

QUESTIONNAIRE SUR LA REPRÉSENTATION DE VOTRE CONDITION DE SANTÉ ACTUELLE

Dans le questionnaire suivant, nous nous intéressons à votre propre vision de votre condition actuelle, sans tenir compte des points de vue que les médecins ou votre famille pourraient vous avoir suggéré. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse.

SECTION 1 VOTRE VISION DE VOTRE CONDITION DE SANTÉ ACTUELLE

Vous trouverez ci-dessous une liste de symptômes que vous pouvez avoir ressenti ou non depuis la survenue de votre problème de santé. Pour chaque item, veuillez indiquer en cochant Oui ou Non, si vous avez ressenti ce symptôme depuis la survenue de votre problème de santé et si ce symptôme est en relation avec votre condition de santé actuelle.

		J'ai ressenti ce symptôme depuis la survenue de mon problème de santé		Ce symptôme est associé à ma condition de santé actuelle	
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.	Gain 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.	Altération de sensations physiques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
11.	Diminution de capacité physique	<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.	Manque 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.

SECTION 2 VOTRE POINT DE VUE SUR VOTRE CONDITION DE SANTÉ ACTUELLE

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

Votre point de vue sur votre condition de santé actuelle		Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
1.	Ma condition de santé actuelle ne va pas durer longtemps					
2.	Ma condition de santé actuelle est susceptible d'être permanente plutôt que temporaire					
3.	Ma condition de santé actuelle va durer longtemps					
4.	Ma condition de santé actuelle va s'améliorer rapidement					
5.	Je pense que j'aurai cette condition de santé pour le restant de ma vie					
6.	Ma condition de santé actuelle va s'améliorer avec le temps					
7.	Je n'ai aucune idée quand se terminera ma condition de santé actuelle					
8.	Ma condition de santé actuelle est grave					
9.	Ma condition de santé actuelle a des conséquences importantes sur ma vie					
10.	Ma condition de santé actuelle n'a pas beaucoup d'effet sur ma vie					
11.	Ma condition de santé actuelle affecte beaucoup la façon dont les autres me voient					
12.	Ma condition de santé actuelle a des conséquences financières graves					
13.	Ma condition de santé actuelle cause des difficultés à mes proches					
14.	Ma condition de santé actuelle affecte la façon dont je me perçois					
15.	Ma condition de santé actuelle me rend dépendant(e)					
16.	Ma condition de santé actuelle affecte mes rôles sociaux (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 déterminer l'amélioration ou l'aggravation de ma condition de santé actuelle					
19.	L'évolution de ma condition de santé actuelle dépend de moi					
20.	Rien de ce que je fais n'affectera ma condition de santé actuelle					
21.	J'ai le pouvoir d'influencer ma condition de santé actuelle					
22.	Mes actions n'auront aucun effet sur l'évolution de ma condition de santé actuelle					
23.	Je n'ai aucune idée de ce que je dois faire pour contrôler ma condition de santé actuelle					
24.	Je peux apprendre des moyens/stratégies pour améliorer ma condition de santé actuelle					

Votre point de vue sur votre condition de santé actuelle

	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 ma condition de santé actuelle					
26. Mon traitement sera efficace pour guérir ma condition de santé actuelle					
27. Les effets négatifs de ma condition de santé actuelle peuvent être prévenus (évités) par mon traitement					
28. Mon traitement peut contrôler ma condition de santé actuelle					
29. Rien ne peut aider mon état					
30. L'effet de mon traitement sera influencé par ma façon d'y participer					
31. Mon traitement peut m'aider à retrouver une capacité malgré la persistance de mes symptômes					
32. Le traitement va diminuer la durée de ma condition de santé actuelle					
33. Les symptômes de mon état me laissent perplexe					
34. Ma condition de santé actuelle est un mystère pour moi					
35. Je ne comprends pas ma condition de santé actuelle					
36. Ma condition de santé actuelle n'a aucun sens pour moi					
37. J'ai une image nette ou une compréhension claire de ma condition de santé actuelle					
38. J'ai des informations contradictoires sur ma condition de santé actuelle					
39. Je ne comprends pas comment ma blessure peut être guérie et demeurer douloureuse					
40. Les symptômes de ma condition de santé actuelle changent beaucoup d'un jour à l'autre					
41. Mes symptômes vont et viennent par cycles					
42. Ma condition de santé actuelle est très imprévisible					
43. Je passe par des cycles au cours desquels les symptômes liés à ma condition de santé actuelle diminuent ou empirent					
44. Je déprime quand je pense à ma condition de santé actuelle					
45. Quand j'y pense, ma condition de santé actuelle m'inquiète					
46. Ma condition de santé actuelle me met en colère					
47. Ma condition de santé actuelle ne me gêne pas					
48. À cause de ma condition de santé actuelle, je suis anxieux					
49. Ma condition de santé actuelle me fait peur					
50. Je me sens puni(e) par la douleur					
51. Ma condition de santé actuelle est un stress significatif dans ma vie					
52. Ma condition de santé actuelle me fait sentir vieux (dépendant)					

SECTION 3 LES CAUSES DE VOTRE CONDITION DE SANTÉ ACTUELLE

Voici une liste des causes qui peuvent avoir déclenché votre problème de santé initial ou encore qui peuvent avoir contribué à votre condition de santé actuelle. 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 ennuis					
2. Héritaire - courant dans ma famille					
3. Régime ou habitudes alimentaires					
4. Hasard ou malchance					
5. Mauvais soins médicaux dans mon passé					
6. Mon propre comportement					
7. Mon attitude mentale (ex: avoir une vision négative de la vie)					
8. Problèmes de famille ou soucis causés par ma condition de santé actuelle					
9. Ma surcharge de travail					
10. Mon état émotionnel (ex: abattement, solitude, anxiété, vide)					
11. Vieillessement (usure)					
12. Consommation d'alcool					
13. Consommation de tabac					
14. Accident ou blessure					
15. Mon tempérament, mon caractère					
16. Condition physique antérieure					
17. Environnement de travail					
18. Fatalité / destin					
19. Négligence d'autrui					
20. Délai dans les soins de santé					

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 condition de santé actuelle. Vous pouvez utiliser n'importe lequel des éléments du tableau ci-dessus ou vous pouvez ajouter d'autres idées personnelles. Pour moi, les causes les plus importantes de ma condition de santé actuelle sont :

1. _____
2. _____
3. _____

Nom :

Dossier :

Date :

QUESTIONNAIRE SUR LA REPRÉSENTATION DE LA CONDITION DE SANTÉ ACTUELLE (CSA)

	Dimension	Items	Cotation et <i>Interprétation</i>
SECTION 1	Identité	1 à 16	1 point est attribué pour chaque symptôme coché « oui » dans la 2 ^e colonne (<i>Ce symptôme est associé à ma CSA</i>) Score total entre 0 et 16 <i>Un score plus élevé indique un nombre plus important de symptômes rapportés en lien avec la CSA.</i>
	TOTAL :	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	
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	Score total entre 7 et 35 <u>7</u> <u>14</u> <u>21</u> <u>28</u> <u>35</u> <small>Balises 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 la CSA, soit une durée plutôt chronique.</i>
	TOTAL :	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	
	Conséquences	8, 9, 10*, 11, 12, 13, 14, 15, 16	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 la CSA, soit des conséquences plus importantes sur le fonctionnement du travailleur.</i>
	TOTAL :	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	
	Contrôle personnel	17, 18, 19, 20*, 21, 22*, 23*, 24	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 sa CSA, soit un meilleur sentiment d'efficacité personnelle à contrôler la CSA.</i>
	TOTAL :	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	
	Attentes d'efficacité du traitement	25*, 26, 27, 28, 29*, 30, 31, 32	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 la CSA et/ou contrôler les symptômes qui y sont associés.</i>
	TOTAL :	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	
Cohérence	33*, 34*, 35*, 36*, 37, 38*, 39*	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 la CSA a plus de sens aux yeux du travailleur, qu'elle est plus prévisible, logique.</i>	
TOTAL :	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>		
Durée cyclique	40, 41, 42, 43	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 la CSA.</i>	
TOTAL :	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>		
Représentation émotionnelle	44, 45, 46, 47*, 48, 49, 50, 51, 52	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 la CSA.</i>	
TOTAL :	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>		
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 la CSA.</i>
	TOTAL :		

Signature de l'intervenant :