



Enquête auprès des patients sur leur douleur chronique et leur motivation à pratiquer de l'auto-soin comme complément au traitement

Ce questionnaire est à remplir par la personne dont le nom figure sur l'enveloppe. Un proche peut apporter son aide pour la compréhension des questions. Il n'y a pas de réponse juste ou fautive, c'est votre opinion qui compte.

Merci de remplir le questionnaire en entier et de **répondre à toutes les questions**, avec la réponse qui vous semble le plus juste si vous hésitez.

Les informations en *italique* vous indiquent comment procéder. Prenez le temps de bien lire les questions et d'y répondre le plus spontanément possible.

La durée estimée pour remplir le questionnaire est de **20 minutes**. Merci de nous le renvoyer dans les 10 jours.

Si vous avez des questions ou des doutes pendant que vous remplissez le questionnaire, n'hésitez pas à nous contacter au **021/314 20 37** du lundi au vendredi de 9h00-12h00 et de 14h00-17h00. Un **lexique** joint au questionnaire (feuille jaune) vous permettra de mieux comprendre les différentes méthodes abordées dans ce questionnaire.

Renvoyez le questionnaire vide si (*cochez la bonne case svp*) :

- Vous ne comprenez pas bien le français
- Vous ne souhaitez pas répondre
- Autre raison qui vous empêche de répondre : _____

Les deux premières questions ci-dessous permettent de confirmer que vous souffrez de votre douleur depuis au moins trois mois, condition nécessaire pour participer à l'étude. Merci d'y répondre et de suivre les instructions en fonction de vos réponses.

1. Souffrez-vous de façon constante ou intermittente d'une ou plusieurs douleur(s) ?

- Oui → *Continuer à la question 2 ci-dessous*
- Non → *Nous vous prions d'arrêter de répondre au questionnaire et de nous le renvoyer par poste (ceci est nécessaire pour notre décompte statistique).*

2. Depuis combien de temps environ souffrez-vous de votre(vos) douleur(s) ?

Merci de noter la durée estimée

_____ an(s) _____ mois

→ *Si vous ressentez votre(vos) douleur(s) depuis 3 mois ou plus, tourner la page et continuer à répondre à la suite du questionnaire.*

→ *Si vous ressentez votre(vos) douleur(s) « depuis moins de 3 mois », nous vous prions d'arrêter de répondre au questionnaire et de nous le renvoyer par poste (ceci est nécessaire pour notre décompte statistique).*

I. Quelques questions vous concernant

1. **Age** : ____ ans
2. **Sexe** : Femme Homme
3. **Votre poids** : _____ kg
4. **Votre taille** : _____ cm
5. **Pays de naissance** : Suisse Autre _____ (*préciser le pays*)
6. **Nationalité** : Suisse Autre _____ (*préciser la nationalité*)

7. Laquelle des situations suivantes décrit le mieux votre situation de vie actuelle ?

Cocher une seule réponse (la plus juste selon vous)

- Je vis seul(e)
- Je vis en couple sans enfant
- Je vis avec quelqu'un mais pas en couple
- Je vis seul(e) avec enfant(s)
- Je vis en couple avec enfant(s)
- Autre : _____

8. Quel est votre niveau de formation achevé le plus élevé ?

Cocher une seule réponse (la plus juste selon vous)

- Aucun certificat
- Ecole obligatoire (certificat de fin d'études secondaires)
- Apprentissage
- Baccalauréat / Maturité
- Maîtrise fédérale / Diplôme professionnel
- Université / Haute Ecole Spécialisée
- Autre : _____

9. Votre activité professionnelle actuelle :

- Activité professionnelle à temps plein
- Activité professionnelle à temps partiel supérieur ou égal à 50%
- Activité professionnelle à temps partiel inférieur à 50%
- Sans activité professionnelle ***

* Si vous n'avez **pas d'activité professionnelle** actuellement, veuillez en préciser **la raison** :

Cocher une seule réponse (la plus juste selon vous)

- A la maison pour faire des tâches domestiques et familiales
- Arrêt de travail pour des problèmes de santé chroniques
- Sans emploi (au chômage)
- Au service militaire
- Autre : _____
- A la retraite
- Arrêt de travail pour une autre raison
- Invalidité permanente
- Etudiant(e)

10. Si vous deviez **quantifier votre activité physique au travail**, laquelle des situations suivantes décrit le mieux l'intensité de votre travail physique?

Cocher une seule réponse (la plus juste selon vous)

- Travail avec faible activité physique ; par exemple : travail de bureau
- Travail avec activité physique intermédiaire ; par exemple : port de charge modérée
- Travail de force ; par exemple : décharger un camion sans aide mécanique, chantier, agriculteur
- Je n'ai pas d'activité professionnelle

II. Description de votre douleur

ATTENTION : *Chaque fois que vous lirez le terme « votre douleur », il faut penser à la douleur ou aux douleurs dont vous souffrez de façon constante ou intermittente depuis plus de 3 mois. Si vous souffrez de douleurs à plusieurs endroits du corps, pensez à la douleur la plus gênante pour répondre aux questions.*

1. A quelle **fréquence** ressentez-vous **votre douleur** ?

Cocher une seule réponse (la plus juste selon vous)

- Tout le temps, en continu
- Tous les jours, au moins une fois par jour
- Quelques fois par semaine
- Environ une fois par semaine
- Quelques fois par mois
- Environ une fois par mois
- Moins souvent qu'une fois par mois

2. Indiquer la **localisation** de **votre douleur** :

Ecrire la/les réponse(s) de la façon la plus précise sur les lignes svp

Exemples de localisation :

-Tête, visage, cou

-Nuque, cervicales

-Membre supérieur: épaule, bras, coude, avant-bras, poignet, main

-Poitrine/thorax : côtes, poumons, cœur, sein

-Ventre, bas-ventre: estomac, colon / intestin, vessie, prostate, organes génitaux internes ou externes

-Dos milieu du dos, bas du dos

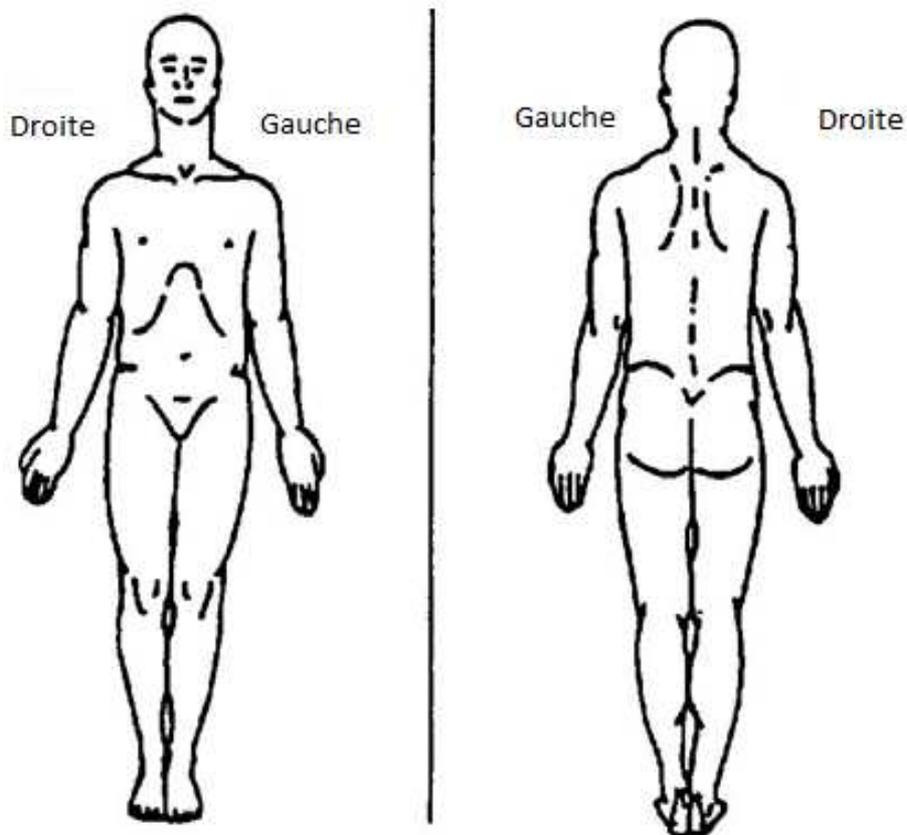
-Bassin : sacrum, pubis

-Membre inférieur : hanche, fesse, cuisse, genou, jambe au-dessous du genou, cheville, pied

Localisation(s) :

3. Indiquez sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone.

Si vous indiquez plusieurs localisations, merci d'indiquer la douleur la plus gênante à l'aide d'une croix.



ATTENTION !

-->Dans la suite du questionnaire, pensez à votre douleur pour répondre aux questions. Si vous souffrez de douleurs à plusieurs endroits du corps, répondez en pensant à la douleur la plus gênante pour vous.

4. Pour les jambes, les mains, les pieds, etc., votre douleur est-elle des deux côtés?

Oui Non

5. Quelle est la cause de votre douleur ?

Cocher une seule réponse (la plus probable selon vous)

Maladie ostéo-articulaire ou musculaire (*squelette, articulations, muscles ; par ex : arthrose, arthrite, etc...*)

Suite à un accident ou suite à une chirurgie (*cicatrice par exemple*)

Maladie ou lésion d'un nerf (*maladie ou lésion neurologique ; par ex : hernie discale qui comprime un nerf*)

Maladie localisée à la tête (*migraines, céphalées ou douleurs de la face*)

Maladie d'un organe (*colon, intestin, prostate, cœur, poumon, etc...*)

Cancer

Autre cause (*Merci de préciser laquelle*) : _____

Je ne sais pas

6. **Votre douleur** présente-t-elle **une ou plusieurs des caractéristiques suivantes** ?

Merci de cocher une case pour chaque ligne

- a) Brûlures Oui Non
b) Sensation de froid douloureux Oui Non
c) Décharges électriques Oui Non

7. **Votre douleur** est-elle associée dans la même région du corps à **un ou plusieurs des symptômes suivants** ? (cela peut être précisément où vous avez mal ou dans un endroit proche)

Merci de cocher une case pour chaque ligne

- a) Fourmillements Oui Non
b) Picotements Oui Non
c) Démangeaisons Oui Non
d) Engourdissements Oui Non

8. Durant les **six derniers mois**, avez-vous consommé des **médicaments** pour diminuer **votre douleur** ?

Oui Non

9. Durant les **six derniers mois**, avez-vous pris des médicaments **dérivés de la morphine/opiacés** pour diminuer **votre douleur** ?

Par exemple : Actiq, Co-dafalgan, Durogésic, Fentanyl, Méthadone, Morphine, MST Continus, Oxycontin/Oxynorm, Oxycodone, Palladon, Palexia, Pethidin, Targin, Temgesic, Tramadol/Tramal, Transtec, Zaldiar, Buprenorphin, Effentora, Hydromorphone, Journista, Ketalgin, Kapanol, L-Polamidon, Matrifen, Methadon, M-retard, Sevredol, Sevre-Long.

Oui Non Je ne sais pas

10. Durant les **six derniers mois**, avez-vous pris un **complément alimentaire** (vitamines, minéraux, oligo-éléments) ou une **plante médicinale** (phytothérapie, substance naturelle) dans le but de diminuer **votre douleur** ?

Oui Non

Si oui, merci d'indiquer le nom du complément ou de la substance : _____

III. Intensité de votre douleur et impact sur la vie quotidienne

Pour les questions suivantes (1 à 7), merci d'utiliser l'échelle de 0 à 10 répondre en cochant une réponse uniquement.

1. A combien évaluez-vous **votre douleur maintenant (au moment présent)** sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie «pas de douleur» et 10 signifie «la douleur maximale imaginable» ?

Cocher une seule case

Pas de douleur											Douleur maximale imaginable
											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. Durant les **six derniers mois**, quelle a été l'**intensité** de **votre pire douleur** sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie «pas de douleur» et 10 signifie «la douleur maximale imaginable» ?
Cocher une seule case

		Douleur maximale imaginable								
Pas de douleur										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Durant les **six derniers mois**, quelle était **en moyenne** l'**intensité** de **votre douleur** sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie «pas de douleur» et 10 signifie «la douleur maximale imaginable» ? (il s'agit de la douleur habituelle que vous ressentez quand elle est présente)
Cocher une seule case

		Douleur maximale imaginable								
Pas de douleur										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Durant **combien de jours environ** sur les **six derniers mois** avez-vous **été incapable de réaliser vos activités quotidiennes habituelles** (travail, études, tâches ménagères) à cause de **votre douleur** ?
Cocher une seule case

0-6 jours
 7-14 jours
 15-30 jours
 31 jours ou plus

5. Durant les **six derniers mois**, dans quelle mesure **votre douleur** a-t-elle **interféré avec vos activités quotidiennes habituelles**, sur une échelle de 0 à 10 où 0 signifie «aucune interférence» et 10 signifie «incapable d'effectuer ces activités» ?
Cocher une seule case

		Incapable d'effectuer ces activités								
Aucune interférence										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Durant **les six derniers mois**, dans quelle mesure **votre douleur** a-t-elle **changé votre capacité à participer à des activités de loisirs, sociales et familiales**, sur une échelle de 0 à 10 où 0 signifie «pas de changement» et 10 signifie «changement extrême» ?
Cocher une seule case

Pas de changement		Changement extrême								
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Durant **les six derniers mois**, dans quelle mesure **votre douleur** a-t-elle **changé votre capacité à travailler** (inclus travail ménager), sur une échelle de 0 à 10 où 0 signifie «pas de changement» et 10 signifie «changement extrême» ?
Cocher une seule case

Pas de changement		Changement extrême								
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Les traitements de votre douleur

Les questions suivantes concernent les traitements de votre douleur actuelle. La définition des différentes méthodes de traitement est accessible dans un lexique sur la feuille jaune en annexe. N'hésitez pas à le consulter si vous ne connaissez pas une méthode.

1. Quelle(s) **méthode(s)** ou quel(s) **traitement(s)** avez-vous **déjà utilisé(e)(s)** pour le traitement de **votre douleur** ?
Cocher une seule réponse par ligne, chaque ligne doit contenir une réponse

A) **Médicaments** prescrits pour diminuer votre douleur Oui Non

B) **Opération chirurgicale** pour diminuer votre douleur Oui Non

C) **Physiothérapie** pour diminuer votre douleur Oui Non

- D) **Infiltration** pour diminuer votre douleur
(piqûre/injection à l'endroit douloureux ou à un autre endroit) Oui Non
- E) **Ostéopathie** pour diminuer votre douleur Oui Non
- F) **Acupuncture** pour diminuer votre douleur Oui Non
- G) **Hypnose** pour diminuer votre douleur Oui Non
- H) **Massage thérapeutique** pour diminuer votre douleur Oui Non
- I) **Méthode d'auto-soin apparentée au massage** pour
diminuer votre douleur
Exemple : auto-massage thérapeutique, acupressure, etc... Oui Non
- J) **Méthode de mouvements** pour diminuer votre douleur
Exemple : Yoga, Tai Chi, Qi Gong, etc... Oui Non
- K) **Méthode psycho-corporelle** (qui met en lien le corps et l'esprit)
pour diminuer votre douleur
Exemple : auto-hypnose, sophrologie, relaxation,
exercice de respiration, technique de visualisation,
méditation, etc Oui Non
- L) **Méthode d'art-thérapie** pour diminuer votre douleur
Exemple : musique, peinture, danse, etc... Oui Non
- M) **Activité physique adaptée** pour diminuer votre douleur
Exemple : gymnastique aquatique, vélo stationnaire,
marche à un rythme modéré, etc... Oui Non

N) **Modification de votre alimentation** pour améliorer le traitement de votre douleur Oui Non

O) **Entretien** avec un(e) médecin psychiatre ou un(e) psychologue Oui Non

P) **Autre méthode** pour diminuer votre douleur (si vous en utilisez une autre) Oui Non

Merci de préciser laquelle (lesquelles): _____

2. Si votre médecin vous le proposait, à quel point seriez-vous prêt(e) à utiliser les méthodes suivantes comme complément au traitement de votre douleur, sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie «pas du tout prêt(e)» et 10 signifie «tout à fait prêt(e)» ?

Cocher une seule case par méthode, chacune des questions A à D doit contenir une réponse.

A) **Ostéopathie**
Cocher une seule case

Pas du tout prêt(e)											Tout à fait prêt(e)
											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

B) **Acupuncture**
Cocher une seule case

Pas du tout prêt(e)											Tout à fait prêt(e)
											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

C) **Hypnose**
Cocher une seule case

Pas du tout prêt(e)											Tout à fait prêt(e)
											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

D) **Massage thérapeutique**
Cocher une seule case

Pas du tout prêt(e)											Tout à fait prêt(e)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											
<input type="checkbox"/>																					

3. Si votre médecin vous le proposait, à quel point seriez-vous **prêt(e) à pratiquer les différentes méthodes d'auto-soin** (pratiquées par vous-même) ci-dessous comme complément au traitement de **votre douleur** sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie « pas du tout prêt(e) » et 10 signifie « tout à fait prêt(e) » :

A) Une **méthode d'auto-soin apparentée au massage** adaptée à votre douleur ?
Exemple : auto-massage thérapeutique, acupressure, etc...
Cocher une seule case

Pas du tout prêt(e)											Tout à fait prêt(e)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											
<input type="checkbox"/>																					

B) Une **méthode de mouvements** adaptée à votre douleur ?
Exemple : Yoga, Tai Chi, Qi Gong, etc...
Cocher une seule case

Pas du tout prêt(e)											Tout à fait prêt(e)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											
<input type="checkbox"/>																					

C) Une **méthode psycho-corporelle** (qui met en lien le corps et l'esprit) adaptée à votre douleur ?
Exemple : auto-hypnose, sophrologie, relaxation, exercice de respiration, technique de visualisation, méditation, etc...
Cocher une seule case

Pas du tout prêt(e)											Tout à fait prêt(e)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											
<input type="checkbox"/>																					

D) Une **méthode d'art-thérapie** adaptée à **votre douleur** ?

Exemple : musique, peinture, danse, etc...

Cocher une seule case

Pas du tout prêt(e)											Tout à fait prêt(e)
											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

E) Une **activité physique adaptée** pour améliorer à **votre douleur** ?

Exemple : gymnastique aquatique, vélo stationnaire, marche à un rythme modéré, etc...

Cocher une seule case

Pas du tout prêt(e)											Tout à fait prêt(e)
											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

F) Une **modification de votre alimentation** pour améliorer le traitement de **votre douleur** ?

Cocher une seule case

Pas du tout prêt(e)											Tout à fait prêt(e)
											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

G) Parler de **votre douleur** avec un(e) **médecin psychiatre** ?

Cocher une seule case

Pas du tout prêt(e)											Tout à fait prêt(e)
											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

H) Parler de **votre douleur** avec un(e) **psychologue** ?
Cocher une seule case

Pas du tout prêt(e)											Tout à fait prêt(e)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											
<input type="checkbox"/>																					

I) Parler de **votre douleur** dans un **groupe de parole** (groupe de personnes souffrant de douleur chronique)?
Cocher une seule case

Pas du tout prêt(e)											Tout à fait prêt(e)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											
<input type="checkbox"/>																					

ATTENTION !

-->Les questions suivantes (4 à 6) concernent **l'auto-soin en général** ; c'est-à-dire une méthode ou thérapie pratiquée par vous-même. Il s'agit d'une ou plusieurs méthode(s) de la question précédente (selon votre préférence : auto-massage, mouvements, psycho-corporelle, art-thérapie, activité physique et/ou alimentation).

4 . A quel point êtes-vous **prêt(e) à pratiquer** une méthode d'**auto-soin** comme complément au traitement de **votre douleur** sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie «pas du tout prêt» et 10 signifie «tout à fait prêt» ?
Cocher une seule case

Pas du tout prêt(e)											Tout à fait prêt(e)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											
<input type="checkbox"/>																					

5. A quel point est-il **important pour vous** de pratiquer une méthode d'**auto-soin** comme complément au traitement de **votre douleur** sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie «pas du tout important» et 10 signifie «tout à fait important» ?

Cocher une seule case

Pas du tout important											Tout à fait important
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6. A quel point auriez-vous **confiance dans vos capacités** à pratiquer une méthode d'**auto-soin** comme complément au traitement de **votre douleur** sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie «pas du tout confiance» et 10 signifie «tout à fait confiance» ?

Cocher une seule case

Pas du tout confiance											Tout à fait confiance
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

7. **Qui selon vous devrait choisir** quelle méthode mentionnée dans les questions précédentes pourrait compléter le traitement de **votre douleur** ?

Cocher une seule case

Le médecin Moi-même Les deux ensemble Je ne sais pas

8. Si votre médecin vous proposait certaines **méthodes évoquées dans ce questionnaire** pour compléter le traitement de **votre douleur**, à quel point serait-il important pour vous qu'elles soient **accessibles au CHUV** sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie «Pas du tout important» et 10 signifie «Tout à fait important» ?

Cocher une seule case

Pas du tout important											Tout à fait important
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

V. Votre humeur

Dans la série de questions ci-dessous (1-14), lisez chacune des phrases suivantes et cochez la réponse qui se rapproche le plus du sentiment que vous avez éprouvé au cours des 7 derniers jours. Ne réfléchissez pas trop avant de répondre: une réponse spontanée à chaque phrase sera certainement plus significative qu'une réponse longuement réfléchie.

1. **Je suis tendu(e)**

Cocher une seule réponse

- Très souvent
- Souvent
- Quelquefois
- Jamais

2. **Je prends plaisir aux mêmes choses qu'avant**

Cocher une seule réponse

- Tout à fait autant
- Pas tout à fait autant
- Un peu seulement
- Presque plus du tout

3. **J'éprouve une certaine appréhension, comme si quelque chose de terrible allait arriver**

Cocher une seule réponse

- Oui, et c'est très fort
- Oui, mais ce n'est pas trop fort
- Parfois, mais ça ne m'inquiète pas
- Jamais

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

Cocher une seule réponse

- Autant que par le passé
- Plus tout à fait autant qu'avant
- Vraiment moins qu'avant
- Jamais

5. **Des idées inquiétantes me passent par la tête**

Cocher une seule réponse

- Pratiquement tout le temps
- Souvent
- Pas trop souvent
- Très rarement

6. **Je me sens gai(e) / de bonne humeur**

Cocher une seule réponse

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Très souvent

7. **J'arrive à rester tranquille et à me détendre**

Cocher une seule réponse

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

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

Cocher une seule réponse

- Pratiquement tout le temps
- Très souvent
- Parfois
- Jamais

9. **J'éprouve des sensations de peur comme si j'avais l'estomac noué**

Cocher une seule réponse

- Jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Très souvent

10. **J'ai cessé de m'intéresser à mon apparence physique**

Cocher une seule réponse

- Tout à fait
- Je ne m'y intéresse pas autant que je le devrais
- Je m'y intéresse peut-être moins qu'avant
- Je m'y intéresse autant qu'avant

11 **Je suis agité(e) comme si je n'arrivais pas à tenir en place**

Cocher une seule réponse

- Vraiment beaucoup
- Beaucoup
- Pas beaucoup
- Pas du tout

12. **Je me réjouis à l'idée des choses à venir**

Cocher une seule réponse

- Autant qu'avant
- Un peu moins qu'avant
- Vraiment moins qu'avant
- Presque plus du tout

13. **Il m'arrive d'être pris(e) de panique**

Cocher une seule réponse

- Vraiment très souvent
- Assez souvent
- Pas très souvent
- Jamais

14. **J'arrive à apprécier un bon livre ou une bonne émission radio ou de télévision**

Cocher une seule réponse

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Très rarement

Remarques générales sur le questionnaire ou le traitement de la douleur :

Vérifiez maintenant que vous avez répondu à toutes les questions. Merci ensuite de glisser le questionnaire dans l'enveloppe préaffranchie et de le poster.

Merci beaucoup pour votre participation !



Lexique des méthodes de traitement apparaissant dans le questionnaire

Ce lexique de méthodes ne se veut pas exhaustif en ce qui concerne la description de la méthode, mais un court descriptif.

- ❖ **Acupuncture** : introduction de fines aiguilles en des points particuliers du corps qui, selon la théorie des méridiens, sont reliés avec les organes internes ce qui permet de les influencer à des fins thérapeutiques. L'acupuncture fait partie des méthodes de la médecine traditionnelle chinoise.
- ❖ **Hypnose** : état de conscience particulier, entre la veille et le sommeil, provoqué par la suggestion du thérapeute. Le but des suggestions peut être une modification de la perception de la douleur au niveau de l'activité du cerveau.
- ❖ **Massage thérapeutique** : action de masser ou presser sur différentes parties du corps pour les assouplir et soulager les douleurs. Cette technique manuelle se pratique avec des mouvements des mains sur les différents tissus, agissant entre autre sur la peau, les muscles, les tendons et les ligaments.
- ❖ **Ostéopathie** : technique visant à améliorer, au moyen de manipulations manuelles spécifiques exercées à la surface du corps, la capacité fonctionnelle et la mobilité de la charpente osseuse, ainsi que la musculature squelettique.

Méthodes d'auto-soin : l'auto-soin peut être défini comme toute décision, méthode ou thérapie que le patient effectue par lui-même pour améliorer ou conserver sa santé (exemple : prise de médicaments, poche de glace, application de chaleur, repos, exercice musculaire, etc.). Les méthodes ci-dessous font partie de l'auto-soin.

1. Méthodes apparentées au massage

- ❖ **Auto-massage** : méthode de massage thérapeutique effectuée par soi-même.
- ❖ **Acupressure** : méthode de massage par pression sur des points précis du corps. Elle fait partie des méthodes de la médecine traditionnelle chinoise.

2. Méthodes de mouvements

- ❖ **Yoga** : discipline du corps et de l'esprit qui comprend une grande variété d'exercices et de techniques. Les techniques employées utilisent des postures physiques, des pratiques respiratoires et de méditation, ainsi que de la relaxation profonde. Le yoga fait partie de la médecine de l'Inde ancienne.
- ❖ **Tai Chi** : art corporel orienté vers le bien-être et la santé, qui consiste en des enchaînements très précis de mouvements exécutés au ralenti. Le Tai Chi fait partie des méthodes de la médecine traditionnelle chinoise.
- ❖ **Qi Gong** : le Qi Gong ressemble beaucoup au Tai Chi, c'est un ensemble de mouvements lents et liés à la respiration. Le Qi Gong fait partie des méthodes de la médecine traditionnelle chinoise.

3. Méthodes psycho-corporelles (qui met en lien le corps et l'esprit)

- ❖ **Auto-hypnose** : consiste par soi-même à entrer dans un état d'hypnose par différentes techniques que l'on peut apprendre avec un thérapeute.
- ❖ **Sophrologie** : technique de relaxation basée sur des exercices de respiration et de gestion de la pensée. Il s'agit d'une technique de relaxation qui plonge le sujet dans un état de conscience modifié, qui lui permet de se concentrer sur un besoin bien spécifique.
- ❖ **Relaxation** : techniques de relaxation visant globalement une réduction du stress.
- ❖ **Exercice de respiration** : exercices dont le but est de maîtriser sa respiration pour diminuer le stress.
- ❖ **Techniques de visualisation** : utilisation de l'imagination à des fins thérapeutiques.
- ❖ **Méditation** : pratique visant à produire la détente ou l'apaisement progressif du mental voire une simple relaxation.

4. Méthodes d'art-thérapie : L'art-thérapie est un terme générique désignant plusieurs méthodes thérapeutiques axées sur la psychologie et le travail sur des supports artistiques et créatifs.

- ❖ **Musique** : la musicothérapie utilise différents éléments musicaux avec comme objectif de travailler sur les émotions du patient à des fins thérapeutiques.
- ❖ **Peinture** : travailler sur les émotions du patient à l'aide de la peinture, et utiliser cette dernière à des fins thérapeutiques.
- ❖ **Danse** : utilise la mobilité et l'expression corporelle à des fins thérapeutiques. La thérapie par le mouvement et la danse est une méthode axée sur la découverte et la modulation de ses propres facultés motrices.

5. Activité physique adaptée

- ❖ **Gymnastique aquatique** : aussi appelée aquagym, elle est une forme de gymnastique qui se pratique dans l'eau (y compris vélo-aquatique ou aqua cycling).
- ❖ **Vélo stationnaire** : aussi appelé bicyclette d'exercice, vélo d'intérieur ou vélo d'appartement.
- ❖ **Marche à rythme modéré** : marche à environ 4 km/h.

6. Modification de l'alimentation

- ❖ **Supplément alimentaire** : il s'agit d'un complément à l'alimentation, par exemple : vitamines, minéraux, oligo-éléments, acides gras ou acides aminés.
- ❖ **Phytothérapie** : repose sur l'emploi de plantes médicinales (plantes ayant des effets bénéfiques sur la santé).