

Mémoire

**Douleur morale et Rééducation de la main**



En vue de l'obtention du

DIU Européen de Rééducation et d'Appareillage en Chirurgie de la Main **2019-2021**

Dr Payraud Elodie, Médecin en Médecine Physique et Réadaptation

Médipole de Savoie 73000 Challes les eaux

e.payraud@medipole-de-savoie.fr

Travail présenté à :

- Professeur F. Moutet, Chirurgien de la Main, CHU de Grenoble
- Docteur A. Forli, Chirurgien de la Main, CHU de Grenoble
- Monsieur D. Gerlac, Kinésithérapeute en Rééducation de la Main, Echirrolles
- Docteur Maindet Caroline, Centre de la Douleur, CHU de Grenoble
- Madame Gigon Fiona, Ergothérapeute, Suisse

*NOUS NE SOMMES PAS SEULEMENT CORPS OU SEULEMENT ESPRIT, NOUS SOMMES CORPS  
ET ESPRIT TOUT ENSEMBLE.*

*GEORGES SAND*

## Remerciements

### **Merci au Pr. Moutet**

Vous êtes une véritable source d'inspiration.

Je vous cite régulièrement, notamment dans le domaine de la cicatrisation lorsque je souhaite encourager nos infirmières à privilégier la détersion d'une plaie.

« *Mieux vaut un trou propre qu'un couvercle sale* » nous disiez-vous déjà lors de mon externat.

### **Merci au Dr. Forli**

Merci infiniment pour votre fantastique organisation durant ces deux dernières années.

Merci pour votre enseignement si riche.

### **Merci à Denis Gerlac**

Merci de m'avoir proposé ce sujet passionnant.

J'y ai trouvé un immense soulagement en réussissant à prendre du recul sur la culpabilité que je m'imposais en cas d'échec de prise en charge de patients douloureux chroniques.

Je n'aurais jamais imaginé me sentir aussi grandie après un mémoire.

### **Merci à Fiona Gigon**

J'ai beaucoup apprécié la lecture de votre mémoire réalisé en 2015.

J'aime à penser que je fais preuve d'habileté relationnelle, ou tout du moins j'essaie et c'est déjà un bon début !

**Merci à Lucile**

Notre déléguée de promotion ultra efficace et tellement disponible !

Ce fut un bonheur de pouvoir compter sur toi.

**Merci à Guillaume**

Collègue de promotion qui m'a encouragée à maintes reprises.

Une année 2020 si particulière que tu as su alléger en nous faisant tant rire !

**Merci à ma mère**

Merci encore une fois pour tes précieux conseils et ta relecture pointilleuse.

**Merci à mon futur époux**

Pour ta patience et ton soutien indéfectible.

## INTRODUCTION

*“Ce ne sera jamais plus comme avant”.*

Le patient qui souffre d'une atteinte corporelle à la main après un accident, une maladie, une brûlure, ... semble parfois se sentir dans une impasse.

« Après avoir pensé ce qui peut être pensé », le médecin s'est assuré que la douleur physique de son patient a été évaluée et prise en charge par des médicaments, de la chirurgie. Mais la vulnérabilité dans laquelle le patient se trouve souvent encore après ces traitements peut se trouver en lien avec une douleur morale, parfois sous-estimée.

S'intéresser à la douleur morale, tout autant qu'à la douleur physique très largement nommée et évaluée, c'est se poser des questions quant à sa pratique pour améliorer la prise en charge du patient.

Raymond Vilain\* parle de la main comme étant « le parking de nos angoisses » [1] ... nous ne pouvons faire abstraction de cette image si nous considérons le patient dans sa globalité.

Afin de comprendre pourquoi la douleur morale concerne particulièrement les pathologies de la main, il apparaît nécessaire, dans une première partie, de revenir sur l'importance de la main et de mieux définir les multiples rôles tenus par la main de l'Homme :

\*R.Vilain Chirurgien plasticien Naissance : 22-07-1921. Mort : 18-02-1989.

- Rôle prépondérant dans l'Histoire de l'Evolution,
- Rôle dans notre Culture,
- Rôle dans notre Langage.

Mais nous reviendrons aussi sur ses valeurs symboliques.

Une deuxième partie porte sur l'étude théorique de concepts et a pour but de mieux différencier la douleur morale de la douleur physique.

Car, comme dans la plupart des soins médicaux, la qualité des soins en Rééducation de la Main dépend pour beaucoup de la prise en charge de cette douleur morale.

Les témoignages de deux thérapeutes ainsi qu'une proposition de technique d'entretien sont proposés dans une troisième partie.

Enfin, avec la quatrième partie dans laquelle sont développées l'étude de cas cliniques et l'analyse de ma pratique personnelle, il m'est apparu comme essentiel d'insuffler de l'optimisme dans notre lutte pour aborder la douleur morale du patient.

En effet, nos pratiques peuvent redonner, à celui qui souffre psychologiquement, le sentiment d'être heureux, en vie, tout en acceptant de ne plus jamais être comme avant.

En étant en paix avec son corps, réconcilié avec lui-même, le patient pourra sortir de l'impasse de ses émotions, compris par des thérapeutes, reconnu et mieux considéré dans le respect de son âge, son sexe, ses valeurs morales et son milieu socio-professionnel.

Ainsi, il pourra devenir acteur à part entière de sa thérapie, fort de nos conseils et prescriptions éclairés et sans jamais être imposés, attitude largement identifiée comme facteur de non adhésion à la prise en charge, et source même de surcroît de souffrance morale par sentiment d'incompréhension et d'abandon.

Gardant potentiellement de son événement traumatique un souvenir douloureux physique, moral, voire les deux, il se réintégrera malgré tout dans sa propre vie grâce à ses Essentiels que nous l'aiderons à appréhender : ce qui l'entoure, sa famille, ses amis, son travail, ses loisirs...



## PLAN

1. LE ROLE DE LA MAIN	10
1.1 - Représentation de la main dans l'Histoire	10
1.2 - Le rôle de la main dans l'Art, l'artisanat	12
1.3 - Les valeurs symboliques de notre main	14
1.3.1 - Un peu de sémantique	14
1.3.2 - Le rôle de nos doigts	17
2. ETUDE DE CONCEPTS	20
2.1 - Douleur physique	20
2.2 - Douleur morale	21
2.3 - Douleur et philosophie	21



3. RECONNAITRE LA DOULEUR MORALE	23
3.1 - Approche du Dr. Raymond Vilain, Chirurgien de la main	23
3.2 - Témoignage du Dr. Françoise Radat, Psychiatre	24
3.3 - Une technique d'entretien / L'approche Rogerienne	25
4. MA PRATIQUE	27
4.1 - Mon environnement de travail	27
4.2 - Cas cliniques	28
4.3 - Analyse de ma pratique :	34
4.3.1 - Savoir-faire	34
4.3.2 - Savoir-être	35
4.4 Bibliographie	37
CONCLUSION	39
BIBLIOGRAPHIE	41
LECTURES	42
ANNEXES	43

## 1. LE ROLE DE LA MAIN

Prenons tout d'abord conscience d'un fait : notre main est « chargée d'histoire », elle occupe une place prépondérante dans l'histoire de l'Homme.

### 1.1- Représentation de la main dans l'Histoire

Pour mieux comprendre le rôle symbolique que joue aujourd'hui notre main, il est impératif d'évoquer des moments de l'Histoire de notre lignée.

En effet, au cours du processus évolutif conduisant à l'apparition du genre Homo, puis Homo Sapiens et enfin de l'Homme moderne, la bipédie est apparue.

La bipédie de l'Homme : HOMO ERECTUS (-1,8 MA) est à l'origine de nombreuses et décisives adaptations. [2]

La bipédie libère les mains pour atteindre et transporter la nourriture. Elle élève le champ de vision. Les bras et les avant-bras se rétrécissent. La main n'est plus impliquée dans la locomotion et peut gagner en précision ce qu'elle va perdre en force. Pas de chance pour les futurs grimpeurs qui devront s'adapter, en tenant compte aussi de la fragilité de leurs doigts ! Le cerveau aussi se modifie, la taille du crâne augmente.

La maîtrise du feu, un langage plus articulé, l'art pariétal sont aussi des marqueurs fondamentaux de notre évolution.

L'étude d'une frise historique illustrant la Préhistoire met en évidence le rôle de la main de l'homme qui, au cours des siècles, est devenue « ouvrière », mais aussi « artiste ». [3] Fort de capacités cognitives en constante augmentation, l'homme chasse, fabrique et « s'exprime » sur sa vie.

Ces « mains de la grotte de Gargas » (grotte se trouvant dans les Pyrénées, art pariétal datant de -27000 ans av J.C.) sont des mains mutilées qui témoignent de ces moments du passé et c'est avec une très vive émotion que nous les interrogeons. »



S'agit-il de mutilations accidentelles, rituelles ou punitives ? de maladie ?

« Mains positives, mains négatives », ces découvertes de l'art préhistorique et de ses différentes techniques élaborées ont été source d'inspiration pour bien des peintres, mais aussi des écrivains, telle que Marguerite Duras\* qui réalisa un film, « Mains positives », sur l'art pariétal, documentaire très éducatif sur nos origines (en 1979, Films du Losange).

\*Marguerite Duras nom de plume de Marguerite Donnadiou — est une femme de lettres, dramaturge, scénariste et réalisatrice française, née le 4 avril 1914 à Gia Dinh (Viet Nam) et morte le 3 mars 1996 à Paris.

## 1.2- Rôle de la main dans l'art et l'artisanat

La représentation de notre main dans l'art est omniprésente, depuis l'art pariétal dans la peinture, mais aussi la sculpture. Le corps est ainsi « idéalisé ».

Pour les critiques d'art, un critère esthétique fondamental est retenu quant à la reproduction de la main. Ainsi, il s'est dit que les mains dessinées et peintes par Le Caravage\* [4] se sont révélées plus « belles » que celles de Michel -Ange\*\* que l'on qualifiait pourtant de « plus vraies que nature ».



« La diseuse de bonne aventure »

\*Le Caravage : Michelangelo Merisi da *Caravaggio*, en français Caravage ou *le Caravage*, est un peintre italien né le 29 septembre 1571 à Milan et mort le 18 juillet 1610 à Porto Ercole (Italie).



« La création d'Adam »

\*\* Michel Ange de son vrai nom Michelangelo di Lodovico Buonarroti Simoni né le 6 mars 1475 à Caprese et mort le 18 février 1564 à Rome, est un sculpteur, peintre, architecte, poète et urbaniste florentin de la Haute Renaissance.

Plus récemment, les mains réalisées par Picasso\* nous apparaissent comme chargées d'une émotion particulièrement remarquable.



« Les mains jointes »

\*Picasso : Pablo Ruiz Picasso, né à Malaga le 25 octobre 1881 et mort le 8 avril 1973 à Mougins, est un peintre, dessinateur, sculpteur et graveur espagnol.

L'Artisanat illustre aussi le rôle prépondérant de nos mains dans notre culture.

Ainsi le qualificatif « fait main » est la garantie d'un travail authentique. Les conditions de réalisation de ce que nous achetons ont un caractère particulièrement éthique aujourd'hui.

La valeur artistique de l'artisanat rejoint souvent celle de l'art dans notre culture contemporaine :



### 1.3- Les valeurs symboliques de notre main

#### 1.3.1- Un peu de sémantique :

Le langage courant, ou plus spécialisé (juridique, sociologique, etc...), possède des centaines d'expressions évoquant les dimensions symboliques de notre main.

Ces expressions évoquent tour à tour les différentes mises en situation de la main dans notre vie sociale ou bien privée.

Citons bien sûr : « demander la main de quelqu'un » pour une demande en mariage, une poignée de mains qui atteste de « la parole donnée », « à portée de main » pour indiquer une faible distance ou quelque chose d'accessible aussi au sens figuré.



Il faut également noter combien le rôle de la main droite est souvent valorisé, on jure en levant la main droite, et combien à contrario le rôle de la main gauche est souvent méprisé :

on entend souvent dire « il a deux mains gauches » pour souligner la maladresse de quelqu'un. « Pauvres gauchers » !

Mais plus grave encore, la main gauche représente dans certaines religions « la main sale », gare à celles et ceux qui s'en serviraient pour manger !

La main droite serait donc synonyme « d'honneur », de valeur sociale, et la main gauche répudiée. L'acharnement des enseignants au siècle dernier à rééduquer les gauchers pour les faire écrire de la main droite semblerait aller dans ce sens en niant les différences de latéralisation. Tout cela bien sûr dans un contexte fortement catholique : « la main de Dieu s'oppose à la main du diable » !

L'apparence de notre main nous « qualifie », nous valorise ou non: « mains d'artiste », « mains de laboureur », les symboles sociaux sont omniprésents. La main d'un pianiste est qualifiée de blanche et veineuse. Gauthier Capucon, célèbre violoncelliste contemporain n'hésite pas à déclarer que « ses mains sont son véritable instrument de musique ».

Dans l'Histoire, de nombreux exemples de cette qualification illustrent ces constats : choix des travailleurs algériens pour recruter des ouvriers, après la Deuxième Guerre Mondiale, seuls ceux dont la main était rugueuse étaient retenus car reconnus comme travailleurs.

Plus récemment une entreprise informatique recruta des couturières pour monter des micro processeurs car les mains de celles-ci sont « fines et sensibles ».

Toutes les situations qui relèvent de la valeur symbolique de la main sont donc omniprésentes dans notre quotidien : « désignons une main innocente » pour tirer au sort quelqu'un, faisons lire notre destin dans nos « lignes de la main » pour celles et ceux qui y croient... pour ma part, « je ne donnerais pas ma main au feu » quant à ces interprétations...

Enfin, faut-il rappeler l'usage de notre main qui permet d'utiliser un langage fait de symboles gestuels, que ce soit la langue des signes pour les malentendants, le langage des signes dans la main des personnes aveugles et sourdes, mais aussi un rôle de communication dans le spectacle (le mime par exemple), le sport par exemple dans la plongée sous-marine... Et quel rôle pour notre pouce : communiquer notre état ! ou donner la mort.



La main représente le « Geste » : si précieux dans le rire, le silence, la tendresse avec ses caresses comme dans la violence avec notamment la gifle.

Sans la main souvent, il n'y aurait eu d'écriture possible que ce soit dans les grottes, mais aussi plus tard sans l'usage manuel d'outil, pas de tablettes gravées (celles des grecs anciens bien sûr ☺) !

Enfin, citons un « exemple » de geste symbolique mais totalement impoli : pourquoi faire un « doigt d'honneur », quand on veut insulter quelqu'un ? L'origine de ce geste est très ancienne, on ne retiendra que la plus connue et la plus vraisemblable : il s'agit d'humilier les archers anglais faits prisonniers pendant la guerre de cent ans. Ceux-ci ne pouvaient plus se servir du majeur de leur main droite car les soldats français avaient pour habitude de leur couper !!! Nous les narguions ainsi, « pauvres » anglais devenus incapables de tirer une flèche.

Selon les pays et les différentes cultures, les gestes n'ont pas la même signification : il faut se renseigner avant de voyager, c'est plus prudent ! Par exemple le majeur levé pour les japonais signifie « frère » car chaque doigt représente un membre de la famille ... on leur conseille dans les guides de voyage d'éviter ce geste en France...



### 1.3.2- Le rôle de nos doigts

Nos doigts ont des noms contrairement aux orteils : auriculaire, annulaire, majeur, index et enfin le fameux pouce.

Des fonctions aussi sont attribuées à ces doigts : se nettoyer les oreilles, porter un anneau, montrer... Sans oublier la merveilleuse pince pouce-index !

De nombreuses comptines aident l'enfant à se souvenir de ces noms, mais aussi l'incitent à leur faire jouer des rôles, ce qui prépare à la tenue du crayon, du pinceau, après avoir peint avec ses doigts, bien sûr.



D'un point de vue plus scientifique l'exploration de notre histoire génétique peut nous éclairer sur l'origine de nos doigts et parfois sur certaines anomalies.

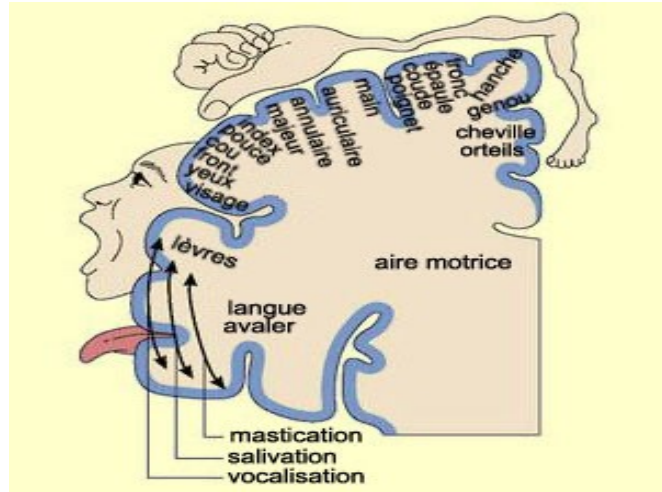
Pour rappel, les empreintes digitales ou dermatoglyphes ont un rôle dans notre identification, faisant partie de la biométrie.

Elles ont aussi une utilité pour le Toucher, en affinant nos sensations et démultipliant les surfaces de contact : voilà en partie résolue l'énigme de la passion des bébés pour les étiquettes...



Le Toucher est souvent un sens méconnu, alors qu'il se développe déjà in utero très précocement. Il est essentiel dans de nombreux apprentissages. Citons le rôle du Toucher si important dans l'apprentissage du Braille.

Il nous permet de construire notre schéma corporel car l'ensemble des informations cutanées sensorielles et proprioceptives permettent au cortex la représentation du corps. Il est impossible de parler de la main sans évoquer cette représentation : la carte du cerveau redessinée : l'homonculus. [5]



On constate que les surfaces occupées sur cette carte par la main la bouche et surtout le pouce présentent une taille disproportionnée par rapport aux jambes.

## 2- ETUDE DE CONCEPTS

### 2.1- LA DOULEUR PHYSIQUE

La douleur est une souffrance plus ou moins vive produite par une blessure, une brûlure : il s'agit d'une perte de notre intégrité physique lors d'une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable.

On distingue la douleur aiguë de la douleur chronique.

La douleur aiguë est un mécanisme d'alerte et de protection de l'individu, générant des comportements dont la finalité est d'agir sur la cause de la douleur pour la diminuer (définition de l'OMS).

La douleur chronique, souvent définie comme une douleur persistant au-delà de trois mois, compromet votre bien-être, votre niveau fonctionnel et votre qualité de vie.

En 2004, la loi Kouchner de Santé Publique (Annexe 1) fait de cette prise en charge une priorité, c'est un Droit pour le patient : en effet une personne qui souffre ne peut pas profiter de toute sa lucidité et ne peut prendre des décisions la concernant. Il convient d'évaluer cette douleur pour la prendre en charge.

Plusieurs outils sont à disposition :

On peut citer l'EVA la plus connue (échelle visuelle analogique, Annexe 2) et son équivalent pour les personnes ne pouvant s'exprimer l'Algoplus (échelle d'hétéro évaluation, Annexe 3). Mais il en existe beaucoup d'autres.

Le résultat chiffré en soi est très subjectif, ce qui compte surtout avec l'utilisation de ces échelles est leur réévaluation, pour ainsi mesurer l'impact des thérapeutiques mises en place.

La douleur de la main est très spécifique : la main est rendue vulnérable par son anatomie ; elle peut réaliser tant de tâches précises que ses os, muscles, articulations, tendons, nerfs, vaisseaux et bien sûr la peau sont constamment mis à l'épreuve et peuvent faire l'objet de multiples blessures. Tout en sachant qu'à la fonction motrice de la main est associée une fonction « perceptive » qui nous permet de s'approprier notre environnement.

## 2.2- LA DOULEUR MORALE

« En sémiologie psychiatrique, la douleur morale ou douleur psychologique correspond à un état de détresse psychique » ...

Elle est souvent définie comme un sentiment prolongé de peine et douleur psychique, par opposition à la douleur d'origine physique ou somatique.

Ce n'est que relativement récemment que des outils d'analyse ont été mis en place pour mieux appréhender cette forme de douleur, et mettre en évidence la divergence entre la perception de soi idéale et celle réelle.

Ainsi, la psychométrie, comme dans le cadre de la douleur physique, tend à « mesurer » cette douleur.

Des tests visuels, mais aussi des échelles d'évaluation pour évaluer le ressenti du patient ont été élaborés.

On reviendra sur cette thématique en fin de mémoire mais on peut citer le questionnaire de St Antoine ou QDSA (Annexe 6), l'HAD ou hospital and anxiety depression scale (Annexe 7), le questionnaire de Beck (Annexe 9), etc....

## 2.3- DOULEUR ET PHILOSOPHIE

Apprend-on de notre douleur ? C'est la question fondamentale philosophique que pose Cynthia Fleury, philosophe et psychanalyste, professeur titulaire de la chaire « Humanités et Santé » au CNAM : doit-on considérer la douleur comme étant une catégorie cognitive ? [6]

Effectivement, on apprend à se connaître par le ressenti de notre corps : le chaud, le froid, la maladie, l'accident ... de nombreuses situations nous informent.

Cette prise de conscience de soi est-elle indispensable pour ressentir à contrario le plaisir, le bien être ? La limite surgit de facto lorsque nous perdons connaissance. Qu'en est-il alors de notre conscience de la douleur ?

Notre rapport à la douleur paraît donc ambivalent philosophiquement : pour rester libres, il faut savoir lutter contre la douleur, et donc pour cela qu'elle ne soit pas trop forte : il semble qu'il faille donc apprendre à anticiper, inventer des comportements-ressources contre la douleur.

Apparaît alors comme une évidence le précepte de Socrate \* : « connais-toi toi-même ».

La valorisation chrétienne de la douleur (ex : « tu accoucheras dans la douleur ») est ainsi remise en cause au profit d'une liberté du sujet qui doit apprendre à lutter contre sa douleur, en essayant de lui donner du sens, de tout faire pour la comprendre pour ainsi potentiellement l'éviter voire prévenir un dommage. L'homme est ainsi compétent, capable de réguler sa douleur.

La leçon de Socrate (5<sup>ème</sup> siècle av JC) n'est pas égoïste, bien au contraire, il annonce les conseils de la méditation en pleine conscience, « être Soi, ici et maintenant ».

Le conseil du Dr Vilain qui dit « connais ta peau pour pouvoir guérir » est lui aussi porteur de sens.

*« Quand tu souffres, regarde la douleur en face, elle te consolera elle-même et t'apprendra quelque chose ». Alexandre Dumas.*

\*Socrate est un philosophe grec du V<sup>e</sup> siècle av. J.-C. Il est connu comme l'un des créateurs de la philosophie morale

### 3- RECONNAITRE LA DOULEUR MORALE :

#### 3.1- Approche du Dr Raymond Vilain, Chirurgien de la Main

Le Dr Vilain\*, dans son ouvrage « Jeux de mains », nous propose de précieux conseils pour lutter contre la douleur morale que l'on perçoit chez de trop nombreux patients atteints de pathologies de la main.[1]

Il rappelle que cette dernière est assez bien connue, et qu'il serait donc finalement relativement aisé de percevoir le « déprimé » lors d'une consultation, si tant est que l'on fasse l'effort d'y prêter attention.

La consultation relève souvent d'une « analyse dramatique » : le patient parle mais ne dit rien. Il faut donc multiplier les interrogatoires pour aller au-delà des apparences souvent trompeuses.

Si certains font de leur maladie un « emploi à plein temps », afin de pouvoir tirer tous les bénéfices que notre système de santé leur offre, visant ainsi en premier lieu la reconnaissance financière d'une part, et celle d'une invalidité voire d'un handicap d'autre part, il faut pourtant essayer de se débarrasser des préjugés et commencer par reconnaître au malade le « statut de malade » a priori, ensuite viendra le temps d'envisager un diagnostic.

« Comment débusquer le vilain » ? aime à ironiser le Dr Vilain.

Il est nécessaire de médicaliser la somatisation, de la reconnaître, et non pas la rejeter d'un revers de main.

Ce n'est pas toujours évident, mais on perd souvent moins d'énergie à considérer que les patients somatiseurs sont aussi dans une certaine forme de souffrance ; ils attendent une attention, la maladie leur donne un statut.

Dans son ouvrage, le Dr Vilain estime aussi que « la connaissance ne procède pas du rassemblement d'un grand nombre d'observations, mais de la conscience d'un problème. » : leçon de sagesse fort pertinente à mon sens, qui pourrait à elle seule résumer ce mémoire.

\*Vilain Raymond, Chirurgien plasticien Naissance : 22-07-1921. Mort : 18-02-1989.

### 3.2- Témoignage du Docteur Françoise Radat, Psychiatre

« La prise en charge de la douleur est complexe, car elle se scinde en deux : les traitements médicaux et l'approche psychologique » ; c'est ce que déclare le Dr. Radat Françoise, psychiatre à Bordeaux, dans une interview vidéo datant du 6 décembre 2012. [7]

La finalité est de remettre à l'équilibre le patient abîmé (cf. école de Palo Alto par rapport aux thérapies brèves systémiques).

En général, toute douleur chronique invalidante a un impact sur la santé mentale : troubles anxieux, dépressifs, tentatives de suicide.

Il est donc fondamental dès la première consultation de distinguer le soma du psychologique.

Il faut par contre rester vigilant en dirigeant un patient vers un psychologue ou un psychiatre. Le patient ne doit pas penser que l'on se débarrasse de lui, le recours à ces aides est encore sujet à de grands tabous.

Le Dr. Radat revient sur le fait qu'actuellement de « nouveaux » outils sont utilisés et complémentaires de nos pratiques.

Citons un de ces outils :

La méditation de pleine conscience : « mind full », dont l'objectif est de se penser au présent et de pouvoir pratiquer la « résilience », concept popularisé par Boris Cyrulnik\*. [8] Il pense qu'un choix s'offre à une victime : soit « s'abandonner à la souffrance et faire une carrière de victime, soit faire quelque chose de sa souffrance, la transcender »

« Prendre le temps de méditer, c'est retrouver l'équilibre émotionnel, le calme intérieur, la lucidité, la tolérance et la bienveillance... » : c'est ainsi que le Dr Christophe André\*\* définit la méditation de pleine conscience. [9]

L'hypnose, la sophrologie, l'EMDR (Eye Movement Desensitization & Reprocessing) dans le cadre du stress post-traumatique, l'art thérapie, la médiation animale sont aussi des techniques employées pour soulager la souffrance.

Citons également le Dr Rufo\*\*\* qui prône ces techniques corporelles pour soulager le stress et ses effets néfastes (en particulier dans la « maison de Solène » établissement dédié au traitement de l'anorexie et des automutilations).



Ces thérapies cognitives et comportementales ont fait la preuve de la pérennité de leur efficacité, mais il est tout de même à noter que parfois demeure le problème de la prise en charge de ces “nouvelles” thérapies par notre système de santé.

\* Boris Cyrulnik, né le 26 juillet 1937 à Bordeaux, neuropsychiatre de formation, psychanalyste est un auteur de livres grand public traitant de psychologie et de récits de vie

\*\* Christophe André né en 1956 écrivain, psychiatre et psychothérapeute

\*\*\* Marcel Rufo, né à Toulon le 31 décembre 1944, est un pédopsychiatre, professeur d'université-praticien hospitalier

Suites à ces enseignements, j'ai retenu une approche particulière de la consultation :

### 3.3- Une technique d'entretien/L'approche Rogerienne

Carl Rogers (1902-1987) est un psychothérapeute américain, qualifié d'humaniste car il insiste sur la relation d'aide à la personne, la médiation.

Il a donné des conseils dans la manière de conduire un entretien, à savoir se concentrer sur l'individu et non sur le problème : cela permet de rendre le patient « acteur de la résolution de son problème ».

Le patient réalise qu'il possède ses propres ressources pour résoudre ce problème. Il doit se concentrer sur le présent et non toujours focaliser sur le passé.

Il doit accepter le passé dans sa globalité, s'accepter comme il est.

Au risque de me répéter : Ce ne sera jamais « comme avant ».

De son côté, le psychanalyste français Jacques Lacan\* pensait que sortir de la plainte était la finalité de la cure analytique. Le thérapeute sert alors de miroir au patient.

Dans son ouvrage « Le soin est un humanisme », la philosophe et psychanalyste française Cynthia Fleury nous incite à respecter l'homme, à l'aider à grandir, parmi les autres, lui redonner droit de citer. [10]

Elle pense que lutter contre la vulnérabilité d'un patient fait partie de notre devoir à tous.

Elle déclare : « Soigner, la chose est ingrate, laborieuse, elle prend du temps... »

Mais, elle ajoute aussitôt : « quand la civilisation n'est pas soin, elle n'est rien ».

Le Dr. Radat insiste alors sur la nécessité, pour tous les soignants, de se former à la prise en charge de la dimension psychologique de la douleur. Ceci est un travail pluridisciplinaire.

L'harmonisation des contenus pédagogiques et des volumes horaires ainsi qu'une sensibilisation à la dimension psychologique de la douleur des personnels non médicaux sont souhaitables.

Les autres professionnels (exemple : aides ménagères, aide médico-psychologiques...) paraissent encore insuffisamment sensibilisés.

*\*Jacques Lacan, né le 13 avril 1901 à Paris 3<sup>e</sup> et mort le 9 septembre 1981 à Paris 6<sup>e</sup>, est un psychiatre et psychanalyste français*

## 4- MA PRATIQUE

### 4.1- Mon environnement de travail

Pour resituer le cadre de mon exercice, je travaille dans un SSR polyvalent a orientation gériatrique en Savoie près de Chambéry. Nous avons un hôpital de jour (HDJ) de 6 places qui, ces dernières années, s'est spécialisé dans la prise en charge des mains du fait de la présence de nombreux chirurgiens de la main dans la clinique et de la qualification SOS Mains de la structure.

Notre équipe est composée de trois kinésithérapeutes dont une a obtenu son DIU il y a deux ans, une ergothérapeute formée à la rééducation sensitive, une psychologue formée à l'hypnose, une assistante sociale et deux médecins dont moi.

Ma collègue est gériatre de formation et moi médecin en médecine physique et réadaptation.

Lors de ma formation de médecin MPR, la partie accordée à la rééducation de la main en particulier est quasi inexistante ... Une grande partie est consacrée à la douleur notamment lors d'un cursus à Bordeaux avec la psychiatre le Dr Radat dont le regard sur le sujet et son optimisme sans faille m'impressionne.

J'ai ressenti le besoin d'une formation plus spécifique très vite sur la rééducation de la main d'où mon inscription à ce DIU.

Dans mon service (en HDJ), nous recevons en général des patients en post opératoire quasi immédiate pour le suivi de la cicatrisation, la prise en charge douloureuse, le drainage et le début de la mobilisation.

Ce sont des patients opérés la plupart du temps post accident, des mains complexes, car notre clinique a obtenu le statut de SOS mains et reçoit dès lors des mains accidentées souvent graves.

La proportion de chirurgie programmée est moindre, mais il arrive que lors de complications telles que les algoneurodystrophies ou SDRC (syndrome douloureux régional chronique) ou les allodynies, les patients nous soient envoyés par des chirurgiens en difficulté.

## 4.2. Cas cliniques

### **Cas clinique n°1 : Monsieur A**

Il s'agit d'un patient de 56 ans en obésité morbide, diabétique insulino-requérant, chauffeur routier de métier.

Ce patient s'est fait agresser à domicile par son voisin avec qui il est en conflit depuis longtemps.

À la base le mécanisme semble anodin, le patient le dit lui-même, à savoir qu'il est tombé de tout son poids sur sa main par déséquilibre. Les suites n'ont pas montré de fractures mais le patient a déclenché une algoneurodystrophie sévère avec négligence de D5, comme on peut le voir sur les photos même l'état cutané est modifié. Il présente une peau de crocodile.

Le patient exclue son auriculaire, il parle même de rêves où son petit doigt n'existe plus tant la négligence est importante.

L'histoire de ce patient m'a particulièrement marquée car, en prenant le temps de l'écouter, il me confie avoir déjà subi un traumatisme très violent par le passé où on lui a tiré une balle dans le cou de manière complètement gratuite, et l'évènement récent l'a replongé dans les méandres de ce précédent accident.

En parallèle, ce patient néglige sa santé depuis de longues années et en a parfaitement conscience, mais a toujours été incapable d'agir compte tenu de sa profession qui le contraint constamment à manger au restaurant.

Nous avons essayé une approche globale et pluridisciplinaire auprès de ce patient, avec une prise en charge psychologique, et nous avons également adressé ce patient au médecin de la douleur que nous avons la chance d'avoir à proximité de la clinique.

À ce jour, les amplitudes sont quasi identiques, et d'un point de vue fonctionnel il se sert peu de sa main. Il exclue toujours son auriculaire mais a grandement progressé au niveau de son vécu traumatique. Il est certes moins douloureux avec les thérapeutiques prescrites et

notamment un antidépresseur mais surtout de son point de vue, le problème entre guillemets de la main est « réglé », l'accident lui a permis de se poser, d'être légitime dans le fait d'arrêter son travail et de pouvoir enfin prendre soin de lui, à tel point qu'il m'a annoncé la semaine dernière qu'il avait pris rendez-vous pour une chirurgie bariatrique, son accident a mis un frein à la lente autodestruction à laquelle il s'adonnait sans réaction.

Aurions-nous obtenu le même « résultat » si nous nous étions contentés de mobiliser la main sans prendre le temps d'écouter ce que cet accident / incident avait réveillé chez ce patient ?



## Cas clinique n°2 : Madame H

Patiente de 52 ans qui, dans les suites d'une brûlure sévère du pouce de la face dorsale dans le cadre de son travail, présente une allodynie majeure au moindre souffle d'air, à tel point qu'elle ne peut toujours pas quitter, six mois après son accident, un pansement protecteur.

De la même manière que Monsieur A précédemment, nous avons essayé de prendre en charge la patiente dans sa globalité. Cette patiente a une histoire de vie très compliquée avec de multiples traumatismes répétés.

Elle a dû subir récemment l'annonce terrible d'un diagnostic génétique : elle est porteuse du gène de la Chorée de Huntington. Ce diagnostic est comme une épée de Damoclès au-dessus de sa tête ; en effet elle a 50% de risque de développer la maladie et d'évoluer vers une démence plus ou moins accompagnée de mouvements choréiques graves, de troubles de déglutition et du comportement...

Très rapidement, la patiente a pris conscience que son corps lui disait STOP !



Elle l'a verbalisé spontanément très tôt en consultation.

Elle se sent enfin légitime d'être arrêtée pour enfin s'occuper d'elle-même, car dans son histoire, la patiente s'est toujours oubliée au profit de ses parents ou de ses enfants.

On peut toujours très difficilement toucher son pouce et l'ongle est coupé sous gaz de protoxyde d'azote, mais globalement la patiente voit sa douleur physique diminuer avec les traitements et commence à être moins en position de protection de son bras, car elle a conscience qu'il ne faut pas qu'elle l'exclut.

Elle est suivie en hypnose et en psychothérapie, elle a accepté sans problème que cette année serait une année blanche au niveau du travail, et elle commence même à se projeter vers d'autres projets professionnels, ce qu'elle ne s'était jamais autorisée jusqu'à présent.



### Cas clinique n°3 : Madame C

Il s'agit d'une patiente de 64 ans qui souffre d'un Syndrome douloureux régional complexe sévère consécutive à une fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Très rapidement, cette patiente, dès les premières consultations, présentait un syndrome dépressif majeur avec des pleurs incessants, et il était facile d'identifier la cause de ce mal-être, à savoir une conjugopathie majeure.

Nous avons pris le temps de l'écouter, avons organisé un rendez-vous avec la psychologue, mais au bout de deux consultations nous nous sommes rendus compte que cette stratégie n'apaisait pas la patiente qui connaissait ses solutions de « mieux-être », mais était incapable à ce moment-là de les appliquer.

A nous de respecter sa volonté.

La suite de la prise en charge s'est déroulée de manière complètement neutre, elle savait que nous connaissions les raisons de son malheur... Nous n'en avons plus jamais parlé ; ce n'était pas pour autant un sujet tabou, mais plutôt un accord tacite pour respecter son jardin secret. En conclusion, il faut aussi savoir ne pas forcer la main et accepter de n'être qu'une oreille attentive.



Une autre de mes observations m'a questionnée, lors d'un de mes stages sur Avignon en kinésithérapie, où j'ai pu observer d'un côté un homme qui avait eu une ablation de la première rangée des os du carpe suite à un accident violent dans son camping-car (avec la responsabilité d'une tierce personne), et de l'autre une femme qui souffrait d'arthrose majeure et qui avait subi la même opération.

Le résultat de cette intervention n'était absolument pas vécu de la même manière : l'une avait « choisi » en quelque sorte sa chirurgie après de longues années de souffrance, alors que l'homme avait subi brutalement cette opération au même titre que l'accident, dans un fond de colère à l'égard de la tierce personne responsable...

Il est parfois intéressant de voir qu'une même chirurgie, réalisée sur des terrains différents, peut provoquer des effets complètement différents sur les composantes douloureuses physique et morale.

### 4.3 Analyse de ma pratique :

#### 4.3.1 - Savoir-faire

Qu'est-ce qu'une consultation pour moi ?

Dans une démarche médicale structurée et codifiée pour penser à tout, c'est surtout une rencontre, une écoute, un échange incluant une anamnèse, un examen clinique détaillé, une prise de photos aujourd'hui souvent indispensable, jusqu'à une prescription éventuelle de médicaments, d'analyses, d'examens complémentaires, sans oublier les bons conseils ... Attention à notre langage gestuel : une moue, un regard en disent long sur nos sentiments. Actuellement, le port du masque évite la perception de certains signes de notre bouche, sourire et rend difficile la communication mais malgré le côté chronophage, il est donc indispensable de passer plus de temps à interroger le regard du patient qui en dit long parfois. Un mot échappé peut provoquer de l'angoisse ou être une redoutable condamnation psychologique.

Dans ce contexte, la **mise en place d'un bilan** est nécessaire : pour cela, il est essentiel de définir avec le patient son « attente de résultats », qui doit s'accorder avec notre obligation de moyens, puis établir un bilan avant / après prise en charge médicale, concernant notamment la réinsertion professionnelle et les attentes personnelles. Se pose ainsi les notions d'apparence, de la normalité selon les âges, des professions... Ce bilan est bien sûr un outil précieux de transmission avec les autres thérapeutes concernés.

J'aimerais ainsi, dans cette dynamique de transmission entre thérapeutes, revenir et insister sur un point très important :

le rôle du médecin traitant, parfois trop facilement « oublié ».

Lui seul est souvent à même d'observer une rupture de comportement chez des patients qu'il ou elle connaît bien, grâce à des critères intuitifs et sans forcément avoir recours à des échelles ou autres outils qui sont parfois chronophages lors d'une consultation, il faut quand même bien l'avouer.

Il a aussi une connaissance plus large des aidants se rendant au domicile des patients.

#### Aborder le coût des soins :

En hôpital de jour le patient est pris en charge même pour ses transports si la distance est inférieure à 30 km (demandes d'entente préalable possibles si la distance est supérieure à 30 km car il s'agit d'un HDJ « spécialisé »).

Le problème de la poursuite des soins se pose alors, par conséquent l'arrêt de la prise en charge en HDJ est parfois problématique.

Tenir compte des ressources financières du patient pour les thérapeutiques annexes conseillées type suivi psychologique s'avère primordiale.

On ne doit pas négliger cet aspect lors de nos prescriptions.

Il est même parfois nécessaire d'aborder le plan juridique en cas d'accident du travail, de brûlure (responsabilité juridique) ...

#### Toujours essayer **d'anticiper la fin de la thérapie** :

se limiter dans le temps permet pour le patient et pour le groupe interdisciplinaire de mieux progresser ; susciter « l'adhésion » du patient apparaît comme indispensable aux conseils prodigués.

Nous partons en général pour une prise en charge d'un mois que l'on réévalue et l'on établit un projet personnalisé de soins (ou PPS) dès lors qu'une situation médicale se complexifie.

#### 4.3.2 - Savoir-être :

Il serait idéal de faire toujours preuve :

- **d'empathie**, dont la définition retenue est celle-ci: « se mettre à la place d'un autre individu, afin de mieux comprendre son mode de fonctionnement, ses pensées et ses émotions ».
- **de pédagogie** : je n'hésite pas à reformuler mes propos, mais aussi inciter le patient à les reformuler pour être sûr d'une compréhension partagée (méthode d'Antoine de la Garanderie), surtout en cas de problèmes de non compréhension liés à un handicap (présence d'un aidant indispensable), ou de problèmes linguistiques (prévoir un interprète)...

- **de tolérance** : accepter la résistance d'un patient au diagnostic, mes conseils ou mes prescriptions.
- **faire preuve de patience**, et surtout de recul, même si cette pratique est chronophage, les résultats n'en ressortent que meilleurs à long terme.

Ainsi je me sens moins « coupable » et plus responsable face aux résultats mitigés, voire aux échecs obtenus en fin de traitement.

- **Savoir s'adapter** +++ à des situations diverses et variées.

Pour résumer ce chapitre sur mes pratiques : ces quelques exemples de savoir-faire et savoir-être sont l'expression du respect que j'ai de mon patient. En effet, faire de mon mieux pour « écouter la plainte » d'une personne en souffrance physique et morale, c'est le cœur de mon métier, le respect d'une éthique médicale.

Les enjeux socio-économiques de notre pratique sont bien entendu toujours à prendre en considération.

Il est si difficile de ressentir parfois un sentiment d'échec, que le fait de se définir un peu comme « un entraîneur » sportif le fait, peut nous aider à mieux accompagner un patient dans ses efforts « d'adhésion » au plan proposé pour l'amélioration de sa condition.

Enfin, il est primordial d'entretenir des relations de qualité avec toute l'équipe des soignants.

Nous réalisons des staffs hebdomadaires afin de pouvoir mettre en commun nos ressentis quant à l'évolution du patient, car parfois les douleurs psychologiques ne sont paradoxalement pas toujours exprimées à la psychologue mais au thérapeute choisi par le patient selon le moment et la relation qu'il entretient avec lui, et il faut donc savoir se saisir de ces informations qui peuvent être essentielles à la bonne marche de la prise en charge.

D'autre part nous avons la chance de pouvoir collaborer avec un médecin de la Douleur récemment installé près de notre clinique.

Les patients apprécient d'être adressé à un médecin de la Douleur, car ils comprennent que la composante douleur est considérée à part entière et se sentent respectés, pris en considération.

Il est enfin important de reconnaître le travail effectué par les aidants, qu'ils soient professionnels (hôpital à domicile, ambulanciers) ou qu'ils fassent partie du cercle plus intime du patient.

#### 4.4- Bibliographie

Il existe plusieurs tests pour évaluer la souffrance morale plus ou moins spécifique, citons par exemple le test de dépression de Hamilton (annexe 8) ou le test de dépression de Beck (Annexe 9), mais il est vrai que ces tests sont tout de même assez spécifiques et souvent plus utilisés en psychiatrie clinique.

Les tests psychométriques avec l'échelle Traumaq peuvent alerter sur l'existence d'un stress post traumatique et l'éventuelle accessibilité à l'EMDR (eye movement desensitization reprocessing), technique à visée psychothérapeutique d'intégration neuro émotionnelle par les mouvements oculaires.

En pratique nous utilisons souvent le QDSA ou questionnaire de St Antoine (adaptation en français du Mc Gill Pain, Annexe 6) plus ou moins abrégé selon qui le réalise (la version complète est réalisée par notre ergothérapeute par exemple), et en consultation j'utilise le questionnaire abrégé (Annexe 6 bis).

Après le temps de l'interrogatoire et souvent la réalisation du DN4 (questionnaire pour mettre en évidence les douleurs neuropathiques, Annexe 4), il faut un peu de temps pour l'examen clinique et la définition d'un projet thérapeutique en accord avec le patient.

On peut évoquer le questionnaire HAD (ou Hospital and Anxiety Depression scale, Annexe 7) qui peut être intéressant, car il tient compte des composantes dépressives mais aussi anxieuses qui ne se recoupent pas forcément, et ne donnent pas lieu aux mêmes prises en charge.

Je n'ai pas retrouvé beaucoup d'articles ou références lors de ma recherche bibliographique via Pub Med sur le thème de la douleur morale en rééducation de la main ; j'ai utilisé les mots « pain », « hand rehabilitation », « moral pain ou moral suffering » mais j'ai malgré tout trouvé un article Français très intéressant écrit par le Dr. Adeline Gaillard, Psychiatre sur Paris, intitulé « Douleur morale, douleur physique : mécanismes neurobiologiques et traitement » [11] : il laisse supposer des mécanismes physiopathologiques communs avec la mise en évidence en neuro-imagerie de réseaux neuronaux communs.

Mieux comprendre ces mécanismes pourrait amener à d'autres pistes thérapeutiques.

J'ai également trouvé un texte passionnant sur la Douleur et le Catastrophisme chez l'adulte, écrit par un anesthésiste réanimateur Jacques Wrobel, qui suggère fortement que « la douleur psychique ou un état d'anxiété peut largement intensifier la souffrance physique des douloureux chroniques ». [12]

Le Catastrophisme reflète la façon dont chaque individu est capable d'expérimenter sa douleur. Le Pain catastrophizing scale ou échelle de pensée catastrophique (Annexe 10) a été mise au point par Michael Sullivan. [13]

J'aurais aimé pouvoir faire une étude sur le sujet mais je n'ai pas réussi à imaginer une méthodologie fiable et sans qu'il n'y ait trop de biais.

J'ai donc opté pour la présentation d'un retour d'expérience qui pourrait engager sur des réflexions personnelles pour tout un chacun dans sa pratique.

Il me paraissait intéressant d'insister sur l'importance d'une considération globale du patient, et non compartimentée.

## CONCLUSION

*« On ne peut réparer que ce qu'on renonce à rétablir dans son état initial ».*

C'est ce que déclare en 2020 l'historien Patrick Boucheron\* dans une analyse consacrée à la « réparation » du corps humain. [14]

La notion de résilience que nous expérimentons depuis quelques mois déjà dans le contexte de pandémie prend ici également tout son sens... « ce ne sera plus jamais comme avant », mais peut être pourrait-on tendre vers un état différent, un mieux-être ?

« Réparer, ce n'est pas annuler la blessure mais la regarder pour ce qu'elle est et affronter l'entaille ».

Je souhaitais, par l'intermédiaire de ce mémoire, mettre en évidence combien il est fondamental de ne pas dissocier la prise en charge physique d'un patient de sa prise en charge cognitive et psychique.

Par cette prise de conscience, il apparaît essentiel de recevoir un patient dans un état d'esprit toujours ouvert, lui chercher des solutions de soins adaptées pour l'aider à accepter sa douleur physique et morale, afin de déclencher son processus de guérison.

Ce point de vue rejoint celui de la Philosophe Cynthia Fleury, « Établir l'humanisme dans les soins est indispensable ».

En effet, il s'agit d'écouter la « singularité » de son patient, évaluer et respecter ses valeurs en prenant du recul, sans être intrusif ni ingérant ; acceptons ainsi que « la normalité » n'existe pas en soi.

S'établira alors naturellement un climat de confiance mutuelle qui donnera du sens à nos soins.

Quand bien même, sachons aussi nous protéger d'un potentiel sentiment d'abandon ressenti par le patient, qui met souvent en difficulté le thérapeute, rendant notamment délicate la décision de fin de prise en charge...

J'espère enrichis de la réflexion à laquelle nous venons de nous prêter et en nous souhaitant de mieux aborder la prise en charge de la douleur morale de nos patients, sachons améliorer continuellement nos savoir-faire et nos savoir-être, outils essentiels.

Et à propos d'outils, rien ne sert de les multiplier, mieux vaut savoir se les approprier.

Soyons enfin conscients et humbles en sachant qu'il n'existe pas de modèle idéal de prise en charge de cette douleur morale.

Dans l'optique de soutenir au mieux le patient, un concept semble déterminant : celui de l'Espoir. Soyons le plus optimiste possible !



Le Futur sera meilleur

« deux mains » 😊



## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Vilain R., *Jeux de mains* (1987), Ed Arthaud
- [2] *Histoire évolutive de la lignée humaine, « Les premiers hommes »* (2017), revue Géo Histoire
- [3] Pigeaud R. et Bali, *Tout en Frises* (2017) « *La Préhistoire* », Ed Fleurus
- [4] Frèches J., *Le Caravage* (2000), Ed Gallimard découvertes
- [5] *Cerveau : découvrez la carte du cortex moteur redessinée* (2005). Revue médicale suisse 2004
- [6] Fleury C., *Douleur et philosophie*, (2008) texte intégral Presse de l'Université de Montréal
- [7] Entretien vidéo du Dr Radat F. Psychiatre Algologue à Bordeaux (2012) <https://www.youtube.com/watch?v=DxwOmvW7OW4>
- [8] Cyrulnik B., *Autobiographie d'un épouvantail* (2008) Ed Odile Jacob
- [9] André C., *“le temps de méditer”*. (2019) Ed iconoclast
- [10] Fleury C., *Le soin est un humanisme* (2009) tracts N°6, Ed Gallimard°
- [11] Gaillard A., (2014) *Douleur morale, douleur physique : mécanismes neurobiologiques et traitement*. In Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique (Vol. 172, No. 2, pp. 104-107). Elsevier
- [12] Wrobel J., *Douleur et catastrophisme chez l'adulte*, (22/09/2019) <https://institutrafael.fr/recherche-innovation/le-catastrophisme-dans-tous-ses-etats/>
- [13] Sullivan M., (2004) *L'échelle des pensées catastrophiques*, [http://sullivanpainresearch.mcgill.ca/pdf/pcs/PCSTManual\\_French.pdf](http://sullivanpainresearch.mcgill.ca/pdf/pcs/PCSTManual_French.pdf)
- [14] Boucheron P., (21/12/20) article paru dans Télérama écrit par Joelle Gayot

## LECTURES

- Gentaz Edouard *La main, le cerveau, le toucher* (2018), Ed. Dunod
  - E. Gilloots *Souffrance et douleur* (2006), Ed. Gelstat
  - Dr. Volf Nadia *Vos mains sont votre premier médecin* (2003), Ed. Laffont
  - Tharaud Alexandre *Montrez-moi vos mains* (2017), Ed. Grasset
  - Boutan et Thomas et Al (2013), Elsevier et Masson
- Rééducation de la main et du poignet ; anatomie fonctionnelle et techniques*
- *La main : définitions*, Dossier complet du centre de recherche national des ressources textuelles et lexicales
  - Association EMDR France, <https://www.emdr-france.org>
  - Plan santé du gouvernement (2006), <https://solidarites-sante.gouv.fr>
  - Claux Senon S., Thèse : *Facteurs psychopathologiques chez le patient douloureux chronique* (28 novembre 2016), Université de Limoges
  - Ramus F. (15/07/2013), *La souffrance psychologique est bel et bien évaluable*  
<https://www.afis.org>
  - Leroux A., Thèse réalisée en 2017 *utilisation de l'échelle Hamilton (échelle de la Dépression) par les Médecins généralistes.*
  - Référentiel SFETD : La prise en considération de la dimension psychologique des patients douloureux (Référentiel 2013), <https://www.sfetd-douleur.org>
  - Plan gouvernemental Douleur (2006/2010), <https://www.sfetd-douleur.org>

## ANNEXES

Annexe 1 : « Loi du 4 mars 2004 Loi Kouchner Art. L1110-2 Code de la santé publique »



- 

1 Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.
- 

2 Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.
- 

3 **L'information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.
- 

4 Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.
- 

5 Un **consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.
- 

6 Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.
- 

7 La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.
- 

8 **La personne hospitalisée est traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.
- 

9 Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.
- 

10 La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un **accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.
- 

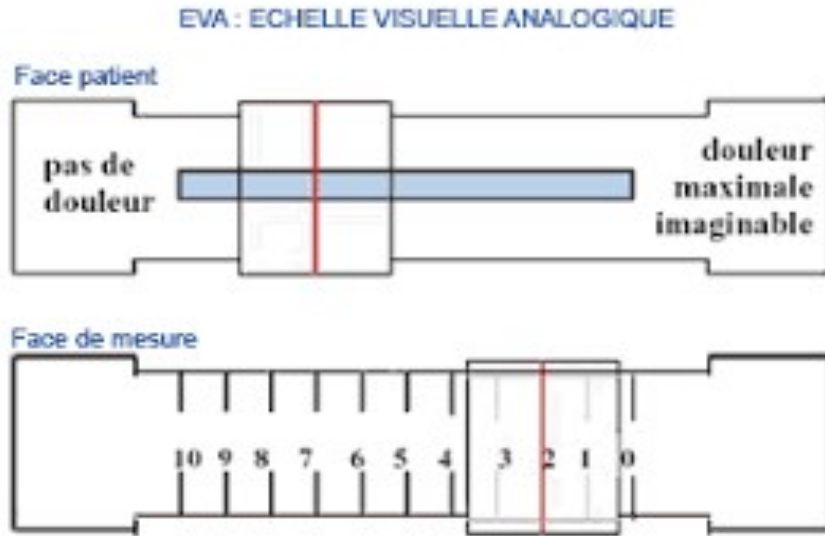
11 La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

\* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet :


[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

Annexe 2



Annexe 3 :



**ECHELLE ALGOPLUS**

**Evaluation de la douleur**

Echelle d'évaluation comportementale de la **douleur aiguë** chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

**Identification du patient**

Date de l'évaluation de la douleur	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....
Heure	.....h.....	.....h.....	.....h.....	.....h.....	.....h.....	.....h.....
	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>1 • Visage</b> Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.						
<b>2 • Regard</b> Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.						
<b>3 • Plaintes</b> « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.						
<b>4 • Corps</b> Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.						
<b>5 • Comportements</b> Agitation ou agressivité, agrippement.						
<b>Total OUI</b>	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5
<b>Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation</b>	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe



## Questionnaire DN4

Répondez aux 4 questions ci-dessous en cochant une seule case pour chaque item.

### INTERROGATOIRE DU PATIENT

**Question 1** - La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	OUI	NON
1- Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	OUI	NON
4- Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### EXAMEN DU PATIENT

**Question 3** - La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence ?

	OUI	NON
8- Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Question 4** - La douleur est-elle provoquée ou augmentée par... ?

	OUI	NON
10- Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Score du patient

/10

## Annexe 5 Questionnaire SF 12 en anglais

### SF-12 Health Survey

This survey asks for your views about your health. This information will help keep track of how you feel and how well you are able to do your usual activities. **Answer each question by choosing just one answer.** If you are unsure how to answer a question, please give the best answer you can.

1. In general, would you say your health is:

<sub>1</sub> Excellent    <sub>2</sub> Very good    <sub>3</sub> Good    <sub>4</sub> Fair    <sub>5</sub> Poor

The following questions are about activities you might do during a typical day. Does your health now limit you in these activities? If so, how much?

	YES, limited a lot	YES, limited a little	NO, not limited at all
2. <b>Moderate activities</b> such as moving a table, pushing a vacuum cleaner, bowling, or playing golf.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
3. Climbing <b>several</b> flights of stairs.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

During the past 4 weeks, have you had any of the following problems with your work or other regular daily activities as a result of your physical health?

	YES	NO
4. <b>Accomplished less</b> than you would like.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
5. Were limited in the <b>kind</b> of work or other activities.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

During the past 4 weeks, have you had any of the following problems with your work or other regular daily activities as a result of any emotional problems (such as feeling depressed or anxious)?

	YES	NO
6. <b>Accomplished less</b> than you would like.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
7. Did work or activities <b>less carefully</b> than usual.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

8. During the past 4 weeks, how much did pain interfere with your normal work (including work outside the home and housework)?

<sub>1</sub> Not at all    <sub>2</sub> A little bit    <sub>3</sub> Moderately    <sub>4</sub> Quite a bit    <sub>5</sub> Extremely

These questions are about how you have been feeling during the past 4 weeks.

For each question, please give the one answer that comes closest to the way you have been feeling.

How much of the time during the past 4 weeks...

	All of the time	Most of the time	A good bit of the time	Some of the time	A little of the time	None of the time
9. Have you felt calm & peaceful?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
10. Did you have a lot of energy?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
11. Have you felt down-hearted and blue?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

12. During the past 4 weeks, how much of the time has your physical health or emotional problems interfered with your social activities (like visiting friends, relatives, etc.)?

<sub>1</sub> All of the time    <sub>2</sub> Most of the time    <sub>3</sub> Some of the time    <sub>4</sub> A little of the time    <sub>5</sub> None of the time

Patient name:	Date:	PCS:	MCS:
Visit type (circle one)			
Preop	6 week	3 month	6 month
12 month	24 month	Other: _____	

## Annexe 5 bis : Questionnaire SF12 traduit en Français

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

Excellente     Très bonne     Bonne     Médiocre     Mauvaise

Êtes-vous limité, en raison de votre état de santé actuel, pour effectuer des efforts physiques modérés ?

Oui, beaucoup limité     Oui, un peu limité     Pas du tout limité

Êtes-vous limité, en raison de votre état de santé actuel, pour monter plusieurs étages par l'escalier ?

Oui, beaucoup limité     Oui, un peu limité     Pas du tout limité

Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique, avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?

En permanence     La plupart du temps     De temps en temps     Rarement     Jamais

Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique, avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?

En permanence     La plupart du temps     De temps en temps     Rarement     Jamais

Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé), avez-vous accompli moins de chose que vous auriez souhaité ?

En permanence     La plupart du temps     De temps en temps     Rarement     Jamais

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

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

En permanence     La plupart du temps     De temps en temps     Rarement     Jamais

Au cours de ces 4 dernières semaines, vous êtes-vous senti calme et détendu ?

En permanence     La plupart du temps     De temps en temps     Rarement     Jamais

Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous eu une énergie débordante ?

En permanence     La plupart du temps     De temps en temps     Rarement     Jamais

Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous été triste et abattu ?

En permanence     La plupart du temps     De temps en temps     Rarement     Jamais

Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

En permanence     La plupart du temps     De temps en temps     Rarement     Jamais

Version Française du questionnaire de qualité de vie SF-12

nous remercions CENBIOTECH pour leur aimable collaboration.

## Annexe 6 : Questionnaire de St Antoine ou QDSA



NOM :  
DATE :

### Questionnaire Douleur de Saint Antoine

#### Intérêt

*Décrivez la douleur telle que vous la ressentez en général.  
Sélectionnez les qualificatifs qui correspondent à ce que vous ressentez. Dans chaque groupe de mots, choisissez le mot le plus exact. Précisez la réponse en donnant au qualificatif que vous avez choisi une note de 0 à 4 selon le code suivant :*

	0	absent / pas du tout		
	1	faible / un peu		
	2	modéré / moyennement		
	3	fort / beaucoup		
	4	extrêmement fort / extrêmement		

A	<input type="checkbox"/>	Battements	H	<input type="checkbox"/>	Picotements
	<input type="checkbox"/>	Pulsations		<input type="checkbox"/>	Fourmillements
	<input type="checkbox"/>	Élancements		<input type="checkbox"/>	Démangeaisons
	<input type="checkbox"/>	En éclairs		<input type="checkbox"/>	Engourdissement
	<input type="checkbox"/>	Décharges électriques		<input type="checkbox"/>	Lourdeur
	<input type="checkbox"/>	Coups de marteau		<input type="checkbox"/>	Sourde
B	<input type="checkbox"/>	Rayonnante	J	<input type="checkbox"/>	Fatigante
	<input type="checkbox"/>	Irradiation		<input type="checkbox"/>	Épuisante
				<input type="checkbox"/>	Éreintante
C	<input type="checkbox"/>	Piqûre	K	<input type="checkbox"/>	Nauséuse
	<input type="checkbox"/>	Coupure		<input type="checkbox"/>	Suffocante
	<input type="checkbox"/>	Pénétrante		<input type="checkbox"/>	Syncopale
	<input type="checkbox"/>	Transperçante			
	<input type="checkbox"/>	Coup de poignard			
D	<input type="checkbox"/>	Pincement		<input type="checkbox"/>	Oppressante
	<input type="checkbox"/>	Serrement		<input type="checkbox"/>	Angoissante
	<input type="checkbox"/>	Compression			
	<input type="checkbox"/>	Ecrasement	M	<input type="checkbox"/>	Harcelante
	<input type="checkbox"/>	En étau		<input type="checkbox"/>	Obsédante
	<input type="checkbox"/>	Broyement		<input type="checkbox"/>	Cruelle
				<input type="checkbox"/>	Torturante
E	<input type="checkbox"/>	Tiraillement		<input type="checkbox"/>	Supplicante
	<input type="checkbox"/>	Étiement	N	<input type="checkbox"/>	Gênante
	<input type="checkbox"/>	Distension		<input type="checkbox"/>	Désagréable
	<input type="checkbox"/>	Déchirure		<input type="checkbox"/>	Pénible
	<input type="checkbox"/>	Torsion		<input type="checkbox"/>	Insupportable
	<input type="checkbox"/>	Arrachement			
F	<input type="checkbox"/>	Chaleur	O	<input type="checkbox"/>	Énervante
	<input type="checkbox"/>	Brûlure		<input type="checkbox"/>	Exaspérante
				<input type="checkbox"/>	Horripilante
G	<input type="checkbox"/>	Froid	P	<input type="checkbox"/>	Déprimante
	<input type="checkbox"/>	Glace		<input type="checkbox"/>	Suicidaire

<b>TOTAL</b>					<b>UU</b>
--------------	--	--	--	--	-----------



Annexe 6 bis : QDSA Abrégé

	<b>0</b> <b>Absent</b> <b>Non</b>	<b>1</b> <b>Faible</b> <b>Un peu</b>	<b>2</b> <b>Modéré</b> <b>Modérément</b>	<b>3</b> <b>Fort</b> <b>Beaucoup</b>	<b>4</b> <b>Fort</b> <b>Extrêmement</b>
Épuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Énervante					
Exaspérante					
Déprimante					

## Annexe 7 : Questionnaire HAD (hospital and anxiety depression scale)

### Le questionnaire HADS (de l'anglais *Hospital Anxiety and Depression Scale*)

Dans la série de questions ci-dessous, cochez 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.

Score	Anxiété	Score	Dépression
3 ② la plupart du temps 2 ③ souvent 1 ④ de temps en temps 0 ① jamais	Je me sens tendu ou énervé :	0 ② oui, tout autant 1 ③ pas autant 2 ④ un peu seulement 3 ① presque plus	Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois
3 ② oui, très nettement 2 ③ oui, mais ce n'est pas grave 1 ④ un peu, mais cela ne m'inquiète pas 0 ① pas du tout	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	0 ③ autant que par le passé 1 ④ plus autant qu'avant 2 qu'avant 3 ② vraiment moins plus du tout	Je ris facilement et vois le bon côté des choses
3 ② très souvent 2 ③ assez souvent 1 ④ occasionnellement 0 ① très occasionnellement	Je me fais du souci :	3 ③ jamais 2 ④ rarement 1 ① assez souvent 0 ② la plupart du temps	Je suis de bonne humeur :
0 ② oui, quoi qu'il arrive 1 ③ oui, en général 2 ④ rarement 3 ① jamais	Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :	3 ② presque toujours 2 ③ très souvent 1 ④ parfois 0 ① jamais	J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :
0 ③ jamais 1 ④ parfois 2 ① assez souvent 3 ② très souvent	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :	3 ② plus du tout 2 ④ je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais 1 ③ il se peut que je n'y fasse plus autant attention 0 ① j'y prête autant d'attention que par le passé	Je ne m'intéresse plus à mon apparence :
3 ② oui, c'est tout à fait le cas 2 ③ un peu 1 ④ pas tellement 0 ① pas du tout	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :	0 ③ autant qu'auparavant 1 ④ un peu moins qu'avant 2 ② bien moins qu'avant 3 ① presque jamais	Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :
3 ② vraiment très souvent 2 ③ assez souvent 1 ④ pas très souvent 0 ① jamais	J'éprouve des sensations soudaines de panique :	0 ③ souvent 1 ④ parfois 2 ② rarement 3 ① très rarement	Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :
	<b>Total du score pour l'anxiété</b>		<b>Total du score pour la dépression</b>

Chaque réponse correspond à un chiffre. En additionnant ces chiffres, on obtient un score total par colonne (anxiété et dépression). Si le score d'une colonne est supérieur ou égal à 11, cela signifie que vous souffrez d'anxiété ou de dépression (selon la colonne concernée).

Annexe 8 : Test de Hamilton

<b>N°</b>	<b>Cotation</b>	<b>Symptôme évalué</b>
1	0-4	Humeur dépressive
2	0-4	Culpabilité
3	0-4	Suicide
4	0-2	Insomnie de début de nuit
5	0-2	Insomnie de milieu de nuit
6	0-2	Insomnie de fin de nuit
7	0-4	Travail et centres d'intérêt
8	0-4	Ralentissement
9	0-2	Agitation
10	0-4	Anxiété psychique
11	0-4	Anxiété somatique
12	0-2	Symptômes somatiques, gastro-intestinaux
13	0-2	Symptômes somatiques généraux
14	0-2	Symptômes génitaux
15	0-4	Hypocondrie
16	0-2	Perte d'insight
17	0-2	Perte de poids

Annexe 9 :

**INVENTAIRE DE DEPRESSION de BECK  
(BDI-21)**

Nom :                      Prénom :                      Age :                      Date :

1	a	Je ne me sens pas triste.	6	a	Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).
	b	Je me sens triste.		b	J'ai l'impression que je pourrais être puni(e).
	c	Je suis tout le temps triste et ne peux m'en sortir.		c	Je m'attends à être puni(e).
	d	Je suis si triste que je ne peux le supporter.		d	J'ai l'impression d'être puni(e).
2	a	Je ne suis pas particulièrement découragé(e) par l'avenir.	7	a	Je n'ai pas l'impression d'être déçu(e) par moi-même.
	b	Je me sens découragé(e) par l'avenir.		b	Je suis déçue par moi-même.
	c	J'ai l'impression de n'avoir aucune attente dans la vie.		c	Je suis dégoûté(e) de moi.
	d	J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir et que les choses ne peuvent s'améliorer.	8	a	Je n'ai pas l'impression d'être pire que quiconque.
3	a	Je ne me considère pas comme une ratée.		b	Je suis critique vis-à-vis de mes faiblesses ou de mes erreurs.
	b	J'ai l'impression d'avoir subi plus d'échecs que le commun des mortels.		c	Je me blâme tout le temps pour mes erreurs.
	c	Quand je pense à mon passé, je ne peux voir que des échecs.		d	Je me blâme pour tous les malheurs qui arrivent.
	d	J'ai l'impression d'avoir complètement échoué dans ma vie.	9	a	Je ne pense aucunement à me suicider.
4	a	Je retire autant de satisfaction de la vie qu'auparavant.		b	J'ai parfois l'idée de me suicider, mais je n'irais pas jusqu'à passer aux actes.
	b	Je ne retire plus autant de satisfaction de la vie qu'auparavant.		c	J'aimerais me suicider.
	c	Je ne retire plus de satisfaction de quoi que ce soit.		d	J'aimerais me suicider si j'en avais l'occasion.
	d	Tout me rend insatisfait ou m'ennuie.	10	a	Je ne pleure pas plus qu'à l'ordinaire.
5	a	Je ne me sens pas particulièrement coupable.		b	Je pleure plus qu'avant.
	b	Je me sens coupable une bonne partie du temps.		c	Je pleure continuellement maintenant.
	c	Je me sens coupable la plupart du temps.		d	Avant, je pouvais pleurer, mais maintenant, j'en suis incapable.
	d	Je me sens continuellement coupable.			

## Figure 2 : Pain Catastrophizing Scale

### Questionnaire PCS

(Sullivan, MJL, Bishop, SR, Pivik, J. (1995) The pain catastrophizing scale: development and validation. Psychol. Assess. vol 7, 524-532)

Nom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

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

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

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

#### Quand j'ai de la douleur ...

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