

Comment la douleur chronique est-elle vécue? Développement d'un questionnaire sur la cognition de la douleur

Johan W.S. Vlaeyen^{1,2}, Sylvia M. Geurts¹, Hugo van Eek³,
Ank M.J. Sniijders¹, Joop A. Schuurman^{1,2,3}, Nico H. Groenman²

1 *Institut de Recherche en Réadaptation et Rééducation
Hoensbroek, Pays Bas*

2 *Département de Psychologie Médicale
Université de Limbourg, Pays Bas*

3 *Fondation pour la Rééducation Lucas
Hoensbroek, Pays Bas*

L'étude des patients souffrant de douleurs chroniques implique l'analyse de trois répertoires de comportements: les réactions physiologiques, motrices et verbales-cognitives. La présente étude décrit le développement d'un instrument d'évaluation consistant une mesure du système verbal-cognitif de la douleur chronique. Cinq items, chacun assigné à l'un des cinq facteurs (auto-efficacité négative, dramatisation, efficacité du résultat, résignation et s'en remettre aux organismes de santé) constituent la Liste des Cognitions de la Douleur (LCD). Cet instrument a été développé auprès d'une population néerlandaise de patients souffrant de dorsalgie et paraît stable en ce qui concerne la variabilité sexe et le type de diagnostic de la dorsalgie. A l'aide de trois études, la LCD est démontrée fiable et suffisamment valide. En outre, elle apparaît être un outil prometteur pour catégoriser des types de patients douloureux. Le rapport entre les facteurs de la LCD et les théories d'attribution et de prévision est souligné. Les résultats corroborent l'importance des attributions causales et des prévisions comme cognitions associées à la douleur. Cel-

Les demandes de tiré à part ou d'information peuvent être adressées à: J.W.S. Vlaeyen, Institut de Recherche en Réadaptation et Rééducation, Zandbergsweg 111, 6432 CC Hoensbroek, Pays Bas.
Les auteurs tiennent à remercier Dr. A. Bakker-Boerigter et le personnel du Département de Rhumatologie de la Fondation de Rééducation Lucas à Hoensbroek. Ils remercient également Prof. J.J.C.B. Bremer et Prof. P. Eelen de leur commentaires sur une version antérieure à cet article, Linda Stans du Centre de Traitement de la Douleur à Louvain de sa collaboration, et Jan van Houtem de son rapport statistique. Ensuite ils remercient Eric Vermetten, Rob Smeets et Carol Magnée de leur aide dans la recherche.

les-ci peuvent contribuer à la perception du caractère et de la qualité envahissants de la douleur.

Dans les écrits qui s'intéressent au concept de la douleur chronique, celle-ci est souvent abordée comme une condition multidimensionnelle impliquant des événements moteurs, cognitifs et physiologiques (Bakal, Demjen et Koganov, 1984; Cautela, 1977; Keefe, 1982; Philips et Jahanshahi, 1986; Melamed, 1984; Sanders, 1979; Vlaeyen, Van Eek, Schuerman et Groenman, 1987a). Cette même analyse trifonctionnelle est aussi utilisée dans les interventions psychologiques face à la douleur chronique (Turner et Romano, 1984). Ces interventions incluent le conditionnement opérant qui étudie la modification du comportement douloureux affiché (Fordyce, 1976; Vlaeyen, Groenman et Legrelle, 1987b), les approches cognitives de comportement qui visent la modification des processus cognitifs par une restructuration cognitive (Turk, Meichembaum et Genest, 1983), et les techniques basées sur le conditionnement classique et physiologique (la relaxation) visant l'interruption du cercle douleur-tension-douleur (Grzesiak, 1977). En outre, les méthodes d'évaluation clinique de la douleur peuvent aussi être classifiées selon ce concept trifonctionnel. Des mesures objectives de la douleur sont utilisées de plus en plus pour évaluer les aspects moteurs (Keefe et Block, 1982). Les mesures les plus fréquemment utilisées sont fondées sur l'auto-description et elles se centrent sur les aspects cognitifs tels que l'intensité de la souffrance, les caractéristiques temporelles et qualitatives de l'expérience douloureuse, et les stratégies cognitives utilisées pour faire face à cette douleur (Keefe et Dolan, 1986; Melzack, 1975). Les mesures de la composante physiologique telles que l'électromyographie et celle de la réponse électrodermale sont rarement réalisées en milieu clinique, leur emploi étant limité au laboratoire (Flor, Turk et Birbauer, 1985).

Récemment, Vlaeyen, Snijders, Schuerman, Van Eek, Groenman et Bremer (1989) ont développé ce concept trifonctionnel en proposant l'application du modèle des trois systèmes d'émotions – jusque là appliqué exclusivement à la peur et à l'anxiété (Hughdahl, 1981; Lang, 1968) – comme modèle heuristique pour l'étude de la douleur chronique. Cette hypothèse est soutenue par Philips (1987) qui souligne que les notions théoriques élaborées pour expliquer les peurs pathologiques peuvent également s'avérer utiles pour l'analyse des caractéristiques de la douleur chronique.

Selon ce modèle, la douleur chronique est définie comme une problématique impliquant au moins trois répertoires réactifs partiellement indépendants: un système verbal-cognitif, un système moteur et un système physiologique. Les conséquences immédiates de l'application de ce modèle sont doubles. D'abord, ce qui se passe dans l'un des systèmes est vu comme étant dissocié des deux autres (Gannon et Haynes, 1986). Deuxièmement, pendant un traitement spécifique, l'un des systèmes peut changer plus rapidement que les deux autres. Ce processus est appelé «désynchronie». L'hypothèse selon laquelle les trois systèmes sont reliés de façon discordante et désynchrone conduit à un modèle où les patients souffrant de douleur chronique peuvent être classifiés selon le caractère

moteur, cognitif ou physiologique de leur douleur. Un patient peut donc avoir un score haut ou bas dans chaque système. Toutefois, pour soutenir cette hypothèse de façon empirique, des instruments fiables et valides sont nécessaires et ce, pour chacun des trois systèmes.

Bien que plusieurs stratégies cognitives-comportementales ont été proposées, pour modifier ces cognitions, l'évaluation des phénomènes cognitifs eux-mêmes a eu tendance à trainer derrière ces développements thérapeutiques (Kendall et Korgeski, 1979). Dans une perspective cognitive-comportementale, la douleur est influencée par la propre évaluation du patient. A ce niveau, deux ensembles de variables cognitives sont postulés, notamment les attributions causales et les prévisions d'efficacité. En outre, ces variables sont considérées comme étant non seulement pertinentes, mais aussi les plus accessibles des processus cognitifs (Kendall et Korgeski, 1979).

Concernant la douleur chronique, plusieurs études se sont centrées sur l'évaluation cognitive. Lefebvre (1981), se fondant sur la conceptualisation de Beck (1976) des cognitions erronées chez les patients dépressifs, a étudié les erreurs cognitives chez des patients déprimés et non-déprimés souffrant de dorsalgie. Pour ce faire, il a utilisé le Questionnaire des Erreurs Cognitives (Cognition Error Questionnaire; CEQ) pour la douleur en général et la dorsalgie. Dans cette étude, les erreurs cognitives sont définies comme des inférences erronées ou irrationnelles fondées sur les informations disponibles. Smith, Aberger, Follick et Ahers (1986), utilisant ce questionnaire ont rapporté que la déformation cognitive est constamment liée à plusieurs aspects d'invalidité dans la douleur chronique. C'est un désavantage du CEQ qu'il se concentre exclusivement sur les cognitions erronées associées à la douleur.

D'un point de vue diagnostique, il est difficile de distinguer les cognitions de douleur telles que définies ci-dessus des réactions cognitives envers la douleur. La Liste des Moyens de Faire Face (Ways of Coping Checklist; WCCL; Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro, Becker et 1985) est un questionnaire dont une partie analyse les attributions. Toutefois, cet instrument n'a pas été conçu pour les patients qui présentent une douleur chronique. En outre, «faire face» s'applique à tout effort destiné à réduire ou à modifier les exigences externes ou internes (Folkman et Lazarus, 1980). Faire face à la douleur ne se limite donc pas aux réactions cognitives, mais comprend aussi des actions motrices comme peut l'être une façon différente de soulever des poids, et des réponses physiologiques comme le sont les tentatives de décontraction. Turner, Clancy et Vitaliano (1987) ont étudié le rapport entre les attributions causales et les moyens de faire face en utilisant la WCCL et le questionnaire sur les stratégies de faire face (Coping Strategies Questionnaire; CSQ). Ils ont trouvé que l'évaluation du patient de sa douleur est associée de façon significative à sa manière de faire face à sa douleur.

Toutefois, aucun des instruments d'évaluation cités ne se concentre spécifiquement sur les cognitions des patients envers leur douleur en termes d'attribution ou de prévision. La présente étude est un essai de développement d'un instrument capable de réaliser cet objectif. Cet instrument, appelé «La liste des

cognitions de la douleur» (LCD), pourrait fournir une mesure fiable du répertoire verbal-cognitif de la douleur chronique.

Méthodologie

Fondée sur les suppositions conceptuelles décrites ci-dessus, aussi bien que sur les expériences cliniques des experts du traitement de la douleur chronique, une liste provisoire de 81 énoncés représentant des cognitions de la douleur a été dressée. La définition opérationnelle de cognition de la douleur à laquelle nous avons adhéree est la suivante: «chaque évaluation de la douleur et la mesure dans laquelle la personne est capable de faire face à la douleur».

La question: «Dans quelle mesure les énoncés suivants s'appliquent-ils à vous?» précède la liste des énoncés. Chaque énoncé est suivi d'une échelle d'évaluation de type Likert comportant cinq propositions auxquelles les patients peuvent répondre en indiquant qu'ils ne sont pas d'accord, pas tout à fait d'accord, neutres, partiellement d'accord ou tout à fait d'accord.

La liste originale a été présentée à neuf patients souffrant de douleur chroniques, dont trois d'une dorsalgie, trois de lésions de la moelle épinière et trois autres de douleurs-fantôme dans les membres. Le questionnaire étant destiné à être utilisé pour des groupes différents de patients, ces trois diagnostics ont été inclus dans cette étude. Après la distribution de la liste provisoire des 81 items, les neuf patients furent interrogés sur les aspects formels de la liste (longueur et instructions) et sur les aspects du contenu (clarté et signification des items). Puisque les sujets éprouvaient quelques difficultés concernant les instructions, la question a été modifiée en: «Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les propos suivants?». La nature des réponses restait identique. Quatre items furent éliminés, étant considérés par les patients comme sans rapport avec le problème de leur douleur. La liste définitive de 77 énoncés fut précédée par une échelle visuelle analogique (EVA) pour mesurer l'intensité de la douleur ressentie.

Sujets

Les sujets sont 188 patients souffrant de dorsalgie chronique (53% femmes et 47% hommes) âgés en moyenne de 38,5 ans ($DS=13,5$) et 41,7 ans ($DS=12,5$) respectivement. La différence moyenne d'âge entre les deux sexes n'est pas significative ($t=1,66$, $p=0,10$). De l'ensemble des patients, 137 (73%) avaient un diagnostic de dorsalgie chronique bénigne, 19 (10%) souffraient de rhumatisme chronique polyarticulaire, 15 (8%) souffraient de spondylite ankylopoétique, 7 (4%) avaient un diagnostic de fibromyalgie et 10 (5%) souffraient de dorsalgie chronique pour des causes diverses.

La plupart des sujets furent recrutés au Département de Rhumatologie de la Fondation Lucas à Hoensbroek et au Centre de Traitement de la Douleur de l'Hôpital universitaire de Maastricht. Quelques sujets proviennent de l'Hôpital

universitaire de Louvain (Belgique). Pour ces sujets, l'enquête est réalisée lors de la procédure d'évaluation clinique.

Procédure

La LCD de 77 items a été présentée à tous les sujets. La fréquence de distribution a été calculée pour chaque item. Seuls ceux ayant une distribution quasi-normale (asymétrie > -1 ou < 1) ont ensuite fait l'objet d'une analyse factorielle en composantes principales avec rotation varimax. Les énoncés ayant un coefficient factoriel $< 0,35$ à chaque facteur ont été exclus. Pour les items ayant des coefficients factoriels élevés à plus d'un facteur, des corrélations entre l'item et les facteurs ont été calculées. Quant les coefficients de corrélation différaient de moins de 0,05, l'item était exclu. Quand la différence était de plus de 0,05, l'item était assigné au facteur avec lequel il avait la plus haute corrélation (tableau 1).

Tableau 1. Contenu, asymétrie et coefficients factoriels des items de la Liste des Cognitions de la Douleur. Pour chaque facteur, les cinq énoncés aux coefficients les plus élevés sont présentés

Contenu des items	Asymétrie				
	1	2	3	4	5
20. Mon attitude n'a pas été beaucoup influencée par ma douleur.	-0,50	-0,62			
41. Je pense que pour moi le mieux est de simplement continuer.	-0,65	-0,58			
65. Malgré la douleur j'envisage l'avenir avec confiance.	-0,34	-0,56			
29. Je pense que j'ai appris à faire face à la douleur.	-0,86	-0,56			
74. Je me sens de plus en plus incapable de faire quelque chose.	-0,52	0,54			0,46
38. Je pense beaucoup au passé quand je n'avais pas de douleur.	-0,42			0,66	
1. Mes pensées se concentrent sans cesse sur la douleur.	0,14			0,62	
11. Je me considère comme une personne infortunée.	0,37	0,40	0,59		
2. Je pense que le destin m'a frappé.	0,52		0,59		
72. Le mot «douleur» me fait peur.	0,53		0,58		

52. Je pense que la tension augmente la douleur.	-0,80	0,60	
49. Les exercices de relaxation diminuent la douleur.	-0,25	0,53	
42. Quand je m'occupe de quelque chose, je peux largement oublier ma douleur.	-0,21	0,51	
12. Je pense que des facteurs psychologiques y sont pour quelque chose.	0,23	0,41	0,50
46. Je pense que je peux influencer ma douleur de façon positive.	-0,21	0,42	
24. Je pense que la meilleure chose est de rester aussi calme que possible.	-0,91		0,49
58. Quoi que je fasse, je ne peux pas influencer ma douleur.	-0,46		0,45
59. Je pense que la meilleure solution est d'attendre ce qui va arriver.	-0,36		0,43
36. Je pense qu'il ne me reste que la prière et l'espoir.	0,50		0,41
45. Je pense qu'il y a encore de l'espoir.	-0,79		0,61
68. Quelqu'un doit être capable de m'aider.	-0,86		0,57
15. Je suis convaincu qu'il y a une thérapie pour supprimer ma douleur.	-0,35		0,51
60. J'ai la plus grande confiance dans la science médicale.	-0,75		0,45
70. Je pense que tout le monde devrait simplement me laisser tranquille.	0,51		-0,36

Résultats

Douze items ont été rejetés parce que leur distribution n'était pas suffisamment normale. Les 65 autres ont ensuite fait l'objet d'une analyse factorielle avec rotation varimax. En utilisant le critère «scree test» pour déterminer le nombre de facteurs à extraire, cinq facteurs ont été obtenus, expliquant ensemble 39,9% de

Tableau 2. Les facteurs de la Liste des Cognitions de la Douleur

Étiquette du facteur	Nombre d'énoncés	Coeff. alpha	Échelle moyen	Échelle ET	r_{ab} (n=19)
1. Auto-efficacité négative	17	0,85	46,2	12,0	0,60***
2. Dramatisation	17	0,88	49,0	14,1	0,76***
3. Efficacité du résultat	7	0,70	22,6	5,7	0,60***
4. Résignation	4	0,63	13,1	3,7	0,78***
5. S'en remettre aux organismes de santé	5	0,61	18,4	3,9	0,36*

r_{ab} = Coefficient de corrélation «intra-juge» de Pearson

* $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$

la variance totale. Le tableau 1 montre l'importance des facteurs pour les cinq items aux coefficients les plus élevés selon chaque facteur après rotation varimax. Onze items ont été exclus parce qu'ils n'avaient pas suffisamment de poids. Douze autres montrent une importance élevée sur plus d'un facteur. Quatre de ces items ont été exclus parce que les coefficients de corrélation avec les facteurs n'étaient pas suffisamment différents. Finalement, cinquante items restent et constituent la version finale de la LCD.

En accordant la plus grande importance aux items ayant des coefficients élevés, les étiquettes suivantes ont été assignées aux facteurs respectifs: 1. auto-efficacité négative; 2. dramatisation; 3. efficacité du résultat; 4. résignation; 5. s'en remettre aux organismes de santé.¹

Rapport entre les scores factoriels et les différences individuelles

Le tableau 3 montre les différences moyennes des scores factoriels entre les groupes masculin et féminin et entre les groupes «douleur bénigne» et «autres diagnostics». Le test-t n'a pas relevé une seule différence significative pour tous les facteurs de la LCD. On peut conclure que le test est stable en ce qui concerne le sexe et le type de diagnostic. Les corrélations entre l'âge et le score factoriel sont présentées au tableau 4. Il apparaît que l'âge est corrélé de façon négative avec le facteur 4 (résignation). Ceci est intéressant et plutôt inattendu.

¹ Ce facteur est étiqueté «auto-efficacité négative» à cause des coefficients négatifs de la plupart de ses items. Les caractéristiques les plus importantes des cinq facteurs sont résumées dans le tableau 2.

Tableau 3. Rapport entre les scores des facteurs LCD et les différences individuelles comprenant le sexe et le diagnostic

Facteur	Sexe		Diagnostic							
	Masculin (N=85)		Féminin (N=94)		CBBP (N=137)		Autre (N=50)			
	M	ET	M	ET	M	ET	M	ET		
1.	46,2	11,3	46,7	12,6	-0,28	46,8	12,8	46,0	10,6	0,45
2.	48,1	13,3	50,7	15,2	-1,20	49,1	14,3	49,1	14,3	0,01
3.	22,4	5,4	22,8	5,9	-0,49	22,1	5,6	23,4	6,0	-1,36
4.	12,9	3,7	13,7	3,6	-1,43	13,2	3,6	13,1	3,8	0,10
5.	18,3	4,1	18,3	3,8	-0,04	18,3	4,1	18,5	3,2	0,32

CBBP: Dorsalgie chronique bénigne

M: Moyenne

ET: Ecart-type

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

Tableau 4. Corrélations entre l'âge et les scores des facteurs LCD.

Age	Facteur LCD				
	1	2	3	4	5
	-0,07	-0,06	-0,06	-0,27*	0,09

*p < .001

Fidélité

Afin de vérifier la fiabilité de la LCD, la consistance interne et la fidélité test-retest ont été évaluées. Pour les cinq facteurs, l'alpha de Cronbach est de 0,85, 0,88, 0,70, 0,63 et de 0,61, respectivement (Tableau 2).

Une expérience visant l'évaluation de la fidélité test-retest a été réalisée auprès de dix-neuf patients souffrant de dorsalgie chronique admis à la Fondation de Rééducation Lucas dans le cadre d'un programme de rééducation de patients hospitalisés à cause de leur douleur. Une semaine avant leur admission, ces patients ont été invités à remplir le questionnaire. Le jour de l'admission, la LCD a été présentée une deuxième fois. L'intervalle moyen entre les deux présentations était de 4,6 jours. Les cognitions sur la douleur sont supposées rester inchangées pendant cette période. Le tableau 2 montre que toutes les corrélations «intra-juge» (r_{ab}) sont significatives. Ces données, en plus de la forte consistance interne, suggèrent que la LCD est suffisamment fiable.

Tableau 5. Validité des critères. Coefficient de corrélation de Pearson entre les facteurs de la LCD, le score EVA¹, les échelles MMPI² (Hs, D, et Hy) et les facteurs de la UCL²

Score EVA	Facteur LCD				
	1	2	3	4	5
	0,28***	0,24***	-0,12	0,25***	0,06
Facteur MMPI					
Hs Hypochondrie	0,51***	0,12	0,15	0,15	0,26
D Dépression	0,61***	0,47**	0,23	0,21	0,07
Hy Hystérie	0,46**	0,17	0,17	0,24	0,19
Facteurs UCL					
1. Gestion active	-0,01	-0,02	-0,12	0,04	0,13
2. Réactions palliatives	0,00	0,25	0,01	0,17	0,00
3. Évitement	0,19	0,29	0,05	0,46**	0,11
4. Recherche de soutien social	-0,15	-0,15	-0,11	0,14	0,13
5. Réaction dépressive	0,44*	0,72***	0,29	0,53**	-0,40*
6. Expression d'émotions	0,03	0,23	0,04	0,04	0,11
7. Cognitions réconfortantes	0,09	0,25	0,13	0,14	0,40*

1 N = 188, 2N=26

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

Validité

Une évaluation de la validité a été réalisée sur tous les facteurs et ce, par l'examen du rapport entre les facteurs de la LCD et les variables psychologiques théoriquement pertinentes. Cette expérience comportait des données prises auprès de 26 patients souffrant de dorsalgie chronique et admis pour l'évaluation de leur douleur au Centre de traitement de la douleur de l'hôpital universitaire de Maastricht. Les trois mesures pertinentes suivantes d'auto-description furent choisies: l'Échelle visuelle analogique (EVA), trois échelles (Hs, D et Hy) du Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), Hathaway et McKinley, 1967) et la Utrechtse Coping Lijst (UCL, Schreurs et al., 1984). La UCL est un questionnaire de gestion fiable d'origine néerlandaise comportant sept facteurs: (1) gestion active, (2) réactions palliatives, (3) évitement, (4) recherche de soutien

social, (5) réaction dépressive, (6) expression d'émotions et (7) cognitions réconfortantes.

Comme le tableau 5 le montre, un profil différentiel de corrélations significatives surgit entre certains facteurs de la LCD et certains autres critères. L'observation que l'intensité de la douleur, mesurée selon la EVA, ne correspond qu'aux facteurs 1, 2 et 4 de la LCD, est intéressante. Les deux autres facteurs, l'efficacité du résultat et la confiance dans les organismes de santé, apparaissent comme des auto-descriptions sans rapport avec l'intensité de la douleur. Le facteur 1, l'auto-efficacité négative, correspond à la triade névrotique du MIMPI et à la réaction dépressive de la UCL. En accord avec le modèle cognitif de la dépression, les patients souffrant de douleur et déprimés risquent d'être caractérisés par des pensées dramatisantes (Smith, Aberger, Follick et Ahern, 1986). Le facteur 3 (évitement) ne montre aucune correspondance avec une autre mesure, même pas avec le facteur de gestion active (facteur 1), ce qui est assez inattendu. Le facteur 4, (résignation), est corrélé avec l'évitement et avec la réaction dépressive. Une corrélation positive apparaît entre le facteur 5 (confiance dans les organismes de santé) et des cognitions réconfortantes, et alors que la corrélation est négative entre ce facteur et la réaction dépressive. Comme prévue, les patients ayant un score élevé concernant ce facteur envisagent l'avenir de manière plus positive et risquent d'être moins dépressifs.

Discussion

Le but de cette recherche est de développer un instrument d'évaluation comportant une mesure du répertoire verbal-cognitif associé à la douleur. La LCD à 50 items mesure cinq facteurs étiquetés de la façon suivante: auto-efficacité négative, dramatisation, efficacité du résultat, résignation et s'en remettre aux organismes de santé. La LCD a été évaluée auprès d'une population néerlandaise de patients souffrant de dorsalgie et sa stabilité en ce qui concerne le sexe et le type de diagnostic de dorsalgie est démontrée. La LCD est également fiable et valide. Bien que les inférences causales soient exclues de toute étude de corrélation, les données sur la validité semblent soutenir les étiquettes assignées aux cinq facteurs de la LCD. Malheureusement, la validité du facteur 3 (efficacité du résultat) n'a pas été démontrée. La cause en est peut-être l'absence d'une mesure concordante fiable. Le manque de corrélation significative avec le facteur «gestion active» s'explique peut-être dans une perspective conceptuelle. Comme l'a constaté Bandura (1977): «L'individu peut croire qu'une action particulière produira un certain résultat, mais quand il doute sérieusement s'il peut effectuer les activités nécessaires, cette information n'influencera pas son comportement» (p. 193). Ceci souligne l'importance de l'auto-efficacité et de l'efficacité du résultat comme conditions préalables pour un comportement de gestion active, étant donné les talents et les objectifs appropriés.

Le point de départ de cette étude est l'évaluation de l'autoanalyse de la douleur chronique par les patients eux-mêmes. Ceci ne s'inscrit pas forcément dans un

cadre conceptuel particulier. On peut poser la question si les résultats font ressortir l'importance des attributions causales et des prévisions d'efficacité, ces deux facteurs étant des ensembles importants de variables cognitives élaborées dans une perspective cognitive-comportementale (Turk et al., 1983). Bien qu'il y ait de nombreuses attributions causales possibles, toutes peuvent être caractérisées selon trois dimensions: le lieu de contrôle (la cause est-elle localisée à l'intérieur ou à l'extérieur de la personne?), la stabilité (la cause est-elle durable?) et la «contrôlabilité» (la cause est-elle sujette à un contrôle volontaire?) (Weiner et Graham, 1984). La théorie de la prévision affirme que les gens produiront les réactions qu'ils supposent les plus efficaces pour les amener aux résultats subjectivement les plus valables dans une situation donnée (Mischel, 1981). Une analyse du contenu en facteurs de la LCD révèle que l'attribution se reflète dans un seul facteur et la prévision dans trois facteurs. Le facteur «dramatisation» de la LCD pourrait être considéré comme une attribution interne et stable («Je souffre parce que le destin m'a frappé»). Le facteur «prévision du résultat» semble refléter une forme de prévision que représente le rapport «si... alors» entre des choix et des résultats probables prévus dans certaines situations. L'auto-efficacité, un aspect spécial de la prévision, est définie comme une conviction personnelle que l'on pourra accomplir un certain comportement dans une situation donnée. Brewin et Antaki (1982) ont suggéré que les prévisions d'auto-efficacité sont liées à la perception de «contrôlabilité» personnelle. L'auto-efficacité paraît être représentée par le facteur «auto-efficacité négative» de la LCD. «La résignation» semble montrer des ressemblances avec le concept d'impuissance, notamment, la prévision que toute réaction sera futile et inutile. Le lien du facteur, «se remettre aux organismes de santé», avec l'attribution et la prévision est moins évident, mais ce facteur semble localisé typiquement à l'extérieur («la douleur pourra être supprimée, non par moi, mais par d'autres»).

Il est évident que des recherches supplémentaires sont indispensables pour vérifier la validité de ces hypothèses formulées provisoirement. Le problème est que l'utilisation d'une méthode de confirmation implique l'acceptation de l'idée que le sujet soit conscient de ce genre de cognitions. Cette idée a récemment été mise en question (Van den Bergh et Eelen, 1984).

Un autre question importante touche à la mesure dans laquelle les cognitions telles que jugées par la LCD changent en fonction des interventions thérapeutiques. La LCD pourrait être utile comme outil pour l'évaluation du traitement de la douleur. Des recherches supplémentaires telles que celles suggérées par Hayes et al. (1987) sont nécessaires avant que l'efficacité thérapeutique de la LCD puisse être établie.

Certaines faiblesses méthodologiques rendent les conclusions de cette étude provisoires. D'abord il y a l'hétérogénéité du diagnostic et du recrutement de l'échantillon original sur lequel l'analyse factorielle a été faite. Il n'est pas évident, cependant que le recrutement hétérogène (évaluations par la poste contre évaluations cliniques) et les diagnostics différents ont effectivement affecté les résultats. Par contre, la LCD paraît stable en ce qui concerne le sexe et les diagnostics quand on compare le groupe à dorsalgie chronique avec le groupe ayant

eu un autre diagnostic. Deuxièmement, les mesures servant à évaluer la fidélité et la validité sont peu nombreuses, ce qui nécessite la collecte de données supplémentaires.

Des études récentes (Syrjala et Chapman, 1985; Malone et Strube, 1988) recommandent d'examiner attentivement le rapport entre le type de douleur (patient) et le type de traitement moyennant une évaluation multidimensionnelle de la douleur. Les types de douleurs peuvent être définis non seulement selon la localisation, mais aussi selon leur mode trifonctionnel de réaction (physiologique, moteur, verbale-cognitive ou combinés). La LCD pourrait s'avérer être un instrument fiable contribuant ainsi à établir un profil de la douleur dans lequel les mesures physiologiques, comportementales et autodescriptives sont intégrées.

Références

- Bandura, A. (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bakal, D.A., Demjen, S., Koganov, J. (1984) The continuous nature of headache susceptibility. *Social Sciences in Medicine*, 12, 1305-1311.
- Brewin, C.R., Antaki, C. (1982) The role of attributions in psychological treatment. In: C. Antaki & C.R. Brewin (Eds.), *Attributions and psychological change: Application of attributional theories to clinical and educational practice*, London & New York: Academic Press.
- Floor, H., Turk, D.C., Birbaumer, N. (1985) Assessment of stress-related psycho-physiological reactions in chronic back pain patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 354-364.
- Folkman, S., Lazarus R.S. (1980) An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Fordyce, W.E. (1976) *Behavioral Methods in Chronic Pain and Illness*. St. Louis, Mosby.
- Gannon L.R., Haynes, S.N. (1986) Cognitive-physiological discordance as an etiological factor in psychophysiological disorders. In S. Rachman (Ed.), *Advances in Behavior Research and Therapy*, 8, 223-236.
- Grzesiak, R. (1977) Relaxation techniques in treatment of chronic pain. *Arthritis in Physical Medicine and Rehabilitation*, 58, 270-272.
- Hathaway S.R., McKinley, J.C. (1967) *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, New York: Psychological Corporation.
- Hays S.C., Nelson R.O., Jarrett R.B. (1987) The treatment utility of assessment, *American Psychologist*, 11, 963-974.
- Hugdahl, K. (1981) The three-systems model of fear and emotions. A critical examination. *Behavior Research and Therapy*, 19, 75-85.
- Keefe, F.J. (1982) Behavioral assessment and treatment of chronic pain. Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 896-911.
- Keefe, F.J., Block, A.R. (1982) Development of an observation method for assessing pain behavior in chronic low back pain patients. *Behavior Therapy*, 13, 363-375.
- Keefe, F.J., Dolan, E. (1986) Pain behavior and pain coping strategies in low back pain and myofascial pain dysfunction syndrome patients. *Pain*, 24, 49-56.
- Kendall, P.C., Korgeski, G.P. (1979) Assessment and cognitive-behavioral interventions. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 1-21.

- Lang, P. (1968) Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. *Research in Psychotherapy*, 3, 90-102.
- Lefebvre, M.F. (1981) Cognitive distortion and cognitive errors in depressed psychiatric and low back pain patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 517-525.
- Malone, M.D., Strube, M.J. (1988) Meta-analysis of non-medical treatments for chronic pain. *Pain*, 34, 231-244.
- Mischel, W. (1981) A cognitive-social learning approach to assessment. In: Merluzzi, T.V. et al. (Eds.), *Cognitive Assessment*, New York: The Guilford Press.
- Melamed, B.G. (1984) Health intervention: Collaboration for health and science. In: B.L. Hammonds et C.J. Schreier (Eds.), *Psychology and Health*, American Psychological Association, Washington DC.
- Melzack, R. (1975) The McGill Pain Questionnaire, major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 277-299.
- O'Leary, A. (1985) Self-efficacy and health. *Behavior Research and Therapy*, 23, 437-451.
- Philips, H.C. (1987) Avoidance behaviour and its role in sustaining chronic pain. *Behavior Research and Therapy*, 25, 273-279.
- Phillips, H.C., Jahanshahi, M. (1986) The components of pain behaviour report. *Behavior Research and Therapy*, 24, 117-125.
- Sanders, S.H. (1979) Behavior assessment and treatment of chronic pain: Appraisal and current status. In: M. Hersen, R.M. Eisler et P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*, vol. 8, 249-291, New York: Academic Press.
- Schreurs, P.J.G., Tellegen, B., van de Willige, G. (1984) Health, stress and coping: The development of the Utrecht Coping List. *Gedrag. Tijdschrift voor Psychologie*, 12, 101-117.
- Smith, T.W., Aberger, E.W., Follick, M.J., Ahern, D.K. (1986) Cognitive distortion and psychological distress in chronic low back pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 573-575.
- Syrjala, K.L., Chapman, C.R. (1984) Measurement of clinical pain: a review and integration of research finding. In: C. Benedetti et al. (Eds.), *Advances in Pain Research and Therapy*, vol. 7, New York: Raven Press.
- Turner, J.A., Romano, J.A. (1984) Evaluating psychologic interventions for chronic pain: issues and recent developments. In: Benedetti et al. (Eds.), *Advances in Pain Research and Therapy*, New York, Raven Press.
- Turner, J.A., Clancy, S., Vitaliano, P.P. (1987) Relationships of stress, appraisal, and coping to chronic low back pain. *Behavior Research and Therapy*, 25, 281-288.
- Turk, D.C., Meichembaum, D., Genest M. (1983) *Pain and Behavioral Medicine, a Cognitive-Behavioral Perspective*. Guilford, New York.
- Van den Bergh, O., Eelen, P. (1984) Unconscious processing and emotions. In: M.A. Reda et M.J. Mahoney (Eds.), *Cognitive psychotherapies, recent developments in theory, research and practice*, Cambridge MA: Ballinger.
- Vitaliano, P., Russo, J., Carr, J., Maiuro, R., Becker J. (1985) The ways of coping checklist: revision and psychometric properties. *Multivariate Behavior Research*, 20, 3-26.
- Vlaeyen, J.W.S., van Eek, H., Schuerman, J.A., Groenman, N.H. (1987a) Dimensions and components of observed chronic pain behavior. *Pain*, 31, 65-75.
- Vlaeyen, J.W.S., Groenman, N.H., Legrelle, T. (1987b) Traitement multimodal et interdisciplinaire de la douleur chronique. *Revue de modification du comportement*, 17, 95-113.
- Vlaeyen, J.W.S., Sniijders, A.M.J., Schuerman, J.A., van Eek, H., Groenman N.H., Bremer, J.J.C.B. (1989) Chronic pain and the three-systems model of emotions. A critical examination. *Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine*, 2, 67-75.

Weiner, B., Graham, S. (1984) Attributional approach to emotional development. In: C.E. Izard, J. Kagan et R.B. Zajonc (Eds.), *Emotions, cognition and behavior*, Cambridge University Press, London.