. (1988) ont montré une élévation des scores de névrosisme chez des femmes souffrant de douleurs dites psychogènes selon les critères du DSM-III. Tanum et Malt (2001) retrouvent avec le NEO-Personality Inventory et le Eysenck Personality Questionnaire des scores élevés de névrosisme et d'agression passive chez des patients souffrant de troubles gastro-intestinaux fonctionnels sans troubles psychiatriques comorbides.

Junghaenel, Keefe et Broderick (2010) ont cherché à caractériser les différents sous-groupes de patients distingués par le Multidimensional Pain Inventory (MPI). Il s'agit d'un outil d'évaluation des variables psychosociales associées à l'expérience de la douleur chronique et qui permet de distinguer trois groupes reflétant l'adaptation psychosociale des patients : « Adaptative »(AC) qui correspondrait à des patients ayant un faible impact de la douleur et un niveau élevé d'activité fonctionnelle ; « Dysfonctional » (DYS) qui serait caractérisé par un impact important de la douleur, la détresse affective et des limitations fonctionnelles importantes ; « Interpersonally Distressed » (ID) qui correspondrait à des patients ayant un support social pauvre en réponse à leur douleur. L'échelle de névrosisme du NEO-PI-R est utilisée comme indice de détresse psychologique générale. Les résultats montrent un niveau de névrosisme significativement plus faible dans le groupe AC que dans les groupes DYS et ID mais ne montrent pas de différence entre les groupes DYS et ID. Les investigateurs ont également évalué la catastrophisation « Pain catastrophizing » et montrent que les patients AC ont des scores moins élevés que les groupes DYS et ID, les scores du groupe DYS étant modérément plus élevés que les scores du groupe ID. Une étude de Goubert et al. (2004) portait également sur le lien entre névrosisme et la vigilance à la douleur. Cette étude concluait que le névrosisme serait un facteur de risque d'hyper vigilance à la douleur, les médiateurs de cette relation seraient la peur de la douleur et le catastrophisme.

Enfin, une étude récente de Malin et Littlejohn (2012) porte sur une population de patientes souffrant de fibromyalgie comparée à une population contrôle et utilise le Big Five Inventory (BFI) comme mesure dimensionnelle de la personnalité. Parmi les cinq dimensions

de personnalité, seul le névrosisme était significativement plus élevé chez les patientes fibromyalgiques. La plupart des symptômes de fibromyalgie étaient significativement influencés par le névrosisme à l'exception de la douleur et de la confusion. Des corrélations positives modérées à fortes sont retrouvées entre le névrosisme et les symptômes de fatigue, sommeil, dépression, anxiété et stress. Les liens entre symptômes et névrosismes ont ensuite été étudiés en créant des niveaux de névrosisme (faible, modéré et haut). Des différences significatives ont été retrouvées entre faible niveau de névrosisme et les niveaux hauts et modérés pour l'ensemble des symptômes mais peu entre niveau modéré et haut niveau de névrosisme hormis le stress qui diffère significativement pour chaque niveau de névrosisme et montre un gradient d'effet avec la sévérité de ce symptôme.

3) les mécanismes de défense

L'évaluation des mécanismes de défense permet d'explorer certains mécanismes psychologiques mis en jeu par les sujets souffrant de douleurs chroniques. Que leur manifestation précède ou soit mise en jeu du fait de la situation douloureuse leur implication dans la relation au soignant et le comportement face aux propositions de soin semble être un axe d'investigation intéressant.

Le concept de mécanisme de défense est issu de la psychanalyse, Sigmund Freud décrit le terme de défense dans son étude sur les névroses qu'il nomme les psychonévroses de défense (1894), mais c'est à sa fille Anna Freud (1936) que l'on doit le développement du concept de mécanisme de défense. Ce concept s'est progressivement généralisé et prend depuis une vingtaine d'années place également dans la recherche grâce au développement d'outils d'évaluations divers. Les instruments d'évaluation actuels ne permettent pas de décrire un mode de fonctionnement qui impliquerait l'évaluation de processus inconscients mais les manifestations observables, les dérivés conscients des mécanismes de défense tels que les comportements, affects, idées qui servent des buts défensifs. Ainsi pour J.C. Perry (2009) « les mécanismes de défense et l'étude de leur évolution pourrait constituer à la fois un marqueur du fonctionnement du patient en psychothérapie, une modalité d'évaluation du changement mais également des risques d'interruption et de rupture du processus thérapeutique ».

Afin de préciser le concept et les enjeux de l'évaluation des mécanismes de défense, il paraît important de définir ce terme. Une première définition est celle de S. Ionescu (1997) : « processus psychiques inconscients visant à réduire ou à annuler les effets désagréables des dangers réels ou imaginaires, en remaniant les réalités internes et/ou externes et dont les manifestations – comportements, idées ou affects – peuvent être inconscientes ou conscientes ». Cette définition souligne le fait d'une évaluation clinique possible des dérivés conscients des mécanismes de défenses. La seconde définition est celle de J.C. Perry et A. Cooper (1988) : « mécanisme psychologique qui assure la médiation entre désir, besoin, affect et impulsions individuelles d'une part et d'autre part à la fois les interdits internes et la réalité externe ». Cette définition ajoute une dimension d'adaptation aux demandes et contraintes extérieures à celle de gestion des conflits intrapsychiques et se rapproche donc de la définition de l'axe V du DSM-IV « évaluation globale du fonctionnement » qui assimile mécanismes de défenses et stratégies de coping.

Les études sur le fonctionnement émotionnel et la douleur s'appuyant sur le modèle biopsychosocial sont également dans une difficulté de chevauchement entre conceptions théoriques, étudiant en parallèle des processus conscients et inconscients (Elbeze Rimasson et Gay, 2012). Il peut s'agir par exemple du concept de répression émotionnelle de Burns et al. (2000, 2008) décrit comme faisant l'objet d'une démarche consciente et délibérée engendrée par des situations émotionnelles spécifiques et non comme un processus dysfonctionnel et répétitif du concept de suppression de Baker et al. (2007, 2010) qui intègre des aspects inconscients et automatiques du fonctionnement émotionnel.

D'un point de vue théorique, les concepts de défense et de coping sont issus de champs différents (respectivement champs psychanalytique et champs cognitivo-comportemental). Plusieurs auteurs ont différencié ces deux processus. Grebot et al. (2006) étudient les liens entre les styles défensifs et les stratégies de coping et citent deux auteurs qui ont décrits cette différence. Haan (1969,1977) décrit un modèle qui associe un mécanisme de défense, un mécanisme de coping et un type de défaillance du Moi (modèle tripartite du fonctionnement du Moi) et définit les mécanismes de défense comme des mécanismes « involontaires, rigides, déformant la réalité, relevant des processus primaires de pensée et impliquant l'attente de la suppression magique des affects perturbants et la gratification pulsionnelle « par subterfuge ». Les mécanismes de coping seraient quant à eux, « flexibles, délibérés, ouverts au choix, prenant en compte la réalité actuelle, utilisant les processus secondaires de pensée, focalisés sur les compromis réalistes entre désir et réalité, permettant une modulation des affects

perturbants et l'expression modérée et contrôlée des pulsions. Les défenses sont des formes de négation (de la logique, de la causalité, de l'autoévaluation, de la réalité actuelle, etc...) tandis que les styles de coping des modes de résolution de problèmes généraux de la vie ». Le second auteur, Cramer (1998,2000) différencie les mécanismes de défense et les stratégies de coping selon « cinq dimensions :

- Les défenses sont définies comme des processus inconscients tandis que les processus de coping sont décrits comme des stratégies conscientes ;
- Les stratégies de coping « se réfèrent à des tentatives intentionnelles cognitives et comportementales de l'individu » tandis que les mécanismes de défense fonctionnent sans participation consciente de la part de l'individu ;
- Les défenses peuvent être ordonnées selon une hiérarchie basée sur la maturité psychologique ou la complexité, ou en association avec l'âge chronologique tandis que le coping ne relève pas d'une approche hiérarchique ;
- Les défenses sont plus dispositionnelles que les stratégies de coping, plus situationnelles ;
- Les défenses sont plus associées à la pathologie que les stratégies de coping. »

Les stratégies de coping sont déjà connues et reconnues dans les stratégies thérapeutiques de la douleur chronique. Elles sont une des cibles de l'approche pluri focale des programmes proposés dans les centres de traitement de la douleur. Au-delà de son intérêt descriptif, l'étude des mécanismes de défenses mis en jeu par les patients au cours de leurs prises en charge et notamment de leurs liens avec la propension au changement pourrait être une approche permettant de mettre de en évidence de nouveaux éléments à prendre en compte dans les stratégies et la relation thérapeutique.

Pour JC Perry (2009), « les défenses peuvent avoir plusieurs fonctions :

- Transformer ou modifier un désir anxiogène ou conflictuel de façon à le rendre plus facilement supportable ;
- Aider les autres de façon à s'aider soi-même à supporter un conflit ou facteur anxiogène ;
- Remettre à un moment plus opportun la satisfaction d'un désir ou l'expression d'un conflit ;
- Eviter d'affronter un conflit pour se consacrer à des conflits moins importants ;

- Se défendre contre des sentiments de culpabilité portant sur un affect ou une représentation ;
- Minimiser ses sentiments à l'endroit d'un objet tout en étant capable d'en discuter ;
- Exprimer quelque chose sans être conscient que cela nous appartient ;
- Augmenter l'estime de soi sans faire d'effort concret ;
- Eviter et mettre de côté des menaces ou déceptions ;
- Nier un problème ;
- Se mentir au sujet de quelque chose qui risque autrement d'entraîner des sentiments de honte et de culpabilité ;
- Conserver un intérêt pour un désir (chez autrui) que l'on nie chez soi, inciter autrui à se comporter de façon mal intentionnée afin de justifier notre colère à son égard ;
- Se défaire d'une pulsion ou d'un sentiment de façon soudaine et en mettre de côté toute inhibition ;
- Faire obstacle à autrui tout en se montrant coopérant ;
- Punir autrui tout en demandant de l'aide ou de la compréhension ».

Bond (2004) a réalisé une revue de littérature des études sur les mécanismes et styles défensifs évalués par le DSQ (Defense Style Questionnaire) et leurs liens avec la psychopathologie ainsi qu'avec l'alliance thérapeutique et leurs évaluations en psychothérapie. Le DSQ est un auto-questionnaire de 88 items évaluant 24 mécanismes de défenses. Ces mécanismes ont été hiérarchisés selon leurs qualités en termes d'adaptation et de maturité suite aux travaux empiriques de Perry (1989), Vaillant (1986) et Bond (1983). Cette hiérarchie est constituée de quatre styles défensifs : (1) le « modèle d'action inadapté » comprenant les mécanismes d'acting out, projection, agression passive, retrait, inhibition et régression ; (2) le style « distorsion de l'image » comprenant le clivage, l'idéalisation primitive, l'omnipotence et la dépréciation ; (3) « sacrifice de soi » comprenant la formation réactionnelle et le pseudo-altruisme ; (4) « style adaptatif » comprenant l'humour, la répression et la sublimation. Une forme à 40 items du DSQ existe également, elle évalue 20 mécanismes de défense et permet de distinguer 3 styles défensifs (mature, névrotique et immature) (cf. Matériel et Méthode). Cette revue met en évidence que la hiérarchie adaptative ou de maturité des styles défensifs est corrélée à la santé mentale et qu'il existe une corrélation claire entre la sévérité de la psychopathologie et les défenses non adaptées ou immatures :

-Les études portant sur les troubles de la personnalité montrent que l'évaluation du style défensif permettrait de distinguer les patients ayant des troubles de la personnalité des sujets non patients. L'utilisation de défenses inadaptées au dépend de défenses du style adaptatif serait un caractère général associé aux troubles de la personnalité y compris chez des sujets ayant un trouble psychiatrique d'axe I comorbide (Kyoon et al., 1998). Cependant seul le trouble de personnalité borderline est clairement lié à un profil défensif plus spécifique. Les sujets borderline utiliseraient plus les mécanismes du style « distorsion de l'image » en particulier le clivage et l'acting out, ainsi que des mécanismes inadaptés et sous utiliseraient les mécanismes du style « adapté » (Bond et al., 1994 ; Sammallahti et al., 1995 ; Devens et al., 1998). Une étude, non citée par Bond, de Muris et Merckelbach (1995) montre que les mécanismes de défense immatures (DSQ) comme la projection, la dévaluation, l'acting out, l'agression passive et la somatisation sont positivement corrélés à la dimension de personnalité de type névrosisme (Eysenck personality questionnaire) et aux symptômes psychopathologiques (Symptom checklist 90-R). Le mécanisme de défense mature humour est lui corrélé négativement avec le névrosisme et les symptômes psychopathologiques. Les mécanismes de défense restent liés à la psychopathologie quand le névrosisme est constant et le névrosisme est le premier prédicteur des symptômes psychopathologiques, avant les mécanismes de défense.

-Les études sur les sujets souffrant de troubles dépressifs montrent globalement une utilisation plus faible des défenses du style adapté et plus importante des défenses immatures ou inadaptées. Des études examinent les changements dans les scores DSQ à long terme ou au cours du traitement psychothérapeutique ou pharmacologique. Globalement ces études montrent une évolution avec l'utilisation progressivement plus importante de défenses matures (ou adaptées) et moins importante de défenses immatures (ou inadaptées), les défenses intermédiaires seraient stables. Les défenses intermédiaires sembleraient agir plus comme trait que comme état selon Bond. Ces modifications paraissent s'accomplir lentement dans les études de suivi au long cours (Akkerman et al., 1999 ; Bond et Perry, 2004 ; Mullen et al., 1999 ; Bond et al., 1989), alors qu'elles sont également retrouvées dans une étude de suivi à court terme (Kneepkens et Oakley, 1996). Mullen et al. (1999) étudient des sujets souffrant d'un épisode dépressif majeur répondant aux traitements pharmacologiques, ceux n'y répondant pas et les sujets abandonnant ce traitement. Les scores au DSQ étaient similaires excepté pour les sujets ayant abandonné le traitement qui avaient des scores au style « distorsion de l'image » plus élevés. Selon Bond, les défenses du style « distorsion de

l'image » entraineraient une relation transférentielle idéalisée propice aux ruptures brutales. Spinhoven et Kooiman (1997) retrouvent dans un échantillon de sujets souffrant de troubles anxieux et dépressifs comparé à un échantillon témoin, que la dépression serait liée à la projection de façon prédominante. Enfin l'étude de Guelfi et al. (2000), qui n'apparaît pas dans la revue de littérature de Bond, compare à l'aide du DSQ-40 des sujets ayant fait une tentative de suicide dans les quinze jours précédents et ceux n'ayant pas de conduite suicidaire, ainsi que les scores DSQ des sujets déprimés et ceux ne l'étant pas, et suit l'évolution des scores des sujets en traitement de leur dépression. Les suicidants avaient un score plus élevé d'acting out et agression –passive et plus bas d'isolation. Les sujets déprimés avaient des scores faibles au style mature et en particulier pour l'humour, la répression et l'anticipation, mais aucune différence n'est retrouvée pour le style immature en comparaison au non déprimés. L'amélioration symptomatique est associée à une diminution des scores aux styles névrotiques et immatures, l'augmentation des scores au style mature n'était pas significative.

-Les études concernant les troubles anxieux montrent que les patients souffrant de troubles anxieux utilisent plus de défenses immatures et névrotiques que les non-patients et retrouvent des liens spécifiques entre certains mécanismes de défenses et les différents troubles anxieux cohérents avec les observations cliniques psychanalytiques. L'étude de Pollok et Andrews (1989) compare les scores au DSQ-40 de sujets souffrant de différents troubles anxieux en comparaison à une population contrôle. Les profils défensifs des sujets souffrant de trouble panique et d'agoraphobie étaient significativement différents de ceux souffrant de phobie sociale et trouble obsessionnel compulsif (TOC). Les patients avec un trouble panique utilisent plus le déplacement, les patients avec agoraphobie utilisent plus la somatisation, le déplacement, la formation réactionnelle et l'idéalisation, ceux souffrant de phobie sociale utilisent plus le déplacement, la dévaluation et moins l'humour, enfin les sujets avec un TOC utilisent moins l'humour et plus l'annulation la projection et l'acting out. Une étude de Albucher et al. (1998) concernant des sujets souffrant de TOC retrouve une augmentation du style adaptatif avec l'amélioration symptomatique en thérapie comportementale ainsi qu'une diminution significative du mécanisme d'annulation. Une étude sur des sujets souffrant d'un trouble panique retrouve de plus nombreux mécanismes immatures et névrotiques associés et montre que la sévérité de la pathologie est corrélée avec les défenses immatures (Kipper et al., 2004). Une étude de Muris et Merckelbach (1996) montre que le style défensif immature (et

en particulier la projection) serait lié à de plus mauvais résultats de la thérapie comportementale dans la phobie spécifique.

-les études sur les troubles alimentaires montrent que ces sujets utilisent plus de défenses immatures que les sujets contrôles, les profils défensifs étant peu discriminants des autres troubles psychiatriques et ces sujets retrouveraient un profil plus adapté une fois le trouble amendé comme dans les études concernant les troubles dépressifs (Blaase et Elklit, 2001). Une étude française de Tordjman et al. (1997) montre que les patients anorexiques ont des scores significativement plus élevés que les sujets contrôles pour les mécanismes d'agression passive, projection et dévaluation et des scores plus élevés que les sujets boulimiques d'agression passive, isolation et dévaluation.

-les études concernant le domaine du trauma et de l'état de stress post traumatique sont plus difficiles à interpréter. L'étude de Romans et al. (1999) sur une population de femmes montre que les sujets rapportant des abus sexuels dans leur enfance utiliseraient plus de défenses immatures et la sévérité des abus dans l'enfance est corrélée avec les mécanismes de déplacement, agression passive, somatisation et projection. Warren (2002) trouve que l'utilisation de défenses immatures chez l'adolescent serait protectrice de la maltraitance contrairement aux défenses matures et névrotiques.

Certaines études ont recherché les liens entre l'alliance thérapeutique et les styles défensifs. L'étude de Bond et Perry (2004) portant sur des sujets souffrant de troubles anxieux, dépressifs et troubles de la personnalité au cours d'une psychothérapie psychodynamique montre que plus le fonctionnement défensif est adaptatif en début de thérapie plus l'alliance thérapeutique est de bonne qualité. Dans son étude, Reid (1998), utilise le DSQ, la Defense Functioning Scale et le Working Alliance Inventory, et crée trois groupes, le premier de sujets ayant un faible niveau défensif, le second un haut niveau défensif et le troisième des sujets utilisant de façon plus importante les mécanismes d'hypochondrie et de clivage. Les résultats montrent que le groupe ayant un faible niveau défensif cote leur alliance thérapeutique plus faiblement que les deux autres groupes et également plus faiblement que la cotation de l'alliance par leurs thérapeutes respectifs. La cotation de l'alliance thérapeutique par le groupe ayant un haut niveau défensif est identique à celle de leurs thérapeutes et celle des sujets du troisième groupe est plus élevée que celles de leurs thérapeutes. Enfin une étude plus récente (Ambresin et al., 2007) retrouve une corrélation entre alliance thérapeutique et mécanismes de défense au début et à la session

finale d'une intervention psychodynamique courte. Les sujets dont l'alliance thérapeutique était pauvre en début de thérapie et qui finissaient leur thérapie avec une bonne alliance thérapeutique diminuaient significativement l'usage des défenses immatures au cours de la thérapie. Des études sur l'influence du fonctionnement défensif et de sa prise en compte dans les stratégies psychothérapeutiques sur l'alliance thérapeutique ont également été réalisées. Ainsi, Foreman et Marmar (1985) montrent que le fait d'aborder les défenses du sujet et de les lier aux sentiments problématiques de la relation avec le thérapeute entraîne dans la plupart des cas une amélioration de l'alliance thérapeutique et de meilleurs résultats. Despland et al. (2001) montrent que le niveau défensif ou le type d'intervention thérapeutique (thérapie de soutien ou thérapie psychodynamique) seul ne permet pas de discriminer la qualité de l'alliance thérapeutique précoce, cependant le degré d'ajustement de l'intervention thérapeutique au niveau défensif discrimine une faible alliance d'une forte alliance ou d'une alliance thérapeutique améliorée.

Il existe peu d'études concernant le lien entre douleur chronique et styles défensifs. Dans une étude de Muris et Merckelbach (1994) étudiant les liens entre fonctionnement défensif et l'anxiété, le nombre de symptômes somatiques (évalués par le Pennebaker Inventory of Limbic Landguidness) était en lien avec la défense somatisation en premier lieu ainsi qu'avec l'anticipation et la répression. Une étude de Tauschke et al. (1990) utilise le Defense Mechanism Inventory pour comparer un groupe de patients douloureux chroniques et un groupe de patients psychiatriques. Le groupe douloureux tend à utiliser plus de mécanismes de défense mature que le groupe psychiatrique et en particulier le mécanisme de défense REVersal incluant la négation, le déni, la formation réactionnelle et la répression et le mécanisme dit PRINcipalization incluent l'intellectualisation, l'isolation et la rationalisation. Ces auteurs évoquent notamment le rôle important des mécanismes de défense Reversal dans le coping des maladies chroniques et douloureuses et dans la défense contre l'anxiété. Par ailleurs le groupe de patients douloureux avaient moins de diagnostics psychiatriques actuels mais des scores plus élevés d'anxiété et de dépression à l'HAD (Hospital Anxiety and Depressive scale). Plusieurs études de Hyphantis et al. (2011,2008) montrent des liens significatifs entre styles défensifs et la qualité de vie dans des populations cliniques. Dans une étude sur des sujets souffrant de lupus érythémateux le style défensif inadapté est significativement corrélé avec la qualité de vie évaluée par la HRQOL (Health Related Quality Of Life rates) indépendamment de la détresse psychologique. Dans une autre étude portant sur des sujets souffrant de sclérose multiple, l'âge, la douleur et les scores faibles au

style défensif « sacrifice de soi » et « adaptative » sont corrélés avec la diminution de nombreux aspects de la qualité de vie (HRQOL). Des résultats étonnants sont retrouvés par Eglinton et Cheung Chung (2011) dans une étude sur des sujets souffrant du syndrome de fatigue chronique. Bien que les défenses du style immature soient significativement plus utilisées chez les sujets souffrant de ce syndrome, plus les scores au style mature étaient élevés plus la fatigue mentale et physique des sujets était sévère. Les auteurs font l'hypothèse que l'utilisation de défenses matures sur une longue période peut devenir inefficace et amènerait les patients à éviter les sentiments difficiles ce qui contribuerait à la chronicisation de leur mauvais état de santé et de bien être.

A Jackson (2008) a réalisé une étude évaluant la propension au changement, les modifications de la symptomatologie et des styles défensifs en tant que guide dans les « planning » de traitement psychothérapeutiques. Elle réalise l'évaluation des styles défensifs (DSQ), de la propension au changement (Stage Of Change) et de la symptomatologie (Brief Symptom Inventory (BSI)) avant le début et lors différentes sessions d'un programme de traitement psychologiques sur une population de 97 sujets souffrants de troubles psychopathologiques variés. Ce travail fait suite à une étude préliminaire non publiée (Jackson et Campbell, 2006) dont les résultats montraient des liens entre le style inadapté et la dépression, l'anxiété et le « psychoticism » mais aussi que les sujets dans le stade de changement « Action » utilisaient un style défensif adapté alors que les sujets utilisant un style défensif inadapté étaient dans le stade de « Précontemplation ». Une relation entre style défensif mature et la propension au changement était également retrouvée. Les résultats de l'étude d'Alicia Jackson (2008) retrouvaient un lien entre les scores élevés au Global Severity Indice (GSI) et des scores élevés au style défensif inadapté. Par contre de façon inattendue, les sujets ayant des scores élevés au style inadapté étaient dans le stade de changement « Action » alors que ceux ayant des scores élevés au style adapté étaient dans le stade « Contemplation ». Il n'y avait pas non plus de relation entre les scores au style adapté et les scores de propension au changement. Cependant une corrélation entre le stade « Action » et les scores GSI permettait de faire l'hypothèse que les sujets en détresse psychologique s'engageraient de façon plus active dans le processus thérapeutique. Alicia Jackson énonce deux hypothèses explicatives des liens retrouvés entre défenses inadaptées et stade « Action ». La première serait que la plupart des sujets venant en thérapie ont déjà identifié les comportements inadaptés qu'ils veulent changer et sont donc déjà au stade « Action » à l'entrée en thérapie. La seconde est que les sujets qui ont un style défensif adapté sentent qu'ils ont seulement de

petits changements à effectuer et donc considèrent le changement comme étant plus que ce qu'ils attendent pour eux même et restent ainsi au stade de « Contemplation ». D'autre part, cette étude ne permet pas de supporter l'utilisation de l'évaluation des mécanismes de défenses dans le but de prédire l'évolution thérapeutique.

D) Objectifs et hypothèses de l'étude

L'objectif principal de ce travail était de déterminer quelles étaient les caractéristiques psychiatriques et psychopathologiques (styles et mécanismes de défense, évaluation dimensionnelle de la personnalité, troubles psychiatriques de l'axe I) associées à une plus faible propension au changement chez des patients douloureux chroniques, cette dernière étant évaluée de manière dimensionnelle (score de propension au changement à l'échelle d'Intention ou de Maintien).

L'objectif second était de déterminer quelles variables psychiatriques et psychopathologiques étaient associées au stade d' « intention » ou au stade de « maintien », l'évaluation catégorielle de la propension au changement étant effectuée de deux façons : soit le stade est déterminé par le score le plus élevé à l'une des deux échelles (deux stades : « Intention » et « Maintien ») ; soit le stade est déterminé selon un score seuil à chacune des deux échelles (quatre groupes : « faible propension », « intention », « maintien », « forte propension »).

Un troisième objectif était de déterminer si certaines variables sociodémographiques et certaines variables liées aux caractéristiques de la douleur et de son traitement étaient associées à la propension au changement (évaluée de manière dimensionnelle ou catégorielle).

Chez les sujets souffrants de douleur chronique, nous pouvons faire les hypothèses suivantes :

1^{ère} hypothèse (H1) : un score élevé de propension au changement à l'échelle « Intention » était associé :

- (H1a) : au style défensif immature et névrotique et à certains mécanismes du style immature et névrotique,
- (H1b) : à des dimensions de personnalité de type fort névrosisme et faible agréabilité,
- (H1c) : à l'existence d'un trouble de l'axe I (épisode dépressif majeur, existence d'un trouble anxieux).

2^{ème} hypothèse (H2) : un score élevé de propension au changement à l'échelle « Maintien » était associé :

- (H2a) : au style mature et à certains mécanismes du style mature,
- (H2b) : à des dimensions de personnalité de type faible névrosisme et forte agréabilité,
- (H2c) : à l'absence de troubles psychiatriques de l'axe I.

3^{ème} hypothèse (H3) : les patients au stade d' « Intention » différaient des patients au stade « Maintien » et utilisaient plus le style défensif immature et névrotiques et plus de mécanismes de défense du style immature et névrotique, avaient plus de dimension de personnalité de type fort névrosisme et faible agréabilité et plus de troubles psychiatriques de l'axe I.

4^{ème} hypothèse (H4) : les patients au stade de « Maintien » différaient des patients au stade d' « Intention » et utilisaient plus le style défensif mature et plus de mécanismes de défense du style mature, avaient plus de dimension de personnalité de type faible névrosisme et forte agréabilité et moins de troubles psychiatriques de l'axe I.

III) MATERIEL ET METHODE

A) Sujets

Les patients étaient recrutés au sein de l'Unité de Consultation et de Traitement de la Douleur du CHRU de Tours (Hôpital Bretonneau). Seuls ont été inclus des patients consultants pour douleurs chroniques (selon la définition de l'HAS). Les critères de non inclusion étaient les suivants : les douleurs aiguës ou évoluant depuis moins de 3 mois, les douleurs cancéreuses, les neuropathies d'origine centrale et les rhumatismes inflammatoires chroniques. Tous les patients vus en consultation entre le 09/01/2012 et le 31/05/2012 et répondants aux critères d'inclusion et ne présentant pas de critère de non inclusion ont reçu un questionnaire avant leur consultation dans l'unité. Les patients sollicités étaient soit déjà suivis par un médecin de l'unité de consultation, soit adressés par un médecin extérieur et consultant pour la première fois un médecin de l'unité spécialisée.

190 patients ont reçu un questionnaire à leur domicile avant leur consultation. 87 questionnaires exploitables ont été recueillis. Le taux moyen de participation était donc de 45,8%. Parmi les 87 patients ayant répondu au questionnaire, 35 patients ont été reçus en entretien pour la passation d'un entretien psychiatrique structuré (MINI = Mini International Neuropsychiatric Interview).

B) Matériel

1) Auto-questionnaire

Un auto-questionnaire de 16 pages a été réalisé à l'intention des patients (cf. **Annexe 2**, p.112). Il comportait le recueil des caractéristiques sociodémographiques, de données sur la douleur et les traitements entrepris, une mesure de la qualité de vie, une mesure de la propension au changement, une mesure de l'anxiété et de la dépression, une mesure des dimensions de personnalité et une mesure des mécanismes de défense.

a) Présentation du questionnaire

Une page de présentation (cf. **Annexe 2**, p.112) expliquait l'objet de l'étude, présentait l'expérimentateur, le caractère anonyme de la participation et la procédure de l'étude avec la possibilité d'être sollicité(e) pour un entretien. Des consignes concernant la manière de répondre au questionnaire étaient également mentionnées.

b) Caractéristiques sociodémographiques

La première partie de ce questionnaire était constituée du recueil des données sociodémographiques (cf. **Annexe 2**, p.113) :

- l'âge,
- le genre,
- la situation familiale (vie maritale, célibataire, divorcé(e) ou veuf(ve)),
- le statut socioprofessionnel selon la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) de l'INSEE, niveau 1 (classement en 8 groupes socioprofessionnels) (Insee, 2003).
- la présence d'un statut d'invalidité, d'arrêt de travail actuel, de mi-temps thérapeutique ou de travailleur handicapé, ainsi que la durée depuis laquelle ce statut est présent.

c) Données sur la douleur et le traitement

Les données recueillies sur la douleur comportaient (cf. **Annexe 2**, p.114) :

- la (ou les) localisation(s) de la douleur,
- la date de début de la (ou des) douleur(s),
- le diagnostic éventuel connu,

-les traitements en cours : médicamenteux et non pharmacologiques (neurostimulation, rééducation et kinésithérapie, ostéopathie, sophrologie, relaxation, acupuncture, hypnose, groupes thérapeutiques, psychothérapie...)

-la prise de traitements anxiolytiques et antidépresseurs actuelle ou passée,

-la consultation d'un psychiatre ou d'un psychologue actuelle ou passée,

-quatre échelles numériques pour l'évaluation de l'intensité douloureuse (actuelle, habituelle depuis les 8 derniers jours et maximale depuis les 8 derniers jours) issues du Questionnaire Concis sur les Douleurs (QCD) version courte, traduction française du Brief Pain Inventory (Cleeland & Ryan, 1994 ; Brasseur, 1997) (cf. **Annexe 2**, p.115).

Le Questionnaire Concis sur les Douleurs est un questionnaire de référence pour évaluer l'intensité de la douleur (HAS 2008).

d) Mesure de la qualité de vie

La mesure de la qualité de vie est réalisée avec l'aide du questionnaire de qualité de vie, le Short Health Survey en 12 items (SF-12) (Ware et al., 1996). Il s'agit d'une forme abrégée du SF-36 (Ware et al., 1992) se présentant sous la forme d'un auto-questionnaire de passation rapide (environ 3 minutes) permettant d'évaluer la qualité de vie liée à la santé (cf. **Annexe 2**, p.116).

Ce questionnaire permet d'évaluer un score de qualité de vie physique et un score de qualité de vie psychique. Il s'agit d'un questionnaire de qualité de vie générique, qui permet une évaluation de la qualité de vie des patients souffrant de pathologie différentes, tout en permettant la comparaison aux normes habituelles en population non clinique. Le questionnaire SF-36 a été validé en version française (Leplège et al., 1998).

e) Mesure de la propension au changement

La mesure de la propension au changement a été effectuée à l'aide de la version française (Aguerre et al., 2007) du Pain Stages of Change Questionnaire (cf. **Annexe 2**, p.126) initialement élaboré par Kerns et al. (1997). Il s'agit d'une version remaniée après traduction et analyse factorielle de cette traduction auprès d'une population de patients douloureux

chroniques du Centre de consultation et de traitement de la douleur du CHU de Tours effectuée par Aguerre et al. (2007).

Il s'agit d'un auto-questionnaire comportant 20 items. Pour chaque item le sujet doit coter à quel point il est d'accord ou non avec l'énoncé de l'item sur une échelle allant de 1 « pas du tout d'accord » à 5 « tout à fait d'accord ». Ce questionnaire permet de calculer des scores globaux pour chacun des deux facteurs de propension au changement (respectivement l'Intention et le Maintien) :

Le Facteur I « Intention de changement » (items 1+6+7+8+10+11+15+16+18+19).

Le Facteur II « Maintien problématique » (items 2+3+4+5+9+12+13+14+17+20).

Dans ce travail, nous avons ainsi évalué la propension au changement de deux manières :

- Une approche dimensionnelle

- Une approche catégorielle. Dans ce cas, le stade de propension au changement est déterminé par le score le plus élevé à l'échelle d'Intention ou de Maintien.

f) Mesure de l'anxiété et de la dépression

Une mesure de l'anxiété et de la dépression a été effectuée à l'aide de la version française de l'échelle Hospital Anxiety and Depression rating scale (HAD) (cf. **Annexe 2**, p.120).

L'échelle HAD a été initialement développée en Angleterre par Zigmond et Snaith (1983) puis validée par de nombreux travaux (Bjelland et al., 2002). Elle a été traduite et validée en français par Lepine et al. (1985, 1986). Cette échelle a été conçue initialement pour faciliter la reconnaissance des troubles psychopathologiques en médecine interne, elle a fait l'objet par la suite de travaux sur différentes populations cliniques.

L'échelle HAD est un auto-questionnaire structuré de 14 items comportant deux sous échelles, une évaluant l'anxiété, l'autre la dépression.

La passation est aisée. Il est demandé au sujet de remplir ce questionnaire en fonction des émotions ressenties au cours de la semaine écoulée et de souligner les réponses qui semblent le mieux correspondre à l'état éprouvé.

Chaque réponse est cotée de 0 à 3 selon l'intensité du symptôme au cours de la semaine écoulée.

Pour les deux sous-échelles, des valeurs seuils ont été déterminées :

- un score inférieur ou égal à 7 = absence de cas
- un score entre 8 et 10 = cas douteux
- un score supérieur ou égal à 11 = cas certain

Il faut rappeler que si cette échelle permet une évaluation dimensionnelle de la symptomatologie dépressive ou anxieuse, elle ne permet pas de faire un diagnostic d'épisode dépressif majeur ou de trouble anxieux contrairement au MINI.

g) Mesure des dimensions de personnalité

La mesure des dimensions de personnalité était évaluée par le Big Five Inventory (BFI) dans sa version française (cf. **Annexe 2**, p.118) traduite et validée par Plaisant et al. (2005,2009). Le BFI a initialement été développé par Oliver John (1990, 1991, 1999). Ce questionnaire a été élaboré à partir du modèle de la personnalité en cinq facteurs qui envisage la personnalité, dans une perspective dimensionnelle, comme organisation dynamique de traits de personnalité. Les dimensions de personnalité reflètent les différences individuelles dans les tendances à manifester des patterns cohérents et systématiques de pensées, d'émotions et d'actions. Le modèle en cinq facteurs propose de déterminer la sphère de la personnalité selon cinq dimensions : le névrosisme, l'extraversion, l'ouverture à l'expérience, l'agréabilité et le caractère consciencieux.

Il s'agit d'un auto-questionnaire structuré comprenant 45 items. Pour chaque item le sujet doit évaluer à quel point il approuve ou désapprouve l'affirmation énoncée dans l'item. Chaque item est ainsi coté de 1 (« désapprouve fortement ») à 5 (« approuve fortement »).

Le BFI évalue cinq dimensions de la personnalité :

- E (8 items) : Extraversion, Energie, Enthousiasme
- A (10 items) : Agréabilité, Altruisme, Affection
- C (9 items) : Conscience, Contrôle, Contrainte

- N (8 items) : émotions Négatives, Névrosisme, Nervosité
- O (10 items) : Ouverture, Originalité, Ouverture d'esprit

La cotation s'effectue par la moyenne des cotations aux items de chacune des cinq dimensions.

h) Mesure des mécanismes de défense

Les mécanismes de défense étaient évalués par le Défense Style Questionnaire (DSQ) dans sa version à 40 items (Andrews et al., 1993) (cf. **Annexe 2**, p.123).

Le DSQ est un des outils quantitatifs évaluant les mécanismes de défenses (Soultanian et al., 2005), il a été élaboré par Bond et al. (1983), la version initiale comportant 97 items. Pour Bond, il s'agissait d'obtenir une évaluation des mécanismes de défenses qui ne dépende pas de la subjectivité d'un examinateur. Le travail de Bond, qui s'est inspiré des travaux d'Anna Freud (1949), de Georges Vaillant (1971) et d'Otto Kernberg (1967), est basé sur l'idée que les sujets peuvent prendre du recul et commenter leurs actes soit lors de l'échec temporaire de leur défense soit par les commentaires d'autrui sur leur fonctionnement. Le questionnaire est conçu pour mettre en évidence les manifestations d'un style défensif caractéristique du sujet en situation de conflit.

La version initiale du DSQ en 97 items a été plusieurs fois remaniée et il existe actuellement plusieurs versions du DSQ : 88, 72 et 40 items. Les versions en 88 items et en 40 items ont été traduites français et validées (Bonsack et al., 1998 ; Guelfi et al., 1998). La forme abrégée à 40 items (DSQ-40) a été validé pour les 20 mécanismes de défense individuels ainsi que pour les 3 styles défensifs (Andrews et al., 1993). Le DSQ-40 dans sa version française présente des propriétés psychométriques comparables à celles de la version originale ainsi qu'une cohésion interne satisfaisante $\alpha=0,80$ (Watson et Sinha, 1998).

Le DSQ-40 est un auto-questionnaire de passation simple et rapide. Il explore 20 mécanismes de défense (2 items par mécanisme de défense), regroupés en 3 styles défensifs distincts (définis par les résultats des analyses factorielles) :

- Le style mature regroupe 4 mécanismes de défense : la sublimation, l'humour, l'anticipation et la répression.

- Le style névrotique regroupe 4 mécanismes de défense : l'annulation, le pseudo-altruisme, l'idéalisation et la formation réactionnelle.
- Le style immature regroupe 12 mécanismes de défenses : la projection, l'agression passive, acting out, isolation, omnipotence- dévaluation, rêverie autistique, déni, déplacement, dissociation, clivage, rationalisation et somatisation.

Chaque item est une proposition pour laquelle le sujet doit indiquer à chaque fois son degré d'accord ou de désaccord sur une échelle à 9 degrés allant de 1 « pas du tout d'accord » à 9 « tout à fait d'accord ». Un score est obtenu pour chacun des 20 mécanismes de défense et pour chacun des trois styles défensifs (style mature, névrotique, immature) en réalisant la somme des items concernés.

2) Entretien structuré

L'entretien avec chacun des patients a consisté en la passation du MINI ou Mini International Neuropsychiatric Interview (Sheehan et al., 1997).

Le MINI a été élaboré et validé en Anglais et en Français par Sheehan et al. (1997, 1998), Lecrubier et al. (1997), et Amorin et al. (1998).

Il s'agit d'un entretien diagnostique structuré de passation brève (15-20 minutes environ) qui explore de façon standardisée chacun des critères nécessaires à l'établissement des principaux diagnostics de l'axe I du DSM-IV (ou de la CIM-10 dans une autre version).

Le M.I.N.I est divisé en modules identifiés par des lettres, chacune correspondant à une catégorie diagnostique. Au début de chacun des modules (à l'exception du module « syndromes psychotiques »), une ou plusieurs question(s) filtre(s) correspondant aux critères principaux du trouble sont présentées dans un cadre grisé. Le patient doit répondre à chaque question par oui ou par non. Une réponse positive à une question filtre entraîne la poursuite de l'exploration du module, d'autres questions sont alors proposées. Des indicateurs précisent au clinicien les phrases devant être lues mot à mot au patient, les instructions aux cliniciens qui ne doivent pas lui être énoncées et les périodes de temps à explorer.

Les modules explorés étaient les suivant :

A. Episode dépressif majeur (EDM)

- A'. EDM avec caractéristiques mélancoliques
- B. Dysthymie
- C. Risque suicidaire
- D. Episode (hypo-)manique
- E. Trouble panique
- F. Agoraphobie
- G. Phobie sociale
- H. Trouble obsessionnel-compulsif
- I. Etat de stress post-traumatique
- J. Alcool (dépendance/abus)
- K. Drogues (dépendances/abus)
- L. Troubles psychotiques
- M. Anorexie mentale
- N. Boulimie
- O. Anxiété généralisée

Dans ce travail, nous avons utilisé tous les modules du MINI.

C) Procédure

L'étude s'est déroulée en deux temps.

Dans un premier temps un questionnaire a été envoyé au domicile des patients avant leur consultation à l'Unité de consultation et de traitement de la douleur du CHRU Bretonneau. Ce questionnaire comportait une page de présentation de l'étude, un recueil des données sociodémographiques, sur la douleur et les auto-questionnaires évaluant les différents axes explorés (PSOCQ, HAD, BFI-Fr, DSQ-40). Un questionnaire était envoyé si le patient présentait les critères requis pour participer à l'étude (selon les critères d'inclusion et de non inclusion), ces critères étaient préalablement déterminés par la lecture de leur dossier ou du courrier transmis par un médecin ayant adressé le patient pour une consultation.

Dans un second temps une partie des patients ayant accepté de participer à l'étude et ayant rempli le questionnaire envoyé ont été sollicités à la suite de leur consultation prévue à l'unité de consultation pour un entretien. Cet entretien a consisté en la passation du MINI. Il a été au

précédent précisé aux patients que cet entretien était indépendant de leur consultation dans l'unité et n'influencerait pas la suite de leur prise en charge. A l'occasion de cet entretien les patients ont remis les questionnaires remplis au préalable.

D) Traitement des données

1) Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Statview version 5.0 et Statistica version 10. Pour toutes les analyses statistiques, le seuil de significativité $\alpha=0,05$ (bilatéral) a été retenu.

Nous avons réalisé des statistiques descriptives en présentant les moyennes, les écarts types, étendues et médianes pour les variables quantitatives. Les variables qualitatives ont été présentées à l'aide des pourcentages et effectifs.

Pour déterminer quelles étaient les variables associées de manière significative aux scores de propension changement (Intention ou Maintien) (H1 et H2), nous avons utilisé des tests non paramétriques, puisque nous pouvions rejeter l'hypothèse de normalité des distributions pour ces deux scores. Nous avons ainsi utilisé :

- Un test de corrélation de Spearman pour rechercher une association entre deux variables quantitatives continues.
- Un test de comparaison de moyenne U de Mann Whitney pour rechercher une association entre une variable quantitative et une variable qualitative à deux classes.
- Un test de comparaison de moyenne de Kruskal Wallis pour rechercher une association entre une variable quantitative et une variable qualitative à plus de deux classes.

Pour déterminer quelles étaient les variables associées de manière significative aux stades de propension changement (H3 et H4), nous avons utilisé :

- Un test du Chi-deux pour rechercher une association entre deux variables qualitatives.

- Un test de comparaison de moyenne U de Mann Whitney, de Kruskal Wallis ou une ANOVA univariée pour rechercher une association entre une variable quantitative et une variable qualitative. Nous n'avons utilisé l'ANOVA univariée que lorsque nous ne pouvions pas rejeter l'hypothèse d'égalité des variances (test de Levene non significatif).

2) Caractérisation des stades de changement en quatre groupes

Une modification des modalités de classement des sujets en stade d'« Intention » ou de « Maintien » a été effectuée afin de tenter d'obtenir un plus juste reflet de la propension au changement de chacun des sujets. En effet nous avons constaté que le système de retenu du score le plus élevé à l'un des deux facteurs (Intention ou Maintien) ne permet pas de distinguer les sujets ayant des scores élevés aux deux échelles, ce qui est fréquemment le cas, et les sujets ayant des scores faibles aux deux échelles.

La catégorisation de la propension au changement selon le score le plus élevé a été à plusieurs reprises critiquée (Jensen et al., 2000 ; Biller et al., 2000). Dijkstra (2005) évoque notamment, à propos d'un autre questionnaire évaluant la propension au changement, le University of Rhode Island Change Assessment Questionnaire (URICA), l'intérêt de déterminer chaque stade de changement par un profil réalisé à partir des scores aux différentes échelles. Par exemple, le stade de Contemplation correspondait à l'association d'un score faible pour la dimension de « Précontemplation », d'un score élevé pour la dimension de « Contemplation » et d'un score faible pour la dimension « Action ». Nous avons fait le choix de tenter d'affiner la catégorisation de la propension au changement en déterminant des stades de propension au changement à partir d'un système de profil selon les scores aux deux dimensions « Intention » et « Maintien ».

Un score seuil de 30 pour chacune des échelles a été déterminé pour permettre de classer les sujets en quatre groupes. Ce score seuil a été choisi de la manière suivante : chaque item est coté 1 ou 2 si le sujet n'est pas d'accord avec la proposition de l'item, est coté 3 si le sujet est indécis ou ne sait pas, et est coté positivement par les scores de 4 et 5. Les scores inférieurs ou égaux à 3 reflètent donc une réponse négative à l'item, et les scores strictement supérieurs à 3 une réponse positive à l'item. Chacune des échelles comporte 10 items, un score strictement supérieur à 30 reflète donc la présence d'au moins une réponse positive

(d'accord ou tout à fait d'accord à la proposition de l'item) à l'échelle en question. Un score inférieur ou égal à 30 reflète lui uniquement des réponses négatives ou neutres à la totalité des réponses aux items de l'échelle. Les résultats permettent de distinguer quatre groupes :

- Groupe 1 : sujets ayant des scores inférieurs ou égaux à 30 pour les deux échelles « Intention » et « Maintien ». Ce groupe reflèterait alors des sujets ayant une faible propension au changement.
- Groupe 2 : sujets ayant un score à l'échelle d' « Intention » strictement supérieur à 30 et un score à l'échelle de « Maintien » inférieur ou égal à 30. Ce groupe représenterait les sujets au stade d' « Intention ».
- Groupe 3 : sujets ayant un score à l'échelle d' « Intention » inférieur ou égal à 30 et un score à l'échelle de « Maintien » strictement supérieur à 30. Ce groupe représenterait les sujets au stade de « Maintien ».
- Groupe 4 : sujets ayant des scores strictement supérieurs à 30 pour les deux échelles « Intention » et « Maintien ». Ce groupe reflèterait alors des sujets ayant une forte propension au changement mais dont un stade distinct ne peut être déterminé et pourrait représenter un niveau intermédiaire de propension au changement entre l'intention et le maintien.

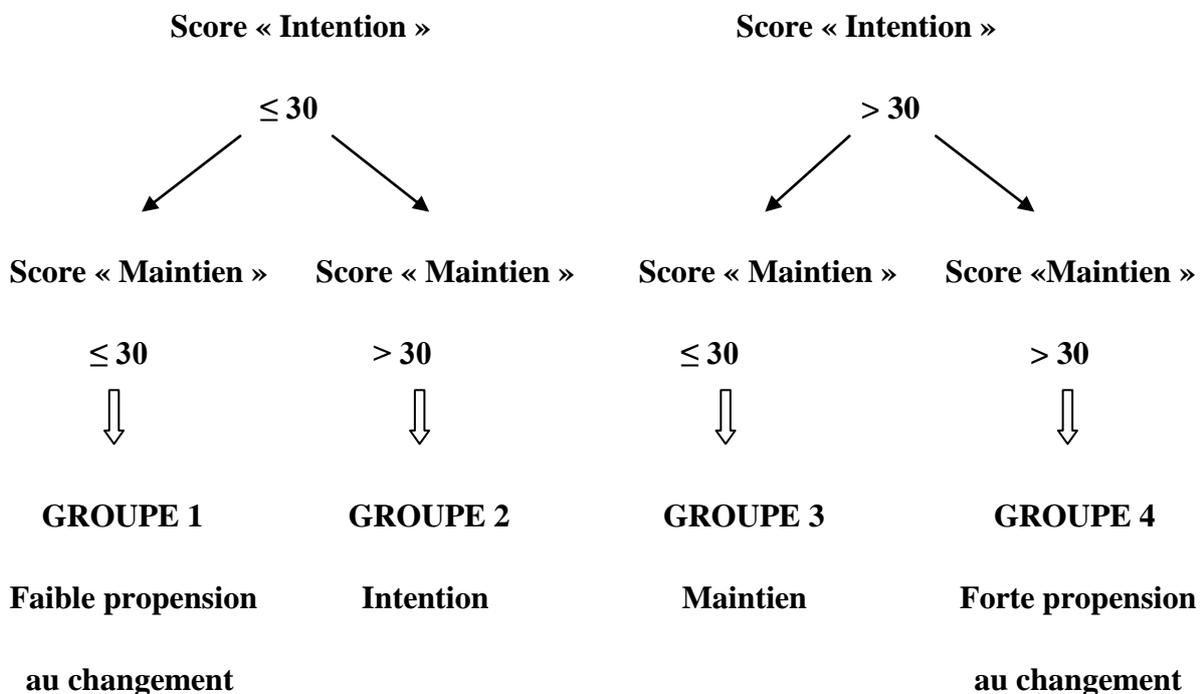


Figure 1 : Classification 4 groupes selon le score seuil de 30 aux échelles d' « Intention » et de « Maintien » du PSOCQ (Pain Stage of Change Questionnaire) version Française.

IV) RESULTATS

A) Caractéristiques descriptives des patients

1) Caractéristiques des patients de l'échantillon principal (n =87)

Tableau 2 : Données qualitatives : caractéristiques sociodémographiques et caractéristiques concernant la douleur et son traitement des patients douloureux chroniques (n=87).

	Nombre de patients (%)
<u>Caractéristiques sociodémographiques :</u>	
Première consultation au centre	38 (43,6%)
Femme	72 (82,8%)
Homme	15 (17,2%)
Situation familiale	
Vie maritale	59 (67,8%)
Divorcé(e)	11 (12,6%)
Veuf(ve)	4 (4,6%)
Célibataire	13 (14,9%)
Statut socioprofessionnel	
Arrêt de travail	22 (25,2%)
Mi-temps thérapeutique	7 (8%)
Invalidité	20 (23%)
Travailleur handicapé	13 (14,9%)
<u>Caractéristiques liées à la douleur et à son traitement :</u>	
Diagnostic de fibromyalgie	19 (21,8%)
Prise d'au moins un traitement :	
Anxiolytique ou hypnotique	36 (41,9%)
Antidépresseur (Imipraminique ou non)	47 (54,7%)
Thymorégulateur	5 (5,8%)
Antalgique de palier I, II ou III	78 (90,7%)
Non-pharmacologique	50 (58,1%)
Consultation psychiatre/psychologue actuelle	26 (29,9%)
Consultation psychiatre/psychologue passé	40 (46%)
Traitement anxiété/dépression passé	49 (56,3%)

Les statuts socioprofessionnels les plus fréquents sont le statut d'employé (groupe 5 de la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles) pour 38,2% (n = 33) des sujets, le statut de retraité (groupe 7 de la nomenclature PCS) pour 30,6% (n = 26) des sujets et le statut de professions intermédiaires (groupe 4 de la nomenclature PCS) pour 17,6% (n = 15) des sujets.

Tableau 3 : Données quantitatives : caractéristiques sociodémographiques, caractéristiques liées à la douleur et à son traitement et résultats aux échelles d'auto-évaluations des patients douloureux chroniques (n=87).

		Moyenne +/- SD
<u>Caractéristiques sociodémographiques</u>		
Age (années)		53 (+/- 13)
Durée (mois)	Arrêt de travail	4,1 (+/- 16,7)
	mi-temps thérapeutique	1,9 (+/- 14,2)
	Invalidité	16,3 (+/- 44,5)
	Travail handicapé	4,5 (+/- 16,7)
<u>Caractéristiques liées à la douleur et à son traitement :</u>		
Durée de la douleur (années)		9,9 (+/- 10,4)
Nombre de traitements :		
	Anxiolytique ou hypnotique	0,6 (+/- 0,9)
	Antidépresseur	0,7 (+/- 0,7)
	Antalgique	1,9 (+/- 1,1)
	Non pharmacologique	0,9 (+/- 1,1)
<u>Echelles d'auto-évaluation :</u>		
Intensité de la douleur (QCD) :	QCD max ¹	7,7 (+/- 1,5)
	QCD min ²	4,1 (+/- 2,1)
	QCD gén ³	6,4 (+/- 1,7)
	QCD actu ⁴	6,4 (+/- 2,1)
	QCD T ⁵	24,6 (+/- 6,5)
Dépression et anxiété (HAD) :	Anxiété	10,5 (+/- 3,6)
	Dépression	7,9 (+/- 3,5)
	Total	18,4 (+/- 5,7)
Qualité de vie (SF-12) :	Physique	30,7 (+/- 7,3)
	Psychique	38,2 (+/- 10,2)
Dimensions de personnalité :	Extraversion	24,5 (+/- 5,7)
	Agréabilité	41 (+/- 6,1)
	Conscience	35,3 (+/- 6,4)
	Névrosisme	26,9 (+/- 5,9)
	Ouverture	34,2 (+/- 5,9)
Propension au changement (PSOCQ) :	Intention	38 (+/- 5,8)
	Maintien	31,6 (+/- 7,3)
Styles défensifs (DSQ):	Style mature	41,6 (+/- 9,7)
	Style névrotique	34,3 (+/- 9,8)
	Style immature	89,3 (+/- 26,4)
	Total	165 (+/- 36,5)

¹QCDmax= score (entre 0 et 10) de la douleur la plus intense ressentie dans la semaine passée.

²QCDmin= score de la douleur la plus faible ressentie dans la semaine passée.

³QCDgén= score qui décrit l'intensité de la douleur en général.

⁴QCDactu= score qui décrit la douleur actuelle.

⁵QCD T= scores total aux échelles QCD

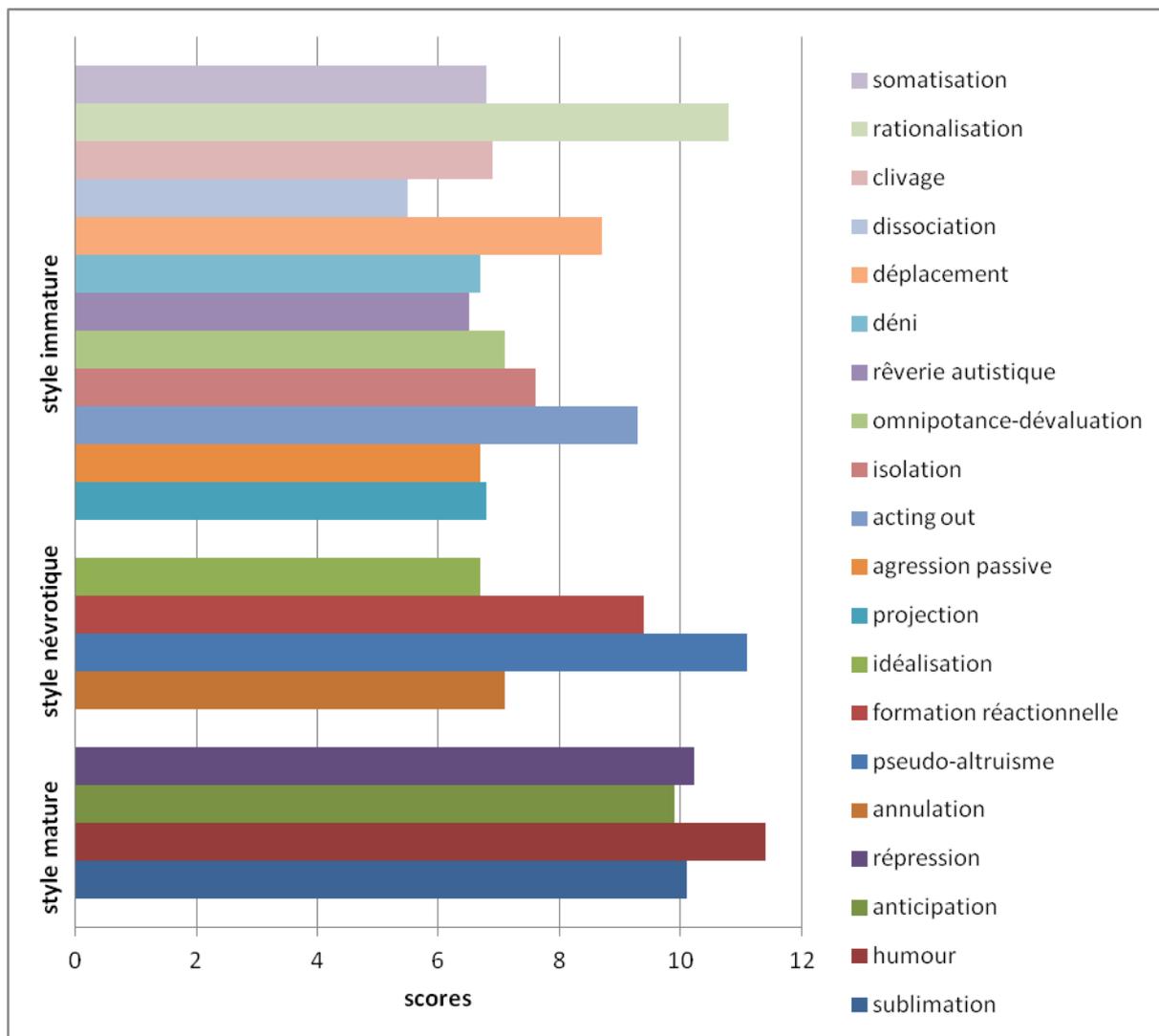


Figure 2 : Moyennes des scores des items explorant les mécanismes de défense au DSQ-40.

2) Résultats de l'entretien structuré (n=35 patients)

Tableau 4 : fréquence des troubles psychiatriques évalués par le Mini International Neuropsychiatric Interview.

	nombre	Fréquence(%)
<u>Au moins un trouble psychiatrique vie entière</u>	30	85,7
<u>Au moins un trouble de l'humeur vie entière:</u>	25	71,4
-EDM ¹ actuel	8	22,9
passé	21	60
-EDM mélancolique actuel	3	8,6
-Risque suicidaire léger	3	8,6
moyen	2	5,7
élevé	2	5,7
-Dysthymie	3	8,6
-Episode maniaque actuel	1	2,9
-Trouble de l'humeur avec symptômes psychotique	1	2,9
<u>Au moins un trouble anxieux vie entière:</u>	17	48,6
-Trouble panique actuel	1	2,9
passé	2	5,7
-Attaque de panique pauci symptomatique	2	5,7
-Agoraphobie actuel	2	5,7
passé	4	11,4
-Phobie sociale actuel	4	11,4
passé	4	11,4
-TOC ² actuel	1	2,9
passé	2	5,7
-ESPT ³ actuel	1	2,9
passé	7	20
-TAG ⁴ actuel	5	14,3
passé	6	17,1
Dépendance alcool actuel	1	2,9
passé	3	8,6
Abus alcool actuel	2	5,7
passé	2	5,7
Dépendance morphine passé	1	2,9
Abus cannabis-champignon passé	1	2,9
Trouble psychotique	0	0
Anorexie actuel et passé	0	0
Boulimie actuel	0	0
Boulimie passé	1	2,9

¹EDM= Episode Dépressif Majeur

²TOC= Trouble Obsessionnel Compulsif

³ESPT= Etat de Stress Post Traumatique

⁴TAG= Trouble Anxiété Généralisée

Les caractéristiques en âge et genre du sous-échantillon de 35 patients ayant été reçus pour l'entretien structuré sont comparables à la population totale de 87 patients avec une moyenne d'âge de 57,7 ans et une majorité de femmes (82,9%).

3) Catégorisation des patients selon leurs scores au Pain Stage Of Change Questionnaire

Lorsque le score le plus élevé à l'une des deux échelles permettait de classer les sujets dans le stade d' « Intention » ou de « Maintien » : 72 des 87 sujets (82,8%) ont été classés dans le stade d' « Intention » et 15 (17,2%) dans le stade « Maintien ».

Lorsque le classement était constitué en 4 groupes selon le score seuil de 30 à chacune des échelles : le groupe 1 dit de « faible propension » était constitué de 5 patients (5,7%), le groupe 2 « Intention » de 31 patients (35,6%), le groupe 3 « Maintien » de 3 patients (3,5%) et le groupe 4 « forte propension » de 48 patients (55,2%).

4) Caractéristiques sociodémographiques des patients inclus mais n'ayant pas répondu au questionnaire

190 questionnaires ont été envoyés au total, 103 sujets n'ont pas répondu au questionnaire ou ont répondu de façon incomplète, leur questionnaire étant alors non exploitable. Le taux de participation était donc de 45,8%. Les caractéristiques sociodémographiques de ses sujets montraient : un âge moyen de 49,1 ans (+/- 13,9 SD), une majorité de femmes (n=76 soit 73,8%), le statut familial le plus fréquent était le statut de vie maritale (n=70 soit 68%) et les groupes socioprofessionnels les plus fréquents étaient le groupe 5 (employé) avec 57 sujets (55,3%) et le groupe 7 (retraité) avec 17 sujets (16,5%).

B) H1 : liens entre les variables étudiées et les scores à l'échelle d' « Intention »

1) H1a : liens entre les scores à l'échelle d' « Intentions » et les styles et mécanismes de défense

Le score à l'échelle d' « Intention » est **corrélé significativement** avec le score au **style névrotique** du DSQ-40 ($\rho_s = 0,228$; $p < 0,05$), le score des items explorant le mécanisme de **sublimation** ($\rho_s = 0,254$; $p < 0,05$), le score des items explorant l'**annulation** ($\rho_s = 0,240$; $p < 0,05$), le score des items explorant le **pseudo-altruisme** ($\rho_s = 0,297$, $p < 0,01$) et le score explorant la **rationalisation** ($\rho_s = 0,239$; $p < 0,05$). Le score des items explorant le mécanisme de **répression** au DSQ-40 est **corrélé significativement et négativement** au score à l'échelle d' « Intention » ($\rho_s = -0,262$; $p < 0,05$).

Tableau 5 : Liens entre les scores à l'échelle d' « Intention » et les scores aux styles et mécanismes de défenses (DSQ-40).

	Scores à l'échelle d' « Intention »	
	Test statistique	<i>p</i>
DSQ Total	$\rho_s = 0,17$	0,12
Style mature	$\rho_s = -0,01$	0,93
Sublimation	$\rho_s = \underline{\mathbf{0,25}}$	<u>0,02</u>
Humour	$\rho_s = -0,02$	0,84
Anticipation	$\rho_s = 0,14$	0,18
Répression	$\rho_s = \underline{\mathbf{-0,26}}$	<u>0,01</u>
Style névrotique	$\rho_s = \underline{\mathbf{0,23}}$	<u>0,03</u>
Annulation	$\rho_s = \underline{\mathbf{0,24}}$	<u>0,03</u>
Pseudo-altruisme	$\rho_s = \underline{\mathbf{0,30}}$	<u>0,006</u>
Formation réactionnelle	$\rho_s = 0,03$	0,74
Idéalisation	$\rho_s = 0,05$	0,64
Style immature	$\rho_s = 0,11$	0,31
Projection	$\rho_s = 0,09$	0,38
Agression passive	$\rho_s = 0,05$	0,61
Acting out	$\rho_s = 0,09$	0,37
Isolation	$\rho_s = 0,14$	0,18
Omnipotence-dévaluation	$\rho_s = -0,06$	0,55
Rêverie autistique	$\rho_s = 0,08$	0,43
Déni	$\rho_s = 0,07$	0,54
Déplacement	$\rho_s = 0,14$	0,18
Dissociation	$\rho_s = -0,07$	0,53
Clivage	$\rho_s = 0,08$	0,48
Rationalisation	$\rho_s = \underline{\mathbf{0,24}}$	<u>0,03</u>
somatisation	$\rho_s = 0,001$	0,99

Les facteurs associés de manière significative aux scores à l'échelle d' « Intention » sont indiqués en souligné et en gras ; ρ_s : statistique du test de Spearman.

- 2) H1b et H1c : Liens entre les scores à l'échelle d' « Intention » et les dimensions de personnalité, les troubles psychiatriques de l'axe I (cf. **Tableau 6**)

Il n'a pas été retrouvé de corrélation significative entre les scores à l'échelle d' « Intention » et les scores d'anxiété et de dépression de l'échelle HAD, les dimensions de personnalité évalués par le BFI et les troubles psychiatriques évalués par l'entretien structuré M.I.N.I.

- 3) Liens entre les scores à l'échelle d' « Intention » et les variables sociodémographiques, les variables liées aux caractéristiques de la douleur et à son traitement (cf. **Tableau 6**)

Le score à l'échelle d' « **Intention** » est **corrélé significativement avec le nombre de traitements antidépresseurs** ($\rho_s = 0,300$; $p < 0,005$) et **avec le nombre de traitements non pharmacologiques** ($\rho_s = 0,213$; $p < 0,05$).

Il existe une association statistique entre le **fait d'être traité par un antidépresseur** et le score à l'échelle d' « Intention » ($z_c = - 1,997$; $p < 0,05$). La moyenne des scores à l'échelle d' « Intention » des sujets traités par au moins un antidépresseur est supérieure à la moyenne des scores à l'échelle d' « Intention » lorsque les sujets ne sont pas traités par antidépresseur.

Il existe une association statistique entre le **fait de consulter un psychiatre ou un psychologue actuellement** et le score à l'échelle d' « Intention » ($z_c = - 2,134$; $p < 0,05$). La moyenne des scores à l'échelle d' « Intention » des sujets consultants actuellement un psychiatre ou un psychologue est supérieure à la moyenne des scores à l'échelle d' « Intention » des sujets ne consultants ni psychiatre ni psychologue.

Il existe une association statistique entre le **fait d'avoir consulté un psychiatre ou un psychologue dans le passé** et le score à l'échelle d' « Intention » ($z_c = - 2,229$; $p < 0,05$). La moyenne des scores à l'échelle d' « Intention » des sujets ayant consulté un psychiatre ou un psychologue dans le passé est supérieure à la moyenne des scores à l'échelle d' « Intention » des sujets n'ayant pas consulté de psychiatre ou de psychologue dans le passé.

Tableau 6 : Facteurs associés à l'échelle d'« Intention » de propension au changement (DSQ-40 excepté).

	Scores à l'échelle « Intention »	
	Test statistique	<i>p</i>
Dimension de personnalité		
Extraversion	$\rho_s = 0,002$	0,98
Agréabilité	$\rho_s = 0,11$	0,31
Caractère consciencieux	$\rho_s = 0,03$	0,79
Névrosisme	$\rho_s = 0,13$	0,23
Ouverture	$\rho_s = 0,18$	0,09
Troubles psychiatriques de l'axe I		
Episode dépressif actuel	$z = - 0,77$	0,44
Trouble anxiété généralisée actuel	$z = - 0,07$	0,94
Phobie sociale actuelle	$z = - 1,58$	0,11
Qualité de vie (SF-12)		
Physique	$\rho_s = 0,03$	0,79
Psychique	$\rho_s = - 0,01$	0,91
Score HAD		
Score d'anxiété (HAD)	$\rho_s = 0,11$	0,31
Score de dépression (HAD)	$\rho_s = 0,02$	0,88
Score total HAD	$\rho_s = 0,05$	0,61
Variables sociodémographiques, liées à la douleur ou à son traitement		
Age	$\rho_s = 0,19$	0,08
Durée douleur	$\rho_s = 0,16$	0,13
Traitement Anxiolytique/hypnotique	$z = - 0,70$	0,48
Antidépresseur	<u>$z = - 1,99$</u>	<u>0,04</u>
Thymorégulateur	$z = - 0,45$	0,65
Antalgique	$z = - 0,05$	0,96
Non pharmacologique	$z = - 1,6$	0,10
Nombre Anxiolytique/hypnotique	$\rho_s = 0,03$	0,74
Antidépresseur	<u>$\rho_s = 0,23$</u>	<u>0,04</u>
Antalgique	$\rho_s = - 0,07$	0,51
Non pharmacologique	<u>$\rho_s = 0,21$</u>	<u>0,05</u>
Consultation psy actuelle	<u>$z = -2,13$</u>	<u>0,03</u>
Consultation psy passé	<u>$z = -2,23$</u>	<u>0,03</u>
Traitement anxiété/dépression passé	$z = -1,14$	0,26
Intensité de la douleur (QCD)		
QCD max ¹	$\rho_s = 0,04$	0,71
QCD min ²	$\rho_s = 0,01$	0,90
QCD gén ³	$\rho_s = - 0,05$	0,63
QCD actu ⁴	$\rho_s = - 0,12$	0,27
QCD T ⁵	$\rho_s = - 0,06$	0,59

Les facteurs associés de manière significative aux scores à l'échelle d'« Intention » sont indiqués en souligné et en gras ; ρ_s : statistique du test de Spearman ; z : statistique du test de Mann-Whitney.

¹QCDmax= score (entre 0 et 10) de la douleur la plus intense ressentie dans la semaine passée.

²QCDmin= score de la douleur la plus faible ressentie dans la semaine passée.

³QCDgén= score qui décrit l'intensité de la douleur en général.

⁴QCDactu= score qui décrit la douleur actuelle.

⁵QCD T= scores total aux échelles QCD

Il n'a pas de corrélation significative entre les scores à l'échelle d' « Intention » et les autres variables liées à la douleur et à sa prise en charge (durée de la douleur, intensité de la douleur, diagnostic de fibromyalgie, qualité de vie, le fait de venir pour une première consultation).

Il n'y a pas de lien significatif retrouvé entre les variables sociodémographiques (âge, genre, groupe socioprofessionnels, situation familiale) et les scores à l'échelle d' « Intention ».

C) H2 : Liens entre les variables étudiées et les scores à l'échelle de « Maintien »

1) H2a : liens entre les scores à l'échelle de « Maintien » et les styles et mécanismes de défense

Le score des items explorant le mécanisme d'**acting out** est **corrélé significativement et négativement** au score à l'échelle de « Maintien » ($\rho_s = -0,249$; $p < 0,05$). (cf. **Tableau 7**)

Tableau 7 : Lien entre les scores à l'échelle de « Maintien » et les scores aux styles et mécanismes de défenses (DSQ-40).

	Scores à l'échelle d' « Maintien »	
	Test statistique	<i>p</i>
DSQ Total	$\rho_s = -0,05$	0,65
Style mature	$\rho_s = 0,03$	0,78
Sublimation	$\rho_s = 0,15$	0,18
Humour	$\rho_s = 0,001$	0,99
Anticipation	$\rho_s = 0,06$	0,59
Répression	$\rho_s = -0,07$	0,51
Style névrotique	$\rho_s = 0,03$	0,75
Annulation	$\rho_s = 0,10$	0,34
Pseudo-altruisme	$\rho_s = 0,21$	0,053
Formation réactionnelle	$\rho_s = -0,001$	0,99
Idéalisation	$\rho_s = -0,12$	0,25
Style immature	$\rho_s = -0,11$	0,31
Projection	$\rho_s = -0,15$	0,17
Agression passive	$\rho_s = 0,10$	0,37
Acting out	<u>$\rho_s = -0,25$</u>	<u>0,02</u>
Isolation	$\rho_s = 0,20$	0,06
Omnipotence-déévaluation	$\rho_s = -0,003$	0,98
Rêverie autistique	$\rho_s = -0,10$	0,33
Déni	$\rho_s = -0,16$	0,14
Déplacement	$\rho_s = -0,15$	0,17
Dissociation	$\rho_s = 0,11$	0,32
Clivage	$\rho_s = -0,07$	0,50
Rationalisation	$\rho_s = 0,08$	0,45
somatisation	$\rho_s = -0,06$	0,55

Les facteurs associés de manière significative aux scores à l'échelle d' « Intention » sont indiqués en souligné et en gras ; ρ_s : statistique du test de Spearman.

- 1) H2b et H2c : liens entre les scores à l'échelle de « Maintien » et les dimensions de personnalité, les troubles psychiatriques de l'axe I (cf **Tableau 8**)

Il existe une **association statistique négative** entre le score à l'échelle de « Maintien » et le diagnostic de **phobie sociale actuelle** ($z_c = -2,054$; $p < 0,05$) et celui de **phobie sociale passée** ($z_c = -2,054$; $p < 0,05$). La moyenne des scores à l'échelle de « Maintien » lorsque qu'il y a un diagnostic de phobie sociale actuelle ou passé est inférieure à la moyenne des scores à l'échelle de « Maintien » quand il n'y a pas de diagnostic de phobie sociale actuelle ou passée.

Il n'y a pas de corrélation significative entre les scores à l'échelle de « Maintien » et les scores à l'échelle HAD ni avec les dimensions de personnalité évalué par le BFI.

- 2) Liens entre les scores à l'échelle de « Maintien » et les variables sociodémographiques, les variables liées aux caractéristiques de la douleur et à son traitement (cf. **Tableau 8**)

Le **nombre de traitement non pharmacologique** est également **corrélé significativement** au score à l'échelle de « Maintien » ($\rho_s = 0,392$; $p < 0,001$).

Il existe une association statistique entre le **fait d'être traité par un ou des traitements non pharmacologique** et le score à l'échelle de « Maintien » ($z_c = -2,907$; $p < 0,05$). La moyenne des scores à l'échelle de « Maintien » des sujets traité par un ou des traitements non pharmacologiques est supérieure à la moyenne des scores à l'échelle de « Maintien » des sujets n'étant pas traité par un traitement non pharmacologique.

Le score à l'échelle évaluant **l'intensité de la douleur actuelle** au QCD est **corrélé significativement et négativement** au score à l'échelle de « Maintien » ($\rho_s = -0,213$; $p < 0,05$).

Le score de **qualité de vie psychique** mesuré par la SF-12 est corrélé significativement au score à l'échelle de « Maintien » ($\rho_s = 0,232$; $p < 0,05$).

Tableau 8 : Facteurs associés à l'échelle « Maintien » de propension au changement (DSQ-40 excepté).

	<u>Scores à l'échelle « Maintien »</u>	
	Test statistique	<i>p</i>
Dimension de personnalité		
extraversion	$\rho_s = -0,003$	0,98
agréabilité	$\rho_s = 0,13$	0,24
conscience	$\rho_s = -0,03$	0,80
nevrose	$\rho_s = -0,16$	0,14
ouverture	$\rho_s = 0,02$	0,85
Troubles psychiatriques axe I		
Episode dépressif actuel	$z = -0,43$	0,66
Trouble anxiété généralisée actuel	$z = -0,97$	0,33
Phobie sociale actuelle	<u>$z = -2,05$</u>	<u>0,04</u>
Phobie sociale passée	<u>$z = -2,05$</u>	<u>0,04</u>
Qualité de vie (SF-12)		
Physique	$\rho_s = 0,08$	0,46
Psychique	<u>$\rho_s = 0,23$</u>	<u>0,03</u>
Scores HAD		
Anxiété	$\rho_s = -0,09$	0,38
Dépression	$\rho_s = -0,11$	0,32
Total	$\rho_s = -0,13$	0,22
Variables sociodémographiques, liées à la douleur ou à son traitement		
Age	$\rho_s = 0,19$	0,08
Durée douleur	$\rho_s = 0,08$	0,48
Traitement : Anxiolytique/hypnotique	$z = -1,09$	0,28
Antidépresseur	$z = -0,60$	0,55
Thymorégulateur	$z = -0,21$	0,83
Antidouleur	$z = -0,41$	0,68
Non pharmacologique	<u>$z = -2,9$</u>	<u>0,004</u>
Nombre : Anxiolytique/hypnotique	$\rho_s = 0,03$	0,74
Antidépresseur	<u>$\rho_s = 0,23$</u>	<u>0,04</u>
Antidouleur	$\rho_s = -0,07$	0,51
Non pharmacologique	<u>$\rho_s = 0,21$</u>	<u>0,05</u>
Consultation psy actuelle	$z = -0,49$	0,63
Consultation psy passé	$z = -0,02$	0,98
Traitement anxiété/dépression passé	$z = -0,44$	0,66
Intensité de la douleur (QCD)		
QCD max1	$\rho_s = -0,06$	0,60
QCD min2	$\rho_s = -0,18$	0,09
QCD gén3	$\rho_s = -0,15$	0,16
QCD actu4	<u>$\rho_s = -0,21$</u>	<u>0,05</u>
QCD T5	$\rho_s = -0,19$	0,07

Les facteurs associés de manière significative aux scores à l'échelle d' « Intention » sont indiqués en souligné et en gras ; ρ_s : statistique du test de Spearman ; z : statistique du test de Mann-Whitney.

¹QCDmax= score (entre 0 et 10) de la douleur la plus intense ressentie dans la semaine passée.

²QCDmin= score de la douleur la plus faible ressentie dans la semaine passée.

³QCDgén= score qui décrit l'intensité de la douleur en général.

⁴QCDactu= score qui décrit la douleur actuelle.

⁵QCD T= scores total aux échelles QCD

Il n'y a pas de corrélation significative entre les scores à l'échelle de « Maintien » et les variables sociodémographiques ni avec les autres variables liées à la douleur et à sa prise en charge (durée de la douleur, diagnostic de fibromyalgie, première consultation, consultation d'un psychologue ou d'un psychiatre).

D) H3 et H4 : liens entre les variables et la propension au changement évaluée de façon catégorielle en deux stades « Intention » et « Maintien »

Il existe une association statistique significative entre le score au style mature du DSQ et le fait d'être dans le stade d' « Intention » ou de « Maintien » ($z_c = -2,081$; $p < 0,05$). La moyenne des scores au **style mature des sujets au stade « Maintien »** est **supérieure** à la moyenne des scores au style mature des sujets au stade d' « Intention ».

Il existe une association statistique significative entre les scores aux items explorant le mécanisme de répression et le fait d'être dans le stade d' « Intention » ou de « Maintien » ($z_c = -2,817$; $p < 0,01$). La moyenne des scores aux items explorant **répression des sujets au stade de « Maintien »** est **supérieure** à la moyenne des scores aux items explorant la répression des sujets au stade d' « Intention ».

Il existe une association statistique entre les scores aux items explorant le mécanisme d'acting out et le fait d'être dans le stade d' « Intention » ou de « Maintien » ($z_c = -2,113$; $p < 0,05$). La moyenne des scores aux items explorant **l'acting out des sujets au stade d' « Intention »** est **supérieure** à la moyenne des scores des items explorant l'acting out des sujets au stade de « Maintien ».

Il n'y a pas de corrélations significatives avec les autres données, sociodémographiques, liées à la douleur et sa prise en charge et psychiatriques et psychopathologiques.

Tableau 9: Comparaison entre les patients au stade d' « Intention » et ceux au stade de « Maintien » en fonction des variables psychiatriques et psychopathologiques

	Moyenne des patients au stade d'Intention (± SD)	Moyenne des patients au stade d'Intention (± SD)	Test statistique	p
<u>Styles et mécanismes de défense (DSQ-40)</u>				
Style mature	40.7 (9.9)	46.1 (7.4)	<u>z = - 2,08</u>	<u>0,04</u>
Répression	9.68 (3.8)	12.9 (3.0)	<u>z = - 2,82</u>	<u>0,005</u>
Style névrotique	33.9 (9.7)	35.9 (10.2)	z = - 0,45	0,65
Style immature	90.0 (24.3)	86.3 (36.1)	z = - 1,13	0,26
Acting out	9.8 (4.7)	7.1 (3.6)	<u>z = - 2,12</u>	<u>0,03</u>
<u>Personnalité (BFI)</u>				
Extraversion	24.6 (5.4)	24.1 (7.1)	z = - 0,56	0,58
Agréabilité	40.9 (6.0)	41.1 (6.7)	z = - 0,26	0,79
Caractère consciencieux	35.2 (6.6)	35.5 (5.5)	z = - 0,09	0,92
Névrosisme	27.3 (5.7)	24.8 (6.8)	z = - 1,76	0,08
Ouverture	34.4 (6.0)	33.5 (5.6)	z = - 0,38	0,71
<u>Troubles psychiatriques de l'axe I (MINI):</u>				
Episode dépressif actuel	25% (8/32)	0% (0/3)	Chi _{2c} = 2,62	0,11
Phobie sociale actuelle	9.4% (3/32)	33.3% (1/3)	Chi _{2c} = 0,11	0,74

E) H3 et H4 : Liens entre les variables et la propension évaluée de façon catégorielle en quatre groupes, groupe 1 « faible propension », groupe 2 « Intention », groupe 3 «Maintien » et groupe 4 « forte propension »

Des différences significatives sont retrouvées entre les quatre groupes et les **scores à l'échelle d' « Intention »** ($F=23,42$; $p<0.001$) **et de « Maintien »** ($F=55,83$; $p<0.001$) du PSOCQ.

Les scores du groupe 1 « Faible propension » à l'échelle d' « Intention » du PSOCQ sont significativement plus faibles que ceux du groupe 2 « Intention » ($p<0,0001$) et ceux du groupe 4 « Forte propension » ($p<0,0001$). Les scores du groupe 2 « Intention » sont significativement plus élevés que ceux du groupe 3 « Maintien » ($p<0,0001$) et les scores du groupe 3 « Maintien » sont significativement plus faibles que les scores du groupe 4 « Forte propension » ($p<0,0001$). Il n'existe pas de différence significative entre les scores à l'échelle d' « Intention » des groupes 1 et 3, ni des groupes 2 et 4 (**figure 3**).

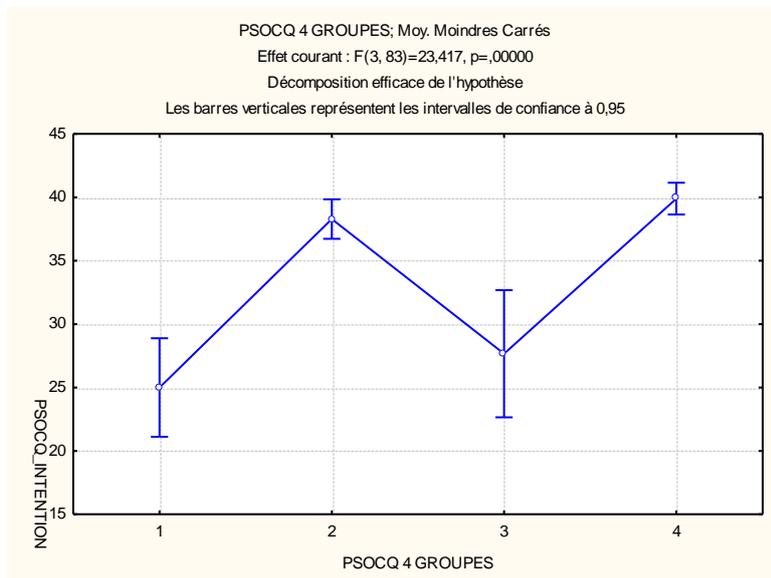


Figure 3 : scores à l'échelle d' « Intention » du PSOCQ selon les 4 groupes.

Les scores à l'échelle de « Maintien » du PSOCQ du groupe 1 « Faible propension » sont significativement plus faibles que les scores des groupe 2 « Intention » ($p < 0,05$), groupe 3 « Maintien » ($p < 0,0001$) et groupe 4 « forte propension » ($p < 0,0001$). Les scores du groupe 2 sont significativement plus faibles que ceux du groupe 3 ($p < 0,002$) et du groupe 4 ($p < 0,0001$). Les scores du groupe 3 ne diffèrent pas significativement des scores du groupe 4 (Figure 4).

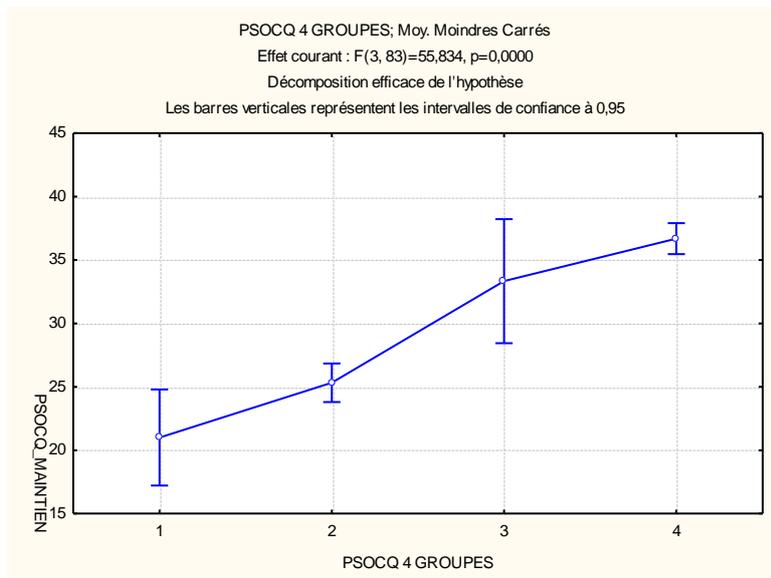


Figure 4 : Scores à l'échelle « Maintien » du PSOCQ selon les 4 groupes.

Les scores aux items évaluant le mécanisme de **projection** au DSQ diffèrent significativement selon les groupes (test par comparaison de moyenne de Kruskal Wallis, $H = 8,08, p < 0,04$) (Figure 5).

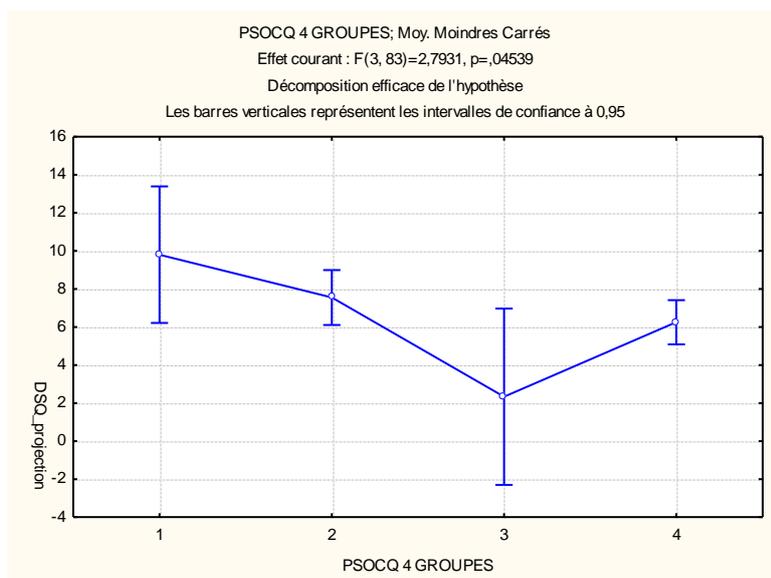


Figure 5 : scores aux items évaluant le mécanisme de projection (DSQ) selon les 4 groupes.

Les scores aux items évaluant le **déplacement** diffèrent également significativement selon les groupes (Test de Kruskal Wallis, $H=7,76$, $p<0,05$) (**Figure 6**).

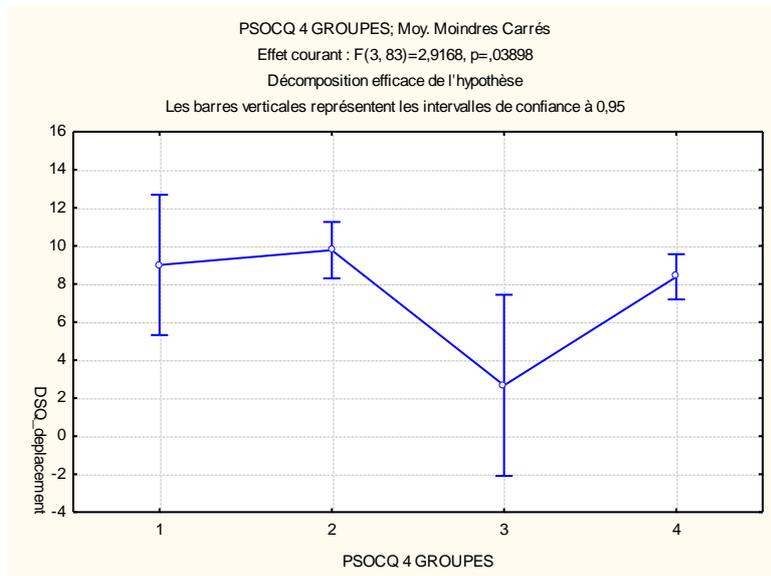


Figure 6 : scores aux items évaluant le mécanisme de déplacement (DSQ) selon les 4 groupes.

Les scores aux items évaluant l'**acting out** diffèrent significativement selon les 4 groupes ($F=3,51$; $p<0,02$). Les scores d'acting out du groupe 2 « Intention » sont significativement plus élevés que ceux du groupe 4 « Forte propension » ($p<0,005$) (**Figure 7**).

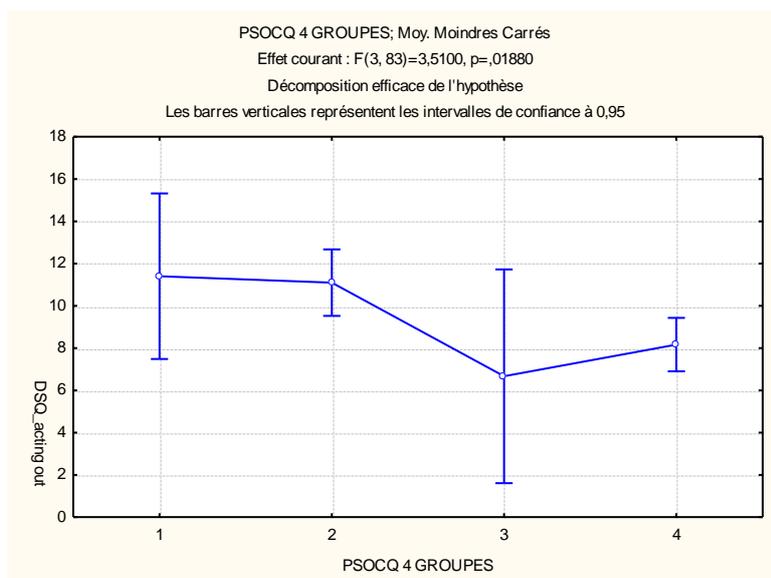


Figure 7 : scores aux items évaluant le mécanisme d'acting out (DSQ) selon les 4 groupes.

Les scores des items évaluant le mécanisme d'**isolation** diffèrent significativement selon les groupes ($F=2,68$; $p<0,05$). Les scores d'isolation du groupe 2 « Intention » sont significativement plus faibles que ceux du groupe 4 « forte propension » ($p<0,03$). Une tendance à la significativité est également retrouvée entre les scores d'isolation du groupe 4 « forte propension » et les scores du groupe 3 « Maintien » ($p<0,06$) (**Figure 8**).

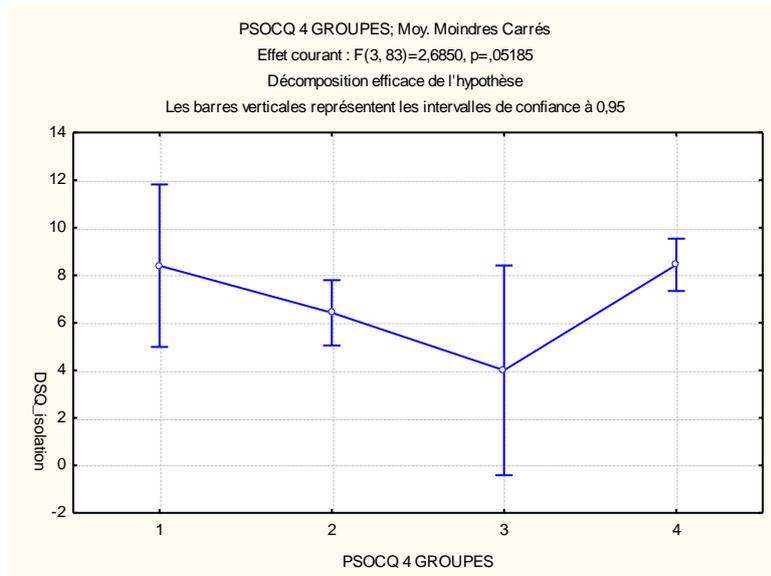


Figure 8 : scores aux items évaluant le mécanisme d'isolation (DSQ) selon les 4 groupes.

Une tendance à la significativité est retrouvée pour deux mécanismes de défenses :

- Les scores pour le mécanisme d'annulation ($p<0,07$) sont plus faibles dans le groupe 3 que dans les trois autres groupes.
- Les scores pour le mécanisme de pseudo-altruisme ($p<0,09$) sont plus faibles dans le groupe 3 que dans les trois autres groupes.

Les scores à la dimension d'agréabilité du BFI diffèrent significativement selon les groupes ($F=3,1$; $p<0,05$). Les scores d'agréabilité des sujets du groupe 1 « Faible propension » sont significativement plus faibles que les scores d'agréabilité des groupes 2 « Intention » ($p<0,005$) et 4 « Forte propension » ($p<0,003$). (**Figure 9**).

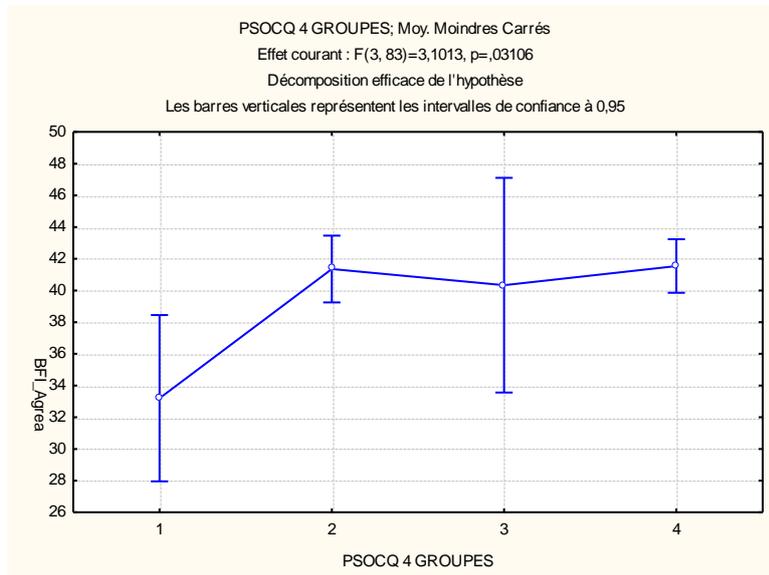


Figure 9 : scores à la dimension d'agréabilité du BFI selon les 4 groupes.

Les scores d'intensité de la douleur la plus faible ressentie au cours de la semaine passée au QCD diffèrent significativement selon les groupes ($F=2,73$; $p<0,05$) : le groupe 1 « Faible propension » et le groupe 2 « Intention » ont des scores significativement plus élevés que le groupe 3 « Maintien » (respectivement $p=0,007$ et $p<0,03$) (**Figure 10**).

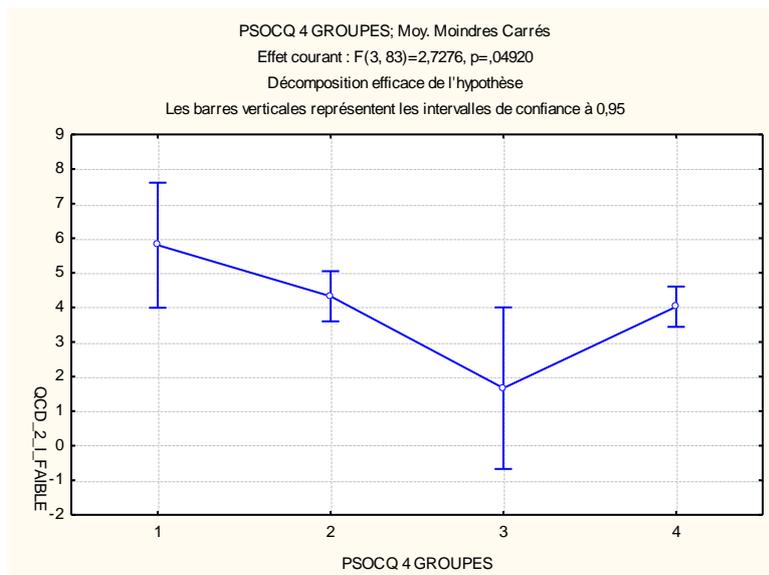


Figure 10 : scores d'intensité de la douleur la plus faible ressentie durant la semaine passée évaluée par le QCD selon les 4 groupes.

Les scores de qualité de vie psychique évalués par le SF-12 diffèrent significativement selon les groupes ($F=2,91$; $p<0,05$). Les scores de qualité de vie psychique du groupe 2 « Intention » sont significativement plus faible que les scores des groupes 3 « Maintien » ($p<0,02$) et 4 « forte propension » ($p<0,02$). Les individus du groupe 3 « Maintien » et 4 « forte propension » ont donc une qualité de vie psychique significativement meilleure que les individus du groupe 2 « Intention » (**Figure 11**).

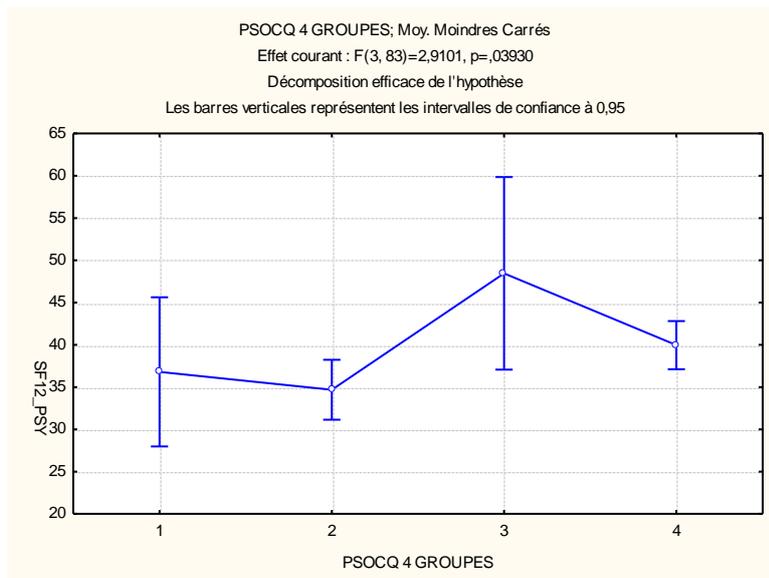


Figure 11 : scores de qualité de vie psychique évalués par le SF-12 selon les 4 groupes.

AU TOTAL :

Des différences significatives ont été mises en évidence entre les scores des 4 groupes (groupe 1 dit de « faible propension », groupe 2 dit d' « Intention », groupe 3 dit de « Maintien » et groupe 4 dit de « forte propension ») pour :

- Le mécanisme de projection au DSQ
- Le mécanisme de déplacement au DSQ
- Le mécanisme d'acting out au DSQ :
Scores du groupe 2 > scores du groupe 4
- Le mécanisme d'isolation au DSQ :
Scores du groupe 2 < scores du groupe 4
- La dimension d'agréabilité au BFI :
Scores du groupe 1 < scores du groupe 2
Scores du groupe 1 < scores du groupe 4
- L'intensité de la douleur la plus faible au QCD :
Scores du groupe 1 > scores du groupe 3
Scores du groupe 2 > scores du groupe 3
- La qualité de vie psychique au SF-12 :
Scores du groupe 2 < scores du groupe 3
Scores du groupe 2 < scores du groupe 4

V)DISCUSSION

Cette recherche étudiait les liens entre les caractéristiques psychiatriques et psychopathologiques et la propension au changement évaluée de façon dimensionnelle et catégorielle chez des patients souffrant de douleur chronique.

Nous avons pu mettre en évidence des liens significatifs entre la propension au changement évaluée de façon dimensionnelle et les styles et mécanismes de défense. Ainsi les patients ayant des scores élevés à l'échelle « Intention » avaient plus fréquemment recours au style névrotique, à un mécanisme du style mature (la sublimation), à deux mécanismes du style névrotique (l'annulation et le pseudo altruisme) et à un mécanisme du style immature (la rationalisation) ; ils avaient moins fréquemment recours à un mécanisme du style mature (la répression). Les patients avec des scores élevés à l'échelle de « Maintien » avaient moins fréquemment recours à un mécanisme du style immature : l'acting out.

Nous avons également mis en évidence une corrélation entre la propension au changement évaluée de façon dimensionnelle et un trouble psychiatrique. En effet, les patients avec un score faible à l'échelle de « Maintien » avaient significativement plus de phobie sociale (actuelle ou passée) que ceux ayant un score élevé.

Nous n'avons pas retrouvé d'associations statistiques entre la propension au changement évaluée de façon dimensionnelle et les dimensions de personnalité.

Nous avons également pu mettre en évidence des liens significatifs entre les caractéristiques psychopathologiques et la propension au changement évaluée de façon catégorielle. Ainsi lorsque la propension au changement était évaluée en deux stades (« Intention » et « Maintien »), les patients au stade de « Maintien » avaient des scores significativement plus élevés au style mature que les patients au stade d' « Intention ». Les patients au stade de « Maintien » utilisaient significativement plus le mécanisme de répression et significativement moins le mécanisme d'acting out que les patients au stade d' « Intention ».

Des associations statistiques ont également été retrouvées lors de l'évaluation catégorielle de la propension au changement en quatre groupes. Des différences significatives entre les groupes pour certains mécanismes de défense sont mises en évidence. Le groupe dit d'

« Intention » utilisait plus le mécanisme d'acting out et moins le mécanisme d'isolation que le groupe dit de « forte propension ». Des différences significatives entre les groupes sont également retrouvées pour les mécanismes de déplacement et de projection, les groupes dit de « faible propension » et dit d' « Intention » avaient tendance à plus utiliser ces mécanismes.

Nous avons pu mettre en évidence des liens statistiques entre la propension au changement évaluée en quatre groupes et la dimension de personnalité « agréabilité ». Les patients du groupe dit de « faible propension » avaient des scores à la dimension d'agréabilité plus faibles que les patients des groupes dit d' « Intention » et de « forte propension ».

Nous n'avons pu mettre en évidence de liens statistiques significatifs entre la propension au changement évaluée de façon catégorielle et les troubles psychiatriques de l'axe I.

Nous avons également mis en évidence des liens statistiques entre la propension au changement et certaines données concernant la douleur et sa prise en charge thérapeutique. Il n'a cependant pas été mis en évidence de liens significatifs entre la propension et les données sociodémographiques.

A) Commentaires sur les résultats

Les résultats principaux de notre étude permettent de répondre en partie à nos hypothèses. La comparaison de nos résultats avec la littérature est limitée, en effet, à notre connaissance il n'existe pas de travaux ayant étudié le lien entre propension au changement et les troubles psychiatriques et psychopathologiques de méthodologie comparable.

Nos résultats montrent que les patients avec une plus faible propension au changement utilisaient moins le style mature et plus le style névrotique que les patients de plus forte propension au changement. Bien que le style immature ne soit pas significativement lié à la propension au changement, il apparaît que de plus nombreux mécanismes de défenses immatures sont liés à une plus faible propension au changement. En effet les scores d' « Intention » sont corrélés au mécanisme de rationalisation, les patients au stade d' « Intention » utilisent significativement plus l'acting out que les patients au stade de « Maintien », le mécanisme d'acting out est également plus utilisé par le groupe dit d' « Intention » que par le groupe dit de « forte propension ». De plus les groupes dits de « faible

propension » et d' « Intention » avaient tendance à plus utiliser les mécanismes de projection et de déplacement que les sujets du groupe « Maintien ».

Il apparaît donc globalement que les sujets en « Intention » utilisent de façon prédominante un plus grand nombre de défenses appartenant aux trois niveaux de maturité et d'adaptabilité que les sujets en « Maintien ». Le « Maintien » est lié à un style plus mature et négativement lié aux mécanismes du style immature.

Dans son étude, Alicia Jackson (2008) met en évidence des liens significatifs entre le stade « Action » et le style « Inadapté » et entre le stade de « Contemplation » et le style « Adapté ». Ces résultats sont difficiles à comparer avec les nôtres, dans la mesure où notre étude utilise un modèle de propension au changement en deux facteurs « Intention » et « Maintien ». La définition du facteur « Intention » renvoie à des sujets en attitude contemplative en passe de reconnaître la nécessité d'être soutenus pour modifier leur manière de gérer et améliorer leur gestion de la douleur et donc de rechercher des traitements moins médicalisés sans savoir comment initier ce changement (Aguerre et al., 2007). L'association retrouvée entre stade de « Contemplation » et style « Adapté » (Jackson, 2008) n'est pas vérifiée par nos résultats avec le facteur « Intention ». Les sujets en « Maintien » ne peuvent pas être assimilés aux stades « Action » de Prochaska et Norcross (2001) puisqu'il s'agit de « sujets qui ont acquis une certaine expertise en matière de faire face à leurs souffrances physiques et les gèrent de manière plutôt autonome, tout en restant à l'écoute des éventuels conseils prodigués par leur entourage » (Aguerre et al., 2007).

Nous avons pu mettre en évidence que les sujets en « Intention » utilisaient globalement un plus grand nombre de mécanismes de défense appartenant aux trois styles défensif et que les scores à l'échelle d' « Intention » sont corrélés uniquement avec le style névrotique. Les études concernant les changements dans les styles défensifs au cours de psychothérapie notamment des troubles dépressifs mettent en général en évidence des modifications des styles mature et immature mais des styles intermédiaires stables (Bond, 2004). Une étude de Guelfi et al. (2000) retrouve au contraire une diminution des styles névrotique et immature associés à l'amélioration de la symptomatologie dépressive. Cependant le changement défensif en psychothérapie ne paraît pas être assimilable au processus de changement dans la douleur chronique. Ces résultats ne semblent pas pouvoir se comparer, notre variable principale étant la propension au changement et non les résultats thérapeutiques en psychothérapie. L'utilisation de ce grand nombre de défenses pourrait refléter la mise en

œuvre d'un changement et de modifications du fonctionnement psychique des patients. L'utilisation de mécanismes de défense immatures ou névrotiques n'est pas nécessairement synonyme de pathologie ou d'inadaptabilité. Des défenses diverses peuvent être mises en œuvre dans des situations de stress ou de changement interne ou externe dans un but final d'adaptabilité, peut être celui, ici, de la mise en « Action ». Grebot et Paty (2010) montrent dans leur étude portant sur une population d'étudiants vivant une situation stressante en comparaison avec une situation non stressante, une instabilité trans-situationnelle des trois catégories des mécanismes de défense évalués par le DSQ-40.

Dans notre étude, différents mécanismes de défense sont liés de façon significative à la propension au changement. Le mécanisme de répression traduit une tentative volontaire de rejet hors de la conscience de problèmes, désirs, sentiments, ou représentations et ce, temporairement, le matériel réprimé étant facilement remémoré (traduit également en français par les termes de *suppression* ou de *mise à l'écart*). Il a été fréquemment décrit comme caractérisant le fonctionnement du sujet douloureux chronique et du somatisant avec des définitions et théories sous jacentes différentes (Engel, 1959 ; Marty, 1980; Burns, 2000). Nos résultats montrent une corrélation négative entre les scores de répressions et les scores à l'échelle d' « intention », il serait de plus moins utilisé par les sujets au stade d' « Intention » que par les sujets au stade de « Maintien ». Serban Ionescu (1997) fait référence à Werman (1985) et énonce le risque de glissement de la répression vers le refoulement, le déni ou l'isolation, en effet, « les affects douloureux, à force d'être contrôlés, peuvent éventuellement disparaître comme dans l'isolation ». Nos résultats montrent des différences significatives concernant l'utilisation du mécanisme d'isolation, son utilisation apparaît comme plus importante dans le groupe dit de « forte propension » que dans le groupe dit d' « Intention ». Une tendance à la significativité est également retrouvée entre le groupe dit de « Maintien » et celui dit de « forte propension », le groupe dit de « Maintien » utiliserait moins le mécanisme d'isolation que le groupe dit de « forte propension ». Par le mécanisme d'isolation, l'affect lié à une représentation conflictuelle est éliminé, la représentation reste consciente mais non rattachée aux affects. Pour Perry (2009) « le prix à payer pour éviter l'angoisse, la honte ou la culpabilité associée est que le sujet se prive de sentiments qui lui donneraient des informations importantes sur lui-même et qui pourraient faciliter certains choix ». Le mécanisme d'isolation est par ailleurs positivement corrélé à la résistance intentionnelle au changement organisationnel, ainsi que l'acting out, la projection, le déni et la dissociation (Bovey et Hede, 2001). Pour de nombreux auteurs, il s'agirait cependant d'un mécanisme

normal et même nécessaire pour l'équilibre psychique, tout dépend de son caractère rigide et automatique (dans la névrose obsessionnelle par exemple) ou de son utilisation souple et situationnelle.

D'autres mécanismes sont également corrélés aux scores aux échelles d' « Intention » ou de « Maintien » :

La sublimation est définie comme mécanisme permettant « la dérivation de l'énergie d'une pulsion sexuelle ou agressive vers des activités valorisées socialement (artistiques, intellectuelles, morales) ; la pulsion se détourne de son objet et de son but primitif, mais sans être refoulée » (Ionescu, 1997). Ce mécanisme est reconnu pour son caractère adaptatif et mature. Nos résultats retrouvent une corrélation entre les scores à l'échelle d' « Intention » et les scores pour la sublimation. Ce lien n'est pas retrouvé lors de l'analyse catégorielle de la propension au changement.

L'acting out est négativement corrélé aux scores à l'échelle de « Maintien ». Ce mécanisme de style immature est nommé par Ionescu par le terme d'activisme (terme préféré à celui d'acting out car ce dernier est utilisé plus spécifiquement dans le contexte de la cure analytique) et défini comme la « gestion des conflits psychiques ou des situations traumatiques externes, par le recours à l'action, à la place de la réflexion ou du vécu des affects ». Il fait référence à une défense maniaque, sorte d'hyperactivité servant de dérivatif destiné à lutter contre l'angoisse et donne comme exemple « l'activité fébrile de la future mère sur le point d'accoucher » ou « la pratique du sport de certains cadres dynamiques ». Perry préfère le terme de passage à l'acte, dont la définition est plus proche de l'acte impulsif en réaction à une situation débordant les capacités du sujet à exprimer ses affects et insistant sur l'absence de considération pour les conséquences négatives de ses actes. Les items du DSQ-40 semblent mieux correspondre à la définition de Perry. Une corrélation négative est retrouvée entre les scores d'acting out et les scores à l'échelle de « Maintien ». Les patients du groupe dit d' « Intention » ont également des scores plus élevés d'acting out que le groupe dit de « forte propension ». Les sujets de plus faible propension au changement utiliseraient donc ce mécanisme qui s'avère peu utile pour l'élaboration psychique et la prise de conscience de la nécessité du changement.

La rationalisation qui est également un mécanisme du style immature est liée significativement aux scores à l'échelle d' « Intention ». La rationalisation permet au sujet de se dissimuler les motifs réels de ses actes, pensées ou sentiments par une justification

d'apparence logique entraînant moins d'anxiété ou de culpabilité. Ce mécanisme peut revêtir un caractère plus ou moins pathologique et adaptatif, et son influence sur la propension au changement et sur l'engagement dans un processus thérapeutique est difficile à interpréter.

L'annulation est basée sur l'ambivalence en permettant d'annihiler de façon presque magique un sentiment, une action ou un souhait par l'expression simultanée de son contraire. Le lien significatif retrouvé entre les scores à l'échelle d' « Intention » et l'annulation pourrait refléter la difficulté qu'auraient les patients à faire un choix et à la prise de conscience de leur ambivalence vis-à-vis des soins ou de leur interlocuteur. Les résultats lors de la catégorisation en 4 groupes montrent une tendance à la significativité avec des scores moyens plus élevés d'annulation pour les groupes dit d' « Intention » et de « forte propension » et plus faible pour le groupe dit de « Maintien ».

L'altruisme permet au sujet d'échapper au conflit, à ses affects notamment de colère par le dévouement à autrui. Pour Anna Freud l'altruisme serait un mode particulier de la formation réactionnelle (substitution de tendances opposées à celles faisant conflits) qui permettrait de trouver un exutoire à l'agressivité, de s'autoriser une jouissance par substitution et de satisfaire à des tendances masochistes. Les scores d'altruisme sont liés significativement aux scores à l'échelle d' « Intention ». Une tendance à la significativité est également retrouvée lors de la catégorisation en 4 groupes. Ainsi les moyennes des scores pour le mécanisme de pseudo-altruisme sont plus élevées dans les groupes représentant des sujets ayant des scores élevés à l'échelle d' « Intention » (groupe dit d' « Intention » et groupe dit de « forte propension ») que dans le groupe dit de « Maintien », cependant les scores moyens d'altruisme sont également élevés dans le groupe dit de « faible propension ». Le mécanisme d'altruisme apparaît donc plus en lien avec une l' « Intention » qu'avec le « Maintien ».

Les mécanismes de projection et de déplacement diffèrent significativement selon les quatre groupes, il apparaît que les sujets en « Maintien » utiliseraient moins ces deux mécanismes que les autres groupes. La projection est un mécanisme du style immature qui est décrit comme l'opération par laquelle le sujet expulse des pensées, affects et désirs internes vers l'extérieur en les attribuant à autrui. Les items de DSQ font référence à la projection non hallucinatoire. Une étude de Muris et Merckelbach (1996) montrent que le style défensif immature (et en particulier la projection) serait lié à de plus mauvais résultats de la thérapie comportementale de troubles phobiques. Il est à noter que Freud (1915) a expliqué la phobie

par la mise en jeu de ces deux mécanismes de défense, la projection et le déplacement. Il s'avère que les seules corrélations retrouvées entre la propension au changement et les troubles psychiatriques de l'axe I concernent la phobie sociale qui est en effet corrélée négativement avec les scores à l'échelle de « Maintien ».

Les associations significatives retrouvées entre les mécanismes de défense et la propension au changement mettent en évidence des utilisations défensives spécifiques différentes selon le type d'évaluation de la propension au changement, que cette dernière soit dimensionnelle ou catégorielle. Seule l'utilisation du mécanisme d'acting out semble être impliquée quelque soit le mode d'évaluation et ce mécanisme apparaît comme plus utilisé par les sujets ayant une plus faible propension au changement. Des associations significatives sont également retrouvées pour le mécanisme de répression à la fois lors de l'évaluation dimensionnelle et catégorielle (deux stades) de la propension au changement et ce mécanisme apparaît comme moins utilisé par les sujets ayant une plus faible propension au changement. D'un point de vue clinique l'évaluation dimensionnelle de la propension au changement permet d'évaluer la propension pour chacun des facteurs « Intention » et « Maintien » et ce de façon distincte, c'est-à-dire qu'elle permet d'évaluer la propension à être en Intention ou en Maintien indépendamment l'une de l'autre. La catégorisation permet de rendre compte de la propension au changement des patients en prenant en compte les deux facteurs « Intention » et « Maintien » à la fois et d'évaluer en globalité le niveau ou stade de propension au changement de chacun des patients. Cette différence entre évaluation dimensionnelle et catégorielle pourrait expliquer que des facteurs différents soient associés à la propension au changement selon sa méthode d'évaluation. Les applications de nos résultats dans la pratique clinique dépendent également de cette différence d'interprétation de la propension au changement. Par exemple, les facteurs associés aux scores à l'échelle d' « Intention » (évaluation dimensionnelle) seraient plutôt à prendre en compte dans des stratégies thérapeutiques visant à favoriser la propension à être en intention de changer et non celle à être dans le maintien. Ces stratégies s'adresseraient donc à des sujets ayant une faible propension à envisager le changement (faibles scores d' « Intention » et de « Maintien ») ou n'étant pas encore dans le stade d' « Intention » (ce qui correspondrait de façon catégorielle au groupe dit de « faible intention » et non au groupe dit de « Maintien » qui a certes des scores faibles à l'échelle d' « Intention » mais élevés à l'échelle de « Maintien »). Les facteurs associés aux différents stades ou groupes (évaluations catégorielle) sont à envisager de façon plus descriptive. Notre étude ne permet pas de déterminer les facteurs influençant le passage

d'un stade de plus faible propension au changement vers un stade de plus forte propension au changement. L'évaluation dimensionnelle permet seulement de constater les facteurs variant selon le score à l'un des facteurs (« Intention ou »Maintien) et non d'un facteur à l'autre, bien que l'on puisse extrapoler par exemple, que le passage du stade intention au stade maintien soit déterminé par la diminution des scores à l'échelle d' « Intention » et à l'augmentation des scores à l'échelle de « Maintien » et que les facteurs associés à chacun des deux facteurs puissent intervenir.

D'autre part nous n'avons pas retrouvé d'association significative entre la dimension de personnalité « névrosisme » et la propension au changement. Seule la dimension d' « agréabilité » apparaît comme plus faible chez les patients du groupe dit de « faible propension » que chez les patients des groupes dit d' « Intention » et de « forte propension ». Cette différence n'est pas retrouvée entre les groupes d' « Intention » et de « Maintien ». Ce résultat va dans le sens de nos hypothèses, à savoir que les sujets ayant une faible propension au changement ont une dimension de personnalité « agréabilité » plus faible que les sujets ayant une plus forte propension au changement. Un des intérêts que peut avoir la description des facteurs associés à chacun des stades de changement est le repérage par le clinicien dans sa relation avec le patient de ces facteurs. Ce repérage pourrait permettre au clinicien ou soignant d'envisager le niveau de propension au changement du patient. En effet il s'avère qu'en pratique clinique le praticien évalue de façon informelle la propension au changement de son patient. Les indices supplémentaires qu'apportent ces facteurs pourraient l'orienter dans ses stratégies thérapeutiques et l'adaptation de son discours et sa position dans la relation thérapeutique. Par exemple une faible agréabilité associée à une tendance à l'activisme ou à l'impulsivité et l'utilisation fréquente du mécanisme de projection renvoie à un patient ayant une plus faible propension au changement. On peut donc imaginer que la proposition d'emblée d'un programme de soins pluridisciplinaire risque d'être mise en échec.

Kerns et Rosenberg (2000) montrent dans leur étude que la progression des scores de propension au changement au PSOCQ est liée significativement à la diminution de la sévérité de la symptomatologie dépressive et de l'intensité douloureuse, cette relation entre propension au changement et symptomatologie dépressive et intensité douloureuse est également retrouvée par Glenn et al. (2003). Nos résultats montrent peu de liens entre la propension au changement et la symptomatologie psychiatrique en dehors d'une association négative entre phobie sociale et score à l'échelle de « Maintien ». En effet, nous n'avons pas trouvé de lien entre les troubles de l'humeur ou l'échelle « dépression » et « anxiété » de l'HAD et la

propension au changement bien que de façon descriptive les troubles dépressifs étaient fréquents et les scores à l'échelle HAD élevés dans notre population de façon comparable à la littérature (Dersh et al., 2002 ; Knaster et al., 2012 ; Tauschke et al., 1990). Cependant de façon attendue les scores de qualité de vie psychique sont corrélés positivement avec les scores à l'échelle de « Maintien » et significativement plus faibles dans le groupe dit d'« Intention » que dans le groupe dit de « Maintien ». Il apparaît cependant que les prévalences des troubles psychiatriques retrouvées dans notre population, notamment des épisodes dépressifs et troubles anxieux actuels, soient légèrement plus faibles que dans certaines études (Knaster et al., 2012, Dersh et al., 2002) alors que les scores à l'échelle « anxiété » de l'HAD sont élevés. Cette discordance est d'ailleurs également mise en évidence par Tauschke et al (1990) qui retrouvaient moins de diagnostics psychiatriques actuels mais des scores à l'HAD élevés. Il est possible que les troubles psychiatriques aient été sous évalués. Certains facteurs peuvent entraîner des biais lors de l'hétéro-évaluation de troubles comme la désirabilité sociale ou encore l'agrément, ce dernier facteur est en effet retrouvé comme variable selon les patients et leur propension au changement. De plus, il s'agit d'une rencontre unique avec un psychiatre et pour des raisons similaires, l'évaluation psychiatrique de certains patients nécessite l'instauration d'un lien de confiance La prévalence des troubles psychiatriques, dans notre population, est cependant élevée et justifie de leur prises en charge dans la stratégie thérapeutique pluridisciplinaire. Il paraît important de souligner la place de l'évaluation et la prise en charge psychiatrique et psychologique dans les centres de soins de la douleur qu'il s'agisse de la mise en place de soins psychiatriques et psychologiques ou de l'évaluation par un psychiatre de liaison au sein des structures de soin.

D'autre part, bien que le score d'intensité douloureuse totale ne soit pas corrélée significativement à la propension au changement, il apparaît que l'intensité actuelle de la douleur est corrélée négativement aux scores à l'échelle de « Maintien » et l'intensité de la douleur la plus faible ressentie est plus faible dans le groupe dit de « Maintien » que dans les groupes dit d'« Intention » et de « faible propension ». Ces résultats vont dans le sens des liens retrouvés entre l'amélioration de la propension au changement et la diminution de l'intensité douloureuse (Kerns et Rosenberg, 2000 ; Glenn et al., 2003 ; Jensen et al., 2003). Ils diffèrent cependant des résultats de l'étude d'Aguerre et al. (2007) qui retrouvait une intensité douloureuse plus élevée chez les patients au stade de « Maintien » que chez les patients au stade d'« Intention ».

Nous avons également mis en évidence une association significative entre le fait de consulter un psychiatre ou un psychologue actuellement et d'avoir consulté un psychiatre ou un psychologue dans le passé et les scores à l'échelle d' « Intention ». Ce résultat pourrait être interprété de deux façons. La première serait que la consultation psychiatrique ou psychologique soit un facteur permettant d'influencer le sujet dans sa dynamique de changement, lui permettant ainsi d'être dans un processus de prise de conscience ou de recherche d'une voie différente pour la résolution de sa problématique physique et psychique. L'association entre « Intention » et la consultation passée pourrait alors refléter le fait que ces patients ont une capacité à agir face à leurs problématiques. Ce facteur influencerait plus la situation d'intention que la situation de maintien. Une autre interprétation pourrait être que la consultation actuelle et passée d'un psychiatre ou d'un psychologue soit le reflet de sujets ayant plus de difficultés psychologiques. Cette seconde proposition ne peut être expliquée par l'hypothèse de comorbidités psychiatriques plus importantes du fait de l'absence de lien retrouvé entre les troubles psychiatriques et la dimension d' « Intention ».

Ces résultats sont à rapprocher des associations et corrélations significatives retrouvées avec les traitements antidépresseurs et les traitements non pharmacologiques. Le nombre de traitements antidépresseurs et le fait d'être traité par au moins un antidépresseur sont liés significativement aux scores à l'échelle d' « Intention ». Des interprétations similaires peuvent être proposées, marqueur de psychopathologie plus sévère ou indicateur d'un facteur influençant le processus de changement. Ces deux hypothèses ne sont pas forcément incompatibles. Le traitement de la pathologie ou de la souffrance psychique peut en effet influencer positivement la propension au changement. Une des limites à l'interprétation de ce résultat est méthodologique. Nous avons en effet pris en compte l'ensemble des traitements antidépresseurs sans prendre en compte leur indication initiale. En effet, un traitement antidépresseur peut être prescrit en tant que traitement pour la douleur et non pour son action antidépressive. Il n'est cependant pas inhabituel qu'il soit prescrit pour les deux indications chez le même patient, rendant cette discrimination plus difficile. D'autre part le nombre de traitements non pharmacologiques semble influencer non seulement le facteur d' « Intention » mais également le facteur de « Maintien ». Le fait d'être simplement traité par au moins un traitement non pharmacologique est corrélé uniquement aux scores à l'échelle de « Maintien ». Ces liens semblent cohérents avec le modèle actuel de prise en charge de la douleur chronique ainsi qu'avec celui de la propension au changement dans ce domaine, que

la mise en place de traitement(s) non pharmacologique(s) soit un facteur influençant la propension au changement ou qu'il soit interprété comme résultat du changement.

B) Limites de l'étude

Tout d'abord du point de vue méthodologique nous pouvons critiquer les outils utilisés. Le Pain Stage Of Change Questionnaire est un outil ayant fait l'objet de nombreuses études, l'élaboration et la validation de sa version française n'a fait l'objet que d'une seule étude (Aguerre et al., 2007). De plus la version initiale a été à plusieurs reprises remaniée et critiquée quant aux limites de son utilisation en clinique pour l'évaluation de la propension au changement lors de la prise en charge thérapeutique des patients douloureux chroniques (Kerns et Habib, 2004). Les outils d'évaluation des dimensions de personnalité (le Big Five Inventory), des styles et mécanismes de défense (le Defense Style questionnaire) et des troubles psychiatriques de l'axe I (Mini International Neuropsychiatric Inventory) ont été peu utilisés dans les études portant sur des populations de patients douloureux chroniques ni dans les études portant sur la propension au changement chez les patients douloureux chroniques. Il existe donc peu d'études permettant de comparer et de discuter nos résultats. D'autre part l'utilisation d'échelles d'autoévaluation plutôt que d'outils d'hétéro-évaluation peut altérer la validité de mesure. La succession de nombreux questionnaires d'autoévaluations comprenant de nombreux items est fastidieuse et requiert un certain niveau de concentration et de patience. Bien que permettant une meilleure faisabilité et reproductibilité de l'étude, les outils d'autoévaluations peuvent présenter des limites. Les patients peuvent avoir une plus grande désirabilité sociale pouvant entraîner des biais de réponses en particulier pour les questionnaires évaluant les dimensions de personnalité et les mécanismes de défense. Ce même argument peut être applicable à l'hétéro-évaluation. En effet l'évaluation des troubles psychiatriques par le MINI peut également être critiquée. Il s'agit d'un entretien unique et de la rencontre avec un psychiatre et des biais liés à la relation entre le médecin et le patient peuvent exister. Les patients peuvent avoir également une plus forte désirabilité sociale ou au contraire une réticence à confier leurs difficultés entraînant une sous- ou une surévaluation de leurs troubles.

L'évaluation catégorielle de la propension au changement peut également être critiquée. En effet l'analyse factorielle de la version française du PSOCQ ne valide que deux facteurs ou deux dimensions. Nous avons choisi comme référence la catégorisation en deux stades selon le score le plus élevé à l'une des dimensions compte tenu des données de la littérature. En effet, les études princeps et la majorité des études par la suite ont utilisé ce mode de catégorisation bien qu'il ait été critiqué. La catégorisation par profil selon un score seuil aux deux échelles n'a fait l'objet d'aucune étude préalable. Une autre possibilité de catégorisation aurait pu consister en la détermination d'un score différentiel suffisant entre les deux échelles permettant de distinguer de façon plus franche les sujets au stade d' « Intention » et les sujets au stade de « Maintien ».

Le choix de l'évaluation des styles et mécanismes de défense peut paraître inadapté d'un point de vue théorique dans l'étude de la propension au changement. En effet, bien que le concept de propension au changement soit issu d'un modèle transthéorique, le PSOCQ a été créé afin d'évaluer la propension au changement au cours de programmes de soins multidisciplinaires issus des thérapies cognitives et comportementales. Ce choix s'est justifié ici du fait de l'objectif de notre étude qui était de déterminer les caractéristiques psychopathologiques associées à la propension au changement. Notre variable principale est donc la propension au changement et non les résultats de la prise en charge thérapeutiques. Notre objectif était de mieux appréhender le fonctionnement psychologique des patients selon leur évolution au cours de leur prise en charge.

Notre étude était transversale et a permis de mettre en évidence des liens entre la propension au changement et certaines caractéristiques psychopathologiques. Il serait toutefois intéressant d'évaluer ces mêmes facteurs et leur variabilité au cours du processus de changement. Nous pourrions réaliser une étude longitudinale afin de mettre en évidence la variabilité de ces facteurs au cours de l'évolution de la propension au changement des patients douloureux chroniques. Cette étude permettrait également de mieux caractériser les facteurs spécifiquement liés à chacun des stades de propension au changement ainsi que les facteurs pouvant influencer l'évolution d'un stade à l'autre et de les différencier de facteurs d'état, ce que notre étude ne permet pas de discriminer. Une meilleure connaissance de ce processus permettrait d'envisager une application clinique de nos résultats.

Enfin nous pouvons critiquer la taille de notre échantillon et notamment le faible nombre de patients dont les troubles psychiatriques de l'axe I ont été évalués. D'autre part, il apparaît

que lors de la catégorisation de la propension au changement, certains stades étaient représentés par un faible nombre de patients et ce, de façon peu proportionnée d'un stade à l'autre. De plus, plus de la moitié des patients ayant reçu le questionnaire ont refusé de participer à l'étude, nos résultats ne portent donc pas sur l'ensemble de la population de patients douloureux chroniques éligibles pour l'étude.

C) Application des résultats et perspectives de l'étude

Ce travail a permis de réaliser une étude innovante sur les liens entre les caractéristiques psychiatriques et psychopathologiques et la propension au changement chez des patients souffrant de douleurs chroniques consultant dans une unité spécialisée de consultation et de traitement de la douleur. En effet, à notre connaissance, il s'agit de la première étude évaluant les liens spécifiques entre les troubles psychiatriques, les dimensions de personnalité et les styles et mécanismes de défenses et la propension au changement dans cette population

Les patients souffrant de douleurs chroniques ont fréquemment des troubles psychiatriques associés et une souffrance psychologique pouvant rendre complexe leur prise en charge thérapeutique, qu'il s'agisse du lien avec les soignants, des thérapeutiques proposées, de l'acceptation, de l'engagement ou des croyances de ceux-ci sur les traitements proposés. Cette étude a mis en évidence le lien entre certaines variables psychopathologiques et la propension au changement. Le fonctionnement défensif semble particulièrement impliqué dans la propension au changement qu'elle soit évaluée de façon catégorielle ou dimensionnelle. Une association intéressante est également retrouvée avec la dimension de personnalité « agréabilité ». Il serait intéressant dans de futurs travaux d'étudier les liens entre les troubles de la personnalité de l'axe II (évaluation catégorielle) et la propension au changement. Les troubles psychiatriques semblent avoir un poids moins important. Des liens intéressants ont également été retrouvés entre certaines variables liées à la prise en charge de la douleur comme le fait de consulter un psychiatre ou un psychologue et le fait d'être traité par des traitements non pharmacologiques. Ces derniers résultats, ainsi que la prévalence élevée des troubles psychiatriques, confortent la place du traitement de la souffrance psychologique et de la prise en charge multidisciplinaire incluant l'évaluation et la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique dans la prise en charge de la douleur chronique.

Cette étude permet le début d'une réflexion sur l'application de ces résultats dans la pratique clinique. Par exemple, la prise en compte des mécanismes de défense mis en jeu à différents degrés ou stades de propension au changement pourrait permettre au thérapeute d'adapter sa prise en charge. Ces résultats soulignent également la place du psychologue et du psychiatre de liaison tant pour le traitement des comorbidités que pour l'accompagnement dans la compréhension du fonctionnement psychologique de ces patients. Une meilleure caractérisation leur fonctionnement psychologique pourrait permettre au soignant de repérer plus facilement les difficultés du patient et de mieux comprendre ce qui freine sa progression dans le processus de soins proposés. La connaissance de ces facteurs pourrait permettre au soignant de travailler avec le patients sur son fonctionnement et l'aider à mieux comprendre sa douleur afin de mieux y faire face. Le praticien pourrait alors plus aisément adapter son discours et sa position plus ou moins activiste. Il s'agit de prendre en compte le fonctionnement du patient dans la relation qui sera instaurée avec lui en prenant la mesure de ses possibilités de prise de conscience, de ses difficultés et de ses capacités à se saisir du discours du soignant. Il serait par ailleurs intéressant d'envisager l'étude de l'alliance thérapeutique en lien avec la propension au changement et les caractéristiques psychopathologiques évaluées dans notre étude. Nos résultats peuvent ainsi aider le praticien à repérer des indices qui lui permettraient d'évaluer le niveau de propension au changement des patients et d'anticiper leurs réponses aux thérapeutiques proposées. Par exemple, un patient ayant un fonctionnement défensif immature et des traits de personnalité de faible agréabilité évoque une faible propension au changement. Il paraît plus adapté de ne pas lui proposer d'emblée des soins impliquant une prise de conscience globale de ses difficultés, conflits et affects et d'instaurer plus progressivement ces soins selon l'évolution de son fonctionnement défensif dans la relation thérapeutique. De même, un patient engagé dans ses soins et considéré dans le maintien de sa problématique pourrait bénéficier d'un accompagnement lui permettant de maintenir un fonctionnement défensif plus mature l'aidant par exemple à se défendre de ses conflits par l'expression de ses affects plutôt que par le passage à l'acte. Ces exemples sont à considérer comme des hypothèses sur l'application des résultats de notre étude. D'autres études sont nécessaires afin d'appuyer nos résultats, d'affiner la caractérisation du processus de changement dans la douleur chronique et notamment de déterminer les facteurs influençant l'évolution du processus de changement afin de définir des axes plus précis d'intervention.

VI) BIBLIOGRAPHIE

Aguerre C, Vannier I, Throraval G. Structure factorielle du “Pain Stage of Change Questionnaire”, un outil conçu pour évaluer la disposition au changement thérapeutique des douloureux chroniques. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*. 2007, 12(2).

Akkerman K, Lewin TJ, Carr VJ. Long-term changes in defenses style among patients recovering from major depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1999, 187: 80-87.

Allaz AM. *Le messager boiteux: approche pratique des douleurs chroniques*. Genève : Medecine et Hygiene, 2007.

Albucher RC, Abelson JL, Nesse RM. Defense mechanism changes in successfully treated patients with obsessive-compulsive Scale. *The American Journal of Psychiatry*. 1998, 155, 558-559.

Ambresin G, De Roten Y, Drapeau M, Despland JN. Early change in maladaptive defense style and development of the therapeutic alliance. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2007, 14, 89-95.

Amorin P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*. 1998, 13, 26-34.

Andrews G, Singh M, Bond M. The defense Style Questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1993, 181, 246-256.

Atkinson JH, Slater MA, Patterson TL, Grant I, Garfin SR. Prevalence, onset and risk of psychiatric disorders in men with low back pain: a controlled study. *Pain*. 1991, 45, 111-21.

Baker R, Thomas Pw, Owens M. Development of an emotional processing scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 2007, 68, 167-178.

- Baker R, Thomas S, Thomas PW, Gower P, Santonastaso M, Wittlesea A. The emotional processing scale: scale refinement and abridgement. *Journal of Psychosomatic Research*. 2010, 68, 83-88.
- Bandura A. Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*. 1977, 84, 191-215.
- Banks SM, Kerns RD. Explaining high rates of depression in chronic pain: a diathesis-stress framework. *Psychology Bulletin*. 1996, 119, 95-110.
- Biller N, Arnstein P, Caudill M, Federman C, Guberman C. Predicting completion of a cognitive-behavioral pain management program by initial measures of chronic pain patient's readiness for change. *The Clinical Journal of Pain*. 2000, 16, 352-359.
- Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelman D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002 52, 69-77.
- Blaase H, Elklit A. Psychological characteristics of women with eating disorders: permanent and transient features? *Scandinavian Journal of Psychology*. 2001, 42, 467-478.
- Bond MP, Gardner ST, Christian J, Sigal JJ. Empirical study of self-rated defense styles. *Archives of General Psychiatry*. 1983, 40, 333-338.
- Bond M, Perry JC, Gautier M, Goldenberg M, Oppenheimer J, Simand J. Validating the self-report of defense styles. *Journal of Personality Disorders*. 1989, 3, 101-112.
- Bond M, Paris J, Zweig-Frank H. Defense styles and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*. 1994, 8, 28-31.
- Bond M. Empirical Studies of Defense Style: relationships with Psychopathology and Change. *Harvard Review of Psychiatry*. 2004, 12, 263-278.
- Bond M, Perry JC. Long-term changes in defense style with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety and personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*. 2004, 161, 1665-1671.
- Bonsack C, Despland JN, Spagnoli J. The French version of the Defense Style Questionnaire. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1998, 67, 24-30.

Bovey WH, Hede A. Resistance to organizational change: the role of defence mechanisms. *Journal of Managerial Psychology*. 2001, 16, 534-548.

Brasseur L. *Traitement de la douleur*. Paris : Doin Editeurs, 1997.

Brown RL, Patterson JJ, Rounds LA, Papasouliotis O. Substance use among patients with chronic back pain. *The Journal of Family Practice*. 1996, 43, 152-160.

Burns JW. Repression in chronic pain: An idea worth recovering. *Applied a Preventive Psychology*, 9:173-190, 2000.

Burns Jw, Quartana P, Guilliam W, Gray E, Matsuura J, Nappi C, Wolfe B, Lofland K. Effects of anger suppression on pain severity and pain behaviors among chronic pain patients: evaluation of an ironic process model. *Health Psychology*. 2008, 27, 645-652.

Cathebras P. *Troubles fonctionnels et somatisation, comment aborder les symptômes médicalement inexplicés*. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2006, 14-16.

Cleeland CS, Ryan KM. Pain assessment : global use of the Brief Pain Inventory. *Annals of the Academy of Medicine*, Singapore 1994, 23, 129-138.

Consoli SM. préface In Allaz AM. *Le messenger boiteux : approche pratique des douleurs chronique*. Genève : Médecine et Hygiène, 2007.

Cramer P. Coping and defense mechanisms: what's the difference? *Journal of Personality*. 1998, 66, 919-946.

Cramer P. Defense mechanism in psychology today. Further processes for adaptation. *American Psychologist*. 2000 55, 637-646.

Davis DA, Luecken LJ, Zautra AJ. Are reports of childhood abuse related to the experience of chronic pain in adulthood? A meta-analytic review of the literature. *The Clinical Journal of Pain*. 2005, 21, 398-405.

Dersh J, Polatin PB, Gatchel RJ. Chronic Pain and psychopathology: research finding and theoretical considerations. *Psychosomatic Medicine*. 2002 64, 773-786.

Despland JN, Despars J, Deroten Y, Stiglar M, Perry JC. Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a

brief psychodynamic intervention. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*. 2001, 10, 155-164.

Devens M, Erikson MT. The relationship between defense styles and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*. 1998, 12, 86-93.

Diclemente CC. Self-efficacy and smoking cessation maintenance: A preliminary report. *Cognitive Therapy and Research*. 1981, 5, 175-187.

Diclemente CC. Self-efficacy and the addictive behaviors. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 1986, 4, 302-315.

Dijkstra A, Vlaeyen J, Rijnin H, Nielson W. Readiness to adopt the self-management approach to cope with chronic pain in fibromyalgic patients. *Pain*. 2001, 90: 37-45.

Dijkstra A, - The validity of the stages of change model in the adoption of the self-management approach in chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*. 2005, 21, 27-37.

Di Piero V, Bruti G, Venturi P, Talamonti F, Biondi M, Di Legge S, Lenzi GL. Aminergic tone correlates of migraine and tension-type headache : a study using the tridimensional personality questionnaire. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2001, 41, 63-71.

Dworkin RH, Gitlin JM. Clinical aspects of depression in chronic pain patients. *The Clinical Journal of Pain*. 1991, 7, 79-94.

Eglinton R, Cheung Chung M. The relationship between post traumatic stress disorders, illness cognitions, defense styles, fatigue severity and psychological well-being in chronic fatigue syndrome. *Psychiatry Research*. 2011, 188, 245-252.

Elbeze Rimasson D, Gay MC. Le fonctionnement émotionnel lors de la douleur chronique : état de la question. *Annales Médico-Psychologiques*. 2012, 170, 163-168.

Engel G. « Psychogenic » pain and the pain prone patient. *American Journal of Medicine*. 1959, 26, 899-918.

Engel G. The need for a new model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977, 196, 129-136.

Fishbain DA, Goldberg M, Meagher BR, Steele R, Rosomoff H. Male and female chronic pain patients categorized by DSM-III psychiatric diagnostic criteria. *Pain*. 1986, 26, 181-197.

- Fishbain DA, Steele-Rosomoff H. Drug abuse, dependence, and addiction in chronic pain patients. *The Clinical Journal of Pain*. 1992, 8, 77-85.
- Fishbain D, Cutler R, Rosomoff H, Rosomoff R. Chronic pain- associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *The Clinical Journal of Pain*. 1997, 13, 116-137.
- Fishbain D, Cutler R, Rosomoff H. Comorbid psychiatric disorders in chronic pain patients. *Pain Clinic*. 1998, 11, 79-87.
- Flor H, Fydrich T, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. *Pain*. 1992, 49, 221-230.
- Foreman SA, Marmar CR. Therapist actions that address initially poor alliances in psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry*. 1985, 142, 922-926.
- Freud A. *Le Moi et les Mécanismes de Défense*. 1936. Paris : PUF, 1993.
- Freud S. Les psychonévroses de défense 1894. In *Névrose, psychose et perversion*. Paris : PUF, 1973, 1-14.
- Freud S. L'inconscient. 1915. In Freud S. *Métapsychologie*. Paris: Gallimard, 1968, 86-95.
- Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*. 2007, 133, 581-624.
- Glenn B, Burns JW. Pain self-management in the process and outcome of multidisciplinary treatment of chronic pain: evaluation of a stage of change model. *Journal of Behavioral Medicine*. 2003, 26, 417-433.
- Goubert L, Crombez G, Van Damme S. The role of neuroticism, pain catastrophizing and pain-related fear in vigilance to pain: A structural equation approach. *Pain*. 2004, 107, 234-241.
- Grebot E, Paty B, Girard Dephanix N. Styles défensifs et stratégies d'ajustement ou coping en situation stressante. *L'Encéphale*. 2006, 32, 315-324.

- Grebot E, Paty P. Les dérivés conscients des mécanismes de défense au questionnaire de Bond (DSQ-40) : stabilité ou variabilité entre une situation non anxiogène et une situation anxiogène. *Annales Médico Psychologiques*. 2010, 168, 107-113.
- Guelfi JD, Hatem N, Damy C, Corruble E. Interêt du Defense Style Questionnaire (DSQ), questionnaire sur les mécanismes de defenses. *Annales Médico-psychologiques*, 1998, 54, 67-75.
- Haan N. A tripartite model of Ego functioning values and clinical and research applications. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1969, 148, 14-30.
- Haan N. *Coping and Defending*. New York: Academic Press, 1977.
- Habib S, Morrissey SA, Helmes E. Readiness to adopt a self-management approach to pain: Evaluation of the Pain Stage of Change Model in a non pain-clinic sample. *Pain*. 2003, 104, 283-290.
- Hadjistavropoulos H, Shymkiw J. Predicting Readiness to Self-manage Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 23, 259-266, 2007.
- Haller DL, Acosta MC. Characteristic of patients with opioid-use disorder. *Psychosomatic*. 2010, 51, 257-266.
- Hojster J, Sjogren P. Addiction to opioids in chronic pain patients: a literature review. *European Journal of Pain*. 2007, 11, 490-518.
- Hyphantis T, Christou K, Kontoudaki S, Mantas C, Papamichael G, Goulia P, Konitsiotis S, Mavreas V. Disability status, disease parameters, defense styles, and ego strength associated with psychiatric complications of multiple sclerosis. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2008, 38, 307-327.
- Hyphantis T, Palieraki K, Voulgari Pv, Tsifetaki N, Drosos AA. Coping with health-stressors and defense styles associated with health-related quality of life in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2011, 20, 893-903.
- Imbierowicz K, Egle UT. Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. *European Journal of Pain*, 2003, 7, 113-119.

Ionescu S, Jacquet MM, Lothe C. *Les mécanismes de défense. Théorie et clinique*. Paris: Nathan, 1997.

Jackson AL, Campbell LF, The effect of change and symptomatology on defense style. Unpublished manuscript, 2006.

Jackson AL. *An examination of therapeutic change, symptomatology, and defense style as a guide for effective treatment planning*. For the degree of Doctor of Philosophy, University of Georgia, 2008.

Janis IL, Mann L. *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. New York: Free Press, 1977.

Jensen MP, Nielson WR, Romano JM, Hill ML, Turner A. Further evaluation of the pain stages of change questionnaire: is the transtheoretical model of change useful for patients with chronic pain? *Pain*. 2000, 86, 255-264.

John OP. The “big five” factor taxonomy: Dimensions of personality in the natural language and in questionnaire. In Pervin LA (Ed.). *Handbook of personality: Theory and research*. New-York: Guilford Press, 1990, 66-100.

John OP, Donahue EM, Kentle RL. *The Big Five Inventory—Versions 4a and 54*. Berkeley: University of California, Berkeley, Institute of Personality and Social Research, 1991.

John OP, Srivastava S. The Big Five trait taxonomy: History, measurement and theoretical perspectives. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research*. New York, Guilford Press, 1999, 102-138.

Junghaenel DU, Keefe FJ, Broderick JE. Multi-modal examination of psychological and interpersonal distinctions among MPI coping clusters: A preliminary study. *Journal of Pain*. 2010, 11, 87-96.

Keefe FJ, Block AR, Williams RB, Surwit RS. Behavioral treatment of chronic low back pain: Clinical outcome and individual differences in pain relief. *Pain*. 1981, 11, 221-231.

Kernberg O. Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 1967, 15, 641-685.

Kerns RD, Rosenberg R, Jamison RN, Caudill MA, Haythornthwaite J. Readiness to adopt a self-management approach to chronic pain: the pain stage of change questionnaire (PSOCQ). *Pain*. 1997, 72, 227-234.

Kerns RD, Rosenberg R. Predicting responses to self-management treatments for chronic pain: Application of the pain stage of change model. *Pain*. 2000, 84, 49-55.

Kerns RD, Habib S. A critical review of the pain readiness to change model. *The Journal Of Pain*. 2004, 7, 357-367.

Kerns RD, Jensen MP, Nielson WR. Motivational issues in pain self-management. In Flor H, Kalso E, Dostrovsky JO. Proceedings of the 11th World Congress on Pain. Seattle: IASP Press, 2006, 555-565.

Kipper L, Blaya C, Teruchkin B, Heldt E, Isolan L, Mezzomo K, Bond M, Manfro GG. Brazilian patients with panic disorder: the use of defense mechanisms and their association with severity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2004, 192, 1-7.

Kivimaki M, Leino-Arjas P, Virtanen M, Elovainio M, Keltikangas-Jarvinen L, Puttonen S, Vahtera J. Work stress and incidence of newly diagnosed fibromyalgia prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Research*. 2004, 57, 417-422.

Knaster P, Karlsson H, Estlander AM, Kalso E. Psychiatric disorders as assessed with SCID in chronic pain patients: the anxiety disorders precede the onset of pain. *General Hospital Psychiatry*. 2012, 34, 46-52.

Kneepkens RG, Oakley LD. Rapid improvement in the defense style of depressed women and men. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1996, 184, 358-361.

Kyoon L, Gunderson JG, Phillips KA. Personality dimensions associated with depressive personality disorders. *Journal of Personality Disorders*. 1998, 12, 46-55.

Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: Systematic review. *British Medical Journal*. 2006, 332, 749-755.

Lecrubier Y, Sheedan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*. 1997, 12, 232-241.

- Lemogne C, Smaghe PO, Djian MC, Caroli F. La douleur chronique en psychiatrie : comorbidité et hypothèses. *Annales Médico-Psychologiques*. 2004, 162, 343-350.
- Lepine JP, Godchau M, Brun P. Anxiety and depression in inpatients. *Lancet*. 1985, 2, 1425-1426.
- Lepine JP, Godchau M, Brun P, Lemperiere T. Evaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Annales Medico-psychologiques*. 1985, 143, 175-189.
- Lepine JP, Godchau M, Brun P, Teherani M. Utilité des échelles d'auto-évaluation de l'anxiété et de la dépression en médecine interne. *Acta Psychiatrica Belgica*. 1986, 86, 608-615.
- Leplège A, Ecosse E, Verdier A, Perneger TV. The French SF-36 Health Survey: Translation, Cultural Adaptation and Preliminary Psychometric Evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1998, 51, 1013-1023.
- Lumley MA, Cohen JL, Borszcz GS, Cano A, Radcliffe AM, Porter LS, Shubiner H, Keefe FJ. Pain and Emotion: A Biopsychosocial Review of Recent Research. *Journal of Clinical Psychology*. 2011, 67, 942-968.
- Malin K, Littlejohn O. Neuroticism in Young Women with Fibromyalgia Links to Key Clinical Features. *Pain Research and Treatment*. 2012.
- Malone MD, Strube MJ. Meta-analysis of non-medical treatment for chronic pain. *Pain*. 1988, 34, 231-244.
- Marty P. Aspect psychodynamique de l'étude clinique de quelques cas de céphalalgie. *Revue Française de psychosomatique*. 2008, 34, 7-43.
- Maurischat C, Harter M, Auclair P, Kerns RD, Bengel J. Preliminary validation of a german version of Pain Stage of Change Questionnaire. *European Journal of Pain*. 2002, 6, 43-48.
- Mayer E, Naliboff B, Chang L, Coutinho S. Stress and the gastrointestinal tract V: Stress en irritable bowel syndrome. *American Journal of Physiology: Gastrointestinal and liver Physiology*. 2001, 280, 519-524.

- Meltzer-Brody S, Leserman J, Zolnoun D, Steege JS, Green E, Teich A. Trauma and post traumatic stress disorder in women with chronic pelvic pain. *Obstetrics and gynecology*. 2007, 109, 902-908.
- Monti D, Herring C, Schwartzman R, Marchese M. Personality assessment of patients with complex regional pain syndrome type I. *The Clinical Journal of Pain*. 1998, 14, 295-302.
- Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy and behavior therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*. 1999, 80, 1-13.
- Mullen LS, Blanco C, Vaughn SC, Roose SP. Defense mechanisms and personality in depression. *Depression and Anxiety*. 1999, 10, 168-174.
- Muris P, Merckelbach H. Defense style, trait anxiety, worry, and bodily symptoms. *Personality and Individual Differences*. 1994, 16, 349-351.
- Muris P, Meckelbach H. Defense style and behavior therapy outcome in a specific phobia. *Psychological Medicine*. 1996, 26, 635-639.
- Muris P, Merckelbach H. Short version of the Defense Style Questionnaire: factor structure and psychopathological correlates. *Personality and Individual Differences*. 1996, 20, 123-126.
- Perry JC, Cooper S. An empirical study of defense mechanism. *Archives of General Psychiatry*. 1988, 46, 444-452.
- Perry JC, Guelfi JD, Despland JN, Hanin B, Lamas C. *Mécanismes de défense: principes et échelles d'évaluation*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2009.
- Petrocelli JV. Processes and Stage of Change: Counseling With the Transtheoretical Model of Change. *Journal of Counseling and Development*. 2002, 80, 22-30.
- Plaisant O, Srivastava S, Mendelsohn GA, Debray Q, John OP. Relations entre Big Five Inventory français et le manuel diagnostique des troubles mentaux dans un échantillon clinique français. *Annales médico-psychologiques*. 2005, 163, 161-167.
- Plaisant O, Guertault J, Courtois R, Reveillere C, Mendelsohn GA, John OP. Histoire des "Big Five" : OCEAN des Cinq Grands Facteurs de la Personnalité ; Introduction du Big Five Inventory Français ou BFI-Fr. *Annales médico-psychologiques*. 2009, 168, 481-486.

- Plaisant O, Courtois R, Reveillere C, Mendelson GA, Jonh OP. Validation par analyse factorielle du Big Five Inventory français (BFI-Fr). Analyse convergente avec le NEO-PI-R. *Annales médico-psychologiques*. 2010, 168, 97-106.
- Polatin PB, Kinney RK, Gatchel RJ, Lillo E, Mayer TG. Psychiatric illness and chronic low-back pain. The mind and the spine – which goes first? *Spine*. 1993, 18, 66-71.
- Pollock C, Andrews G. Defense style associated with specific anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*. 1989, 146, 1500-1502.
- Porter-Moffitt S, Gatchel RJ, Robinson RC, Deschner M, Posamentier M, Polatin P, Lou L. Biopsychosocial Profiles of Different Pain Diagnostic Groups. *The Journal of Pain*. 2006, 5, 308-318.
- Prochaska JO, Diclemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrated model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 1982, 19, 276-288.
- Prochaska JO, Diclemente CC. Stage and process of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983, 51, 390-395.
- Prochaska JO, Velicer WF, Diclemente CC, Fava JL. Measuring the processes of change: Applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988, 56, 520-528.
- Prochaska JO, Norcross JC. Stages of change. *Psychotherapy*, 2001, 4, 38.
- Raphael KG, Widom CS. Post-traumatic stress disorder moderates the relation between documented childhood victimization and pain 30 years later. *Pain*. 2011, 152, 163-169.
- Reid ST. The impact of client defensive functioning on the working alliance. *Dissertation Abstracts International*. 1998, 58(8-A).
- Romano JM, Turner JA. Chronic pain and depression. *Psychology Bulletin*. 1985, 97, 18-34.
- Romans SE, Martin JL, Morris E, Herbison GP. Psychological defense style in women who report childhood sexual abuse: a controlled community study. *The American Journal of Psychiatry*. 1999, 156, 1080-1085.

Sammallahti P, Aalberg V. Defense style in personality disorders. An empirical study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1995, 183, 516-521.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, Kerkiner A, Shinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) according to the SCID-P. *European Psychiatry*. 1997, 12, 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorin P, Javavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1998, 59, 22-33.

Smith GR. The epidemiology and treatment of depression when it coexists with somatoform disorders, somatization or pain. *General Hospital Psychiatry*. 1992, 14, 265-272.

Soultanian C, Dardennes R, Mouchabac S, Guelfi JD. L'évaluation normalisée et clinique des mécanismes de défense : revue critique de 6 outils quantitatifs. *Revue Canadienne de Psychiatrie*. 2005, 50, 792-801.

Spinhoven P, Kooiman CG. Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: an explorative study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1997, 85, 87-94.

Strong J, Westbury K, Smith G, Mckenzie I, Ryan W. Treatment outcome in individuals with chronic pain: Is the Pain Stage of Change Questionnaire (PSOCQ) a useful tool? *Pain*. 2002, 97, 65-73.

Sumanen M, Rantala A, Sillanmaki LH, Mattila KJ. Childhood adversities experienced by working-age migraine patients. *Journal of Psychosomatic Research*. 2007, 62, 139-143.

Tauschke E, Merskey H, Helmes E. Psychological defense mechanism in patients with pain. *Pain*. 1990, 40, 161-170.

Tordjman S, Zittoun C, Ferrari P, Flament M, Jeannet P. A comparative study of defense style in bulimic, anorexic and normal females. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*. 1997, 34, 222-227.

Tunum L, Malt UF. Personality and physical symptoms in nonpsychiatric patients with functional gastrointestinal disorder. *Journal of Psychosomatic Research*. 2001, 50, 139-146.

- Turk DC, Rudy TE. Neglected factors in chronic pain treatment outcome studies: referral patterns, failure to enter treatment and attrition. *Pain*. 1990, 43, 7-25.
- Turk DC, Rudy TE. Neglected topics in the treatment of chronic pain patients: relapse, non-compliance, adherence enhancement. *Pain*. 1991, 44, 5-28.
- Turner TA, Holtzman S, Mancl L. Mediators, moderators, and predictors for therapeutic change in cognitive – behavioral therapy for chronic pain. *Pain*. 2007, 127, 276-286.
- Vaillant GE. Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanism. *Archives of General Psychiatry*. 1971, 24, 107-118.
- Valdes M, Treserra J, Garcia L, De Pablo J, De Flores T. Psychogenic pain and psychological variables : a psychometric study. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1988, 50, 15-21.
- Velicer WF, Diclemente CC, Prochaska JO, Brandenberg N. A decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1985, 48, 1279-1289.
- Velicer WF, Diclemente CC, Rossi JS, Prochaska JO. Relapse situations and self efficacy : An integrative model. *Addictive Behaviors*. 1990, 15, 271-283.
- Vendrig AA. The Minnesota Multiphasic Personality Inventory and chronic pain: a conceptual analysis of a long-standing but complicated relationship. *Clinical Psychology Review*. 2000, 5, 533-559.
- Verbunt AJ, Pernot D, Smeets RJ. Disability and quality of life in patients with fibromyalgia. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2008, 6, 8.
- Vittengl J, Clark L, Owen-Salters E, Gatchel R. Diagnostic change and personality stability following functional restoration treatment in chronic low back pain sample. *Assessment*. 1999, 6, 79-91.
- Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*. 2000, 85, 317-332.
- Wade JB, Dougherty LM. Pattern of normal personality structure among chronic pain patients. *Pain*. 1992, 48, 37-43.

- Ware J, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*. 1992, 30, 473-483.
- Ware J, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care*. 1996, 34, 220-233.
- Warren M. Defense mechanisms as moderators of trauma symptomatology on maltreated adolescents. *Dissertation Abstracts International: B, Sciences and Engineering*, 2002, 62 (9-B).
- Watson DC, Sinha KS. Gender, age, and culture differences in the Defense Style Questionnaire-40. *Journal of Clinical Psychology*. 1998, 54, 67-75.
- Weisberg JN, Keefe FJ. Personality Disorders in the Chronic Pain Population- Basic Concepts, Empirical Findings, and Clinical Implications. *Pain Forum*. 1997, 6: 1-9.
- Weisberg JN, Keefe FJ,. Personality, individual differences, and psychopathology in chronic pain. In: Gatchel R, Turk D (ed.). *Psychosocial factors in pain*. New York: Guilford Publications; 1999, 56-73.
- Werman DS. Suppression as a defense, in BLUM HP (ed). *Defense and Resistance. Historical Perspectives and Current Concepts*. New York, International Universities Press,1985, 405-415.
- Williams A. Depression in chronic pain: mistaken models, missed opportunities. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*. 1998, 27, 61-80.
- Williams RM, Hapidou EG, Lin CA, Abbasi H. Examining the pain of change questionnaire in chronic pain. *Physiotherapy Canada*. 2007, 59, 2.
- Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983, 67, 361-370.

VII) ANNEXE

A) Annexe 1

Prévalences des troubles d'axe I DSM-IV dans une population de 100 patients douloureux chroniques (Knaster et al., 2012)

	12-month (%)	Lifetime (%)
Mood –disorders¹	45	59
MDD²	37	54
Dysthymic disorders³	11	11
Bipolar disorders⁴	2	2
Anxiety –Disorders⁵	25	39
Panic disorders⁶	2	6
Specific phobia⁷	8	11
Social phobia⁸	5	7
OCD⁹	2	2
GAD¹⁰	8	8
PTSD¹¹	2	12
Comorbid depressive and anxiety disorder¹²	16	28
Substance use disorders¹³	12	17
Eating disorders¹⁴	0	2
Any DSM-IV diagnosis¹⁵	59	75
Two or more DSM-IV disorders¹⁶	22	39

(1)Mood disorders = troubles de l'humeur ; (2)MDD=Epidode dépressif majeur ; (3)Dysthymic disorders = dysthymie ; (4) Bipolar disorders = troubles bipolaires ; (5) Anxiety disorders = troubles anxieux; (6) Panic disorders= troubles paniques; (7) Specific phobia : phobie spécifique; (8) Social phobia = phobie sociale; (9): OCD = trouble obsessionnel et compulsif ; (10) = Trouble anxiété généralisée ; (11)PTSD = Etat de Stress Post Traumatique ; (12) Comorbid depressive and anxiety disorders = trouble dépressif et anxieux comorbides ; (13) Substance use disorders : Troubles liés à l'utilisation de substances ; (14) Eating disorders : troubles alimentaires ; (15) : Any DSM-IV diagnosis = au moins un diagnostic DSM-IV ; (16)Two or more DSM-IV disorders= au moins deux diagnostics DSM-IV.

B) Annexe 2

Note d'information au patient

Madame, monsieur,

Je finis actuellement mes études de médecine et dans le cadre de ma thèse je m'intéresse au vécu de la douleur chez les patients souffrant de douleur chronique.

Cette étude consiste à rechercher des facteurs psychologiques, qu'ils soient pathologiques ou non, chez les patients consultants à l'Unité de consultation et de traitement de la douleur du CHRU de Tours.

Je sollicite votre aide pour participer à cette étude. Pour cela je vous propose de remplir le questionnaire ci-joint puis un entretien vous sera proposé à la suite d'une consultation déjà prévue dans l'Unité de consultation et de traitement de la douleur. La durée de cet entretien sera d'environ 20 à 30 minutes. A cette occasion vous pourrez remettre le questionnaire rempli au préalable.

Cet entretien sera indépendant de votre consultation prévue avec le médecin de l'unité et n'influencera pas votre prise en charge dans l'unité. En effet les résultats de votre questionnaire et de l'entretien ne seront pas communiqués à l'équipe de soin.

La participation à cette étude est anonyme. Toutes les données qui vous concernent sont confidentielles et soumises au secret médical.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser d'y participer.

Je vous remercie par avance de l'attention et du temps que vous prendrez pour remplir ces questionnaires. Merci de bien vouloir répondre la plus sincèrement et le plus spontanément possible à l'ensemble des questions qui vous sont proposées. Si vous rencontrez des difficultés pour remplir le questionnaire je pourrai vous donner des précisions lors de notre entretien à l'unité de consultation.

Avec notre considération,

Docteur Isabelle VANNIER

Responsable consultation douleur

Marie BRIGANT

Interne en médecine

J'accepte de participer

DONNEES DEMOGRAPHIQUES

Date de naissance : __ / __ / _____

Sexe : Homme

Femme

Statut marital : - Celibataire

- Marié / Pacsé / vie maritale

- Veuf / divorcé

Statut socio-professionnel : - Profession :

En activité : oui non

- Arrêt de travail Mi-temps thérapeutique

Si oui depuis le __ / __ / _____

Est-ce en lien avec votre problème douloureux ?

- Invalidité travailleur handicapé

Si oui depuis le __ / __ / _____

Est-ce en lien avec votre problème douloureux ?

DONNEES SUR LA DOULEUR

Localisation de la ou des douleur(s) :

.....

Date de début de la ou des douleur(s) : __ / __ / ____

Un diagnostic est –il connu ?

Traitements en cours (médicaments et autres soins) :

..... Depuis le __ / __ / ____

Avez-vous déjà eu des traitements pour la dépression ou l'anxiété ? oui non

Si oui, lesquels ?

..... Du __ / __ / ____ au __ / __ / ____

..... Du __ / __ / ____ au __ / __ / ____

..... Du __ / __ / ____ au __ / __ / ____

Consultez-vous actuellement un psychiatre ou un psychologue ? oui non

Si oui, depuis le __ / __ / ____

Avez-vous dans le passé consulté un psychiatre ou un psychologue ? oui non

Si oui, du __ / __ / ____ au __ / __ / ____

Entourez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur pour chacun des 3 types de douleurs. La note de 0 correspond à « pas de douleur ». La note de 10 correspond à la « douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer».

1)Entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus **intense** que vous avez ressentie la semaine dernière :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur								Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer		

2)Entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus **faible** que vous avez ressentie la semaine dernière :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur								Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer		

3)Entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en général** :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur								Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer		

4)Entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en ce moment** :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur								Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer		

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

Veuillez répondre à toutes les questions en cochant une case. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche mais pour chaque question, ne cochez qu'une seule réponse.

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

Excellente

Très bonne

Bonne

Médiocre

Mauvaise

2. En raison de votre état de santé actuel, êtes-vous limitée :

- Pour effectuer des efforts physiques modérés (tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules) ?

Oui, beaucoup limitée

Oui, un peu limitée

Pas du tout limitée

- Pour monter plusieurs étages par l'escalier ?

Oui, beaucoup limitée

Oui, un peu limitée

Pas du tout limitée

3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique,

- Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaitées ?

En permanence

La plupart du temps

De temps en temps

Rarement

Jamais

- Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ?

En permanence

La plupart du temps

De temps en temps

Rarement

Jamais

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(e), déprimé(e)),

- Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaitées ?

En permanence	La plupart du temps	De temps en temps	Rarement	Jamais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?

En permanence	La plupart du temps	De temps en temps	Rarement	Jamais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e)s dans votre travail ou vos activités domestiques ?

Pas du tout	Un petit peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
<input type="checkbox"/>				

6. Au cours de ces 4 dernières semaines,

	En permanence	La plupart du temps	De temps en temps	Rarement	Jamais
- Vous êtes-vous senti(e) calme et détendu(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous eu une énergie débordante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous été triste et abattu(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTIONNAIRE 1

Vous allez trouver un certains nombre de qualificatifs qui peuvent ou non s'appliquer à vous.

Pour chaque affirmation cochez la case indiquant combien vous approuvez ou désapprouvez l'affirmation.

Désapprouve fortement	Désapprouve un peu	N'approuve ni ne désapprouve	Approuve un peu	Approuve fortement
1	2	3	4	5

Je me vois comme quelqu'un qui

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ___ est bavard. | <input type="checkbox"/> |
| 2. ___ a tendance à critiquer les autres. | <input type="checkbox"/> |
| 3. ___ travaille consciencieusement. | <input type="checkbox"/> |
| 4. ___ est déprimé, cafardeux. | <input type="checkbox"/> |
| 5. ___ est créatif, plein d'idées originales. | <input type="checkbox"/> |
| 6. ___ est réservé. | <input type="checkbox"/> |
| 7. ___ est serviable et n'est pas égoïste avec les autres. | <input type="checkbox"/> |
| 8. ___ peut être parfois négligent. | <input type="checkbox"/> |
| 9. ___ est "relaxe", détendu, gère bien les stress. | <input type="checkbox"/> |
| 10. ___ s'intéresse à de nombreux sujets. | <input type="checkbox"/> |
| 11. ___ est plein d'énergie. | <input type="checkbox"/> |
| 12. ___ commence facilement à se disputer avec les autres. | <input type="checkbox"/> |
| 13. ___ est fiable dans son travail. | <input type="checkbox"/> |
| 14. ___ peut être angoissé. | <input type="checkbox"/> |
| 15. ___ est ingénieux, une grosse tête. | <input type="checkbox"/> |
| 16. ___ communique beaucoup d'enthousiasme. | <input type="checkbox"/> |
| 17. ___ est indulgent de nature. | <input type="checkbox"/> |
| 18. ___ a tendance à être désorganisé. | <input type="checkbox"/> |
| 19. ___ se tourmente beaucoup. | <input type="checkbox"/> |
| 20. ___ a une grande imagination. | <input type="checkbox"/> |
| 21. ___ a tendance à être silencieux. | <input type="checkbox"/> |
| 22. ___ fait généralement confiance aux autres. | <input type="checkbox"/> |

23. ___ a tendance à être paresseux.

24. ___ est quelqu'un de tempéré, pas facilement troublé.

désapprouve fortement	désapprouve un peu	n'approuve ni ne désapprouve	approuve un peu	approuve fortement
1	2	3	4	5

Je me vois comme quelqu'un qui

25. ___ est inventif.

26. ___ a une forte personnalité, s'exprime avec assurance.

27. ___ est parfois dédaigneux, méprisant.

28. ___ persévère jusqu'à ce que sa tâche soit finie.

29. ___ peut être lunatique d'humeur changeante.

30. ___ apprécie les activités artistiques et esthétiques.

31. ___ est quelquefois timide, inhibé.

32. ___ est prévenant et gentil avec presque tout le monde.

33. ___ est efficace dans son travail.

34. ___ reste calme dans les situations angoissantes.

35. ___ préfère un travail simple et routinier.

36. ___ est sociable, extraverti.

37. ___ est parfois impoli avec les autres.

38. ___ fait des projets et les poursuit.

39. ___ est facilement anxieux.

40. ___ aime réfléchir et jouer avec des idées.

41. ___ est peu intéressé par tout ce qui est artistique.

42. ___ aime coopérer avec les autres.

43. ___ est facilement distrait.

44. ___ a de bonnes connaissances en art, musique ou en littérature.

45. ___ cherche des histoires aux autres.

Avant de continuer vérifiez que vous avez bien répondu à toutes les questions, merci.

QUESTIONNAIRE 2

Lisez chaque série de question et soulignez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire ; votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.

1. Je me sens tendu(e), énervé(e)

La plupart du temps

Souvent

De temps en temps

Jamais

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

Oui, tout autant

Pas autant

Un peu seulement

Presque plus

3. J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

Oui, très nettement

Oui, mais ce n'est pas trop grave

Un peu, mais cela ne m'importe pas

Pas du tout

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

Autant que par le passé

Plus autant qu'avant

Vraiment moins qu'avant

Plus du tout

5. Je me fais du souci

Très souvent

Assez souvent

Occasionnellement

Très occasionnellement

6. Je suis de bonne humeur

Jamais

Rarement

Assez souvent

La plupart du temps

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

Oui, quoiqu'il arrive

Oui, en général

Rarement

Jamais

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

Presque toujours

Très souvent

Parfois

Jamais

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

Jamais

Parfois

Assez souvent

Très souvent

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

Plus du tout

Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais

Il se peut que je n'y fasse plus autant attention

J'y prête autant attention que par le passé

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

Oui, c'est tout à fait le cas

Un peu

Pas tellement

Pas du tout

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

Autant qu'avant

Un peu moins qu'avant

Bien moins qu'avant

Presque jamais

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

Vraiment très souvent

Assez souvent

Pas très souvent

Jamais

14. Je peux prendre plaisir à la lecture d'un bon livre ou à regarder un bon programme radio ou télé

Souvent

Parfois

Rarement

Très rarement

Avant de continuer vérifiez que vous avez bien répondu à toutes les questions, merci.

QUESTIONNAIRE 3

Merci de remplir le questionnaire suivant en indiquant à chaque proposition votre degré d'accord ou de désaccord, par exemple si vous êtes tout à fait d'accord, entourez « 9 » en face de la proposition, si vous n'êtes pas du tout d'accord, entourez « 1 », si vous êtes un peu ou plutôt d'accord, entourez un chiffre situé vers la droite de l'échelle...

Pas du tout											Tout à fait
D'accord	1	2	3	4	5	6	7	8	9		d'accord

1 – Je tire de la satisfaction à aider les autres et si cette possibilité m'était enlevée, je me sentirais déprimé(e).

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

2 – Je suis capable de mettre un problème de côté jusqu'à ce que j'ai du temps pour m'en occuper.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

3 – Je fais disparaître mon anxiété en faisant quelque chose de constructif et de créatif, comme la peinture ou le travail sur bois.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

4 – Je me trouve toujours de raisons valables pour faire ce que je fais.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

5 – Je suis capable de rire de moi-même assez facilement.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

6 – Les gens ont tendance à me maltraiter.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

7 – Si quelqu'un m'assaillait et me volait mon argent, je préférerais qu'il soit aidé plutôt que puni.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

8 – Les gens disent que je fais l'autruche avec ma tête enfouie dans le sable. Autrement dit, j'ai tendance à ignorer les faits déplaisants comme s'ils n'existaient pas.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

9 – J'ignore le danger comme si j'étais Superman.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

10 – Je suis fier(e) de mon habileté à remettre les gens à leur place.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

11 – J’agis souvent impulsivement lorsque quelque chose me dérange.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

12 – Je deviens physiquement malade quand les choses ne vont pas bien pour moi.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

13 – Je suis une personne très inhibée.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

14 – Je tire plus de satisfaction de mes rêveries que de la réalité.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

15 – J’ai des dons particuliers qui me permettent de traverser la vie sans problème.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

16 – Il y a toujours des raisons valables quand les choses ne s’arrangent pas pour moi.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

17 – Je règle plus de problèmes dans mes rêveries que dans la vraie vie.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

18 – Je n’ai peur de rien.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

19 – Parfois je pense que je suis un ange et d’autres fois que je suis un démon.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

20 – Je deviens ouvertement agressif (ve) lorsque je me sens blessé(e).

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

21 – J’ai toujours l’impression que quelqu’un de mon entourage joue le rôle d’ange gardien pour moi.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

22 – Pour moi, les gens sont soit bons, soit mauvais.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

23 – Si mon patron m’embêtait, il pourrait m’arriver de faire une erreur dans mon travail ou de travailler plus lentement afin de lui rendre la monnaie de sa pièce.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

24 – Je connais quelqu’un qui sait tout faire et qui est tout à fait impartial et juste.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

25- Je peux contenir mes émotions si les laisser paraître risquait d’interférer avec ce que je suis en train de faire.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

26 – Je suis habituellement capable de voir le côté drôle d’une situation par ailleurs embarrassante.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

27 – J’ai des maux de tête lorsque je dois faire quelque chose que je n’aime pas.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

28 – je me surprends souvent à être gentil(le) avec des personnes contre lesquelles j’aurais toutes les raisons d’être en colère.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

29 – Je suis persuadé(e) que la vie est injuste pour moi.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

30 – Lorsque je sais que je dois affronter une situation difficile, comme un examen ou un entretien d’embauche, j’essaie d’imaginer comment ça va se passer et je planifie des moyens pour y faire face.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

31 – Les médecins ne comprennent jamais vraiment ce qui va mal pour moi.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

32 – Après m’être battu(e) pour défendre mes droits, j’ai tendance à m’excuser de m’être affirmé(e).

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

33 – Lorsque je suis déprimé(e) ou anxieux (se), manger me fait du bien.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

34 – On me dit souvent que je ne montre pas mes sentiments.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

35 – Si je peux prévoir que je vais être triste, je suis capable de mieux faire face.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

36 – Peu importe à quel point je réclame, je ne reçois jamais de réponse satisfaisante.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

37 – J’ai souvent l’impression de ne rien ressentir, alors même que la situation devrait engendrer de fortes émotions.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

38 – Me concentrer sur ma tâche du moment m’empêche de me sentir déprimé(e) ou anxieux (se).

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

39 – Si j’étais en crise, je chercherais une autre personne ayant eu le même problème.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

40 – Si j’ai une pensée agressive, je ressens le besoin de faire quelque chose pour la compenser.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Avant de continuer vérifiez que vous avez bien répondu à toutes les questions, merci.

QUESTIONNAIRE 4

Nous aimerions mieux cerner la manière dont vous gérez votre problème douloureux. Les propositions présentées ci-dessous décrivent différentes manières d’appréhender ce dernier.

Veillez SVP nous indiquer dans quelle mesure vous êtes d’accord ou pas d’accord avec chacune des propositions suivantes en vous référant à chaque fois à votre manière présente d’appréhender vos douleurs et non à la manière dont vous les avez appréhendées dans le passé (ou à la manière dont vous souhaiteriez les appréhender). Entourez pour cela l’une des cinq réponses proposées.

	pas du tout d’accord	pas d’accord	ne sais pas ou indécis(e)	d’accord	tout à fait d’accord
1. Je me mets à penser que ma manière de faire face à mes douleurs pourrait être améliorée.	1	2	3	4	5
2. J’ai appris des stratégies efficaces pour que mes douleurs ne me gênent pas dans ma vie de tous les jours.	1	2	3	4	5
3. Quand mes douleurs se réveillent, je réussis spontanément à retrouver les stratégies qui se sont révélées efficaces dans le passé, comme me relaxer ou penser à autre chose.	1	2	3	4	5
4. J’utilise actuellement des stratégies qui m’aident à mieux faire face à mes douleurs au jour le jour.	1	2	3	4	5
5. Je commence à trouver des stratégies qui m’aident à contrôler mes douleurs.	1	2	3	4	5
6. J’ai récemment réalisé qu’aucun traitement médical n’était efficace pour traiter mes douleurs et veux donc apprendre des stratégies pour y faire face.	1	2	3	4	5
7. Même si mes douleurs persistent, je suis décidé(e) à revoir ma manière d’y faire face.	1	2	3	4	5
8. Je réalise à présent qu’il est temps pour moi de trouver de meilleures stratégies pour faire face à mes douleurs.	1	2	3	4	5
9. J’utilise ce que j’ai appris pour m’aider à contrôler mes douleurs.	1	2	3	4	5
10. Actuellement, je tiens compte des conseils que les gens me donnent à propos de la manière de vivre avec mes douleurs.	1	2	3	4	5
11. Je commence à me dire que j’ai besoin de me faire aider pour développer mes capacités à gérer mes douleurs.	1	2	3	4	5
12. Je me suis rendu compte que c’était à moi de mieux gérer mes douleurs.	1	2	3	4	5
13. J’ai intégré dans ma vie quotidienne l’utilisation de stratégies pour gérer ma douleur.	1	2	3	4	5
14. J’ai fait d’énormes progrès dans ma manière de faire face à mes douleurs.	1	2	3	4	5

15. J'en suis arrivé(e) à la conclusion qu'il était temps pour moi de changer ma manière de faire face à mes douleurs.	1	2	3	4	5
16. Je me fais aider pour apprendre des stratégies de faire face à mes douleurs plus efficaces.	1	2	3	4	5
17. Je me rends compte que les médecins ne peuvent m'aider qu'en partie et que le reste dépend de moi.	1	2	3	4	5
18. La meilleure chose que je puisse faire actuellement c'est de trouver un médecin capable de m'expliquer comment me débarrasser de mes douleurs une bonne fois pour toute.	1	2	3	4	5
19. Je me demande actuellement s'il n'y aurait pas quelque chose à faire pour mieux gérer mes douleurs.	1	2	3	4	5
20. Je ne pense pas que tous les discours tenus sur la manière de mieux faire face aux douleurs soient une pure perte de temps.	1	2	3	4	5

Vérifiez que vous avez bien répondu à toutes les questions, merci.

Je vous remercie pour votre participation et pour le temps que vous avez passé à remplir ces questionnaires.

BRIGANT Marie

Thèse n°

114 pages – 9 tableaux – 11 figures

Résumé :

Objectif : Déterminer quelles étaient les variables psychiatriques, psychopathologiques et cliniques associées à la propension au changement chez des patients souffrant de douleurs chroniques.

Matériel et méthodes : 87 patients consultant à l'unité de consultation et de traitement de la douleur du CHRU de Tours pour des douleurs chroniques non cancéreuses ont participé à cette étude transversale. Un auto-questionnaire évaluait pour chaque patient : la propension au changement (version française du Pain Stage Of Change Questionnaire : évaluation à la fois dimensionnelle et catégorielle des facteurs d'Intention et de Maintien), les dimensions de personnalité (BFI), les styles et mécanismes de défense (DSQ-40), les dimensions d'anxiété et de dépression (HAD), la qualité de vie (SF-12), les variables sociodémographiques, les caractéristiques de la douleur (incluant le QCD) et de son traitement. Les troubles psychiatriques de l'axe I étaient évalués pour 35 des 87 patients (MINI).

Résultats : Les patients ayant des scores faibles à l'échelle d'Intention avaient moins fréquemment recours au style névrotique, à certains mécanismes de défense (sublimation, annulation, pseudo-altruisme, rationalisation) et plus fréquemment à la répression. Les patients ayant des scores faibles à l'échelle de Maintien avaient plus fréquemment recours à l'acting out et présentaient plus fréquemment une phobie sociale (actuelle ou passée). Comparativement aux patients au stade de Maintien, les patients au stade d'Intention avaient plus fréquemment recours au mécanisme de défense de type acting out, et moins fréquemment recours au style mature et à la répression.

Discussion : Une meilleure prise en compte des facteurs tels que les styles et mécanismes de défense pourrait aider les patients à s'engager dans les soins multidisciplinaires dont les buts sont notamment d'améliorer leur capacité à faire face à leur douleur et leur qualité de vie.

Mots clés : douleur chronique ; propension au changement ; troubles psychiatriques de l'axe I ; psychopathologie ; dimension de personnalité ; mécanismes de défense ; styles défensifs.

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD
Membres : Monsieur le Professeur Vincent CAMUS
Monsieur le Professeur Dominique DRAPIER
Monsieur le Professeur Christian REVEILLERE
Madame le Docteur Isabelle VANNIER
Monsieur le Docteur Paul BRUNAUT

Date de la soutenance : jeudi 18 octobre 2012, Faculté de Médecine de Tours