

# PCS

## *L'Échelle des pensées catastrophiques*

### Manuel de l'utilisateur

Droits d'auteur 1995, 2001, 2004

Michael JL Sullivan, Ph.D  
Centre universitaire pour la recherche sur la douleur et l'incapacité  
Université de Montréal  
Département de psychologie  
C.P. 6128 Succ. Centre Ville  
Montréal, QC  
H3C 3J7

[www.pdp-pgap.com](http://www.pdp-pgap.com)

courriel: michael.jl.sullivan@umontreal.ca

## Table des matières

	Page
L'Échelle des pensées catastrophiques	3
La catastrophisation de la douleur: le concept	3
Théorie et mécanismes	5
Modèle interpersonnel de la gestion du stress	7
Le rôle de l'attention	8
Le développement de l'RCD	10
L'interprétation des résultats de l'RCD	11
Implications cliniques	13
Références	16
ANNEXE A: RCD Résultats bruts et percentiles	
ANNEXE B: PCS (English version) et RCD (version française)	

# La catastrophisation de la douleur

## Le concept

Dans *Sur l'eau*, le romancier Maupassant (1875) écrit :

« La migraine, l'horrible mal, la migraine qui torture comme aucun supplice ne l'a pu faire, qui broie la tête, rend fou, égare les idées et disperse la mémoire ainsi qu'une poussière au vent, la migraine m'avait saisi, et je dus m'étendre dans ma couchette, un flacon d'éther sous les narines. »

Les mots de Maupassant décrivent le supplice de sa douleur, sa détresse émotionnelle et l'incapacité que la douleur amène dans sa vie. Il se sent enseveli par sa douleur et incapable de la gérer. Il cède à la douleur et cherche des drogues ou des médicaments pour l'apaiser. Aujourd'hui, les spécialistes en psychologie de la douleur défendraient l'idée voulant que la « pensée catastrophique » de Maupassant concernant sa douleur a certainement joué un rôle en augmentant l'intensité de la douleur ressentie.

Afin de saisir l'essence des présentes conceptualisations de la pensée catastrophique, il est utile de considérer quatre textes qui ont donné leurs fondations à la littérature portant sur la catastrophisation de la douleur (Chaves and Brown, 1978; Spanos et al, 1979; Rosenstiel and Keefe, 1983; Sullivan et al., 1995). Dans une première étude, John Chaves et Judith Brown (1978) ont demandé à des patients de dentistes de rapporter les pensées et les images qu'ils expérimentaient, ou les stratégies qu'ils utilisaient, durant une procédure dentaire stressante. Ils ont trouvé que les individus qui s'engageaient dans des pensées catastrophiques étaient particulièrement susceptibles de vivre de hauts niveaux de détresse pendant la procédure dentaire. Les catastrophisateurs ont été décrits comme des individus ayant une tendance à accroître ou exagérer la menace ou la sévérité des sensations de douleur (i.e., « J'ai peur que ma douleur puisse empirer »).

Nicholas Spanos et ses collègues de Carleton University se sont aussi intéressés aux facteurs psychologiques qui influencent l'expérience de la douleur (Spanos et al., 1979). Dans leur recherche, ils demandaient à des étudiants de l'université de plonger un de leurs bras dans un contenant d'eau très froide et ensuite de rapporter le degré de douleur ressenti. L'immersion d'un membre dans de l'eau froide est souvent utilisée comme moyen pour induire de la douleur en laboratoire. Cette procédure, à laquelle on réfère sous le nom d'« épreuve au froid », peut induire une douleur significative sans causer de blessure aux tissus. Spanos et al (1979) ont interviewé leurs sujets à propos de leur expérience de douleur suite à leur participation à l'épreuve au froid. Les individus ayant rapporté de l'inquiétude, de la

peur, et l'incapacité de diriger leur attention ailleurs que sur la douleur ont été classifiés comme des catastrophisateurs (i.e., « Je pensais toujours : Je ne peux pas supporter ça tellement plus longtemps, je veux arrêter »). Comme l'avait rapportés Chaves et Brown (1978), les individus relatant des pensées catastrophiques rapportaient les niveaux de douleur les plus élevés.

Frank Keefe et ses collègues de Duke University (Rosentstiel et Keefe, 1983; Keefe et al., 1989) se sont intéressés aux pensées rattachées à la douleur ressentie par les individus souffrants de douleur chronique. Ils ont développé le Coping Strategies Questionnaire (CSQ), constitué de 7 sous-échelles de coping, incluant une sous-échelle de pensée catastrophique. Les items de l'échelle de pensée catastrophique reflètent des éléments d'impuissance et de pessimisme en relation avec l'habilité d'un individu à gérer la douleur (i.e., « C'est terrible et je pense que ça ne s'améliorera jamais »). De nombreuses études, conduites par Keefe et ses collègues, ont démontré que les individus qui obtiennent de hauts scores sur l'échelle de pensée catastrophique du CSQ expérimentent de plus hauts niveaux de détresse physique et émotionnelle en lien avec leur douleur.

Michael Sullivan et ses collègues (Sullivan et al., 1995) ont développé l'Échelle des Pensées Catastrophiques (RCD) afin de créer un instrument d'évaluation compréhensif qui pourrait réunir les différentes perspectives sur la pensée catastrophique discutées par les chercheurs nommés précédemment. Le RCD est présentement un des outils de mesure le plus largement utilisé pour évaluer les pensées catastrophiques reliées à la douleur. Il a été traduit en plusieurs langues et a été incorporé au protocole d'évaluation des cliniques de douleur et des centres de réadaptation à travers l'Amérique du Nord et l'Europe. Le RCD comporte trois dimensions de la pensée catastrophique : la rumination (« Je ne peux m'empêcher de penser à quel point ça fait mal »), l'amplification (« Je me demande si quelque chose de grave va se produire »), et l'impuissance (« C'est terrible et je sens que c'est plus fort que moi »).

La pensée catastrophique est présentement définie comme :

*«un ensemble de pensées négatives amenées à l'esprit durant l'expérience actuelle ou anticipée de la douleur»* (Sullivan et al., 2001).

### **La catastrophisation de la douleur : un déterminant des conséquences reliées à la douleur**

La recherche a soutenu une conceptualisation multidimensionnelle de la pensée catastrophique incluant des éléments de rumination, d'amplification et d'impuissance (Sullivan et al., 1995; Osman et al., 2000; Van Damme et al., 2002). Les individus qui ont des scores élevés sur les échelles de catastrophisation de la douleur expriment une douleur plus intense (Sullivan et d'autres., 1995), souffrent plus de

dépression et d'anxiété sévère (Keefe et d'autres., 1989; Martin et d'autres., 1996), démontrent plus de comportements de douleur et d'incapacité (Sullivan et al., 1998, Keefe et al., 2000; Sullivan et Stanish, 2003), consomment plus d'analgésiques (Bedard et al., 1997; Jacobsen et Butler, 1996) et ont des séjours prolongés lorsque hospitalisés (Gil et al., 1992).

Jusqu'à ce jour, environ 200 études ont été publiées documentant une relation entre la pensée catastrophique et la douleur. Une relation significative entre la pensée catastrophique et les conséquences reliées à la douleur a été observée dans de nombreux échantillons de patients souffrant de douleur. Ces échantillons comprenaient des patients souffrant d'arthrite rhumatoïde (Keefe et al., 1989), d'ostéoarthrite (Keefe et al., 1997), de fibromyalgie (Martin et al., 1996), de drépanocytose (Gil et al., 1992), de lésions aux tissus mous (Sullivan et al., 1998 ; Sullivan et Stanish, 2003), de patients dentaires (Sullivan et Neish, 1999) et des patients en rémission de chirurgie (Jacobsen et Butler, 1996). Une relation entre la pensée catastrophique et les conséquences reliées à la douleur a été observée chez des enfants aussi jeunes que sept ans (Crombez et al., 2002 ; Gil et al., 1993).

La relation entre la pensée catastrophique et la douleur semble émerger tôt dans le développement, a été observée dans une grande étendue de situations cliniques et expérimentales provoquant la douleur et démontre une fiabilité remarquable. De ces travaux ressort une vision implicite du lien causal entre la pensée catastrophique et la douleur. L'ensemble des découvertes semble supporter la causalité, ou au moins, le statu précurseur de la pensée catastrophique. Par exemple, évaluée lorsque les individus ne sont pas dans un état de douleur, la pensée catastrophique prédit les niveaux de douleur rapportés en réponse à la stimulation aversive. Les résultats obtenus à l'échelle de pensée catastrophique une semaine (Sullivan et Neish, 1999) ou dix semaines (Sullivan et al., 1995) avant une procédure douloureuse prédisait la douleur rapportée. La pensée catastrophique prédit l'évaluation de la douleur chez les patients arthritiques six mois plus tard et ce même en contrôlant l'évaluation initiale de la douleur (Keefe et al., 1989).

### **Théorie et Mécanismes**

Il n'est pas clair à quel moment le terme pensée catastrophique a été utilisé pour la première fois dans la littérature psychologique, mais on note des références à la pensée catastrophique dans les écrits psychologiques datant d'avant le début du siècle. Dans les années soixante, le terme pensée catastrophique a été utilisé pour décrire la pensée excessivement négative des individus atteints de dépression. Par exemple, Beck (1967) décrivait la pensée catastrophique comme une « distorsion cognitive » qui pourrait contribuer au développement ou à l'exacerbation des symptômes de la dépression. Le terme pensée catastrophique a aussi été utilisé pour décrire l'état mental des individus souffrant de divers troubles anxieux (Beck et Emery, 1985). Il est possible que les caractéristiques essentielles de la pensée

catastrophique dans la dépression et l'anxiété soient similaires à celles de la pensée catastrophique lorsque discutée dans la littérature portant sur la douleur (Turner et Aaron, 2001). Néanmoins, certains hésitent à les considérer équivalentes. La pensée catastrophique dans la littérature portant sur la dépression et l'anxiété a été caractérisée en des termes plutôt « pathologiques ». Cette vision n'est pas nécessairement entretenue dans la littérature sur la douleur (Sullivan et al., 2004). Certains indices permettent de croire que la pensée catastrophique participe de façon profitable aux stratégies de gestion du stress utilisées quotidiennement par certaines personnes. C'est peut-être seulement dans des situations où les individus développent des conditions de douleur chronique que la pensée catastrophique devient réellement problématique.

Un certain nombre de modèles théoriques ont été proposés afin d'augmenter notre compréhension de la façon dont la pensée catastrophique influence la douleur (Sullivan et al., 2001). Ces théories comprennent un modèle Beckien des erreurs cognitives où la pensée catastrophique est comparée à la pensée disfonctionnelle présente chez les dépressifs. Il existe également un modèle évaluatif caractérisé par la perception exagérée de la menace que représentent les sensations de douleur et enfin un modèle de gestion du stress où la pensée catastrophique est décrite comme un moyen d'obtenir du soutien social de la part des autres.

Si la pensée catastrophique est conceptualisée comme une erreur cognitive, comme le suggère le modèle de la dépression de Beck, les interventions devraient être similaires à celles proposées dans le traitement de la dépression. La restructuration cognitive est la stratégie typique utilisée pour réduire la pensée disfonctionnelle chez les dépressifs. Cette approche met l'accent sur l'identification de cognitions automatiques et inadaptées afin de les remplacer par des pensées plus rationnelles et réalistes (Beck, 1995).

Si la catastrophisation est perçue comme un processus d'évaluation donnant lieu à une plus grande attention portée à la douleur, à des perceptions de menaces et à l'anticipation de l'aggravation de la douleur, les interventions devraient tenter de déplacer le centre d'attention de la pensée catastrophique vers des stratégies de distraction et autres stratégies de gestion du stress. Cela résulterait théoriquement en la réduction des ressources attentionnelles dirigées vers la pensée catastrophique et la perception de la douleur (Eccleston et Crombez, 1999).

Même si cela peut sembler contre intuitif d'adopter la théorie voulant que la pensée catastrophique soit une stratégie de gestion du stress, certains travaux récents indiquent que la pensée catastrophique serait une façon d'obtenir du soutien social de la part des autres (Sullivan et al., 2000). Sullivan et ses collègues ont proposé que la pensée catastrophique pourrait en fait représenter une approche interpersonnelle de gestion la détresse liée à la douleur. Ce modèle a émergé de la recherche démontrant que les individus qui catastrophisent n'expérimentent pas

seulement plus de douleur mais sont aussi plus expressifs lorsqu'ils souffrent (Sullivan et al., 2000).

### **Un modèle interpersonnel de la gestion du stress**

Chaque individu peut différer dans la manière qu'il a d'exprimer ou de démontrer sa douleur. Certaines personnes ressentent de hauts niveaux de douleur sans montrer de signes extérieurs de la douleur vécue. D'autres sont très expressifs quand il s'agit de leur expérience de douleur. Lorsque les individus expriment leur douleur par des comportements tels que des grimaces ou des vocalisations de détresse, ils sont susceptibles d'attirer l'attention des autres dans leur environnement social. Il est possible que les non-catastrophisateurs préfèrent gérer leur douleur de manière solitaire et ainsi minimiser l'étalage de leur détresse afin d'éviter d'attirer l'attention. Les catastrophisateurs, toutefois, préfèrent peut-être une approche interpersonnelle de gestion du stress; en d'autres mots, ils préfèrent peut-être gérer leur détresse en présence des autres dans leur environnement social. L'expression de la détresse pourrait être une composante nécessaire d'une approche interpersonnelle de la gestion du stress. En effet, c'est seulement à travers une communication claire de la détresse que les autres dans l'environnement social pourront déterminer qu'une aide est requise.

Bien qu'il y ait eu des discussions considérables quant à la nature inadaptée de la pensée catastrophique, il est aussi nécessaire de considérer qu'il peut y avoir des dimensions adaptatives à la pensée catastrophique. La recherche qui émerge depuis deux décennies indique que les individus qui catastrophisent sont plus attentifs aux signaux de douleur et plus expressifs de leur état physique actuel et de leur détresse émotionnelle (Sullivan et al., 2001). Si l'on considère que la douleur est souvent un signal de blessure aux tissus, une attention plus soutenue aux signaux de douleur peut être tout à fait adaptative. Une attention soutenue aux signaux de douleur et une communication efficace de ces signaux peuvent faciliter la détection précoce ainsi que le traitement de maladies graves.

Sullivan et ses collègues (2001) ont suggérés que les catastrophisateurs sont exagérément expressifs de leur douleur afin de maximiser la proximité et de solliciter l'aide ou des réponses empathiques de la part des autres dans leur environnement social. Malheureusement, en atteignant ces buts sociaux, les catastrophisateurs peuvent empirer leur expérience de la douleur et la rendre plus aversive. L'attention soutenue des catastrophisateurs à leur douleur et la démonstration exagérée de comportements de douleur peuvent devenir inadaptés en contribuant réellement à accroître leur expérience de douleur. De plus, les réponses préoccupées et soucieuses des autres peuvent servir à déclencher, maintenir ou renforcer l'expression exagérée de la douleur chez les catastrophisateurs.

Même si la stratégie de gestion du stress des grands catastrophisateurs peut sembler inadaptée, il est important de considérer qu'un style de gestion du stress interpersonnel peut ne devenir inadapté que lors d'états de santé associés à de la douleur chronique. En réponse à une douleur aiguë, une démonstration exagérée de la douleur peut résulter en un équilibre précaire, mais durable, entre la satisfaction des besoins d'affiliation ou de support et l'augmentation de la détresse liée à la douleur. Dans le cas de douleur aiguë, l'ensemble des bénéfices peut dépasser les coûts et renforcer les effets positifs (l'augmentation du soutien social, de l'attention et des réponses empathiques), contribuant ainsi à maintenir le style expressif des grands catastrophisateurs. Lorsqu'un état de santé devient chronique, cet équilibre peut être perturbé de façon à ce que les coûts l'emportent sur les bénéfices. Par exemple, les réponses de l'environnement social peuvent devenir de plus en plus négatives lorsque la démonstration de détresse s'étend sur une longue période. L'équilibre interrompu s'exprime alors par l'accroissement des conflits interpersonnels, le rejet social et la dépression.

Peterson et Moon (1999) ont soulevé l'intéressante possibilité selon laquelle la pensée catastrophique se développerait initialement suite à l'exposition à des événements de vie traumatiques. En d'autres mots, la pensée catastrophique aurait ses origines dans la réalité. Peterson et Moon (1999) proposent que les traumatismes de vie comme des pertes majeures, des accidents sévères et des expériences d'abus sensibiliseraient les individus à des réactions de détresse face à des stressors futurs.

### **Le rôle de l'attention**

L'attention aux signaux de douleur apparaît comme l'un des mécanismes par lequel la pensée catastrophique contribue à accroître la détresse physique et émotionnelle. Par exemple, l'échelle de rumination de l'échelle des pensées catastrophiques a été démontrée comme étant fortement corrélée avec les conséquences liées à la douleur. En d'autres mots, l'approbation à des items comme « Je continue de penser à combien ça fait mal » et « Je ne peux pas arrêter d'y penser » a été le plus souvent associé avec des symptômes de douleur plus sévères. Sullivan et Neish (1998) ont démontré que seul l'aspect rumination de la catastrophisation de la douleur contribue de manière significative à la variance unique prédisant l'intensification de la douleur durant les traitements d'hygiène dentaire. De plus, Sullivan et ses collègues (1998) ont rapportés que seulement la rumination contribuait de manière significative à la variance unique prédisant l'incapacité liée à la douleur dans un échantillon de patients souffrants de blessure aux tissus mous.

L'importance de l'association des mécanismes de l'attention avec la catastrophisation de la douleur a été discutée par plusieurs chercheurs. Crombez et ses collègues (1997) ont rapporté que les catastrophisateurs démontrent plus d'interférence sur des tâches d'attention soutenue que les non-catastrophisateurs lors de l'anticipation du déclenchement d'un stimulus de douleur. Heyneman et ses



collègues (1990) ont démontré que les catastrophisateurs n'arrivent pas à utiliser les stratégies cognitives de diversion de l'attention pour réduire leur douleur. Dans le même ordre d'idées, les données de Sullivan et de ses collègues (1997) suggèrent que l'habileté des catastrophisateurs à diriger leur attention ailleurs que sur la douleur est peut-être affectée. Eccleston et ses collègues (1997) ont suggérés qu'une attention excessive à la douleur peut faciliter l'accès de la douleur à la conscience et à l'amplification des sensations de douleur.

### **La pensée catastrophique et l'attention portée aux sensations douloureuses.**

Les mécanismes d'attention ont souvent été cités comme une variable médiatrice significative de l'augmentation des plaintes somatiques. Watson et Pennebaker (1989) ont suggéré qu'un centre attentionnel interne pourrait être l'un des facteurs qui sous-tend la relation entre les états émotionnels négatifs et l'augmentation des plaintes physiques. Artz et ses collègues (1994) ont rapporté que l'attention pourrait être le premier médiateur des effets de l'anxiété sur l'expérience de la douleur. Il a été suggéré que l'attention aux sensations de douleur pourrait en fait accroître le passage sensoriel des signaux de douleur vers le cerveau (Eccleston et Crombez, 1999). Il est possible que le centre d'attention représente une des dernières routes empruntées par les variables cognitives et affectives pour modifier l'expérience de la douleur.

### **La pensée catastrophique et le développement d'un état de santé chronique hyperalgésique**

Ronald Melzack et ses collègues de l'Université McGill ont récemment proposé un modèle de la douleur « neural matrix » suggérant que même si le traitement de la douleur par le cerveau est défini génétiquement, un tel traitement est modifié par l'expérience. Les facteurs qui accroissent le passage sensoriel des signaux de douleur peuvent, avec le temps, altérer réellement les seuils centraux d'excitabilité, et donc accroître la sensibilité à la douleur. En s'engageant dans une activité cognitive qui amplifie les signaux de douleur, les mécanismes neurologiques centraux des catastrophisateurs pourraient devenir plus sensibles, laissant place à l'installation d'un état de santé hyperalgésique chronique.

Somme toute, la recherche pourrait révéler que la relation entre la pensée catastrophique et les mécanismes centraux nociceptifs est bidirectionnelle. Ce raisonnement suggère que même si le processus qui sous-tend la relation entre la pensée catastrophique et la douleur est à prime abord de nature psychologique, des changements issus de l'expérience dans la sensibilité neuronale pourraient transformer ces processus et les mettre peu à peu sous le contrôle physiologique. La nature potentiellement auto-renforçante d'une relation bidirectionnelle entre la pensée catastrophique et le traitement nociceptif pourrait être l'un des facteurs

contribuant à la chronicité de plusieurs états de santé associés à de la douleur chronique.

Les découvertes révèlent une relation entre la pensée catastrophique et l'attention aux symptômes douloureux et suggère que les interventions qui aspirent à minimiser la pensée catastrophique devront éventuellement incorporer des stratégies permettant d'éloigner l'attention dirigée sur la douleur.

### **Le développement de l'RCD**

L'RCD a été développé en 1995 au Centre universitaire de recherche sur la douleur et l'incapacité dans le but de faciliter la recherche sur les mécanismes par lesquels la pensée catastrophique affecte l'expérience de la douleur. Les items de l'RCD proviennent de recherches expérimentales et cliniques antérieures sur la pensée catastrophique en relation avec l'expérience de la douleur (Chaves et Brown, 1987; Rosenstiel et Keefe, 1983; Spanos et al., 1979).

Les analyses factorielles de l'RCD ont démontré que la pensée catastrophique peut être vue comme un concept multidimensionnel comprenant des éléments de rumination (« Je ne peux m'empêcher de penser à combien ça fait mal »), d'amplification (« Je suis inquiet que quelque chose de grave puisse se produire »), et d'impuissance (« Je ne peux rien faire pour réduire l'intensité de la douleur »). La structure factorielle de l'RCD a été reproduite dans plusieurs recherches (Osman et al., 1997, 2000; Sullivan et al., 1995, 2000; Van Damme et al., 2002).

Une copie de l'RCD est annexée à ce document. Des copies électroniques peuvent être obtenues sur le site web mentionné sur la page titre du présent document. L'RCD est présentement un instrument publique et donc, aucun coût ne sont rattachés à son utilisation ou sa reproduction.

### **Évaluation de la pensée catastrophique avec l'utilisation de l'RCD**

L'RCD peut être complété et coté en moins de 5 minutes. Il est donc facile de l'inclure dans la pratique clinique régulière. La connaissance préalable du niveau de pensée catastrophique d'un patient, ajoutée à d'autres variables reliées à la douleur, permet l'établissement de plans d'interventions plus individualisés.

L'RCD est un instrument comportant 13 items dérivés des définitions de la pensée catastrophique décrites dans la littérature (Chaves et Brown, 1987; Spanos et al., 1979) autant que des items de la sous-échelle de pensée catastrophique du CSQ (Rosenstiel et Keefe, 1983). L'RCD demande un degré de lecture approximatif de six années d'étude.

Les instructions de l'RCD demandent aux participants de réfléchir à leurs expériences de douleur passées, et d'indiquer à quel point ils ont expérimenté chacune des 13 pensées ou émotions décrites lors de leur expérience de douleur, sur une échelle de 5 points délimitée par (0) pas du tout et (4) tout le temps. L'RCD produit un score total et trois scores des sous-échelles évaluant la rumination, l'amplification et l'impuissance. L'RCD a été démontrée comme ayant une fiabilité adéquate à excellente (coefficient alphas : total PCS = .87, rumination = .87, amplification = .66, et impuissance = .78; Sullivan et al., 1995).

Le résultat total de l'RCD est calculé en additionnant les réponses à chacun des 13 items. Les résultats total de l'RCD s'étendent de 0 à 52. Les sous-échelles de l'RCD sont calculées en additionnant les réponses aux items suivants :

Rumination:	total des items 8, 9, 10, 11
Amplification:	total des items 6, 7, 13
Impuissance:	total des items 1, 2, 3, 4, 5, 12

### **Interprétation des résultats de l'RCD : Échantillons cliniques**

L'annexe A fournit une table des résultats bruts de l'RCD associés avec les résultats en percentiles. Les résultats en percentiles sont dérivés d'un échantillon de blessés au travail ayant demandé une indemnisation au « Nova Scotia Workers Compensation Board ». Les caractéristiques générales de cet échantillon sont les suivantes :

Taille de l'échantillon:	851
Distribution des sexes:	438 hommes, 413 femmes
Âge:	42.2 ans (de 17 à 63 ans).
Moyenne de la durée de l'absence au travail :	6.9 mois
Type de blessure:	75% blessure aux tissus mous du dos

Les indices de tendance centrale et de distribution sont les suivants :

PCS

Moyenne	20.90
Médiane	20.00
Écart type	12.50
Asymétrie	0.26
Aplatissement	-0.87
Minimum	0
Maximum	50.00

Les équivalents en percentiles énumérés en annexe A devront être interprétés avec précaution lorsqu'ils seront appliqués à des échantillons asymptomatiques ou des individus souffrant de douleurs aiguës.

Même si les résultats de l'RCD sont distribués normalement, suggérant que les individus varient dans leur niveau de pensée catastrophique, il est utile de considérer les « résultats cut-off » pour les niveaux de pensée catastrophique pertinent à la clinique. La recherche au Centre universitaire de recherche sur la douleur et l'incapacité indique qu'un résultat total à l'RCD de 30 représente un niveau de pensée catastrophique cliniquement pertinent. Un résultat de 30 à l'RCD correspond au 75<sup>ème</sup> percentile de la distribution des résultats à l'RCD dans des échantillons cliniques de patients souffrants de douleurs chroniques. L'annexe A fournit le 75<sup>ème</sup> percentile en résultat « cut-off » pour les trois sous-échelles de l'RCD.

Pour les données de base normatives décrites plus haut, dans le sous-échantillon de patients dont les résultats étaient supérieurs à 30 (75<sup>ème</sup> percentile) à l'RCD;

70% étaient toujours sans emploi un an après leur blessure

70% se décrivaient comme totalement incapable de poursuivre des activités professionnelles

66% obtenaient un résultat supérieur à 16 (dépression modérée) au BDI-II.

### **Implications pour le dépistage**

Il devient de plus en plus clair que la pensée catastrophique en relation avec la douleur pourrait être un facteur de risque de la chronicité. En d'autres mots, la pensée catastrophique ne contribue pas seulement à accroître les niveaux de douleur

et de détresse émotionnelle, mais augmenterait aussi la probabilité que la douleur persiste au-delà d'une certaine durée. Janet Pavlin et ses collègues de l'Université de Washington (Pavlin et al., 2004) ont trouvé que des résultats élevés sur une mesure de la pensée catastrophique prédisait le niveau de douleur perçue suite à une chirurgie et contribuait à un plus haut niveau d'incapacité dans les semaines suivant immédiatement la chirurgie. Michael Forsythe et ses collègues de Dalhousie University (Forsythe et al., 2004) ont étudié un groupe de patients arthritiques pendant deux ans suite à une chirurgie de remplacement du genou. Leur étude a démontré que les individus qui obtenaient de hauts niveaux sur une mesure de la pensée catastrophique avaient plus de chances d'expérimenter une douleur persistante au genou et une incapacité deux ans suite à leur chirurgie. Certaines investigations récentes ont démontré que la pensée catastrophique, évaluée rapidement suite à une blessure occupationnelle, prédisait le développement de la douleur chronique et de l'incapacité (Picavet et al., 2002; Waddell et al., 2003). Ce genre de découverte suggère que si l'on pouvait minimiser la pensée catastrophique, probablement que la persistance de la douleur et de l'incapacité pourraient être réduites.

Dans les travaux récents sur la prévention de la chronicité, l'RCD a été utilisé comme mesure de dépistage pour évaluer les risques de douleur et d'incapacité prolongés. Les individus ayant obtenu des résultats entre le 50<sup>ème</sup> et le 75<sup>ème</sup> percentile sont considérés comme ayant un risque modéré de développer de la chronicité. Les individus ayant obtenu des résultats supérieurs au 75<sup>ème</sup> percentile seraient considérés comme ayant un risque élevé de développer de la chronicité. Les individus ayant obtenu des résultats élevés sur l'RCD seraient considérés comme de bons candidats pour un programme d'intervention visant les facteurs de risque (décrits plus en détails ci-dessous).

## **Implications cliniques**

Ces dernières années, de nombreux programmes d'intervention ont été développés afin de viser spécifiquement les facteurs de risque psychologiques de la douleur et de l'incapacité (Hasenbring et al., 1999; Linton et Anderson, 2000; Sullivan et Stanish, 2003; Thorn et al., 2001; Van den Hout, Vlaeyen, Heuts, Zijlema, et Wijnen, 2003; Vlaeyen, De Jong, Onghena, Kerckhoffs-Hanssen, et Kole-Snijders, 2002). Les programmes d'intervention ont typiquement pris la forme d'interventions cognitives et/ou comportementales structurées visant à minimiser l'ampleur des facteurs de risque psychologiques. De nombreuses études ont démontré que les interventions visant les facteurs de risque peuvent avoir un effet significatif sur l'amélioration du fonctionnement et sur la facilitation du retour au travail. Linton et ses collègues ont démontré qu'une intervention cognitive-comportementale de six semaines réduit efficacement l'absentéisme dans un échantillon de travailleurs considérés à risque de développer de la douleur chronique (Linton, 2002; Linton et Andersson, 2000;

Linton et Ryberg, 2001). Hasenbring et ses collègues ont rapporté des réductions de douleur significatives suite à une intervention visant un facteur de risque pour les patients souffrant d'une sciatique vertébrale commune (Turk, 2002). Des interventions de reprise graduelle de l'activité visant à réduire la peur du mouvement ont été démontrées efficaces pour faciliter le retour au travail et réduire l'absentéisme (Van Den Hout et al., 2003; Lindstrom et al., 1992; George, Fritz, Bialosky, et Donald., 2003). Sullivan et Stanish (2003) ont démontré qu'un programme d'intervention visant la catastrophisation de la douleur, la peur de se blesser de nouveau, l'incapacité perçue ainsi que la dépression peut significativement accroître la probabilité de retour au travail suite à une blessure professionnelle.

Le raisonnement voulant que la réduction des facteurs de risque devrait faciliter le progrès en réadaptation et le retour au travail suite à une blessure au travail a guidé le développement et la mise en oeuvre d'interventions visant les facteurs de risque (Pincus, Burton, et al., 2002; Pincus, Vlaeyen, et al., 2002; Feuerstein, Berkowitz, et Huang, 1999).

Notre centre a développé un programme d'interventions interpersonnelles visant à minimiser les facteurs de risque psychologiques de la chronicité. Le Programme de Prévention de la Douleur et de l'Incapacité Prolongée (PDIP) est une intervention cognitive-comportementale standardisée d'une durée de 10 semaines visant à augmenter la participation à des activités orientées vers des buts et à minimiser les obstacles psychologiques à la réadaptation suite à un accident de travail (Sullivan et Stanish, 2003). Les facteurs de risque psychologiques visés par cette intervention incluent la peur du mouvement et de se blesser de nouveau, les pensées catastrophiques, l'incapacité perçue et la dépression.

Dans l'ensemble, la participation au Programme PDIP est associée avec un retour au travail d'approximativement 62% chez les individus absents de leur travail pour une durée de plus de 6 mois. Pour les individus absent entre 3 et 6 mois, les niveaux de retour au travail étaient de 78%; la probabilité du retour au travail diminue en fonction de l'augmentation de la durée de l'absence au travail. Des analyses univariées révèlent que l'évaluation d'une diminution de tous les facteurs de risque avant et après l'intervention est associée avec une meilleure probabilité de retour au travail. Cependant, un haut niveau de variance partagée entre les prédicteurs ne permet pas de croire que toutes les variables ont contribué à la prédiction de la variance unique du retour au travail. La régression logistique a révélé que seuls les niveaux initiaux de catastrophisation de la douleur et de la peur du mouvement et de se blesser de nouveau ont contribué à prédire le retour au travail. La réduction de la pensée catastrophique a aussi été reliée à l'augmentation de la probabilité du retour au travail. Les niveaux initiaux de douleur, de dépression et d'incapacité perçue et la

diminution de ces mêmes variables n'ont pas contribué de façon unique à la prédiction du retour au travail. Même si la réduction de tous les facteurs de risque évalués a été significativement reliée au succès du traitement, les résultats indiquent que seulement la réduction de la pensée catastrophique a contribué significativement à la variance unique prédisant le retour au travail. Les résultats de cette recherche suggèrent que les interventions visant à réduire les niveaux de catastrophisation de la douleur pourraient être associées avec les meilleurs succès de retour au travail.

Pour plus d'information sur les programmes d'intervention visant la réduction de la catastrophisation de la douleur, veuillez consulter notre site web :

[www.pdp-pgap.com](http://www.pdp-pgap.com)

Les résultats démontrant que la réduction des facteurs de risque est associée avec une plus haute probabilité de retour au travail ont d'importantes implications pour la nature des interventions précoces prodiguées aux blessés au travail atteints de douleur. Les interventions psychologiques ont été sous-représentées parmi les programmes de prévention secondaire. Il est courant d'impliquer les professionnels de la santé mentale dans le traitement des individus avec une incapacité liée à une douleur de longue durée, où les buts du traitement sont plus souvent de nature palliative, adressant davantage les conséquences de la blessure que les facteurs de risque pour la chronicité. L'incorporation d'interventions visant les facteurs de risque lors des stages précoces du rétablissement donne espoir d'obtenir une amélioration significative du succès en réadaptation pour les individus qui sont à risque de poursuivre une trajectoire d'incapacité reliée à des douleurs prolongées.

## **ANNEXE A**

### **Résultats bruts et percentiles**

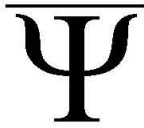


<b>ECD Total</b>	<b>Rumination</b>	<b>Amplification</b>	<b>Impuissance</b>	<b>Percentile</b>
				1
0				2
	0			3
				4
2				5
3	1		0	6
				7
				8
4				9
			1	10
5				11
				12
	2			13
		0		14
6				15
			2	16
7				17
				18
8	3			19
				20
9				21
			3	22
				23
10				24
				25
	4			26
		1		27
11				28
			4	29
				30
12	5			31
				32
				33
13				34
14				35
			5	36
				37
	6			38
15				39
				40
16				41
		2	6	42
				43
17	7			44
				45
				46
18			7	47
19				48
				49
<b>-20-</b>	<b>-8-</b>	<b>-3-</b>	<b>-8-</b>	<b>-50-</b>

<b>ECD Total</b>	<b>Rumination</b>	<b>Amplification</b>	<b>Impuissance</b>	<b>Percentile</b>
				51
				52
21				53
				54
22			9	55
				56
23				57
	9			58
				59
24			10	60
				61
25				62
		4		63
			11	64
26	10			65
				66
27				67
				68
28				69
			12	70
				71
				72
29				73
				74
<b>**30**</b>	<b>**11**</b>	<b>**5**</b>	<b>**13**</b>	<b>75</b>
				76
				77
31				78
		6	14	79
32	12			80
33				81
				82
			15	83
34				84
35				85
	13	7		86
36			16	87
37				88
			17	89
38		8		90
39	14			91
40			18	92
41		9		93
42				94
43			19	95
44	15			96
45		10	20	97
46		11	21	98
47-48			22	99
49-52	16	12	23-24	100

## **ANNEXE B**

**RCD: Versions anglaise et française**



# PCS

Client No.: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Sex: M( ) F( ) Date: \_\_\_\_\_

Everyone experiences painful situations at some point in their lives. Such experiences may include headaches, tooth pain, joint or muscle pain. People are often exposed to situations that may cause pain such as illness, injury, dental procedures or surgery.

We are interested in the types of thoughts and feelings that you have when you are in pain. Listed below are thirteen statements describing different thoughts and feelings that may be associated with pain. Using the following scale, please indicate the degree to which you have these thoughts and feelings when you are experiencing pain.

**0** – not at all    **1** – to a slight degree    **2** – to a moderate degree    **3** – to a great degree    **4** – all the time

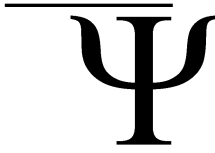
---

*When I'm in pain ...*

- 1  I worry all the time about whether the pain will end.
- 2  I feel I can't go on.
- 3  It's terrible and I think it's never going to get any better.
- 4  It's awful and I feel that it overwhelms me.
- 5  I feel I can't stand it anymore.
- 6  I become afraid that the pain will get worse.
- 7  I keep thinking of other painful events.
- 8  I anxiously want the pain to go away.
- 9  I can't seem to keep it out of my mind.
- 10  I keep thinking about how much it hurts.
- 11  I keep thinking about how badly I want the pain to stop.
- 12  There's nothing I can do to reduce the intensity of the pain.
- 13  I wonder whether something serious may happen.

---

*... Total*



Droits  
Réservés  
© 1995  
Michael  
JL Sullivan

---

# PCS-CF

Nom: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_  
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.

---

**...Total**