

QUESTIONNAIRE SUR LA REPRÉSENTATION DE VOTRE ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL

Dans le questionnaire suivant, nous nous intéressons à votre opinion concernant votre état actuel, sans tenir compte des points de vue que des médecins ou votre famille pourraient vous avoir suggérés. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses.

SECTION 1 VOTRE OPINION SUR VOTRE ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL

Vous trouverez ci-dessous une liste de symptômes possibles que vous pouvez avoir ressentis ou non depuis le début de votre problème de santé. Pour chaque symptôme, veuillez indiquer en cochant Oui ou Non, si vous avez ressenti ce symptôme depuis le début de votre problème de santé et si ce symptôme est en relation avec votre état de santé actuel.

		J'ai ressenti ce symptôme depuis le début de mon problème de santé		Ce symptôme est associé à mon état de santé actuel	
1.	Douleur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2.	Nausées	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
3.	Prise de poids	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
4.	Fatigue	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
5.	Raideur des articulations	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
6.	Maux de tête	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
7.	Difficulté à dormir	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
8.	Vertiges	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
9.	Perte de force / faiblesse	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
10.	Augmentation ou perte de sensibilité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
11.	Diminution de capacités physiques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
12.	Changement de l'humeur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
13.	Engourdissements	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
14.	Difficulté de concentration / mémoire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
15.	Perte d'endurance	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
16.	Craintes / peurs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Adapté de Al Anbar, Dardennes et Kaye (2005) < <http://www.uib.no/ipq/pdf/IPQ-R-French.pdf> >

Albert, V. (2012) *Adaptation et validation d'un questionnaire mesurant les représentations liées à l'incapacité au travail auprès d'adultes présentant un trouble musculosquelettique*. Mémoire non publié, Université de Sherbrooke, QC, Canada.

Petit, A., Durand, M.J. (2016) *Adaptation d'un questionnaire mesurant les représentations liées à l'incapacité au travail, version France*. INSERM, U1085, IRSET, Equipe ESTER, Université d'Angers, Angers, France.

SECTION 2 VOTRE POINT DE VUE SUR VOTRE ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL

Veillez indiquer si vous êtes d'accord ou pas d'accord avec les items suivants relatifs à votre état de santé actuel en cochant la case appropriée.

Votre opinion sur votre état de santé actuel		Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
1.	Mon état de santé actuel ne va pas durer longtemps					
2.	Mon état de santé actuel est susceptible d'être permanent plutôt que temporaire					
3.	Mon état de santé actuel va durer longtemps					
4.	Mon état de santé actuel va s'améliorer rapidement					
5.	Je pense que j'aurai cet état de santé pour le restant de ma vie					
6.	Mon état de santé actuel va s'améliorer avec le temps					
7.	Je n'ai aucune idée de combien de temps durera mon état de santé actuel					
8.	Mon état de santé actuel est grave					
9.	Mon état de santé actuel a des conséquences importantes sur ma vie					
10.	Mon état de santé actuel n'a pas beaucoup d'impact sur ma vie					
11.	Mon état de santé actuel joue beaucoup sur la façon dont les autres me perçoivent					
12.	Mon état de santé actuel a des conséquences financières graves					
13.	Mon état de santé actuel cause des difficultés à mes proches					
14.	Mon état de santé actuel affecte la façon dont je me perçois					
15.	Mon état de santé actuel me rend dépendant(e)					
16.	Mon état de santé actuel affecte mes différents rôles (famille, travail, vie de couple)					
17.	Il y a beaucoup de choses que je peux faire pour contrôler mes symptômes					
18.	Ce que je fais peut influencer l'amélioration ou l'aggravation de mon état de santé actuel					
19.	L'évolution de mon état de santé actuel dépend de moi					
20.	Rien de ce que je fais n'améliorera mon état de santé actuel					
21.	J'ai le pouvoir d'influencer mon état de santé actuel					
22.	Mes actions n'auront aucun effet sur l'évolution de mon état de santé actuel					
23.	Je n'ai aucune idée de ce que je dois faire pour contrôler mon état de santé actuel					
24.	Je peux apprendre des méthodes/stratégies pour améliorer mon état de santé actuel					

Votre opinion sur votre état de santé actuel

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
25. Il y a peu de chose à faire pour améliorer mon état de santé actuel					
26. Mon traitement sera efficace pour me guérir					
27. Les effets négatifs de mon état de santé actuel peuvent être prévenus (évités) par mon traitement					
28. Mon traitement peut contrôler mon état de santé actuel					
29. Rien ne peut améliorer mon état de santé actuel					
30. L'effet de mon traitement sera influencé par ma façon de m'y impliquer					
31. Mon traitement peut m'aider à reprendre des activités malgré la persistance de mes symptômes					
32. Le traitement va raccourcir la durée de mon état de santé actuel					
33. Les symptômes de mon état me laissent perplexe					
34. Mon état de santé actuel est un mystère pour moi					
35. Je ne comprends pas mon état de santé actuel					
36. Mon état de santé actuel n'a aucun sens pour moi					
37. J'ai une image nette ou une compréhension claire de mon état de santé actuel					
38. J'ai des informations contradictoires sur mon état de santé actuel					
39. Je ne comprends pas comment mon problème de santé peut être guéri et demeurer douloureuse					
40. Les symptômes de mon état de santé actuel changent beaucoup d'un jour à l'autre					
41. Mes symptômes vont et viennent par cycles					
42. Mon état de santé actuel est très imprévisible					
43. Je passe par des phases au cours desquelles les symptômes liés à mon état de santé actuel diminuent ou s'aggravent					
44. Je déprime quand je pense à mon état de santé actuel					
45. Quand j'y pense, mon état de santé actuel m'inquiète					
46. Mon état de santé actuel me met en colère					
47. Mon état de santé actuel ne me gêne pas					
48. Je suis anxieux (anxieuse) à cause de mon état de santé actuel					
49. Mon état de santé actuel me fait peur					
50. Je me sens puni(e) par la douleur					
51. Mon état de santé actuel est un stress significatif dans ma vie					
52. Mon état de santé actuel me fait sentir vieux (vieille), (dépendant(e))					

SECTION 3 LES CAUSES DE VOTRE ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL

Voici une liste des causes susceptibles d'avoir déclenché vos symptômes ou encore qui peuvent avoir contribué à votre état de santé actuel. Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord ou pas d'accord sur ces causes en cochant la case appropriée.

Causes possibles	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
1. Stress ou soucis					
2. Héritaire - antécédents familiaux					
3. Régime ou habitudes alimentaires					
4. Hasard ou malchance					
5. Mauvaises prises en charge médicales dans mon passé					
6. Mon propre comportement					
7. Mon état d'esprit (ex: avoir une vision négative de la vie)					
8. Problèmes familiaux ou soucis causés par mon état de santé actuel					
9. Trop de travail					
10. Mon état émotionnel (ex: abattu, seul, anxieux, sensation de vide)					
11. Vieillesse (usure)					
12. Consommation d'alcool					
13. Consommation de tabac					
14. Accident ou blessure					
15. Mon tempérament, mon caractère					
16. Ma condition physique antérieure					
17. Mon environnement de travail					
18. Fatalité / destin					
19. Manque d'attention / négligence d'autrui					
20. Délai dans la prise en charge					

Sur les lignes ci-dessous, veuillez classer dans l'ordre les trois facteurs les plus importants (du plus important au moins important) qui d'après vous ont causé votre état de santé actuel. Vous pouvez utiliser n'importe lequel des éléments du tableau ci-dessus ou ajouter d'autres idées personnelles. Pour moi, les causes les plus importantes de mon état de santé actuel sont :

1. _____
2. _____
3. _____

Nom :

Dossier :

Date :

QUESTIONNAIRE SUR LA REPRÉSENTATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL (ESA)

Dimension	Items	Cotation et <i>Interprétation</i>
SECTION 1	Identité	1 à 16
	TOTAL : <input type="text"/>	1 point est attribué pour chaque symptôme coché « oui » dans la 2 ^e colonne (<i>Ce symptôme est associé à mon ESA</i>) Score total entre 0 et 16 <i>Un score plus élevé indique un nombre plus important de symptômes rapportés en lien avec l'ESA.</i>
SECTION 2		
1=pas du tout d'accord; 2=pas d'accord; 3=ni d'accord, ni pas d'accord; 4=d'accord; 5=tout à fait d'accord Exceptions : La cotation est inversée (1=5, 2=4, 4=2, 5=1) pour les items suivis d'un astérisque (*) .		
SECTION 2	Durée aiguë/ chronique	1*, 2, 3, 4*, 5, 6*, 7
	TOTAL : <input type="text"/>	Score total entre 7 et 35 <u>7</u> <u>14</u> <u>21</u> <u>28</u> <u>35</u> <small>Bornes du score total Pas du tout... Pas d'accord Ni... D'accord Tout à fait...</small> <i>Un score plus élevé indique des croyances plus négatives concernant la durée de l'ESA, soit une durée plutôt chronique.</i>
	Conséquences	8, 9, 10*, 11, 12, 13, 14, 15, 16
	TOTAL : <input type="text"/>	Score total entre 9 et 45 <u>9</u> <u>18</u> <u>27</u> <u>36</u> <u>45</u> <i>Un score plus élevé indique des croyances plus négatives concernant les conséquences reliées à l'ESA, soit des conséquences plus importantes sur le fonctionnement du travailleur.</i>
	Contrôle personnel	17, 18, 19, 20*, 21, 22*, 23*, 24
	TOTAL : <input type="text"/>	Score total entre 8 et 40 <u>8</u> <u>16</u> <u>24</u> <u>32</u> <u>40</u> <i>Un score plus élevé indique des croyances plus positives concernant le contrôle personnel que le travailleur peut exercer sur son ESA, soit un meilleur sentiment d'efficacité personnelle à contrôler l'ESA.</i>
	Attentes d'efficacité du traitement	25*, 26, 27, 28, 29*, 30, 31, 32
	TOTAL : <input type="text"/>	Score total entre 8 et 40 <u>8</u> <u>16</u> <u>24</u> <u>32</u> <u>40</u> <i>Un score plus élevé indique des croyances plus positives concernant les attentes d'efficacité du traitement, soit que le traitement sera efficace pour améliorer l'ESA et/ou contrôler les symptômes qui y sont associés.</i>
Cohérence	33*, 34*, 35*, 36*, 37, 38*, 39*	
TOTAL : <input type="text"/>	Score total entre 7 et 35 <u>7</u> <u>14</u> <u>21</u> <u>28</u> <u>35</u> <i>Un score plus élevé indique des croyances plus positives concernant la cohérence de la représentation, soit la croyance que l'ESA a plus de sens aux yeux du travailleur, qu'elle est plus prévisible, logique.</i>	
Durée cyclique	40, 41, 42, 43	
TOTAL : <input type="text"/>	Score total entre 4 et 20 <u>4</u> <u>8</u> <u>12</u> <u>16</u> <u>20</u> <i>Un score plus élevé indique des croyances plus négatives concernant l'aspect cyclique de l'ESA.</i>	
Représentation émotionnelle	44, 45, 46, 47*, 48, 49, 50, 51, 52	
TOTAL : <input type="text"/>	Score total entre 9 et 45 <u>9</u> <u>18</u> <u>27</u> <u>36</u> <u>45</u> <i>Un score plus élevé indique la présence d'émotions plus négatives reliées à l'ESA.</i>	
SECTION 3	Causes	1 à 20
Un score total n'est pas calculé puisque la dimension Causes n'est pas une échelle à proprement dit. <i>Cette dimension informe l'évaluateur quant aux facteurs perçus par le travailleur pouvant soit avoir déclenché le problème de santé initial, soit entretenir l'ESA.</i>		

Signature du praticien :