

Université de Montréal

Comparaison de différents traitements psychologiques
dans l'endométriose

par
Rachel Marquis

Département de psychologie
Faculté des Arts et des Sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor (Ph.D.)
en psychologie

Septembre 2010

© Rachel Marquis, 2010

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée :
Comparaison de différents traitements psychologiques dans
l'endométriose

Présentée par :
Rachel Marquis

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Jean-Claude Lasry
président-rapporteur

Christopher M. Earls, directeur de recherche

Michel Sabourin
membre du jury

Pierre Gagnon
examineur externe

Jean-Claude Lasry
représentant du doyen

Résumé

Cette thèse avait pour but premier d'évaluer la douleur chronique endométriosique et ses concomitants (dépression, anxiété et stress), les conséquences de la douleur sur le physique, les activités et le travail, sur la relation maritale et les séquelles sur la qualité de vie chez des participantes souffrant de douleurs pelviennes chroniques diagnostiquées endométriose (laparoscopie). En deuxième lieu, il s'agissait d'évaluer et de comparer l'efficacité des techniques psychologiques de contrôle de la douleur (Hypnose, Cognitif-behavioral) en ajout aux traitements médicaux à un groupe contrôle (Attention thérapeute). L'échantillon était composé de 60 femmes réparties aléatoirement soit à l'un des deux groupes de traitement ou au groupe contrôle. Les instruments de mesure étaient tous des questionnaires déjà traduits en français et validés pour la population francophone québécoise. Des tests du khi-carré ont été effectués pour les variables nominales et des analyses de variances (ANOVA) ont été faites pour les variables continues. Dans des modèles ANOVA estimant l'effet du traitement, du temps et de leur interaction, une différence significative (effet de Groupe ou traitement) a été trouvée pour les variables suivantes : Douleur (McGill :composante évaluative $p = 0.02$), au moment « présent » de l'Échelle visuelle analogique (EVA, $p = 0.05$) et dans l'Échelle de Qualité de vie (douleur, $p = 0,03$) ainsi qu'à la dimension Fonctionnement social de cette dernière échelle (SF-36; $p = 0,04$). En comparant les données en pré et post-traitement, des résultats significatifs au niveau du

Temps ont aussi été mis en évidence pour les variables suivantes : Douleur McGill: Score total, ($p = 0,03$), Affective ($p = 0,04$), Évaluative ($p = 0,01$); Douleur (ÉVA) moment Fort ($p < 0,0005$), Dépression ($p = 0,005$), Anxiété (situationnelle/état ($p = 0,002$), Anxiété/trait ($p < 0,001$), Stress ($p = 0,003$) ainsi que pour quatre composantes de la Qualité de vie (Fonctionnement social, ($p = 0,05$), Vitalité ($p = 0,002$), Douleur, ($p = 0,003$) et Changement de la santé ($p < 0,001$) et ceci pour les trois groupes à l'exception du groupe Hypnose sur cette dernière variable. Des effets d'Interaction (Groupe X Temps) sont ressortis sur les variables « Conséquences physiques » de la douleur mais sur la dimension « Activités » seulement ($p = 0,02$), sur l'anxiété situationnelle (État : $p = 0,007$). Un effet d'interaction se rapprochant de la signification ($p = 0,08$) a aussi été analysé pour la variable Fonctionnement social (SF-36). L'étude montre une légère supériorité quant au traitement Cognitif-behavioral pour l'anxiété situationnelle, pour le Fonctionnement social et pour la douleur mesurée par le SF-36. L'étude présente des forces (groupe homogène, essai clinique prospectif, répartition aléatoire des participantes et groupe contrôle) mais aussi des lacunes (faible échantillon et biais potentiels reliés à l'expérimentateur et à l'effet placebo). Toute future étude devrait tenir compte de biais potentiels quant au nombre d'expérimentateur et inclure un groupe placebo spécifique aux études à caractère psychologique. Une future étude devrait évaluer le schème cognitif « catastrophisation » impliqué dans la douleur, les traits de

personnalité des participantes ainsi que le rôle du conjoint. De plus, des techniques psychologiques (entrevues motivationnelles) récentes utilisées dans plusieurs études devraient aussi être prises en considérations. Tout de même des résultats significatifs offrent des pistes intéressantes pour un essai clinique comportant un échantillon plus élevé et pour un suivi à long terme.

Mots clé : endométriose, douleur, dépression, anxiété, stress, relation maritale, qualité de vie, traitements psychologiques, hypnose, cognitif-behavioral

Abstract

The goal of the study was twofold. The first objective was to assess chronic endometriotic pain and its psychological dimensions (depression, anxiety, stress), and the consequences on the marital adjustment, and quality of life on women diagnosed with endometriosis by laparoscopy. The second objective was to compare two psychological treatments with a control group (no active treatment). Sixty women were randomly assigned to one of the treatment groups (Hypnosis, Cognitive-behavioural) or to the control group (Therapist Attention). All measures were valid and the French translation had been adapted for the Quebec population. The statistical analysis were the Chi-square for nominal measures and ANOVAS for the continuous variables. ANOVAS's model estimate Treatment effect, Time effect and Interaction Group X Time. Both interventions (Group effect) were significantly positive for the pain dimension on the McGill questionnaire but on the Evaluative dimension only ($p = 0,02$), pain on "present" time on the Visual Analogue Scale (VAS, $p = 0,05$), pain in the Quality of life scale (SF-36, $p = 0,03$), and on Social functioning dimension measured by SF-36 ($p = 0,04$). When comparing data following treatment (post-treatment) with the baseline measures (pre-testing), Time effect occurred for the three groups on following variables: pain (McGill): Total score ($p = 0, 03$), Affective ($p = 0, 04$), Evaluative ($p = 0,01$), pain measured by a Visual analogue scale (VAS) at the Highest level ($p < 0,0005$), on Depression ($p = 0,005$), for

State anxiety ($p = 0,002$), and Trait Anxiety ($p < 0,001$), on Stress ($p = 0,003$), and on four dimensions on the Quality of Life's scale (SF-36): Social functioning ($p = 0,05$), Vitality ($p = 0,002$), Pain ($p = 0,003$), and Health change ($p < 0,001$) where the group Hypnosis seems to do better for the last variable. Interaction effect (Group X Time) were statistically significant for dimension Activities in the Physical pain (SF-36, $p = 0,02$), and on State Anxiety ($p = 0,007$). Interaction effect close to statistically significant results ($p = 0,08$) on Social functioning (SF-36) has also been analyze. In this study, all group showed a comparable reduction of pain at the end of treatment, and an increase level of activities in the Cognitive-behavioural group. For the secondary variables the statistical results went in the same direction as the primary variable (pain). The level of depression, anxiety, and stress decreased with time for all groups. The study also showed a mild superiority of the Cognitive-behavioural treatment on State anxiety, Social functioning, and on Pain measured by the SF-36. Statistical analysis didn't show any change for the marital situation. Quality of life showed positive results on four scales only (social functioning, vitality, pain and perception change in health). The study presents strengths (homogenous group, prospective study, control group and randomisation) and some weaknesses (small number of participants, potential bias with one interviewer, and absence of placebo group). Even so, statistically significant results emerge and are promising for new studies with a higher number of subjects. We also recommend a long time

follow-up. Future studies should take into account a distorted cognitive schema (catastrophization), personality traits well documented in chronic pain syndrome, and spouse's role. We also recommend the use of "Motivational Interview" recently described in the literature.

Keywords: endometriosis, pain, depression, anxiety, stress, marital adjustment, quality of life, psychological treatment (CBT and Hypnosis)

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX.....	xii
LISTE DES FIGURES.....	xiv
LISTE DES SYMBOLES.....	xvi
REMERCIEMENTS	xvii
CONTEXTE THÉORIQUE	
Doulleur	
Phénoménologie.....	1
Définition	1
Endométriose	
Problématique	5
Définition	8
Épidémiologie	9
Séquelles endométriosiques	11
Symptômes physiques	12
Aspects psychologiques.....	13
Concomitants de la douleur chronique	
Dépression.....	14
Anxiété	15
Stress.....	16
Ajustement dyadique.....	17
Qualité de vie	18
Traitements	
Perspective historique.....	20
Techniques psychologiques contrôle de la douleur	24
Cognitif-behavioral (applications).....	25
Hypnose (définition, applications)	27
Applications	28
Recension des écrits	29
Hypothèses de recherche.....	41
MÉTHODOLOGIE	
Description de l'étude	43
Schème expérimental	43
Objectifs de l'étude.....	44
Participant.es	44
Éligibilité.....	44
Attrition.....	44
Critères d'inclusion.....	45
Critères d'exclusion.....	46

Recrutement	46
Matériel	47
Mobilier	47
Protocole de traitements	48
Instruments de mesure	50
Douleur	50
Conséquences de la douleur	52
Hypnotisabilité	59
Absorption	60
Imagerie mentale	61
Concomitants de la douleur chronique	
Dépression	52
Anxiété	54
Stress	57
Relation maritale	58
Qualité de vie	59
Corrélat cognitif de l'hypnose	59
Déroulement de l'étude	61
Évaluation de base (pré-traitement)	61
Application des traitements	63
ANALYSES STATISTIQUES	
Homogénéité des groupes	66
Douleur	68
Conséquences de la douleur	74
Dépression	75
Anxiété (situationnelle/état)	75
Anxiété (trait)	77
Stress	77
Qualité de vie	78
Ajustement dyadique	81
DISCUSSION	85
CONCLUSION	108
SOURCES DOCUMENTAIRES	112
APPENDICES	xx
Appendice A Affiche pour le recrutement	xx
Appendice B Protocole de traitement cognitif-behavioral	xxi
Appendice C Protocole de traitement hypnotique	xxii
Appendice D Protocole de traitement de l'attention	
du thérapeute	xxiii
Appendice E Échelle visuelle analogique (ÉVA)	xxiv
Appendice F Échelle de McGill	xxv
Appendice G Conséquences (impacts ou effets)	xxvi
sur la douleur	

Appendice H	Dépression (Inventaire de Beck)	xxvii
Appendice I	Anxiété (Évaluation personnelle ASTA)	xxviii
Appendice J	Stress (M.S.P.-25 A)	xxix
Appendice K	Relation maritale (Ajustement dyadique).....	xxx
Appendice L	Qualité de vie (SF-36)	xxxi
Appendice M	Échelle collective de susceptibilité hypnotique de Harvard (HGSHS : Form A) .	xxxii
Appendice N	Échelle d'Absorption	xxxiii
Appendice O	Imagerie mentale	xxxiv
Appendice P	Feuillelet d'information et Formulaire de consentement éclairé	xxxv
Appendice Q	Questionnaire objectif (rappel mnésique)...	xxxvi
Appendice R	Tableau d'allocation aléatoire des sujets ...	xxxvii

Liste des tableaux

- Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques des participantes (variables catégorielles)
- Tableau 2 Caractéristiques sociodémographiques des participantes (variables continues)
- Tableau 3 Synthèse des résultats de l'analyse de variance portant sur l'âge, l'échelle d'hypnotisabilité, de l'absorption et de l'imagerie mentale
- Tableau 4 Synthèse des résultats des analyses de variance pour mesures répétées de la douleur évaluée par l'Échelle d'évaluation de la douleur de McGill
- Tableau 5a) Synthèse des résultats des analyses de variance pour mesures répétées portant sur les trois échelles de douleur mesurée par l'échelle visuelle analogique (ÉVA)
- Tableau 5b) Synthèse des résultats des analyses de variance portant sur les conséquences de la douleur (physique et activités)
- Tableau 6 Synthèse des résultats des analyses de variance pour les variables dépression, anxiété et stress
- Tableau 7 Synthèse des résultats de l'analyse de variance pour la variable Qualité de vie
- Tableau 8 Synthèse des résultats des analyses pour la variable Ajustement dyadique
- Tableau 9 Synthèse des résultats significatifs
- Tableau 10 Synthèse des résultats significatifs en fonction des Groupes de traitement (Cognitif-behavioral et Hypnose)
- Tableau 11 Synthèse des résultats significatifs en fonction du Temps
- Tableau 12 Synthèse des résultats significatifs des interactions Groupes de traitement (Cognitif-behavioral et Hypnose) X Temps

Tableau 13a) Les moyennes et les écarts-types de la douleur (composante évaluative) mesurée par le McGill pour les trois groupes

Tableau 13b) Scores de la douleur évaluée selon l'Échelle de McGill en fonction des différents Temps de mesure

Tableau 14 Les moyennes et écarts-type de la douleur (moment présent) mesurée par l'Échelle visuelle analogique (ÉVA) pour les trois groupes

Tableau 15 Les moyennes et écarts-type de la dimension du Fonctionnement social dans la Qualité de vie (SF-36) pour les trois groupes

Liste des figures

- Figure 1 Résultats du score total de la douleur mesurée par le McGill en fonction des mesures pré-et post-traitement
- Figure 2 Résultats de la composante affective de la douleur mesurée par le McGill en fonction des mesures pré-et post-traitement
- Figure 3 Résultats de la composante évaluative de la douleur mesurée par le McGill en fonction des mesures pré-et post-traitement
- Figure 4 Résultats de la douleur mesurée par l'ÉVA au moment le plus fort en fonction des mesures pré-et post-traitement
- Figure 5 Résultats de la douleur mesurée par l'ÉVA au moment présent en fonction des mesures pré-et post-traitement
- Figure 6 Résultats de la douleur mesurée par l'ÉVA au moment habituel en fonction des mesures pré-et post-traitement
- Figure 7 Résultats des conséquences physiques de la douleur en fonction des mesures pré-et six semaines post-traitement
- Figure 8 Résultats des conséquences de la douleur sur les activités en fonction des mesures pré-et six semaines post-traitement
- Figure 9 Résultats de la dépression en fonction des mesures pré-et post-traitement
- Figure 10 Résultats de l'anxiété situationnelle (état) en fonction des mesures pré-et post-traitement
- Figure 11 Résultats de l'anxiété (trait) en fonction des mesures pré-et post-traitement
- Figure 12 Résultats du stress en fonction des mesures pré-et post-traitement
- Figure 13 Résultats de la composante Fonctionnement social du SF-36 en fonction des mesures pré-et 6 semaines post-traitement

- Figure 14 Résultats de la composante vitalité du SF-36 en fonction des mesures pré-et six semaines post-traitement
- Figure 15 Résultats de la douleur sur l'échelle SF-36 en fonction des mesures pré-et six semaines post-traitement
- Figure 16 Résultats du changement de la santé du SF-36 en fonction des mesures pré-et six semaines post-traitement

Liste des symboles

ÉVA	Échelle visuelle analogique
N	Nombre
ρ	Probabilité
M	Moyenne
ET	Écart-type (erreur standard)
n.s.	Non significatif
F	Fisher

Remerciements

Plusieurs personnes ont été impliquées dans ce projet ou ont été côtoyées dans cette aventure et méritent des remerciements. Je tiens d'abord à remercier mon directeur de thèse, Christopher M. Earls, Ph.D. pour l'aide apportée tout au long de la rédaction de ce travail, pour l'écoute attentive, pour le partage des connaissances et pour les conseils judicieux lors des moments anxiogènes. Je tiens à remercier, Docteur Earls aussi pour la promptitude à répondre à mes nombreuses demandes et pour son soutien continu et ses encouragements.

Tout au long de ce projet, des collaborations ont été réalisées notamment en ce qui concerne les discussions méthodologiques et les analyses statistiques, mes remerciements vont à Monsieur Marc Dumont pour les nombreuses rencontres, pour les multiples explications, les conseils judicieux et le soutien indéfectible. Des remerciements sont aussi dus aux médecins qui ont écouté, encouragé et soutenu le projet au long de la cueillette des données. Ces remerciements s'adressent en particulier au Docteur Serge Rousseau, gynécologue, qui a assisté à la naissance du projet, m'a encouragée et a maintenu son intérêt jusqu'à maintenant. Des remerciements sont aussi adressés à Monsieur Jean-Claude Lamarre qui a offert gracieusement l'emplacement de sa pharmacie pour la pause d'affiches afin d'aider au recrutement des participantes. Ma reconnaissance

est aussi témoignée aux assistants de recherche (Mesdames Maryse Lavoie, Kim Phong Lu, Guylaine Laurin, Jennifer Landry et Monsieur Jean-François Marquis). Je tiens à remercier de façon toute spéciale, Madame Hélène Vassilliou, mon adjointe pendant deux années, qui, sans son aide, son encouragement et son soutien continu, ce projet n'aurait pu se terminer. Son implication, sa disponibilité et son affection m'ont encouragée à poursuivre. Des remerciements vont aussi à Madame Caroline Ouellet ma récente assistante qui a su m'assister dans les derniers moments et me soutenir et m'encourager.

Je tiens aussi à remercier toutes les patientes qui ont accepté de se déplacer bénévolement afin d'aider la science et de contribuer à la finalisation de cette étude. Le contact avec ces femmes s'est avéré une riche expérience sur le plan humain mais aussi m'a aidée à mieux comprendre leur expérience douloureuse et leurs inquiétudes.

Mon travail fut facilité par l'appui financier d'une personne qui, tout en voulant aider les femmes, à demander l'anonymat mais qui, sans elle, ce projet n'aurait pu se terminer.

Je veux témoigner ma reconnaissance à mes parents, aujourd'hui décédés qui m'ont encouragée pendant les années universitaires et qui auraient aimé assister à la soutenance de cette thèse. Des remerciements sincères vont aussi à ma sœur, Marie-Paule et à son mari, Adrien Lavoie, qui grâce à leur aide et leur soutien continu m'ont permis de consacrer tout le temps requis à la complétion de ce projet. A ma nombreuse fratrie,

en particulier mes frères, qui m'ont toujours soutenue mais qui se sont moqués de moi, sans malice toutefois, je vous dis merci d'avoir été et d'être là encore.

Enfin et non le moindre, je tiens à remercier mon mari, Docteur André Robidoux, qui m'a encouragée et m'a soutenue tout au long de mes études universitaires et durant la réalisation de cette thèse. André, je t'exprime toute ma gratitude pour ton aide, ta patience, ta compréhension et pour la confiance portée à mon endroit. Merci pour tout.

En dernier lieu, je tiens à dire merci aussi à mes professeurs qui, tout au long de mon programme universitaire m'ont encouragée à continuer en dépit d'un certain âge, m'ont enseignée non seulement la psychologie mais la science et l'épistémologie.

Contexte théorique

Douleur

Phénoménologie. La douleur, expérience individuelle et subjective (Price, 1999) est causée par un réseau de stimuli nociceptifs (Ingvar, 2006). La douleur n'est pas un phénomène linéaire et n'est pas en corrélation avec le stimulus nocif, car l'une des variables les plus importantes de la modulation de la douleur est le cerveau lui-même (Boureau, 2004; Casey & Bushnell, 2001; Ingvar, 2006) en parallèle avec le rôle actif des cornes dorsales qui agissent comme des interfaces dans la transmission de la nociception (Drew & Wood, 2004).

Dans la compréhension de la douleur, la reconnaissance du mécanisme central du cerveau (Melzack & Katz, 2007) fut l'une des contributions les plus importantes de la Théorie du portillon (Melzack & Wall, 1965). Bien que les experts n'en connaissent toujours pas le fonctionnement, la théorie força le milieu médical et les sciences biologiques à accepter le cerveau comme étant un système actif qui filtre, sélectionne et module les stimuli transmis au cerveau (Melzack & Katz, 2007; Grant, Courtemanche, Dunca & Rainville, 2009).

Définition. Au cours des siècles, la définition de la douleur oscilla en fonction des théories. Aristote en faisait une passion de l'âme, donc, une expérience affective. Par contre, la théorie dualiste de Descartes, qui la considérait comme un pur phénomène sensoriel, persiste encore de nos

jours et ce, en dépit des récentes découvertes de la recherche (Levin & Janata, 2007).

La douleur est une entité complexe et essentielle à la survie de l'être humain (Besson, 1997; Marchand, 1998). Contrairement à la douleur aiguë qui a une fonction de système d'alarme (Marchand, 1998; Price, 1999) et peut être catégorisée rapidement, la douleur chronique est accablante, elle n'a aucune utilité et elle est associée à des changements dans l'activité du système autonome (Marchand, 1998) et à un processus pathologique (Jovey, 2005). Liebeskind (1991) rapporte que le soulagement de la douleur est essentiel pour préserver l'intégrité de l'organisme. Joel (1999) et plus récemment, l'American Pain Society (2003) ont suggéré que la douleur soit considérée comme le cinquième signe vital, tout comme le goût, la température, le pouls, la tension artérielle et la respiration.

L'Organisation Mondiale de la Santé ainsi que le groupe d'experts de l'Association internationale pour l'étude de la douleur, reconnaissent le rôle central de l'émotion et définissent la douleur comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion (Argoff & McCleane, 2009; Correll, 2007; Fischer, 2002; International Association for the Study of Pain, 1974; Levin & Janata, 2007; Melzack & Wall, 1989; Marchand, 1998). Selon Jovey (2005), la douleur, expérience humaine unique et personnelle, est le résultat de la

perception d'un signal nociceptif dans le cerveau. Bien que le lien entre la douleur chronique et la santé mentale ne soit plus à faire et que le rôle des facteurs psychologiques dans la douleur soit aujourd'hui reconnu (Gamsa, 1990), le manque de consensus sur la conception de la douleur maintient le débat sur la légitimité de la douleur comme unique entité physique ou comme étant une représentation d'une dysfonction psychologique (Sullivan, Gauthier & Tremblay, 2008).

Stiles et Wright (2008) mentionnent que la douleur est toujours considérée comme un problème médical ayant des caractéristiques physiques et dans les cas où les rapports ne mentionnent pas des raisons physiques, la croyance médicale étiquette trop souvent la douleur comme psychologique ou émotionnelle. Cependant, grâce aux découvertes de la recherche fondamentale, la définition élargie de la douleur reconnaît que le syndrome douloureux est modulé par des facteurs émotionnels, environnementaux et psychophysiologiques (Casey & Bushnell, 2001; Choinière, 2009; Melzack, 2007; Price & Bushnell, 2004; Rainville, Duncan, Price, Carrier & Bushnell, 1997). Ainsi, les experts interprètent la douleur comme une expérience multidimensionnelle comprenant les dimensions sensorielle-discriminative, cognitive-évaluative et affective-motivationnelle (Boureau, 2004; Melzack, 1975; Melzack & Wall, 1989; Price, 1999).

Lorsque la douleur persiste sur une longue période de temps, elle devient une expérience complexe et démoralisante dont les symptômes

sont influencés par des facteurs affectifs, cognitifs-behavioraux et environnementaux; elle comporte donc une neurobiologie extensive (Meldrum, 2003; Turk, Meichenbaum & Genest, 1983). Les modèles contemporains décrivent ainsi la douleur comme étant une expérience complexe perceptuelle qui est déterminée par des facteurs sensoriels, psychologiques et sociaux (McWilliams, Cox, & Enns, 2003).

La douleur chronique est associée à l'incapacité physique, à une diminution du fonctionnement général, à une surconsommation des ressources spécialisées et à la détresse émotionnelle (Blyth, March, & Cousins, 2003; Von Korf, Crane, & Lane, 2005). La douleur chronique devient une maladie en soi puisqu'elle prend son origine dans des problèmes biologiques, psychologiques ou sociaux ou une combinaison des trois (Gatchel & Epker, 1999). Au fur et à mesure que la chronicité de la douleur augmente, ces facteurs jouent un rôle très important dans le maintien des comportements douloureux. Bien que les connaissances actuelles démontrent que la douleur est un regroupement complexe de symptômes qui a des répercussions sur la vie affective, cognitive et comportementale (Turner & Chapman, 1982a, b), le fait que la douleur soit encore perçue comme physique ou psychologique conduit les patients à se perdre dans le système (n'ont pas de prescription de leur médecin de famille pour une consultation en clinique de la douleur et lorsqu'ils en ont une, ils peuvent rester sur les listes d'attente pendant des années, le fonctionnement même des listes d'attente fait en sorte que plusieurs

patients se découragent et abandonnent leurs droits) et à l'absence de traitements sans égard à leurs besoins. Même à faible intensité, la douleur persistante est exaspérante (Marchand, 2000); elle confronte le patient, elle requiert une grande capacité émotionnelle de résilience et hypothèque les réserves du patient.

Alors que la douleur aiguë est associée à la peur et à l'anxiété, la douleur chronique, elle, est associée au désespoir, à la frustration, à la colère, à l'impuissance et la dépression (McWilliams, Cox & Enns, 2003; Price, 1999). La quête sans fin de guérison conduit le patient à la démoralisation, à un sentiment de désespoir et à l'impuissance. De plus, la douleur taxe non seulement l'individu mais aussi ses proches et les intervenants qui s'épuisent au travail (Thorn, 2004). Ainsi, basée sur la récente définition de la douleur, les principaux concomitants de la douleur chronique sont la dépression, l'anxiété et le stress. Le problème physique allié à l'altération du psychisme a des conséquences négatives, non seulement sur l'individu mais aussi sur le couple, la famille et l'entourage ayant comme conséquence une altération de la qualité de vie.

Endométriose.

Problématique. L'endométriose est une maladie énigmatique et mal comprise (Berkley, Rapkin, Papka, 2005; Collett, 1997). L'endométriose est un syndrome douloureux chronique, puisque la maladie dure pendant de nombreuses années. Sa présentation clinique

est très variable; elle est souvent non diagnostiquée ou partiellement traitée (Belaisch, 2004; Lauersen & de Swann, 1989).

Reconnue comme une maladie bénigne et énigmatique (Belaisch, 2004) l'endométriose cause de graves problèmes chez les femmes et affecte autant le couple que la famille (Harrison, Rowan & Mathias, 2005). Bien que la dysménorrhée primaire invalidante soit fréquemment notée et en dépit du fait que, dans 75% des cas, la douleur chronique soit le symptôme le plus fréquent (Ly, Song & Shi, 2010), le syndrome douloureux endométriosique semble négligé par la majorité des spécialistes (Belaisch, 2007; Belaisch, & Allart, 2008). Ces derniers rapportent qu'un état de stress prolongé est susceptible d'initier la maladie endométriosique et que la reconnaissance de l'existence des facteurs psychiques peut être utile à une prise en charge efficace des patientes.

Autrefois reconnue comme une maladie affectant seulement les caucasiennes, certaines études montrent que les femmes de tous âges et de toutes races en souffrent (Bayer & Seibel, 1990; Belaisch, Audebert, Brosens, Canis & Leroy, 1999). L'évolution de la maladie est différente d'une femme à l'autre et l'étiologie de l'endométrialgie reste inconnue même si certains auteurs postulent des causes inflammatoires, neuropathiques et fonctionnelles (Lundeberg & Lund, 2008). Différentes théories concernant l'étiologie de la maladie sont énoncées pour expliquer l'endométriose mais la théorie retenue actuellement est celle de la menstruation rétrograde avec l'implantation d'endomètre chez des

femmes susceptibles à la maladie et potentiellement impliquées dans un désordre de maladie auto-immune (Belaisch, 2008; D'Hooghe & Hill, 1996).

Markovic, Manderson et Warren (2008) rapportent que, l'endométriose est une condition qui se présente comme étant une réponse aux hormones du cycle menstruel, au moment où l'intérieur de l'utérus grossit dans le péritoine et que les autres organes atteints saignent dans les tissus avoisinants. L'espérance d'un axe thérapeutique général est inadaptée et les tentatives de classification ont abouti à d'innombrables échecs (Belaisch, 2004). Finalement, le problème nosologique se complique puisque l'endométriose n'est pas une entité homogène (Donnez & Nisolle, 1997; Fukaya, Hoshiai, Yahina, 1993).

La douleur endométriosique commence fréquemment avec la première menstruation et l'état s'aggrave avec le temps (Dawson & Veillette, 2000) pour cesser avec la ménopause lorsque l'étendue de la maladie n'est pas répandue aux intestins ou aux tissus avoisinants. La plupart des auteurs s'entendent pour dire que les douleurs pelviennes chroniques sont difficiles à diagnostiquer et les traitements offerts diffèrent (Belaisch, 2007; Belaisch, 2008; Belaisch & Allart, 2006; McDonald, Klock & Milad, 1999). L'endométriose est une affection gynécologique fréquente puisqu'elle représente la troisième cause d'hospitalisation pour raison gynécologique aux Etats-Unis, conduisant les femmes à subir de

nombreuses procédures chirurgicales (Mirkin, Burphy-Barron & Iwasaki, 2007).

Les études publiées en gynécologie démontrent que, les femmes aux prises avec des douleurs pelviennes chroniques ont un taux de détresse psychologique plus élevé que les autres victimes aux prises avec la douleur chronique (Christo & Hobelmann, 2009; Segal, 1999). Dans une étude récente, Mirkin et al. (2007) ont démontré que les femmes souffrant d'endométriose ont une incidence élevée de conditions comorbides physiques associées (cystite interstitielle, migraine, colon irritable, fatigue chronique, douleur abdominale, infertilité) et psychique (dépression).

De plus, les dernières études épidémiologiques ont démontré un risque élevé de cancer chez les femmes souffrant d'endométriose. Vlahos, Kalampokas et Fotiou (2009) ont décelé des évidences supportant une relation entre l'endométriose (par définition un processus bénin) et le cancer de l'ovaire. Le risque de développer un cancer ovarien est de l'ordre de 20% plus élevé que dans la population en général, de 30% de plus pour un cancer du sein et de 40% de plus de développer une condition maligne hématopoiétique tel un lymphome non-Hodgkin.

Définition. L'endométriose est défini comme étant la présence de tissu endométrial (Poulin, 2000) et par la migration de particules d'endomètre (muqueuse qui tapisse la cavité utérine) en dehors de la cavité utérine (Belaish, 2004; Collet, 1997; Crosignani, Olive, Bergvist &

Luciano, 2006; Greco & Argoff, 2009). Le Dictionnaire médical définit l'endométriose comme étant « une condition gynécologique dont la muqueuse utérine se retrouve dans des localisations anormales de la cavité abdominale, causant des douleurs pelviennes chroniques ». Des plaques d'endométriose peuvent aussi se déposer sur l'intestin, la vessie, l'uretère, le vagin, la vulve, dans les muscles des cuisses ou des fesses, mais aussi sur des tissus cicatriciels (Guida, Greco & Di Spiezio, 2009; Eyvazzadeh, Smith & Lieberman, 2009). Des cas rares d'endométriose touchant d'autres régions (ombélic) sont aussi signalés (Razzi, Rubegni & Sartini, 2004). Les cellules endométriales peuvent aussi migrer à distance dans les aisselles, le nez, le cerveau et les poumons (Mercadante, Giovannini & Castaldi, 2006).

Épidémiologie. La douleur pelvienne chronique affecte entre 15% et 20% des femmes nord-américaines en âge de procréer. Les études de prévalence et d'incidence sont limitées à la clientèle gynécologique chirurgicale, car aucun registre national de la maladie n'existe en Amérique du Nord. Par contre, Belaisch (2007) spécialiste français rapporte que trois études hospitalières incluant de milliers de femmes ont fourni les données disponibles et proviennent toutes de registres américains.

Les données statistiques sont différentes en fonction des auteurs mais dans l'ensemble, toutes démontrent l'ampleur du problème. Près de

41% des femmes atteintes d'endométriose souffrent de symptômes douloureux avant l'âge de vingt ans (Vlahos, Kalampokas & Fotiou, 2009). Entre 28% et 74% des femmes subissant une laparoscopie pour des douleurs pelviennes chroniques ont un diagnostic d'endométriose (Butt & Chesla, 2007; Evans, Moalem-Taylor & Tracey, 2007; Howard, 1993; Kresch, Seifer, Sachs & Barrese, 1984; Rapkin, 1986; Reese, Reddy & Rock, 1996; Vercellini, Trespidi, Oldani, Borello, Villa & Calabrese, 1994). La prévalence estimée à 3% a permis de constater l'évolution par tranches d'âge jusqu'à 45 ans, âge à partir duquel on assiste à une diminution nette de la prévalence en rapport avec la ménopause.

Une étude rétrospective faite de 1999 à 2003 démontre que le taux d'hospitalisation est de 38% chez ces patientes et le taux annuel de chirurgie dépasse les 64% (Campbell, 2003). Selon une étude actuarielle, les coûts des traitements sont astronomiques; ils représentent plus de deux milliards de dollars par année en soins directs/indirects et ils sont de 63% plus élevés que chez tout autre groupe de femmes et de patients hospitalisés (Mirkin, Murphy-Baron & Iwasaki, 2007) En ajout aux complications physiques, le coût chez la femme se quantifie en années de souffrance, en journées d'absentéisme au travail ou en perte d'emploi, en problèmes psychologiques, maritiaux et familiaux, en multiples consultations médicales et chirurgicales, donc en une réelle diminution de la qualité de vie (Jones, Jenkinson & Kennedy, 2004).

Chez les adolescentes vues en clinique de la douleur pédiatrique, Greco (2003) mentionne qu'entre 45% à 70% d'entre elles souffrent d'endométriose. Dans un sondage comprenant 70,000 adolescentes, près de 60% ont mentionné souffrir de dysménorrhée et 50% d'entre elles mentionnaient un taux élevé d'absentéisme scolaire causé par des douleurs sévères (Klein & Litt, 1981). Aux Etats-Unis, plus de cinq millions de jeunes femmes souffrent de douleurs pelviennes chroniques (Berger, 1995). Mathias, Kupperman et Lieberman (1996) ont rapporté que celles qui souffraient d'endométriose présentaient le plus de détresse psychologique et de l'interférence dans leurs activités quotidiennes à cause de la douleur.

Séquelles de la douleur endométriosique. L'endométriose est un syndrome douloureux qui représente la cause majeure des douleurs pelviennes chroniques chez les femmes en âge de procréer (Bajaj, Bajaj, Madsen & Arendt-Nielsen, 2003; Cox, Andersen, Caglianini & Ski, 2003a, b) et chez les adolescentes. La maladie présente des symptômes sévères et débilissants, elle conduit à beaucoup de détresse, à de la dépression (Lorençatto, Petta, Navarro, Bahamondes & Matos, 2006) et elle a des conséquences dans toutes les sphères de la vie (Al-Kadri, Hassan, Al-Fozan, Haha, & Hajeer, 2009).

Les patientes rapportent des symptômes physiques et psychologiques sévères alliés à un état de stress élevé (Mathias & al., 1996; Panel & Renouvel, 2007). Une étude faite en 2003 par Greco a

démontré que les adolescentes qui consultent à la clinique représentent un sous-groupe important qui, en dépit de traitements médicaux et chirurgicaux agressifs, continue d'expérimenter de la douleur et des incapacités même après consultations de nombreux médecins et de multiples essais antalgiques sans soulagement.

Symptômes physiques. Les symptômes physiques les plus fréquents dans l'endométriose sont : la dysménorrhée (menstruation douloureuse), la dyspareunie (douleur lors du coït), la dysurie (douleur lors de la miction), la dyschésie (douleur lors de la défécation), des douleurs lombaires qui irradient jusqu'aux jambes, les saignements anormaux de l'utérus et l'infertilité (Denny & Mann, 2007; Ferrero, Esposito, Abbamante, Anserini, Renorgida & Ragni, 2005; Liu & Guo, 2008; Rapkin & Jolin, 2003). Berkley et al. (2005) rapportent aussi des douleurs utérines sévères, des cystites interstitielles et des lithiases rénales. De plus, dans les cas sévères, la chirurgie est traumatisante puisqu'elle implique une résection colorectale laparoscopique. Fréquemment, les complications (ténesme, asthénie, rectoragie, constipation et dysphagie) ne sont pas améliorées par la chirurgie (Dubernard, Piketty, Rouzier, Houry, Bazot, & Darai, 2006). Selon Ferrero, Esposito, Abbamonte, Anserini, Remorgida et Ragni (2005) la qualité de vie des femmes est nettement diminuée pendant des décennies à cause de ces problèmes.

La douleur endométriosique présente les mêmes conséquences (Denny & Mann (2007) que la douleur chronique à l'exception de deux

éléments; l'un est relié au jeune âge et l'autre est relié à l'infertilité. Selon un sondage américain de l' « Endometriosis Association » plus de 57% de femmes souffrant d'endométriose se plaignent de douleurs continues, profondes et constantes qui précèdent la menstruation et qui persistent durant et après le cycle menstruel (Copperman & Olive, 1995). Les douleurs se présentent comme une pression au bas de l'abdomen et irradient au dos, au rectum, dans le vagin et dans les muscles.

Lors des crises douloureuses, les patientes rapportent aussi des nausées, des céphalées, des pertes d'équilibre, des diarrhées, de la constipation et des bouffées de chaleurs. Tout comme dans d'autres syndromes douloureux, plusieurs spécialistes ont démontré l'absence de relation entre l'étendue de l'anomalie et la sévérité de la symptomatologie (Chene, Jaffeux, Lasnier, Aublet-Cuvelier, Matsuzaki, Jardon, & al. 2008) à l'exception du dernier stade de la maladie (Belaish, 2004; Classification de « The American Fertility Society, 1985). Ce stade tend à être associé à une prévalence plus élevée de la sévérité de la maladie et à une augmentation de la douleur

Aspects psychologiques. Les femmes souffrant de douleurs pelviennes chroniques ont un niveau élevé de détresse (Reiter, 1990). L'état prolongé des douleurs induit des séquelles psychologiques comme la dépression et l'anxiété (Cui, Matsushima & Aso, 2009; Low, Edelman & Sutton, 1993). Le stress est élevé, la peur, les craintes, les inquiétudes, la culpabilité et la colère sont omniprésentes et mal contrôlées (Fernandez,

2002). Les auteurs rapportent aussi une perte de l'estime de soi et le retrait de certaines activités. Une recension d'écrits mentionne que l'insomnie, l'inappétence, la diminution des fonctions cognitives, de la sexualité et l'incapacité de voyager, l'abus médicamenteux et/ou d'alcool et le nomadisme médical sont aussi fréquemment rapportés (Turk & Okifuki, 2002).

Concomitants de la douleur chronique

Dépression, anxiété et stress. Ces trois facteurs sont identifiés dans la littérature comme étant les principaux concomitants de la douleur chronique. La dépression est associée à un haut niveau de plaintes somatiques et de comportements antalgiques, un bas niveau de fonctionnement social, à une piètre qualité de vie et à une pauvre réponse aux traitements (Haythornwhaite, 2009). Bair, Robinson, Katon et Kroenke (2003) ont nettement démontré des liens de causalité entre les différentes variables. Sur un échantillon de 500 participants, 20% mentionne souffrir de dépression, 3% d'anxiété et 23% de douleur, de dépression et d'anxiété. Encore plus important, un collectif d'auteurs sous la direction de Tang (2008) a publié une étude évaluant la prévalence et les corrélats de la douleur chronique et leur association avec les désordres psychiques à travers divers continents. Dix pays occidentaux et sept pays en voie de développement ont démontré que la douleur chronique était fortement associée à la dépression et à l'anxiété.

La dépression a été amplement étudiée comme facteur de comorbidité (Banks & Kerns, 1996; Dersh, Palatin & Gatchel, 2002; Fishbain, 1999; Livingston, 1998) dans la douleur chronique, mais l'anxiété a fait l'objet de peu d'études même si l'anxiété et la douleur forment un cercle vicieux. Les résultats de certaines études ont généralement démontré un haut niveau d'incidence entre la douleur et l'anxiété (Craig, 2009; Levin & al. 2007). Dans un sommaire des recherches publiées en 2002, Dersh, Polatin et Gatchel ont documenté une prévalence similaire dans la population en général bien que, dans la population des souffrants chroniques, la prévalence actuelle semble plus élevée et se situe entre 16% et 28%.

Une étude prospective récente publiée par Sepulcri et do Amaral (2009) évaluant les états anxio-dépressifs et la qualité de vie chez 104 participantes souffrant de douleurs endométriosiques, a démontré que 86.5% de celles-ci présentaient des symptômes dépressifs et 87.5% des femmes souffraient d'anxiété incluant une diminution de la qualité de vie. Une corrélation positive a été démontrée entre l'intensité de la douleur et l'anxiété. De même, les résultats des dernières recherches (Roy-Byrne, Davidson, Kessler, Asmundson, Goodwin, Kubzansky, Lydiard et al. (2008) suggèrent une co-occurrence entre l'anxiété et la dépression qui varie entre 20% et 40%. De plus, les plaintes en relation avec les limitations physiques augmentaient en parallèle avec l'intensité de la

douleur. Par contre, aucune corrélation ne fut établie entre les symptômes psychiatriques et la maladie.

Enfin, des experts présents à la réunion de «The Anxiety Disorders Association of America » en janvier 2008 ont mentionné que l'anxiété rivalise avec la dépression dans la maladie chronique (Roy-Birne, Davidson, Kessler, Asmundson, Goodwin, Kubzansky et al. 2008). L'état anxio-dépressif conduit les patients à commettre des erreurs cognitives et à des évaluations négatives. Ces pensées négatives sont ainsi responsables de l'évitement des activités et conduisent à l'incapacité. Les réponses négatives affectent les réponses biologiques et comportementales qui, en retour, alimentent les émotions négatives produisant ainsi un cercle vicieux (Truchon, 2001).

Malgré une incidence élevée (Banks & Kerns, 1996; Fishbain, 1999; Fishbain, Cuttler & Osomoff, 1999) de la dépression dans les syndromes douloureux, malgré une co-occurrence établie entre ces facteurs (Tang, 2008), la question demeure non résolue puisque deux écoles de pensée s'affrontent toujours, à savoir, est-ce que la dépression précède ou survient après le traumatisme? (Fishbain, Cutler, Rosomoff & Rosomoff, 1997; Gamsa, 1990).

Le stress est un des facteurs concomitants dans la douleur chronique. Hans Selye (1956) fut le premier à s'être intéressé au stress vers le début du XXe siècle. Il a défini le stress comme l'ensemble des moyens physiologiques et psychologiques mis en œuvre par une

personne pour s'adapter à un événement donné (Selye, 1974). Le stress souffre de la même interprétation dichotomique que la dépression. Plusieurs croient au stress positif et à son pouvoir de motivation en regard de la performance, alors que d'autres considèrent le stress comme étant un élément nuisible et concomitant de la douleur. Même si la croyance populaire tend à montrer des relations entre la douleur chronique et le stress (McDonald, 2008), peu d'études ont été faites pour démontrer des liens de causalité entre ces deux variables. Chapman, Tuckett et Song (2008) ont montré que la douleur chronique pouvait être une résultante d'un niveau inhabituel de stress. Par contre, Eric Gosselin (Laplante, Gosselin, & Lauzier, 2010), spécialiste du stress en milieu de travail, considère que le stress positif au travail est un mythe tenace et une croyance populaire qu'il faut dénoncer. Dans une autre étude, les mêmes auteurs évaluant l'effet du stress sur la performance ont démontré une relation curvilinéaire entre le niveau de stress et la performance. Par contre, Harrisson, Rowan & Mathias (2005) ont démontré une relation entre le stress et les relations familiales chez les patientes souffrant d'endométriose.

Ajustement dyadique. Depuis les deux dernières décennies, cliniciens et chercheurs se sont intéressés au soutien du conjoint en interaction avec la douleur chronique (Leonard, Cano & Johansen, 2006). Une autre étude faite par les mêmes auteurs a montré qu'un conjoint n'ayant jamais expérimenté la douleur était moins empathique avec le

conjoint souffrant. Une deuxième étude démontre l'importance d'inclure le conjoint d'un souffrant chronique (Leonard & al. 2006). De même Newton-John et C de C Williams (2006) mentionnent que la satisfaction maritale était significativement plus élevée chez les conjoints rapportant plus de conversation en rapport avec la douleur.

Qualité de vie. La littérature concernant la douleur chronique et les effets négatifs sur la qualité de vie est abondante (Lee, Chronister & Bishop, 2008). Les recherches dans ce domaine portent aujourd'hui sur des clientèles de tous les âges y compris les enfants (Kobayashi, 2007; Tsao, Meldrum, Kim, & Zelter, 2007). Les patients souffrant de douleurs chroniques présentent une réduction importante de leur bien-être physique, psychologique et social ainsi qu'une piètre qualité de vie (Clark, 2007). Dans une étude faite en 2007, McGowan, Lucker, Creed et al., mentionnent que les douleurs pelviennes chroniques ont un effet adverse sur la qualité de vie. Les auteurs mentionnent que la clientèle endométriosique, en particulier, est insatisfaite en regard des soins donnés, change souvent de spécialiste et cesse de demander de l'aide en dépit de la persistance des symptômes.

Une étude australienne faite auprès de 61 femmes en attente de laparoscopie montre que les femmes souffrant d'endométriose se plaignent du manque de soutien, des luttes constantes pour de meilleurs soins et des pertes dans leur vie à cause de l'endométriose. Ces femmes mentionnent que leur pire expérience était la relation avec le milieu

professionnel qui minimisait leurs symptômes et les ignorait (Wermer & Malerud, 2003).

D'autres facteurs liés à l'histoire personnelle comme l'abus de la médication et des substances illicites, la sévérité des problèmes psychiques, les traumatismes du passé, l'abus sexuel et les troubles de la personnalité (Levin & al., 2007) peuvent aussi augmenter la douleur et perturber l'état émotionnel (Belaisch & Allart, 2006). Les données semblent démontrer que les troubles de personnalité sont plus importants dans la douleur chronique que dans toute autre pathologie mais la recherche reste pauvre dans ce domaine.

Gatchel et ses collègues (1996; 2002) ont montré que 24% de leurs participants souffrant de lombalgie satisfaisaient les critères de l'Axe II pour une pathologie de la personnalité. La prévalence des différents troubles de personnalité, d'après les rares études sur le sujet, s'étend entre 12% et 51% (Levin & al, 2007). Cependant, aucune relation n'a été établie entre le stade de la maladie et les symptômes psychiatriques, bien que l'état prolongé des douleurs chroniques non expliquées entraîne des séquelles psychologiques, altère la qualité de vie, diminue l'estime de soi et peut compromettre la relation de couple (Sepulcri & do Amaral, 2009).

Malgré le fait que plusieurs spécialistes défendent encore l'idéologie des facteurs de personnalité comme étant un élément important dans l'étiologie et dans l'évolution d'une maladie chronique, une seule étude réalisée par l'équipe de Koninck, Meuleman et Demeyere

(1991) a mis l'accent sur le rôle d'un état de stress psychique comme facteur favorisant l'éclosion des lésions endométriosiques. Les auteurs décrivent le profil particulier des femmes endométriosiques comme étant perfectionnistes et exigeantes vis-à-vis d'elle-même et des autres. Ces caractéristiques ont été décrites depuis longtemps sans jamais avoir fait l'objet d'étude sérieuse. Même si plusieurs auteurs ne sont pas d'accord avec Koninck et al, (1991), Belaisch et Allart (2006) considèrent qu'il est important de reconnaître l'existence de facteurs psychiques dans une prise en charge efficace, car les facteurs psychologiques contribuent à l'augmentation de l'expérience douloureuse des patientes endométriosiques perturbant l'équilibre physique et psychique (Damario & Rock 1995).

Les gynécologues ont aussi noté une augmentation des visites et du nomadisme médical (changement de médecin) chez cette clientèle. Si le traitement médical s'interrompt, il y a récurrence des douleurs et le taux de récurrence de la maladie est élevé (Crosignani, Olive, Bergvist & Luciano, 2006). De plus, chez les adolescentes, l'absentéisme à l'école, l'isolement social, les relations conflictuelles avec la famille et les pairs ne font que renforcer la conduite antalgique (Greco, 2003).

Traitements

Perspective historique. La quête pour comprendre et traiter la douleur remonte aussi loin que l'Antiquité. Les philosophes considéraient la douleur comme une émotion et Aristote en faisait une passion de l'âme

(Chapman, 1997). Au 5^e siècle, Hippocrate reconnaissait l'importance de l'attitude émotionnelle/spirituelle sur la santé physique et il s'interrogeait déjà sur les causes et les traitements des douleurs chroniques (Gatchel & Turk, 1996). Au fil des siècles, les patients ont été soumis à une polypharmacopée composée de produits organiques et inorganiques et à des saignées qui, trop souvent, les ont conduits à la mort (Bonica, 1953, 1990; Turk, Meichenbaum & Genest, 1983).

Le modèle médical perçoit le témoignage du patient comme le résultat d'une maladie spécifique qui représente un désordre biologique et qui s'attarde aux symptômes physiques seulement. Selon Gatchel (1999), la présence et l'étendue des dommages somatiques sont insuffisantes pour expliquer la douleur. Jusqu'aux années 1980, plusieurs spécialistes rapportaient que le soulagement de la douleur était loin d'être une préoccupation (Turk & al, 1983). Le rapprochement entre douleur et lésion était si naturel que la douleur était considérée comme le résultat inéluctable d'une atteinte physique où l'intensité de l'effet était proportionnelle à la gravité de la cause. Les traitements proposés étaient donc de nature médicale et chirurgicale seulement.

Depuis les dernières décennies, le traitement de la douleur est passé d'un modèle médical dualistique hérité de Descartes (Bonica, 1990; Turk & Monarch, 2002) à un modèle biopsychosocial de la douleur (Adams, Poole & Richardson, 2005; Turk & al, 2002). L'approche biopsychosociale englobe la maladie et la souffrance qui résulte en une

interaction complexe de variables biologiques, psychologiques et sociales (Turk & al, 2002). Ce modèle définit la douleur comme une synergie complexe modulée par des composantes physiques, sociales, comportementales, émotionnelles et environnementales (Tearnan, 2007).

De nos jours, l'approche psychologique du traitement reconnaît la nature multidimensionnelle de la douleur et de la souffrance (Gamsa, 1990) et les interventions découlent du modèle biopsychosocial. Les connaissances permettent de comprendre que la douleur est affectée par des facteurs tels l'interprétation, la relation avec les expériences antérieures et par des stimuli perçus comme des menaces (Melzack & Wall, 1965; Turk & al. 2002). Les techniques d'imagerie fonctionnelle (Rainville & al. 1997; Rainville, Carrier & Hofbauer, 1999b; Raz & Michels (2007) permettent d'identifier les aires cérébrales impliquées dans le traitement. L'intégration des informations nociceptives confirment que les thérapies à visée psychologique influent sur cette intégration (Raz & Michels, 2007). C'est dans ce registre, mais à des niveaux d'action différents que s'inscrivent des thérapies comme les thérapies cognitivo-behaviorales, l'hypnose, les psychothérapies, la relaxation et le biofeedback (Metzger, Muller, Schwetta & Walter, 2004).

En dépit de l'avancement des connaissances, du développement des procédures diagnostiques et des traitements innovateurs, il n'existe aucun traitement médical qui constamment et de façon permanente traite la douleur adéquatement (Daniels, Gray, Hills, Latthe, Buckley, Gupta, &

al., 2009; Seracchioli, Mabrouk, Manuzzi, Vicenzi, Frascà, & Elmakky, 2009; Turk & Monarch, 2002) et un nombre trop élevé de patients continuent de souffrir et de présenter des limitations importantes (Turk, 2003). Lors d'un récent sondage fait au dernier Congrès international de la douleur à Montréal en 2010 (First Global Summit on Pain,) les experts ont mis l'accent sur la qualité de la prise en charge de la douleur. Ces derniers (Déclaration de Montréal, 2010; Joint Commission Resources, Joint Commission International, 2010) ont fait ressortir l'importance de bien soulager les patients comme étant un droit fondamental chez l'être humain. De plus, les experts ont bien fait ressortir qu'une analgésie adéquate était non seulement un besoin humanitaire fondamental mais qu'un bon soulagement était associé à une récupération plus rapide, à une diminution de la morbidité post-chirurgicale et à une diminution de l'incidence des syndromes douloureux chroniques.

La douleur causée par l'endométriose en fait partie. Dans un éditorial publié en octobre 2007, Lebovic et Senapati mentionnent que le taux de récurrence de la douleur endométriosique est présent chez au moins deux tiers des femmes. En fait à six mois de suivi, le taux de non-réponse au traitement chirurgical était de l'ordre de 20% à 30%. Les auteurs rapportaient aussi la nécessité d'un traitement post-chirurgical. Dans un récent article publié par Seracchioli & al, (2009), les auteurs mentionnent aussi que la récurrence de l'endométriose après la chirurgie conservatrice est un problème fréquent. Comme dans tout autre syndrome douloureux,

les patientes souffrant d'endométriose sont fréquemment résistantes aux traitements médicaux, donc les méthodes psychologiques doivent faire partie intégrante de l'évaluation et du traitement (Barber, 1996).

Techniques psychologiques de contrôle de la douleur. Selon Wickramasekera (1988) il existe plusieurs raisons empiriques bien établies pour l'utilisation de techniques psychologiques dans le traitement de la douleur (Cui, Matsushima & Aso, 2009). Ces techniques peuvent être classées en trois groupes principaux : celles utilisant les principes de l'apprentissage qui considèrent la douleur comme une réponse apprise et donc « désapprenable » (Turner & Chapman, 1982 a, b), celles utilisant la suggestion et l'hypnose et celles favorisant la signification personnelle de l'expérience douloureuse pour la personne basée sur les principes psychodynamiques (Hilgard & Hilgard, 1994).

Selon plusieurs auteurs, les techniques psychologiques démontrent des résultats appréciables dans le contrôle de la douleur (Barber, 1996; Spiegel, 1981; Hilgard & Hilgard, 1994; Spiegel & Spiegel, 2004; Turk, 2003), les techniques les plus utilisées sont les techniques cognitives-behaviorales, l'hypnose, la relaxation, la rétroaction biologique et le conditionnement opérant (Turner & Chapman, 1982a, b). Parmi ces dernières, les techniques cognitives-behaviorales (Turk, Meichenbaum & Genest, 1983; Turk, 1990) et l'hypnose (Barber, 1996; Chaves, 1994; Hilgard & Hilgard, 1994; Spiegel & Spiegel, 2004) semblent avoir démontré les meilleurs résultats.

Traitement cognitif-behavioral. Depuis l'introduction de la médecine behaviorale dans les années soixante-dix, les traitements cognitifs-behavioraux pour la douleur chronique se sont développés considérablement, ont satisfait aux exigences de la recherche scientifique et répondent aujourd'hui aux critères des données probantes (Vleyen & Morley, 2005). Le modèle utilisé en thérapie cognitive-behaviorale est le modèle biopsychosocial et il s'adresse aux dimensions émotionnelles, cognitives et comportementales qui gèrent les facteurs modulant la douleur et l'incapacité (Adams, Poole & Richardson, 2005). Cette approche postule que les problèmes psychologiques représentent des réponses inappropriées, apprises et maintenues en place par des cognitions dysfonctionnelles (Gatchel & Turk, 1996; Turk & al, 1983).

Dans la plupart des études, les interventions ont démontré des améliorations notables en termes de diminution de comportements douloureux, d'efficacité clinique, d'amélioration des stratégies de gestion et d'augmentation du fonctionnement physique en général (Bennet & Nelson, 2006). Les thérapies cognitives-behaviorales ont été largement étudiées scientifiquement, elles ont l'avantage d'offrir des buts spécifiques, elles sont offertes sur une période de temps limitée, elles visent un objectif spécifique et servent de méthode d'apprentissage (Corey, 2005; Dick, 2010). Elles sont largement utilisées dans les programmes de traitement de la douleur chronique et continuent de faire l'objet de nombreuses études (Willson & Branch, 2006).

Les thérapies cognitives-behaviorales étudient les raisonnements sous-jacents et les comportements afin d'aider le patient à surmonter ses problèmes émotionnels et comportementaux (Willson & Branch, 2006). La thérapie met l'accent sur les dimensions cognitives, affectives et comportementales de l'expérience douloureuse (Dalton & Coyne, 2003). L'approche est loin d'être passive, bien au contraire; pour réussir, elle exige une participation active du patient, l'acquisition de nouvelles connaissances et d'habiletés mais plus important encore, elle recommande une pratique régulière (Corey, 1993).

La thérapie exige aussi que le patient soit motivé à interagir activement à son programme de traitements de façon à changer l'expérience de la douleur, à améliorer son fonctionnement quotidien et à augmenter sa qualité de vie (Okifuji & Ackerlind, 2007). En douleur chronique, la thérapie cognitive-behaviorale met l'accent sur la promotion des pensées qui contribuent au fonctionnement et au bien-être du patient et confrontent celles qui maintiennent le problème.

L'aspect behavioral de la thérapie implique l'apprentissage par observation (modeling, Malcuit & Pomerleau, 1977), l'exercice contrôlé (pacing) et l'activité de stimulation (Molton, Graham, Stoelb & Jensen, 2007). L'approche comprend aussi la psycho-éducation, l'entraînement et l'acquisition des habiletés comportementales et cognitives, l'exploration des alternatives et les stratégies de gestion, la restructuration cognitive, la généralisation des comportements adéquats et le maintien des acquis En

résumé, les ingrédients essentiels se résument à quatre éléments : l'éducation, l'acquisition des habiletés, la pratique cognitive et comportementale, la généralisation des habiletés et le maintien des compétences (Corey, 2005).

Traitement hypnotique. Selon la perspective historique, l'hypnose, technique aussi vieille que l'humanité, était utilisée dans les cures égyptiennes (Ebers Papyrus, 1552, B.C.E.), mais au cours de l'histoire, elle a été maintes fois découverte, oubliée et redécouverte (Faymonville, Fissette, Mambourg, Delchambre & Lamy (1994). L'hypnose tomba en défaveur avec le Moyen-Âge et la venue du christianisme (Amadasun, 2007) et connût son âge d'or aux XIXe et XXe siècles grâce aux succès obtenus dans le contrôle de la douleur (American Psychiatric Association, 1961).

Amplement utilisée en chirurgie comme seule anesthésique mais facilement remplacée par les gaz anesthésiants, depuis les années cinquante, l'hypnose jouit d'une reconnaissance officielle autant en Europe qu'en Amérique (Norelli, 2009). Sur le plan théorique, l'hypnose a bénéficié des acquisitions des neurosciences, de la psychiatrie et de la psychologie ainsi que des recherches dans le domaine de la communication (Salem & Bonvin, 2004).

Définition. La perception de l'hypnose a évolué graduellement (Spiegel, 1944a, b; Spiegel, 1981; Spiegel, 2007; Spiegel & Spiegel, 2004). Dans le passé, l'hypnose a été définie comme étant une technique

appliquée (mesmérisme) sur le patient (Laurence & Perry, 1988; Spiegel, 2007). D'abord identifiée comme du somnambulisme (Michaux, 1991; Salem & Bonvin, 2004) et plus tard comme une expérience mystique (Spiegel, 2007), l'hypnose a été aussi associée au sommeil et ensuite à un changement psychologique dans la concentration.

Aujourd'hui, l'hypnose est considérée comme un état psychophysiologique caractérisé par une capacité d'attention, de concentration et d'absorption focalisée en parallèle à un état de conscience modifié (Laurence & Perry, 1988; Spiegel, 1981; Spiegel & Spiegel, 2004). Cet état de conscience altéré est aussi caractérisé par une réceptivité aux suggestions, par la capacité de modifier la perception, la mémoire et les habiletés de contrôle des fonctions physiologiques habituellement involontaires (Barber, 1996).

Applications. L'hypnose aussi bien que les techniques cognitives-behaviorales ont fait l'objet de multiples études en clinique et en laboratoire. La recherche expérimentale a nettement démontré la capacité de produire des altérations somatosensorielles et neurophysiologiques (Casey & Bushnell, 2001; Crawford, Knebel, Kaplan, Vendemia, Xie, Jamison & Pribram, 1998; Grant et al, 2009; Haargadon, Bowers & Woody, 1995; Hilgard & Hilgard, 1994; Hofbauer, Rainville, Duncan & Bushnell, 2001; Spanos, Perlini & Robertson, 1989; Orne, Dinges & Bloom, 1995; Price, 1999; Price & Bushnell, 2004; Raz & Michels, 2007; Spanos, Voorneveld, & Gwynn, 1987) et a aussi mis en évidence la

modulation de l'activité cérébrale par des suggestions hypnotiques dirigées aux dimensions sensorielles et affectives de la douleur (Rainville, Duncan, Price, Carrier, & Bushnell, 1997).

Recension des écrits

Les techniques cognitives-behaviorales ont largement prouvé leur efficacité comme ajout aux traitements médicaux, en particulier, dans plusieurs syndromes douloureux (Morley, Williams & Hussain, 2008; Spiegel, 1981; Spiegel & Spiegel, 2004) et dans les troubles anxio-dépressifs (Boland & Keller, 2005; Brown & Barlow, 2002; Hopko, Bell, Armento, Roertson, Mullane, Wolf & Lejuez, 2007; Sanderson & McGinn, 2008).

Selon Morley et al. (2008), Molton et al, (2007), en général, la thérapie cognitive-behaviorale s'est montrée répétitivement plus efficace que les listes d'attentes pour réduire l'humeur, l'interférence avec la douleur et les comportements douloureux, pour augmenter les habiletés de gestion des crises antalgiques ainsi que le niveau d'activités (Sanderson & McGinn, 2008).

Dans un essai clinique avec assignation aléatoire et avec un groupe contrôle chez des patients souffrant d'arthrite rhumatoïde, Carson, Keefe, Affleck, Rumble, Caldweel, Beaupre et al, (2006), ont montré que la thérapie cognitive-behaviorale était supérieure à un groupe d'éducation et au traitement standard dix-huit mois post-traitement. De même, Turner, Mancl et Aaron (2006) dans un essai clinique chez des patients souffrant

de désordres temporo-mandibulaires, ont démontré que ceux recevant la thérapie cognitive-behaviorale rapportent moins de douleurs, moins de dépression et une augmentation de la fonction de l'articulation par rapport au groupe contrôle. La thérapie cognitive-behaviorale s'est montrée efficace chez des patients brûlés en ajout à la médication lors de procédures de débridement et des pansements au lit (Loncar, Bras & Mickovic, 2006; Patterson, Goldberg, Ehde, 1996).

Les récentes recherches suggèrent aussi que la thérapie cognitive-behaviorale en tant que traitement est aussi efficace chez les populations jeunes que celles âgées (Degotardi, Klass, Rosenberg, Fox, Gallelli & Gottlieb, 2005; Hughes, Seymour, Campbell, Huber, Pollak, Sharma et al., 2006). Ces dernières années, les recherches se sont concentrées sur l'efficacité clinique des programmes de traitement de la douleur, les preuves (Stiles & Wright, 2008) de l'efficacité de la thérapie cognitive-behaviorale ayant déjà été faite (Morley, Williams & Hussain, 2008). Les auteurs mentionnent que les récents essais cliniques avec assignation aléatoire et groupe contrôle ainsi que les méta-analyses prouvent l'efficacité des programmes de traitement des douleurs chroniques par thérapie cognitive-behaviorale. L'avantage de ce type de thérapie est à court terme, puisque l'efficacité d'un programme peut se produire sur des intervalles entre 10 et 20 traitements (Bennet & al, 2006; Dick, 2010).

Une prolifération d'études, de recensions d'écrits et de méta-analyses publiées dans des revues avec comités de pairs ont confirmé

l'utilité et l'efficacité clinique des traitements cognitifs-behavioraux (Turk, 2004) et des programmes de traitements. Un suivi à long terme montre aussi qu'entre 30 et 70% des patients maintiennent ces améliorations entre 1 et 5 ans (Turk & Rudy, 1991). De plus, une pléthore d'études sur la douleur chronique traitée par la thérapie cognitive-behaviorale a montré des résultats cliniquement et statistiquement significatifs même dans la douleur cancéreuse (Devine, 2003; Robb, Williams, Duvivier & Newham 2006). Devine (2003) mentionne que, sur 25 études publiées entre 1978 et 2001, et en dépit des biais méthodologiques, il existe de fortes évidences démontrant que les interventions de relaxation basées sur l'approche cognitive-behaviorale sont efficaces.

En ce qui concerne l'hypnose, une première recension critique des écrits (Turner & Chapman, 1982a, b) montrait qu'il n'y avait aucune étude avec groupe contrôle qui comparait l'hypnose avec un placebo crédible dans la douleur chronique. Ces derniers concluaient qu'il n'y avait aucune évidence que l'hypnose avait plus d'effet qu'un placebo. Depuis les années 2000, un nombre considérable d'études cliniques avec assignation aléatoire des sujets et avec un groupe contrôle ainsi que plusieurs séries de cas cliniques (Jensen, Barber & Hanley, 2008; Mackey, 2010; Patterson & Jensen, 2003) ont nettement démontré le contraire. Considérant le grand nombre de publications, seules quelques recensions d'études, certaines méta-analyses et quelques études randomisées avec groupe contrôle seront mentionnées.

De nos jours, il n'existe à peu près pas de problèmes médicaux qui n'ont pas fait l'objet d'études avec l'hypnose (Large, Price & Hawkings, 2003). Dès 1996, Holroyd publia une recension des écrits expliquant l'utilité de l'hypnose dans le contrôle de la douleur. En 2007, Hudacek a publié une recension des écrits démontrant l'efficacité de l'hypnose sur le système immunitaire chez des patientes atteintes de cancer. Gay (2007) publia un suivi à long terme (un an) chez des gens utilisant l'hypnose pour réduire l'hypertension moyenne.

Récemment, Néron et Stephenson (2007) ont publié un article démontrant une diminution de la douleur cancéreuse et de l'anxiété ainsi qu'une augmentation de la participation aux traitements et de la motivation aux procédures. Les interventions hypnotiques sont parmi les plus anciennes techniques utilisées en ajout à la médication et dans certaines interventions en médecine (Gauld, 1992). Dans la douleur aiguë (procédures chirurgicales sans anesthésie générale) et l'anxiété, l'efficacité de l'hypnose a été validée par différentes études (entre autres, Montgomery et al, 2000; Patterson & Jensen, 2003).

En 2000, Montgomery et al, firent paraître une méta-analyse démontrant l'efficacité des interventions hypnotiques par rapport à un groupe contrôle en comparant l'ampleur des effets. Cette méta-analyse, basée sur 18 articles, a démontré une ampleur d'effets de « modéré à important » prouvant l'efficacité de l'intervention hypnotique. En 2007,

Hammond a édité une recension de l'utilisation de l'hypnose pour le traitement des migraines et des céphalées.

Examinant l'effet de l'hypnose sur la douleur et sur le phénomène de reviviscence d'un traumatisme chez 44 patients brûlés randomisés au groupe hypnose ou à un groupe contrôle, Shakbaei, Harandi, Gholamezaei, Samoei et Salehi (2008) démontrèrent que le groupe recevant l'hypnose a pu réduire significativement l'intensité de la douleur ainsi que le nombre de reviviscences par rapport au groupe contrôle, mais que la diminution de la douleur par rapport au niveau de base était non significative.

L'hypnose a aussi été utilisée dans les procédures radiologiques invasives, telles les biopsies pour un cancer du sein (Montgomery, Kangas, David, Hallquist, Green, Bovjerg & Schnur, 2008; Zelter & LeBarron, 1982) durant les cathétérismes cardiaques ou les angiographies vasculaires (Lang, Berbaum, Faintuch, Hatsiopoulou, Halsey, Li, et al., 2006; Lang, Benotsch, Fick, Lutgendorf, Berbaum, & Berbaum, 2000), lors d'urographies vésico-urétrales chez les enfants (Butler, Symons, Henderson, Shortliffe & Spiegel, 2005), lors d'accouchements (Jenkins & Pritchard, 1993) ainsi qu'en art dentaire (Barber & Meyer; 1977; Bourassa & Leclerc, 1991; Bourassa, 1998; Wood & Zadeh, 1999). Toutes ces études, sans aucune exception, ont démontré des résultats positifs avec l'ajout de l'hypnose comme méthode de relaxation ou en tant qu'analgésie seule.

Les douleurs procédurales suscitent toujours l'intérêt des cliniciens (Harandi, Esfandani, & Shakibaei, 2004; Lang et al, 2000; Patterson & Jensen, 2003; Wright & Drummond, 2000). Dans une étude prospective, un échantillon de 241 participants, subissant des artériographies vasculaires et rénales, a été réparti aléatoirement soit à un groupe recevant une sédation intraveineuse seulement soit à un deuxième groupe recevant la même sédation mais pratiquant l'auto-hypnose et la relaxation, ainsi qu'à un troisième groupe avec sédation et l'attention des professionnels. Les auteurs ont démontré que le groupe recevant une sédation seulement se sont administrés deux fois plus de médication que les deux autres groupes et qu'un seul patient a manifesté des signes d'instabilité hémodynamique comparé à 10 patients dans le groupe d'attention et à 12 patients dans le groupe sédation seulement. La durée de l'intervention dans le groupe hypnose était plus courte que dans les deux autres groupes (61 minutes) comparé à 78 minutes dans le groupe avec sédation et à 67 minutes dans le groupe attention (Lang et al, 2000). Les auteurs conclurent que l'ajout d'une intervention nonpharmacologique en terme de diminution de la douleur, de l'anxiété, d'une réduction importante de la sédation intra-veineuse et d'une minimisation des effets secondaires et d'une diminution de temps de la procédure, démontrait la nécessité d'une telle intervention.

Sur un échantillon de 236 patientes subissant une biopsie pour cancer du sein, Lang et al. (2006) ont démontré que les patientes utilisant

l'auto-hypnose en ajout à la médication, ont diminué leur douleur et ont rapporté moins d'anxiété que celles ayant le traitement standard habituel (le soutien de l'équipe seulement). En ajout au contrôle de la douleur, dans une étude prospective randomisée (groupe expérimental : n= 16) avec groupe contrôle (n = 14), Lang, Joyce, Spiegel, Hamilton et Lee (1996) ont montré une diminution de la douleur (2 vs 5 médiane sur une échelle de 0 à 10), des coûts reliés aux procédures, du nombre de jours d'hospitalisation et de la prise d'antalgiques (unité médicamenteuse : 0.28 vs 2.01, $p < .01$). Significativement plus de patients du groupe contrôle ont montré une désaturation en oxygène et/ou ont nécessité une interruption de l'intervention en raison d'une instabilité hémodynamique.

Toujours dans le cadre d'interventions procédurales invasives (cathétérisme vésico-urétral), Butler et al. (2005) ont réparti aléatoirement 44 enfants (moyenne d'âge 7.6) dans un groupe d'hypnose (n = 21) et un groupe de soins de routine (n = 23). Il faut mentionner que tous les enfants avaient déjà subi cette procédure auparavant et que leur niveau de stress était élevé. Les auteurs rapportèrent que dans le groupe hypnose, la durée de la procédure fut diminuée de 28% (35 minutes) par rapport au groupe contrôle (49 minutes). Unanimement, l'expérimentateur (médecin spécialiste en radiologie interventionniste), les parents et le personnel mentionnèrent que les enfants étaient moins stressés lors de la deuxième urographie.

Récemment, Marc, Rainville, Verreault, Vaillancourt, Masse et Dodin (2007) ont publié un essai pilote (n = 350) sur l'effet positif des inductions et suggestions hypnotiques lors de procédures de terminaison d'une grossesse. L'étude comprenait un groupe contrôle et les participantes étaient réparties aléatoirement aux deux groupes. Les auteurs ont démontré que les patientes recevant les suggestions hypnotiques demandaient moins de sédation (dans l'essai pilote) et utilisaient moins d'opiacés (pompe à auto-injection de morphine) dans la seconde étude. Les auteurs rapportèrent aussi une plus grande détente chez le groupe avec hypnose que chez le groupe contrôle.

Bien que les douleurs chroniques soient difficiles à traiter, l'ajout de techniques comme l'hypnose s'est avérée positive chez des patients présentant des douleurs et des incapacités permanentes. Jensen, Hanley, Engel, Romano, Barber, Cardenas et al, (2005) ont démontré que, chez 33 adultes, l'hypnose était efficace entre le pré, le post traitement et le suivi de trois mois. La diminution de la douleur était de l'ordre de 30% et moins, des changements positifs étaient aussi notés en terme de diminution de l'aspect désagréable de la douleur (l'ampleur de l'effet était de petit à moyen, $d = .41$). En 2005, Jensen, Bergstrom, Ljungquist et Bodin ont aussi démontré via une série d'études de cas les mêmes effets positifs de l'hypnose en ajout aux traitements médicaux chez des patients souffrant de douleurs chroniques au dos et au cou.

Comme techniques psychologiques de contrôle de la douleur chronique, hier et de nos jours, l'hypnose autant que les techniques cognitives-behaviorales ont fait l'objet de nombreuses études et suscitent toujours l'intérêt des cliniciens et des chercheurs. Par contre, dans les douleurs pelviennes chroniques découlant de différentes causes médicales, quelques études empiriques ont démontré l'efficacité de certaines techniques psychologiques de contrôle de la douleur. Cependant, depuis 2005, Jarrell a publié des règles de conduites pour le traitement des douleurs pelviennes chroniques. Dans une étude incluant parents-enfants, Robins, Smith, Glutting et Bishop (2005) ont démontré que la combinaison de traitements (soins médicaux standard et court programme d'approche cognitive-behaviorale), non seulement était supérieure au traitement standard seul, mais était aussi rentable financièrement. De plus, les résultats ont démontré que les enfants et les parents rapportaient moins de douleurs en post-intervention mais aussi lors du suivi de un an de même qu'une réduction significative de l'absentéisme des enfants à l'école.

L'endométriose a fait l'objet de nombreuses publications au niveau médical (Guo, 2008) mais, au niveau psychique, la maladie suscite peu d'intérêt. Très peu d'études ont été publiées et elles souffrent de biais méthodologiques. Tout de même, certaines études cliniques avec assignation aléatoire et groupe contrôle ont étudié la présence de facteurs psychiques et les effets de traitements psychologiques en ajout aux

traitements médicaux pour l'endométriose. En 1993, Low et al. ont comparé 41 femmes souffrant d'endométriose à 41 femmes sans endométriose; l'étude évaluait les facteurs de personnalité, la psychopathologie, le statut marital et la douleur. Les auteurs ont démontré que les participantes avec endométriose avaient un niveau de psychotisme, d'introversion et d'anxiété plus élevé que les autres.

En 1996, l'étude de Jacox (n = 293) montrait que la détresse psychologique était corrélée positivement avec l'emploi de deux méthodes passives de gestion (passivité, déni/ évitement) et avec l'emploi d'activités de gestion reflétant le mécontentement religieux et le lieu de contrôle. L'étude retient que les efforts passifs de gestion étaient en partie responsables de la variance reliée à la détresse.

Considérant qu'il n'y a pas de corrélation entre la douleur et l'étendue de la maladie (Belaisch, 2004), il fut suggéré que les facteurs psychologiques avaient une influence sur la maladie. Une étude réalisée par Eriksen, Gunnarsen, Sorensen, Munk, Nielsen, Knudsen (2008) portant sur 63 femmes souffrant d'endométriose, dont 20 femmes n'avaient pas de symptômes, a démontré une corrélation positive entre les habiletés de gestion et les composantes émotionnelles (dépression/anxiété), et entre la sévérité de la douleur et l'impression subjective d'une altération du fonctionnement psychosocial. Par contre, il n'y avait aucune différence entre les deux groupes en ce qui concerne la dépression et l'anxiété et il n'y avait pas de corrélation entre la gravité de

la douleur et l'état anxio-dépressif. La composante « habiletés de gestion » est ressortie comme étant la composante principale affectant les conséquences psychologiques. Par contre, l'étude n'a pas confirmé les résultats d'études antérieures à l'effet que la douleur reliée à l'endométriose était associée à une prévalence plus élevée de dépression/anxiété.

Une étude récente publiée par Sepulcri et do Amaral (2009) évaluait les symptômes dépressifs, l'anxiété et la qualité de vie chez les femmes souffrant d'endométriose. Parmi le nombre de participantes, 86.5% d'entre elles présentaient des symptômes dépressifs. L'intensité de la dépression était sévère chez 32.7% d'entre elles. Quant à l'anxiété, 87.5% de l'échantillon souffrait d'anxiété et de ce nombre, 63.5% souffrant d'anxiété légère à élevée. L'étude n'a pas mis en évidence de corrélation entre les symptômes psychiatriques et le stade de la maladie. Par contre, les auteurs ont trouvé une corrélation positive entre l'intensité de la douleur présente et l'anxiété (état : $p = ,009$; trait : $p = ,048$) et la dépression telle que mesurée par l'échelle de Hamilton ($p = ,017$).

Étant donné les facteurs psychologiques impliqués dans la douleur endométriosique, considérant que les patientes souffrant d'endométriose consultent leur gynécologue trois fois plus souvent pour des problèmes de douleur que pour l'infertilité (Redwine & Sharp, 1990), prenant note que les patientes souffrant d'endométriose sont partiellement soulagées par les traitements médicaux et chirurgicaux, il semble illusoire de penser que

seul un traitement médical peut apporter satisfaction. Selon Damario et Rock (1995), la thérapie médicamenteuse diminue les symptômes douloureux chez 72% à 93% des patientes souffrant d'endométriose. Cependant, s'il y a arrêt du traitement médical, la douleur revient et le taux de récurrence du syndrome douloureux est élevé (Belaisch, 2007; Belaisch, 2008; Belaisch & Allart, 2006).

En résumé, dans d'autres syndromes douloureux chroniques autres que l'endométriose, les études cliniques, appuyées sur une méthodologie répondant aux exigences de la recherche scientifique, ont démontré des résultats statistiquement significatifs. Alors que l'endométriose a fait l'objet de plusieurs publications au niveau médical, en regard de la santé mentale, rares sont les études qui ont comparé différents traitements psychologiques à un groupe contrôle (sans traitement). L'étude de Robins et al., (2005), a montré une supériorité lorsque l'on combine un traitement médical standard et un court programme de thérapie cognitive-behaviorale en diminuant la douleur, les coûts et l'absentéisme à l'école. L'étude de Low et al., 1993 a montré que les femmes souffrant d'endométriose présentaient plus de psychopathologie et d'anxiété que celles sans endométriose. L'étude de Jacox (1996) a démontré une relation positive entre la douleur et certains schèmes cognitifs distordus (dénier et évitement). L'étude d'Ericksen et al. (2008) a démontré une relation positive entre les habiletés de gestion, la douleur et le fonctionnement

social. Mais les auteurs n'ont trouvé aucune relation entre la douleur, l'anxiété et de la dépression.

A l'exception de l'étude de Sepulcri et al, (2009) qui a démontré une relation positive entre la douleur et les états anxio-dépressifs, aucune étude n'a été publiée à date sur les relations entre la douleur chronique chez des patientes souffrant d'endométriose et les liens avec la dépression, l'anxiété, le stress, l'influence de la douleur sur la relation maritale et des conséquences sur la qualité de vie.

Hypothèses de recherche

En dépit de la pauvreté des études psychologiques dans l'endométriose, la littérature fait ressortir certains liens entre la douleur, les états émotionnels et le fonctionnement. Basés sur les résultats de la méta-analyses de Montgomery et al., (2000) qui mentionnaient des ampleurs d'effets d'intensité « modéré à important » et en tenant compte des relations positives démontrées par les rares études empiriques faites dans l'endométriose, tenant compte que Belaisch (2004) n'a pas trouvé de relation entre la douleur et la maladie, tenant aussi compte que Ericksen & al., (2008) n'ont trouvé aucune relation entre la douleur et les états anxio-dépressifs mais que Sepulcri et al., (2009), eux, ont trouvé une relation positive entre douleur et les états anxio-dépressifs, la présente thèse est une étude prospective avec assignation aléatoire aux trois groupes indépendants où deux groupes de traitements (Hypnose et Cognitif-behavioral) sont comparés à un groupe contrôle (Attention du thérapeute).

Le principal objectif de cette thèse est d'évaluer et de comparer deux techniques psychologiques de contrôle de la douleur en ajout à la médication à un groupe contrôle sans traitement, chez des patientes souffrant d'endométriose. Un deuxième objectif est d'évaluer les interrelations entre la douleur, l'état émotionnel (anxiété, dépression), le stress, la relation maritale (ajustement dyadique) et différents paramètres de la qualité de vie.

La première hypothèse prédit une supériorité des traitements psychologiques par rapport au groupe de contrôle. Une différence significative est attendue pour les deux groupes de traitements dans le sens d'une diminution de l'intensité de la douleur pour le critère principal. Cette supériorité des deux groupes de traitements est aussi attendue pour les critères secondaires. Une diminution des scores de la dépression, de l'anxiété, du stress et de la relation maritale est donc espérée. A noter cependant que dans l'Échelle de qualité de vie, les scores sont inversés, ainsi une supériorité des traitements s'explique par une augmentation des scores.

Basés sur les résultats de la méta-analyse de Montgomery et al. (2000), sur la recension de Hammond (2007) démontrant une supériorité de l'hypnose dans les migraines, de l'étude de Shakbaei et al., (2008) où les patients brûlés montraient une réduction de la douleur avec l'hypnose, sur les deux essais cliniques de Lang et al., (1996, 2006) lors de procédure invasives en radiologie, sur l'étude récente de Montgomery et

al., (2008) lors de biopsie (cancer) du sein, une deuxième hypothèse prédit que le traitement hypnotique sera supérieur au traitement cognitif-behavioral et au groupe contrôle.

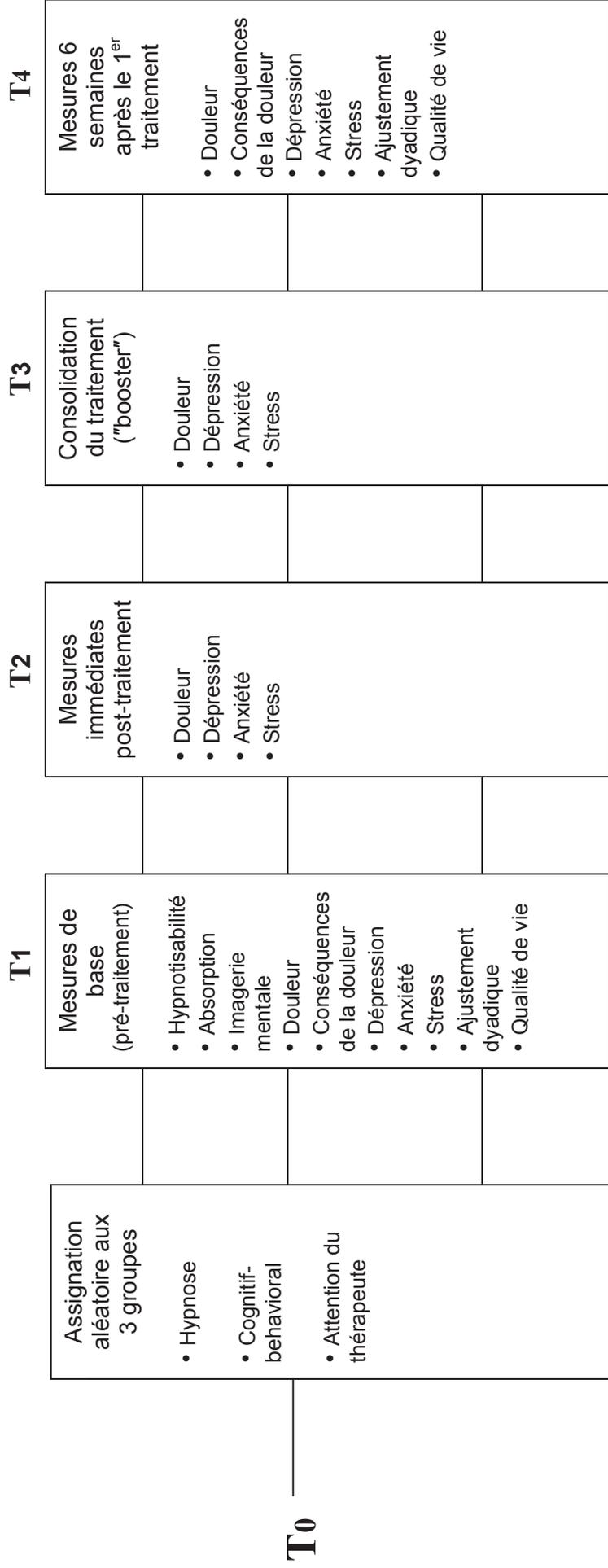
En résumé, les hypothèses *a priori* visaient à démontrer un certain accroissement d'efficacité des techniques psychologiques de contrôle de la douleur en fonction du type de traitement. Elles supposent globalement un effet de tendance selon lequel le traitement hypnotique serait supérieur au traitement cognitif-behavioral et au groupe contrôle en terme de diminution de l'intensité de la douleur (variable d'efficacité primaire), de la diminution des états anxio-dépressifs et du stress, d'une amélioration de la relation maritale et d'une meilleure qualité de vie (variables d'efficacité secondaire).

Méthodologie

Description de l'étude

Schéme expérimental. Cette recherche est une étude clinique prospective évaluant la douleur, ses concomitants, les conséquences de la douleur ainsi que la relation maritale et la qualité de vie chez des femmes souffrant de douleurs pelviennes chronique diagnostiquées endométriose. Le schème expérimental est un devis factoriel avec mesures répétées de PX(Q) ou plan factoriel 3X(4). Le facteur P représente les différents traitements et le groupe contrôle alors que le facteur Q représente les quatre moments de la mesure (une mesure pré et trois mesures post-traitement).

Schéma de l'étude



Objectifs de l'étude. Les buts de l'étude sont de deux ordres. Premièrement, il s'agit d'évaluer la douleur et ses concomitants (anxiété, dépression, stress), les conséquences de la douleur, la relation maritale (ajustement dyadique) et la qualité de vie. Deuxièmement, l'étude à comparer l'efficacité de deux traitements psychologiques de contrôle de la douleur en ajout aux traitements médicaux à un groupe contrôle sans traitement psychologique actif.

Participant

Éligibilité. L'échantillon est composé de soixante ($n = 60$) participantes qui ont été réparties aléatoirement à deux groupes de traitements (Cognitif-behavioral et Hypnose) ou à un groupe contrôle (aucun traitement) identifié « Attention du thérapeute » (Schéma page suivante).

Attrition. Sur 437 participantes éligibles, soixante ont accepté de participer à l'étude (3 groupes de 20). L'attrition est due à plusieurs facteurs. Entre autres, elle est due à l'efficacité temporaire de la chirurgie (diminution de la douleur), à l'exérèse de l'appareil reproducteur (utérus et ovaires) lors de la laparoscopie, à un diagnostic post-laparoscopie différent de celui en pré-opératoire, à un changement d'adresse, à une infection, à une grossesse, à un engagement et par après à un refus par manque de rémunération, bien que lors de l'appel téléphonique, les participantes étaient informées qu'aucune compensation monétaire n'était donné pour leur participation. Les nombreuses raisons expliquant l'attrition

porte à croire que l'échantillon de participantes n'est pas différent de celui d'autres femmes potentiellement éligibles qui souffrent d'endométriose et qui pourraient profiter des traitements. De plus, toutes ces femmes proviennent du même bassin de femmes qui sont traitées dans les centres hospitaliers universitaires. Toutes fréquentaient les mêmes cliniques gynécologiques et étaient traitées par des spécialistes de l'endométriose.

Parmi les groupes, les pertes au suivi se chiffrent au nombre de six participantes, dont trois dans le groupe contrôle, deux dans le groupe cognitif-behavioral et une dans le groupe hypnose. Entre autres raisons mentionnées, il y a eu une chirurgie d'urgence, un mariage, une rupture de couple, la distance et enfin deux participantes ont mentionné qu'elles craignaient l'efficacité des traitements et la perte de l'attention du médecin et du conjoint.

Critères d'inclusion. Les critères d'inclusion exigeaient d'avoir des douleurs pelviennes depuis plus de six mois et d'avoir reçu un diagnostic d'endométriose confirmé par le gynécologue lors de la laparoscopie. Les participantes devaient être âgées de 18 ans et plus, lire le français, répondre correctement aux questionnaires, accepter les traitements psychologiques de contrôle de la douleur tout en respectant leurs traitements médicaux, accepter de se présenter à quatre reprises à l'hôpital pour l'évaluation, le traitement et le suivi. Au Centre hospitalier de l'Université de Montréal, la pratique déontologique exige que chaque patient ait un traitement. A la demande du Comité d'éthique, les

participantes assignées au groupe contrôle (sans traitement) ont ainsi profité d'un traitement à leur choix après la fin des quatre rencontres.

Critères d'exclusion. Étaient exclues de l'étude les participantes qui étaient ménopausées (1 an et plus sans règle) et celles qui avaient reçu un traitement chirurgical majeur, par exemple, une résection de l'utérus et des ovaires lors de la laparoscopie. Les participantes qui ont eu une grossesse en cours de traitement ont aussi été exclues. Pour éviter l'effet possible de la médication psychiatrique, celles qui avaient un diagnostic psychiatrique n'ont pas été retenues. De même, les participantes qui avaient des problèmes de consommation abusive de drogues, d'alcool et/ou de médicaments n'ont pu participer. Enfin, les participantes qui présentaient un syndrome douloureux ou autres conditions médicales nécessitant une médication antalgique sur une base régulière (par ex. traitements de migraines, car la médication agit sur la douleur pelvienne) ont aussi été exclues de l'étude.

Recrutement. En premier lieu, le recrutement s'est fait par la remise d'un bref résumé de l'étude et d'une affiche (Appendice A) aux gynécologues du Département de gynécologie du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal. A cause du faible taux de réponses, après plus de un an, nous avons dû présenter l'étude à deux reprises lors de réunions départementales. Ensuite, nous avons eu recours à un affichage public dans la région de Montréal et des banlieues sud et nord (épiceries et pharmacies). Nous avons aussi présenté l'étude lors d'une réunion

mensuelle de la Société montréalaise de l'endométriose en donnant le feuillet d'information et l'affiche aux participantes. Nous avons aussi rencontré les responsables des Départements de gynécologie de l'Hôpital Royal Victoria et de l'Hôpital Sacré-Cœur mais sans grand succès. En dernier lieu, nous avons aussi dû recourir à une annonce dans un magazine féminin donnant les mêmes informations et la même affiche.

Matériel.

Mobilier. Le matériel se compose de quatre items (mobilier, appareils d'enregistrement, des questionnaires papier-crayon et les protocoles standardisés pour les traitements. Le travail en hypnose requiert un environnement sans bruit, du mobilier confortable ainsi que des instruments d'enregistrement. Le troisième item est composé des questionnaires (tests papier-crayon) utilisés pour évaluer les dimensions en rapport avec la santé psychologique des participantes et le quatrième comprend les protocoles de traitement imprimés sur papier.

Pour les mesures de base (pré-traitement), le matériel comprenait une table et des chaises de conférence, des questionnaires crayon-papier, une cassette audio pré-enregistrée (Auto-Stop, TCR-200 voice activated) pour écoute et évaluation du niveau d'hypnotisabilité. Suivant l'écoute de la cassette, les participantes ont été invitées à prendre un livret et à répondre à un questionnaire servant à évaluer le rappel mnésique en rapport avec les suggestions données. Les questionnaires évaluant la douleur, les états anxio-dépressifs, le stress, la relation

maritale et la qualité de vie ont été choisis pour leur valeur psychométrique (fidélité test-retest, validité interne et externe) reconnue autant dans la version originale que dans la traduction en français. Ces questionnaires sont identifiés plus loin.

Pour les deux traitements expérimentaux (hypnose et cognitif behavioral), les participantes étaient en position de repos dans un fauteuil de relaxation (Lazy-Boy). Une enregistreuse et des cassettes audio (Sony HF 90 minutes,) ont été utilisées pour faire l'enregistrement des traitements et pour permettre l'écoute des suggestions hypnotiques à la maison. Cependant, pour le groupe Cognitif-behavioral, après la séance de relaxation, les patientes devaient s'asseoir sur une chaise reproduisant ainsi un contexte de consultation clinique. .

Protocole de traitements. Le traitement cognitif-behavioral comprend d'abord une séance de relaxation audio-enregistrée (variables de contrôle). Ensuite, les participantes s'asseyaient sur une chaise pour la suite des traitements qui comprenaient la psycho-éducation sur la douleur et l'influence des concomitants de la douleur, ainsi que les conséquences de la douleur sur la santé physique et psychique de la personne, la restructuration cognitive du vocabulaire à l'aide de l'échelle de McGill, l'inventaire des schèmes cognitifs distortionnés, l'identification des attentes, des croyances, des gains secondaires et de l'attitude, l'importance des facteurs culturels et de l'environnement, du conditionnement parental, de l'influence des expériences passées, de

l'inventaire des habiletés et des stratégies de débrouillardise acquises, de l'enseignement et le rappel des nouvelles stratégies enseignées, de l'importance des renforcements positifs et les recommandations pour la reprise des activités (Appendice B). Le groupe cognitif-behavioral devait tenir un journal quotidien de la douleur et faire de la relaxation (technique enseignée lors de la première rencontre).

Pour le traitement hypnotique, nous avons suivi la méthode traditionnelle c'est-à-dire nous avons utilisé un protocole en cinq étapes pour chacune des séances (Appendice C). La première consiste en l'induction hypnotique (nous avons utilisé la relaxation pour induire l'état hypnotique particulier à chaque personne), la seconde consiste à approfondir cet état hypnotique à l'aide du voyage imaginaire et de l'utilisation du somato-sensoriel. La troisième étape se rapporte aux suggestions hypnotiques pour diminuer la douleur, provoquer des états de bien-être et une amélioration du soi ou renforcement de l'égo, la quatrième consiste en suggestions post-hypnotiques, la cinquième concerne la sortie de l'état hypnotique, une reprise de contact avec la réalité et des mesures de vigilance, le testing des réflexes et du retour normal de fonctionnement.

Pour le groupe contrôle (attention du thérapeute) le protocole ne comprenait aucun élément de traitement (Appendice D). Par contre, l'expérimentateur pratiquait une écoute attentive, permettait une

verbalisation libre. A la fin de la dernière rencontre, chaque participante a choisi le traitement qu'elle désirait recevoir).

Instruments de mesure. Toute échelle de mesure de la douleur doit être valide (validité interne et externe), mesurer sans équivoque une dimension spécifique de la douleur, être fidèle (fidélité test-retest) et donner des résultats consistants à travers le temps. De plus, l'échelle doit être versatile (utilisé avec différents groupes douloureux) et applicable à la douleur expérimentale et clinique, à la douleur aiguë et chronique et facile à utiliser en milieu clinique. L'échelle permet une estimation valide et reproductible de la douleur, mesure la composante affective et l'intensité de l'expérience douloureuse.

Douleur. Deux échelles de mesure ont été utilisées pour évaluer la douleur. La première mesure est une échelle visuelle analogique (Scott & Huskinson, 1976; Appendice E). L'échelle visuelle analogique permet de mesurer la composante affective de la douleur (Price & Bushnell, 2004). L'échelle consiste en une ligne de dix centimètres représentant un continuum d'intensité où on retrouve à l'extrémité gauche « Aucune douleur » et à l'extrémité droite « Douleur insupportable ». Le participant doit tracer un trait vertical sur la ligne correspondant à l'intensité de sa douleur. La distance entre ce trait et la borne de gauche est mesurée au millimètre près, donnant une valeur numérique.

Afin de tenir compte de la composante multidimensionnelle de la douleur, la deuxième mesure utilisé est le Questionnaire de McGill

(Appendice F) sur la douleur (Melzack, 1975; Bourreau, Luu, Doubrere & Gay, 1982). Le questionnaire consiste en une liste de vingt catégories de mots évaluant les dimensions Sensorielle, Affective et Évaluative de la douleur ainsi qu'une catégorie Divers. L'information recueillie peut être analysée d'un point de vue qualitatif (adjectifs décrivant la douleur) et quantitatif (scores gradués) de l'intensité de la douleur. De nombreuses études ont prouvé les qualités psychométriques du questionnaire McGill en termes de sensibilité, validité et fidélité (Boureau & al., 1982; Reading, 1989; Melzack & Katz, 1994).

La version française a été faite par Francis Viguié (1982) de la Clinique de la douleur de l'Hôtel-Dieu du Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Aucune étude de validation n'a été faite entre la version anglaise (Melzack, 1975) et la traduction française de Viguié. Cependant, une étude comparative faite en 1982 (Boureau & al. 1982) entre la traduction de Viguié et une version reconstruite (français international) a démontré que l'instrument avait des qualités psychométriques satisfaisantes.

Le questionnaire McGill a été utilisé à deux fins dans ce projet. En premier lieu, le questionnaire a été utilisé comme instrument de mesure pour l'évaluation de la douleur et en deuxième lieu, comme outil de traitement dans la restructuration cognitive de la douleur dans le traitement cognitif-behavioral.

Conséquences de la douleur. Les conséquences (effets ou impact) de la douleur ont été mesurées par trois questions (Appendice G). La première servait à évaluer les effets de la douleur sur des dimensions physiques (nausées, céphalées, étourdissements, vertiges, constipation, diarrhée et chaleurs). Les participantes devaient répondre par « Oui » ou par « Non ». La deuxième question correspondait aux effets de la douleur sur les activités sociales, ludiques/sportives, sexuelles, sur les déplacements et les tâches ménagères) et la troisième question évaluait les conséquences sur le travail. Les réponses pour les deux dernières questions étaient données selon l'échelle suivante : 0 = Pas du tout; 1 = Un peu; 2 = Modérément; 3 = Beaucoup et 4 = Extrêmement.

Concomitants de la douleur : Dépression. Résultant d'un sondage national, la dépression et l'anxiété ont été identifiées comme étant les deux composantes psychiques les plus fréquemment associées dans les désordres physiques chroniques (Katon, Lin, & Kroenke, 2007; Katon, 2003; Kessler, Ormel, Demler, & Stang, 2003).

L'Inventaire de dépression de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; Appendice H) est un des tests le plus utilisé pour évaluer les symptômes de dépression (Shafer, 2006; Yin & Fan, 2000). En fait, selon Steer, Beck et Garrison (1984), le test a été utilisé dans plus de 500 études cliniques déjà publiés à cette date. Le test utilisé autant en recherche qu'en clinique permet l'évaluation des dimensions cognitive, comportementale, affective et somatique (Yin et al. 2000). Fréquemment

utilisé dans les essais cliniques (Endler, Rutherford, & Denisoff, 1999; Lips & Ng, 1985; Schotte, Maes, Cluydts, De Doncker, & Cosyns, 1997; Steer, McElroy, Margo, & Beck, 1982; Steer, Shaw, Beck, & Fine, 1977; Sugawara, Sakamoto, Kitamura, Toda, & Shima, 1999; Tashakkori, Barefoot, & Mehryar, 1989; Williams & Richardson, 1993; Zheng, Wei, Gao, Zhang, & Wong, 1988), l'instrument a été construit et, avant tout, utilisé pour mesurer l'intensité de la dépression chez les adultes (Brown, Schulberg, & Madonia, 1995; Endler, Rutherford, & Denisoff, 1999; Lips & Ng, 1985; Schotte, Maes, Cluydts, & Cosyns, 1997; Steer, Mc Elroy, Margo & Beck, 1982; Steer, Shaw, Beck, & Fine, 1977; Sugawara, Sakamoto, Kitamura, Toda, & Shima, 1999) et les adolescents (Bennett, Ambrosini, Bianchi, Barnett, Metz, & Rabinowich, 1997; Olsson & von Knorring, 1997a; Tashakkori, Barefoot, & Mehryar, 1989; Yonkers & Samson, 2000).

La sévérité de la détresse est mesurée en terme de fréquence, de changement du fonctionnement quotidien et en fonction de la perception de la sévérité évaluée par le patient. L'instrument est aussi utilisé pour mesurer l'évolution de la dépression à travers le temps. Le questionnaire a été traduit en plusieurs langues (Yonkers et al. 2000) y compris en français et il a été soumis à de multiples essais pour mesurer ses valeurs psychométriques (Beck & Steer, 1984; Beck, Steer, & Garbin, 1988; Campbell, Burgess, & Finch, 1984; Gould, 1982; Kilgore, 1999; Richter, Werner, Heerlein, Kraus, & Sauer, 1998; Shek, 1990; Startup, Rees, &

Barkham, 1992; Weckowicz, Muir, & Cropley, 1967; Welch, Gall, & Walkey, 1990; Zheng, Wei, Gao, Zhang, & Wong, 1988).

L'instrument a été utilisé autant dans les populations cliniques (Brown, Schulberg, & Madonia, 1985; Schotte, Maes, Cluydts, De Donker, & Cosyns, 1997; Williams & Richardson, 1993) que non-cliniques (Endler, Rutherford, & Denisoff, 1999; Lips & Ng, 1985). En 1978, l'instrument a été révisé pour éliminer la duplication des descripteurs et pour permettre une utilisation auto-administrée (Beck et al. 1978). Suite aux recommandations de plusieurs auteurs, la cotation des items fut modifiée en 1998. L'instrument a aussi fait l'objet de plusieurs études psychométriques. Sur 1200 articles répertoriés par une recherche informatisée dans la base de données PSYCLIT entre 1967 et 1998 (Yin et al. 2008) 90 articles ont été retenus par les auteurs pour identifier les coefficients de fidélité.

Traduit et validé en français (Gauthier, Morin, Thériault & Lawson, 1982) l'instrument est composé de 94 items regroupés en 21 catégories mesurant les symptômes dépressifs présents dans les deux dernières semaines. Chaque item est noté de « 0 à 3 »; le résultat global est obtenu par la somme des items. La version canadienne française possède une cohérence interne élevée pour des échantillons cliniques et non cliniques (0,93 et 0,92), de même qu'une validité adéquate (Gauthier et al. 1982).

Anxiété. L'anxiété est associée à une diminution mnésique de l'information à un déficit attentionnel, à des insatisfactions, à un désordre

psychiatrique qui requiert un traitement spécialisé et peut être une barrière à une bonne communication patient-professionnel (Court, Greenland, & Margrain, 2010).

La plupart des recherches sur les facteurs comorbides impliqués dans les syndromes médicaux se rapportent à la dépression (Roy-Byrne, Davidson, Kessler, Asmundson, Goodwin, Kubzansky, Lydiard et al, 2008; Shafer, 2006). Cependant, des études épidémiologiques et des évidences cliniques démontrent que l'anxiété joue un rôle tout aussi important que la dépression (Roy-Birne et al., 2008) et que les deux dimensions sont fréquemment concurrents et rivalisent l'une avec l'autre (Gibson, Garland, Gardner, Arnold, & Mendelson, 2003).

Dans la douleur chronique non-cancéreuse. Jensen, Wilson et Rice (2003) mentionnent que depuis les dernières décennies, l'anxiété est un facteur plus important que la dépression. Tout comme la dépression, le questionnaire d'anxiété de Spielberger (1961, 1972, 1983; Appendice I) a été traduit en différentes langues dont l'Espagnol (Spielberger & Diaz-Guerrero, 1975, Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1982) en Turk, Japonais, Arabe et Dutch (Barnes, Harp, & Jung, 2002) et en français (Bergeron, Landry, & Bélanger, 1976).

L'Inventaire d'anxiété de Spielberger (ASTA : 1972) est un test auto-administré qui sert à mesurer et à différencier l'anxiété d'état (situationnelle) et le trait d'anxiété (Appendice I). L'état d'anxiété est une mesure définie comme étant une réponse émotionnelle transitoire. Le trait

réfère à une différence individuelle dans la fréquence et l'intensité des réponses qui se manifeste dans le temps en réaction au stress (Balon, 2005; Spielberger, 1983). Le trait consiste en sentiments d'appréhension, de tension et une augmentation des réponses du système nerveux autonome; le trait est perçu comme étant généralement stable dans le temps (Spielberger, 1972). Le trait d'anxiété fluctue en fonction des stressseurs chez l'individu alors que le niveau d'anxiété d'état est élevé lorsque l'individu perçoit les événements comme menaçants sans égard au danger réel (Barnes et al. 2002).

L'Échelle d'anxiété de Spielberger, Gorsuch & Lechene (1970) est fréquemment utilisée (Balon, 2005) pour mesurer l'anxiété et l'instrument a été amplement utilisé dans les soins de première ligne (Court et al, 2010). L'instrument continue de faire l'objet de recherche psychométrique (Bados, Gomez-Benito, & Balaguer, 2010; Barnes, Harp, & Jung, 2002; Rule & Traver, 1983; Turgeon & Chartrand, 2003). Récemment, Vigneau et Cormier (2009) ont publié un article évaluant la structure factorielle de l'instrument. Une version pour enfants et adolescents (STAI-C) a aussi été mise à jour (Seligman, Ollendick, Langley, & Baldaci, 2004).

L'échelle comprend 40 énoncés divisés en deux catégories, 20 items mesurent l'anxiété d'état ou situationnelle et 20 autres items mesurent le trait d'anxiété. Les items ont été sélectionnés pour leur capacité à discriminer entre les conditions de stress et de non-stress. Les items représentent l'appréhension, la nervosité, la tension et l'inquiétude.

Les items du trait d'anxiété ont été choisis pour leur stabilité dans le temps. Les coefficients alpha pour la consistance interne varient entre ,86 et ,95 pour la mesure situationnelle (état). La corrélation varie entre ,65 et ,86 pour le trait d'anxiété. La validité est élevée et l'échelle démontre une bonne discrimination entre les niveaux de sévérité. Chaque item comporte une échelle graduée de 1 à 4 (1= pas du tout; 2= un peu; 3=modérément et 4=beaucoup) et les scores s'additionnent. Au niveau de la correction, il faut recoder les items 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20 pour les mesures de l'anxiété situationnelle (état) et les items 21,23,26,27,30,34,36 et 39 pour les mesures du trait.

Stress. La Mesure du stress psychologique (Lemyre, Tessier & Filion, 1990) concerne l'expérience subjective de se sentir stressé à partir de 25 descripteurs affectifs, cognitifs, comportementaux et physiques (Appendice J). Des normes par rang centile permettent de situer le score global du niveau de stress. Le questionnaire est une mesure d'auto-évaluation et il est complété seul. Le participant répond en encerclant le chiffre correspondant au niveau d'intensité ressenti pour chaque énoncé. Le choix de réponses proposées s'échelonne sur une échelle de Likert de 1 à 8 (« pas du tout » à « énormément »). Le score brut final s'obtient par la sommation de tous les items rendus unidirectionnels.

Les analyses de fiabilité (consistance interne, fidélité test-retest, accord interjuge), de validité de contenu et de construit (hypothético-déductive, concomitant, convergence, discriminante et prédictive)

conduites auprès de seize sous-populations distinctes sont concluantes. La mesure de stress psychologique rend compte de l'état personnel de stress ressenti. C'est une mesure sensible réactive aux conditions de vie susceptibles d'entraîner une atteinte au bien-être personnel (Lemyre, Tessier & Fillion, 1990).

Relation maritale. La qualité de la relation maritale a été évaluée par l'Échelle d'ajustement dyadique (Baillargeon, Dubois & Marineau, 1986; (Appendice K) comprend 32 items et évalue quatre aspects de l'ajustement dyadique : le consensus, la satisfaction, la cohésion, l'expression affective et la qualité de l'intimité sexuelle. Selon les auteurs (Baillargeon et al. 1986), les données de la traduction française recueillies auprès d'un échantillon de 76 couples préservent les caractéristiques essentielles de la version originale (Spanier, 1976). La somme des items produit un score global d'ajustement qui varie entre « 0 et 151 ». Un score de « 100 » et plus signifie que l'individu est satisfait de sa relation de couple, alors qu'un score de 99 et moins indique que la personne est insatisfaite de sa relation (Bourgeois, Sabourin & Wright, 1990).

L'outil possède une fidélité variant entre ,91 et ,96 en anglais (Johnson & Greenberg, 1985; Spanier, 1976) et entre ,89 et ,91 en français (Baillargeon et al. 1986) ainsi qu'une bonne validité convergente et discriminante. La validité concomitante établie à l'aide du « Short Marital Adjustment Test » de Locke et Wallace (1959) donne des corrélations entre les scores totaux des deux échelles de ,86 pour le

groupe de gens mariés, de ,88 pour le groupe de gens divorcés et de ,93 pour le groupe total.

Qualité de vie. La qualité de vie a été mesurée à l'aide du « Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (Ware, 1996) traduit et validé en français à l'Université McGill par Wood-Dauphinee, Gauthier, Gandek, Magnan & Pierre (1997; Appendice L). A l'origine, le questionnaire mesurait huit concepts de santé tels : le fonctionnement physique (i.e. activités, sports), les limitations dans les rôles de la vie quotidienne résultant des problèmes de santé, la douleur corporelle, la santé en général, la vitalité, le fonctionnement social, le rôle émotionnel et la santé mentale. Plusieurs études indiquent que le SF-36 est un outil valide et fiable (Ware, 1996; Wood-Dauphinee et al. 1997). Pour la comparaison de la version française à la version anglaise, les études psychométriques ont confirmé les hypothèses de départ. Le coefficient alpha de Cronbach s'étale de ,76 à ,93 pour la version anglaise et de ,84 à ,94 pour la version française. Depuis sa publication, un item a été ajouté concernant la perception du changement de la santé.

Corrélatifs cognitifs de l'hypnose

Hypnotisabilité. L'utilisation de l'hypnose obéit aux règles établies par la Société internationale d'hypnose. Cette dernière recommande, que tout participant à un protocole de recherche doit passer un test d'hypnotisabilité. Les études ont démontré que les sujets ayant des scores élevés à l'échelle répondent mieux aux traitements hypnotiques.

L'hypnotisabilité des participantes a été évaluée à l'aide de l'Échelle collective de susceptibilité hypnotique de Harvard [Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility : Form A (HGSHS : Form A)] de Short & Orne (1962; Appendice M). Le questionnaire a été traduit en français par des chercheurs et professeurs de l'Université de Montréal (Sabourin, Lavoie, & Deschambault 1972; Lavoie, Sabourin, Ally, & Langlois, 1976; Lavoie, Lieberman, Sabourin, & Brisson, 1978; Sabourin, 1982; Sabourin, Cutcomb, Crawford, & Pribram, 1990).

Absorption. L'échelle d'Absorption (Tellegen & Atkinson, 1974; Appendice N) est utilisée pour évaluer la capacité des sujets à s'absorber et à porter une attention particulière à eux-mêmes. L'échelle comprend 34 items. Les sujets répondent à chacune des questions par « Vrai ou Faux » concernant leur capacité d'absorption dans différentes phénoménologies personnelles concernant les arts, la musique, la nature, etc. Le score maximum possible sur l'échelle est de 34 réponses pour une capacité d'absorption totale, le score minimum étant « 0 » pour aucune capacité d'absorption. Pour les normes américaines, les scores du questionnaire ont démontré avec consistance une bonne corrélation avec le niveau d'hypnotisabilité ($r=0,27^*$), avec la profondeur hypnotique ($r=0,42^{**}$) mesurée par le Field's Hypnotic Depth Inventory et sur un deuxième échantillon, la corrélation avec l'hypnotisabilité était de $r=0,43^*$ (Finke & MacDonald, 1978; Spanos & McPeake, 1975a, 1975b; Tellegen & Atkinson, 1974;). L'échelle fut traduite en français par le laboratoire

d'hypnose de l'Université Concordia. Il n'y a aucune norme psychométrique publiée pour la traduction française.

Imagerie mentale. Le questionnaire d'Imagerie mentale (Sheehan, 1967; Appendice O) comprend 35 items et mesure l'habileté cognitive d'imagerie dans sept modalités sensorielles différentes : visuelle, auditive, cutanée, kinesthésique, gustative, olfactive et organique. Dans la version anglaise, Sheehan (1967) rapporte des fidélités mesurées par test-retest de l'ordre de ,78. Basée sur un coefficient de corrélation de ,92 avec l'échelle originale, Sheehan (1967) mentionnent que la version écourtée prédit une capacité d'imagerie chez le sujet aussi précise que la version originale.

L'échelle fut traduite en français par le laboratoire d'hypnose de l'Université Concordia. Cette échelle est utilisée dans le milieu francophone lorsque nécessaire mais aucune étude de validation n'a encore été faite. Le sujet cote chaque tâche d'imagerie suggérée sur une échelle de Likert en sept points où le « 0 » indique une imagerie parfaite et le « 7 » indique une incapacité absolue de produire l'imagerie suggérée.

Déroulement de l'étude.

Évaluation de base (pré-traitement). Dans un essai clinique prospectif avec assignation aléatoire aux groupes, la méthodologie exige un protocole standardisé pour chacun des traitements. Chacun des protocoles de traitement a été testé sur dix-sept sujets sains avant l'étude

afin de s'assurer que la durée de chaque rencontre soit respectée et que les traitements soient les mêmes dans chacun des groupes respectifs. Pour les traitements, chaque participante a été vue individuellement. Au début de chaque rencontre, l'expérimentateur expliquait à la participante le but de l'expérimentation, le traitement qui leur avait été assigné et répondait aux questions pertinentes au projet.

Le déroulement de l'étude s'est fait selon un protocole standardisé, à savoir le même nombre de rencontres pour chaque participante, la même durée de temps lors de chaque rencontre y compris pour le groupe contrôle sans traitement. Les participantes prenaient d'abord contact avec l'expérimentateur qui évaluait les critères d'inclusion et leur expliquait l'étude. Lorsque éligibles, elles appelaient l'assistante de recherche pour le rendez-vous d'évaluation de base ou le pré-testing. Pour ce dernier, les participantes étaient réunies en petits groupes de 3 à 5. L'assistante leur remettait le « Feuilleton d'information » et le « Formulaire de consentement éclairé » (Appendice P). L'assistance répondait aux questions et procédait ensuite à la signature du document. Avant la signature, l'assistante devait s'assurer que les femmes comprenaient qu'elles devaient se présenter à quatre reprises et que chaque rencontre durait une heure et demi.

Après la signature, l'assistante remettait un document identifié « Dossier médical » comprenant l'histoire médicale de la maladie, les traitements antérieurs, la médication ainsi que les questionnaires évaluant la douleur, les conséquences (impact ou effets) de la douleur, de l'état

psychologique (dépression, anxiété, stress, la relation maritale ou ajustement dyadique et la qualité de vie) ainsi que les données socio-démographiques. Ces mesures sont identifiées comme étant les mesures de base (pré-traitement). Avant la pause, les participantes devaient aussi répondre aux questionnaires évaluant les corrélats cognitifs associés à l'hypnose : le questionnaire d'absorption et l'imagerie mentale.

La séance était divisée en deux temps entrecoupés d'une pause. Après la complétion des questionnaires, les participantes écoutaient une cassette audio (Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility : Form A) et à la fin de l'écoute, les participantes devaient répondre au questionnaire de rappel mnésique (Appendice Q) des suggestions hypnotiques. L'écoute et la passation du rappel ont pris 45 minutes. Tous les groupes ont reçu les mêmes consignes : s'asseoir confortablement dans une pièce semi-éclairée, fermer les yeux et écouter les suggestions.

Avant de partir, l'assistante demandait aux participantes de continuer leur médication telle que prescrite par leur médecin. Un rendez-vous était ensuite donné à chacune pour les traitements. A noter que tous les rendez-vous d'évaluation de base (pré-traitement) ont été donnés de soir afin d'accommoder l'horaire de travail des participantes. Lorsque des informations requéraient la présence de l'expérimentateur, ce dernier était disponible sur le même étage et répondait aux questions de l'assistante.

Application des traitements. Les participantes ont été réparties aléatoirement aux deux groupes de traitements et au groupe contrôle à

l'aide d'une table produite par ordinateur (Appendice R). Lors de la première rencontre pour les traitements, l'assistante de recherche informait l'expérimentateur de l'assignation de chaque participante au groupe et ce dernier en informait la participante. Le traitement était ensuite administré et des mesures étaient prises pour la douleur, la dépression, l'anxiété et le stress.

Pour les deux groupes de traitement (Hypnose et Cognitif-Behavioral), chaque séance était audio-enregistrée et des consignes (écouter la cassette une fois par jour) étaient données. Les participantes étaient ensuite convoquées pour une consolidation du traitement (« booster ») une semaine après le premier rendez-vous. Des mesures de la douleur, de la dépression, de l'anxiété et du stress ont été prises après chaque rencontre lors des traitements.

A noter que les mesures de la relation maritale et de la qualité de vie ont été prises à deux reprises seulement (en pré et six semaines post-traitement) puisque que ces deux dimensions en soi exigent un espace temporel plus long pour produire un changement. Chaque participante était ensuite convoquée six semaines plus tard calculées à partir du premier traitement.

Pour le groupe contrôle, les participantes ont dû se présenter pour le même nombre de rencontres (4) et chaque rendez-vous a duré le même temps (1heure et demi). L'expérimentateur était une psychologue

de la santé formée à l'approche cognitive-behaviorale et à l'hypnose, ayant plusieurs années de pratique en tant que clinicienne.

Analyses statistiques

La présente section est consacrée à la présentation des résultats des analyses statistiques. L'étude est un essai clinique prospectif avec l'assignation aléatoire des participantes aux groupes de traitement ou au groupe contrôle. Le devis permet la comparaison de l'évolution des trois groupes participant respectivement à une thérapie reposant sur l'hypnose, une thérapie cognitive-behaviorale et une intervention contrôle sous forme d'attention non-directive d'un thérapeute. L'objectif principal de l'étude est de comparer l'évolution de la douleur mesurée par le questionnaire de McGill et par l'Échelle visuelle analogique. L'objectif secondaire est d'évaluer et de comparer les concomitants de la douleur (dépression, anxiété et stress), ainsi que les conséquences de la douleur sur le fonctionnement quotidien, sur la relation maritale sur la qualité de vie.

Les participantes ont été évaluées à quatre reprises, soit une mesure avant l'intervention (Temps 1 ou Pré), une deuxième prise de données immédiatement après le premier traitement (Temps 2 ou post traitement immédiat), une troisième mesure une semaine suivant le premier traitement (Temps 3 ou 1 semaine post) et une dernière mesure six semaines après le premier traitement (Temps 4 ou 6 semaines post).

Afin de s'assurer de l'homogénéité des trois groupes sur les données sociodémographiques et sur les mesures évaluant le niveau d'hypnotisabilité, des tests de khi-carré ont été effectués pour les valeurs nominales et des tests d'analyse de variance (ANOVA) pour les valeurs continues.

En ce qui a trait à la mesure de l'efficacité des traitements, les données de nature continue ont été analysées à partir de l'analyse de variance pour mesures répétées utilisant un modèle linéaire mixte. Les modèles ANOVA incluent les variables Groupes qui identifient les trois différents groupes (deux groupes de traitement et un groupe contrôle) ainsi qu'une variable Temps qui identifie les périodes T1 à T4. Une variable d'interaction entre le Groupe et le Temps a aussi été incluse pour évaluer la possibilité que l'effet du traitement change ou évolue avec le temps. Les effets simples des interactions significatives ont été calculés de manière à identifier les changements temporels dans chacun des groupes.

Les résultats significatifs de ces analyses ont été suivis de comparaisons multiples avec correction de Sidak (Hochberg & Tamhane, 1987) permettant d'atténuer l'effet de répétition d'un test statistique sur le même échantillon (i.e. le taux d'erreur par hypothèse). Pour toutes les analyses, une valeur alpha non corrigée de ,05 a été utilisée comme critère de signification puisque ce sont les valeurs « p » qui ont été corrigées. Les analyses ont été faites à l'aide du logiciel SPSS 11.5.

Homogénéité des groupes. Soixante participantes (20 dans chaque groupe) ont accepté de participer à l'étude après avoir signé un formulaire de consentement éclairé. Le Tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des trois groupes, les statistiques descriptives (variables catégorielles) ainsi que les tests d'homogénéité des groupes. Les variables catégorielles telles que, la langue, l'ethnie, l'occupation et l'état civil sont décrits en utilisant le nombre de réponses dans le groupe et le pourcentage par rapport au nombre de participantes dans le groupe ainsi que la valeur de « p » dérivée du test de comparaison des trois groupes (khi-carré).

Le tableau 2 présente les variables continues suivantes : l'âge, le niveau de scolarité, le nombre d'enfants et les corrélats cognitifs de l'hypnose (hypnotisabilité, absorption et imagerie mentale). Pour les variables continues, le Tableau 2 présente les moyennes, les écarts types, le nombre de participantes dans chaque groupe et la valeur « p » résultat du test de comparaison des trois groupes (ANOVA).

Pour toutes les mesures faites avant traitement, les analyses statistiques montrent qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative en ce qui concerne les variables sociodémographiques et les corrélats cognitifs de l'hypnose, à l'exception de la variable absorption qui peut s'expliquer par de l'erreur aléatoire. De même, pour la variable occupation qui montre un effet faible ou marginal ($p = 0,05$) qui pourrait être expliquée par la chance.

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des participantes

Variables catégorielles	Groupes								
	Hypnose		Cognitif behaviorial		Attention thérapeute		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	<i>p</i>
Langues									
Français	16	84,2	17	85	16	84,2	49	85,0	0,97
Anglais	2	5,3	3	15	2	10,5	7	12,1	
Autres	1	5,3	0	0	1	5,3	2	3,4	
Ethnies									
Caucasiens	11	98,0	15	88	13	100	39	93,0	0,98
Noirs	1	8,3	1	12	0	0	3	7,1	
Autres	12	100	17	100	13	100	42	100	
Occupation									
Travail	13	68,4	19	95	17	89,5	49	85,5	0,05
Études/Chômage	5	26,3	0	0	1	5,3	6	10,2	
Autres	1	5,3	1	5	1	5,3	3	5,2	
État civil									
Conjoint	7	38,8	14	70	16	84,2	37	63,8	0,08
Séparée	3	15,8	2	10	1	5,3	5	10,3	
Nouvelle union	4	21,1	1	5	0	0	5	25,8	
Célibataire	5	26,3	3	15	2	10,5	10	17,2	

Notes. *N* = nombre

p = test de Fisher

Tableau 2

Caractéristiques sociodémographiques des participantes

Variables continues	Groupes									Total
	Hypnose			Cognitif-behavioral			Attention thérapeute			
	M	ET	N	M	ET	N	M	ET	N	
Âge	34,7	8,25	19	34	7,02	20	32,1	6,36	19	0,50
Scolarité	13,6	4,6	19	14,2	3,7	20	14,6	4,15	19	0,73
Nombre d'enfants	0,41	0,71	17	0,4	0,75	20	0,61	0,98	18	0,69
Corrélatifs cognitifs										
Hypnotisabilité	0,63	0,23	19	0,6	0,21	20	0,58	0,3	19	0,81
Absorption	13,1	5,59	19	14	4,13	20	9,95	5,2	19	0,04
Imagerie mentale	5,39	0,88	19	5,52	0,65	20	5,8	0,79	19	0,26

Note. M = Moyenne, ET = Écart-type, N = Nombre

Pour l'absorption, l'analyse de variance à un facteur indique la présence d'un effet Groupe significatif ($F = 3,52$), $df = 2,55$, $p = ,04$; Tableau 3). Les analyses de comparaisons multiples suggèrent que le groupe Attention du thérapeute obtient des scores inférieurs à ceux du groupe Cognitif-behavioral ($p = ,04$). Le groupe Hypnose occupe, quant à lui, une position mitoyenne et il ne se démarque pas des deux autres groupes. Exception faite des scores légèrement inférieurs du groupe Attention du thérapeute, les trois groupes avaient un niveau satisfaisant de comparabilité.

Douleur. Deux échelles ont été utilisées pour mesurer la douleur; le Questionnaire McGill sur la douleur (Melzack, 1975) qui comprend un score total et les composantes affective, évaluative, sensorielle, divers et l'Échelle visuelle analogique (Huskinson, 1983; Price, McGrath, Rafti, & Buckingham, 1983; Scott & Huskisson, 1976). Cette dernière permet l'évaluation de la douleur à trois moments différents : la douleur à son niveau le plus fort, au moment présent et à son niveau habituel ou en moyenne pendant une période de temps déterminée (24 heures).

Les analyses statistiques (ANOVA) des évaluations par le questionnaire McGill sur la douleur (Melzack, 1975) montrent un effet Temps significatif (Tableau 4) pour le score total ($F = 3,41$, $df = 3,41$, $p = ,03$). L'effet est confirmé par les résultats des comparaisons multiples montrant que les moyennes des deux groupes de traitement (Cognitif-behavioral et Hypnose) ont diminué significativement entre le Temps 2 (juste après le

Tableau 3

Synthèse des résultats de l'analyse de variance portant sur l'âge, l'échelle d'hypnotisabilité, de l'absorption et de l'imagerie mentale

Variables	Effet	F	dl	ρ	Résultats des tests de comparaisons multiples
Âge	Gr	0,70	2,55	0,50	n.s.
Harvard	Gr	0,21	2,55	0,81	n.s.
Imagerie	Gr	1,66	2,55	0,26	n.s.
Absorption	Gr	3,52	2,55	0,04	n.s.

Notes. Gr = Groupe

F = Fisher

Tableau 4

Synthèse des résultats des analyses de variance pour mesures répétées de la douleur évaluée par l'Échelle d'évaluation de la douleur de McGill

Variables	Effet	F	dl	ρ	Résultats de comparaisons multiples
Score total	Groupe	1,15	2,43	0,33	
	Temps	3,41	3,41	0,03	T2 > T4
	Gr X T	1,14	6,82	0,35	
Douleur					
Composante Affective	Groupe	1,20	2,43	0,31	
	Temps	3,07	3,41	0,04	
	Gr X T	1,56	6,82	0,17	T2 > T4
Composante Évaluative	Groupe	4,12	2,43	0,02	
	Temps	4,08	3,41	0,01	AT. > (CB, H)
	Gr X T	1,34	6,82	0,26	(T1 = T2) > (T3 = T4)
Composante Sensorielle	Groupe	0,56	2,43	0,57	n.s.
	Temps	2,14	3,41	0,11	n.s.
	Gr X T	,0,91	6,82	0,49	n.s.
Divers	Groupe	2,43	1,42	0,25	n.s.
	Temps	2,21	3,41	0,10	n.s.
	Gr X T	0,93	6,82	0,48	n.s.

Notes. T = temps

T2 > T4 = scores plus élevés qu' au T4

AT = attention du thérapeute

CB = Cognitif-behavioral

H = hypnose

traitement) et le Temps 4 (6 semaines après le premier traitement). Une légère baisse est notée au sein du groupe Contrôle (Figure 1) mais elle n'est pas significative.

Il en est de même pour les résultats de l'analyse (ANOVA) de la composante Affective (Tableau 4). Les analyses de variance montrent un effet Temps significatif ($F = 3,07$, $df=3,41$, $p=,04$). La Figure 2 illustre le même profil de diminution de la douleur en fonction du temps pour les deux groupes de traitement. Cette tendance est confirmée par les tests de comparaisons multiples, montrant que la différence des scores de la composante Affective évaluée juste après le traitement (Temps 2) et à six semaines (Temps 4) diminue de façon statistiquement significative, et ce pour les trois groupes. Cependant, cette diminution dans le temps est cliniquement plus significative pour les deux groupes de traitement actif. Dans le cas du groupe Contrôle (Attention du thérapeute), l'intensité de la douleur diminue légèrement après six semaines de suivi sans que cela soit significatif.

Pour la composante Évaluative (Tableau 4, Figure 3), l'ANOVA indique deux effets principaux significatifs; un effet Groupe ($F= 4,12$, $df 2,43$, $p=,02$) et un effet Temps ($F= 4,08$, $df 3,41$, $p=,01$). L'effet Groupe est approfondi par les analyses de comparaisons multiples qui indiquent que le groupe Attention du thérapeute présente une courbe d'intensité de douleur presque identique entre les Temps 1 et 4 signifiant que les scores d'intensité de la douleur sont plus élevés dans le groupe Contrôle que

Figure 1
 Résultats du score total de la douleur mesurée par le McGill
 en fonction des mesures pré-et post-traitement

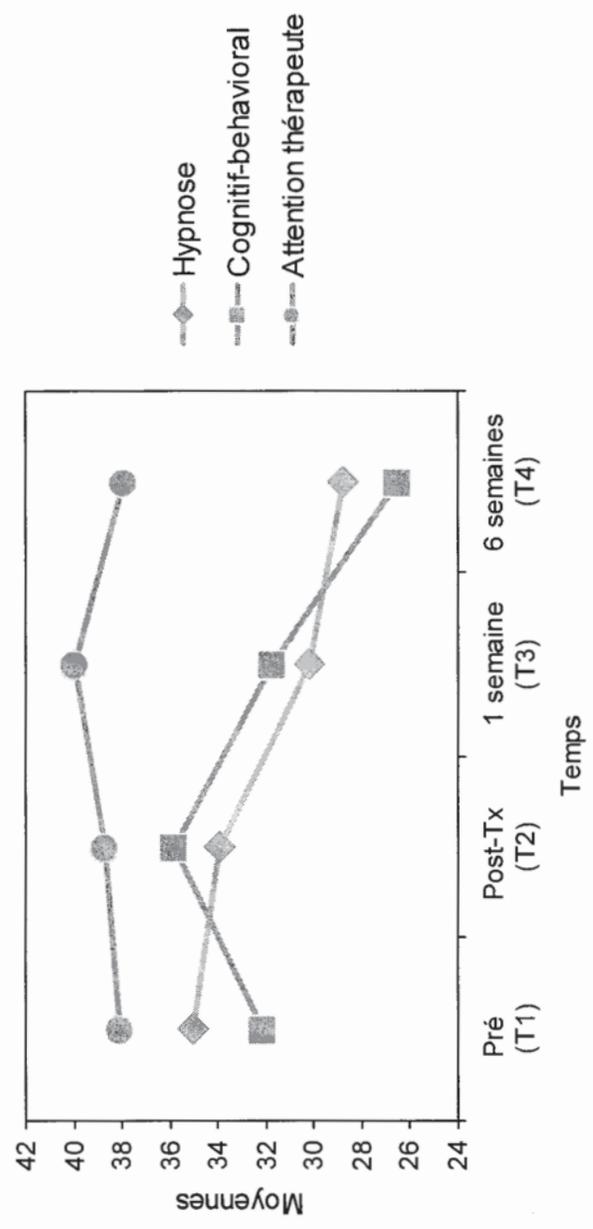


Figure 2
Résultats de la composante affective de la douleur mesurée par le McGill en fonction des mesures pré-et post-traitement

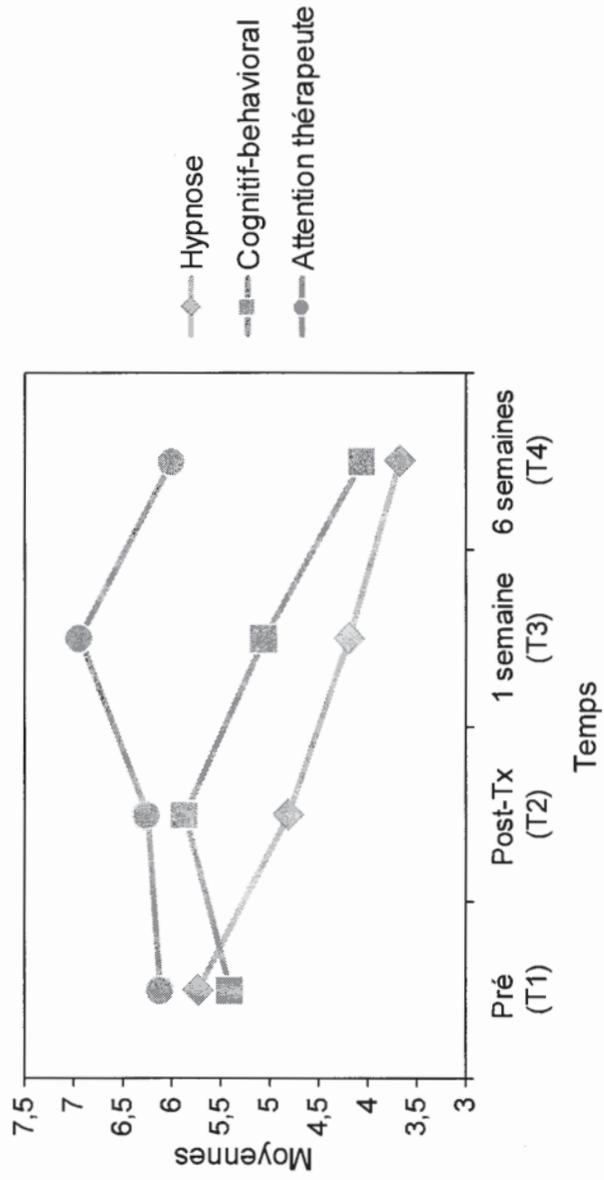
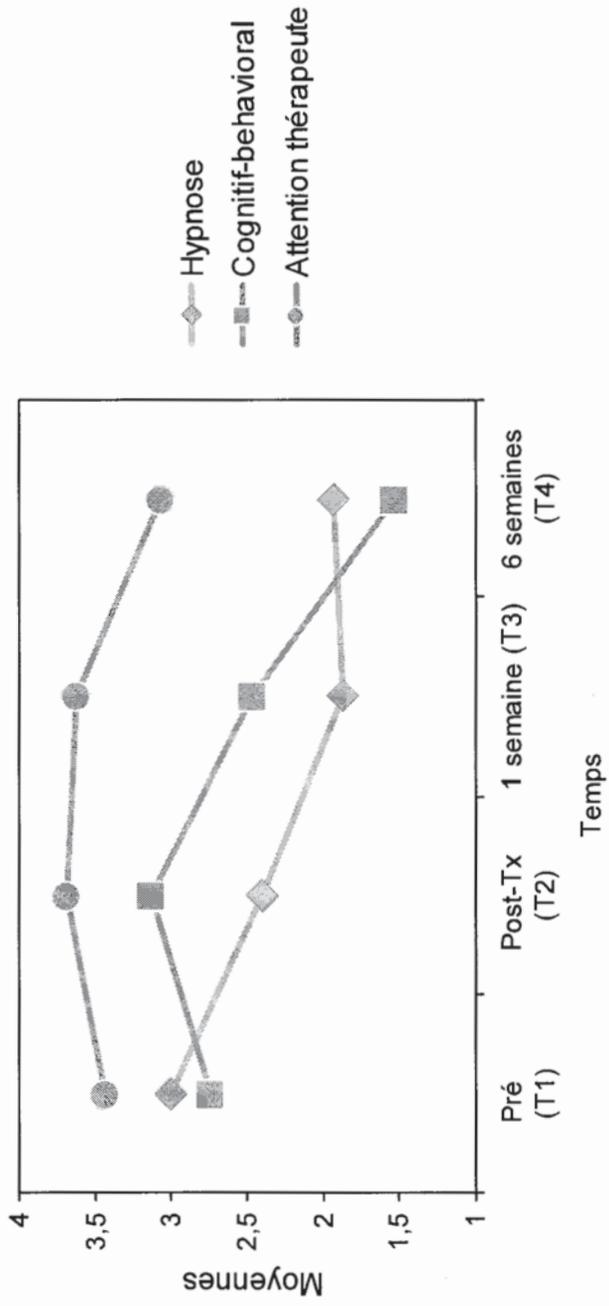


Figure 3
 Résultats de la composante évaluative de la douleur mesurée par le McGill en fonction des mesures pré-et post-traitement



dans les deux autres groupes (Attention du thérapeute) > (Cognitif-behaviorale et Hypnose) et ce pour les quatre temps de mesures.

Tel que montré sur la Figure 3 et selon les résultats de l'analyse de comparaisons multiples (Tableau 4), l'effet Temps se confirme par une différence statistiquement significative des évaluations faites entre le Temps 1 (avant traitement) et le Temps 2 (juste après le traitement), et ensuite entre le Temps 2 (juste après le traitement) et le Temps 4 (six semaines après le traitement). La diminution de l'intensité de la douleur de la composante évaluative est beaucoup plus marquée pour les groupes Cognitif-behavioral et Hypnose. A noter cependant que pour le groupe Cognitif-behavioral, l'intensité de la douleur a augmenté entre le Temps1 (Pré) et le Temps 2 (immédiatement après le traitement) sans que cette augmentation soit significative. Le groupe Contrôle (Attention du thérapeute) ne montre qu'une légère diminution au cours du temps.

Pour les composantes Sensorielle et Divers sur le Questionnaire McGill de la douleur (Melzack, 1975), les analyses (ANOVA) ne montrent pas d'effet Temps ni d'effet Groupe statistiquement significatifs. Cependant, on peut mentionner que l'intensité de la douleur sur la composante Divers diminue sensiblement au cours du temps pour les groupes de traitement actif (Cognitif-Behavioral et Hypnose). Les analyses ne démontrent pas de différences statistiquement significatives pour le score total ni d'effet d'interaction Groupe X Temps pour aucune des

composantes qui auraient suggéré la présence d'une évolution différentielle de l'un ou l'autre des trois groupes.

Cependant, on peut noter que, pour les quatre composantes et le score total, les deux groupes de traitement actif (Cognitif-behavioral et Hypnose) ont eu une diminution significative de la douleur au cours du suivi. Seuls le score total du McGill et la dimension Évaluative ont montré des résultats significatifs; alors les moyennes pour les trois groupes sont présentées pour les deux temps principaux T1 (pré) et T4 (6 semaines post-traitement) seulement. Au score total du McGill, pour le groupe Hypnose, les moyennes sont passées de 35,06 (T1) à 28,8 (T4). Pour le groupe Cognitif-behavioral, les moyennes sont passées de 32,13 (T1) à 24,46 (T4) et pour le groupe Attention du thérapeute, les moyennes sont passées de 38,12 (T1) à 37,93 (T4).

Pour la composante Évaluative, dans le groupe Hypnose, les moyennes sont passées de 3,00 (T1) à 1,93 (T4). Pour le groupe Cognitif-behavioral, les moyennes sont passées de 2,73 (T1) à 1,53 (T4) et finalement pour le groupe Attention du thérapeute, les moyennes vont de 3,43 (T1) à 3,06 (T4).

Les résultats des analyses statistiques des évaluations de la douleur par l'Échelle visuelle analogique, à son niveau « le plus fort », au moment « présent » et « habituel » sont répertoriés dans le Tableau 5a. Les analyses de variance pour la douleur (Figure 4) à son niveau « le plus fort », montrent un effet Temps significatif ($F=7,37$, $df=3,40$, $p<,0005$).

Tableau 5a

Synthèse des résultats des analyses de variance pour mesures répétées portant sur les trois échelles de douleur mesurée par l'Échelle visuelle analogique (ÉVA)

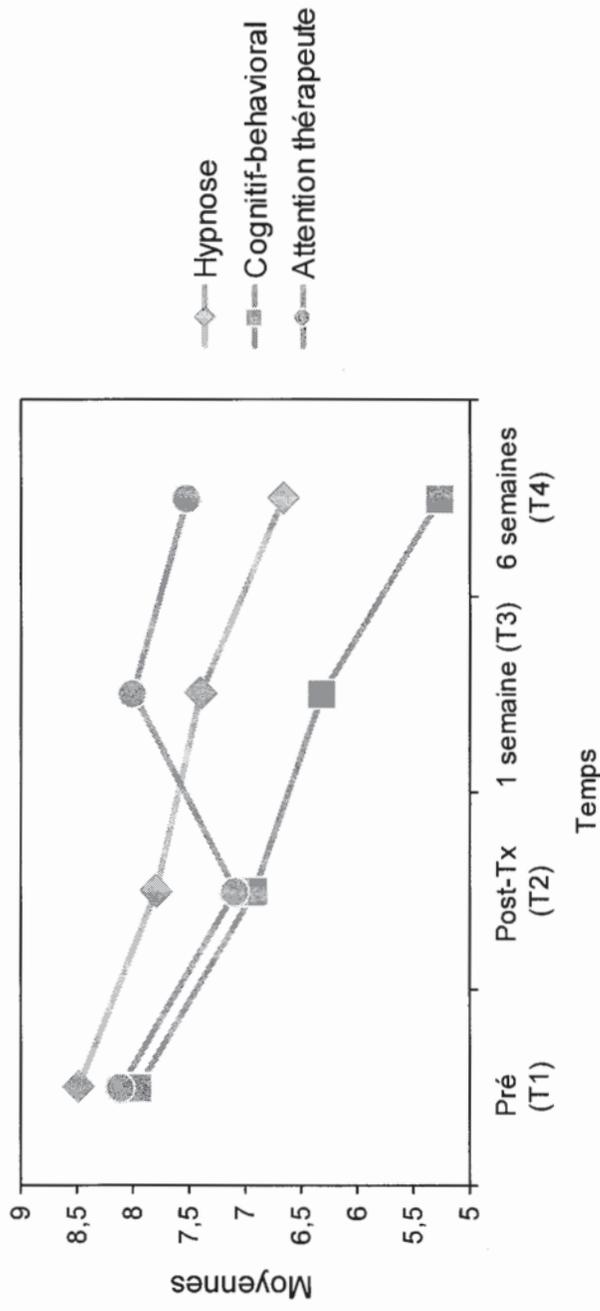
Variables	Effet	F	dl	ρ	Résultats des comparaisons multiples
Douleur au plus fort	Groupe	1,59	2,42	0,22	
	Temps	7,37	3,40	<0,005	T1 > T2 > T3 > T4
	Gr X T	0,86	6,80	0,53	
Présent	Groupe	3,26	2,37	0,05	CB < (Hypnose et attention thérapeutique)
	Temps	1,12	3,35	0,35	
	Gr X T	0,65	6,70	0,69	
Habituel	Groupe	0,35	2,40	0,71	n.s.
	Temps	1,57	3,38	0,21	n.s.
	Gr X T	1,86	6,78	0,09	n.s.

Notes. T1 > T2 = scores au temps 1 plus élevé qu'au temps 2

CB = cognitif-behavioral

Gr X T = Groupe X Temps

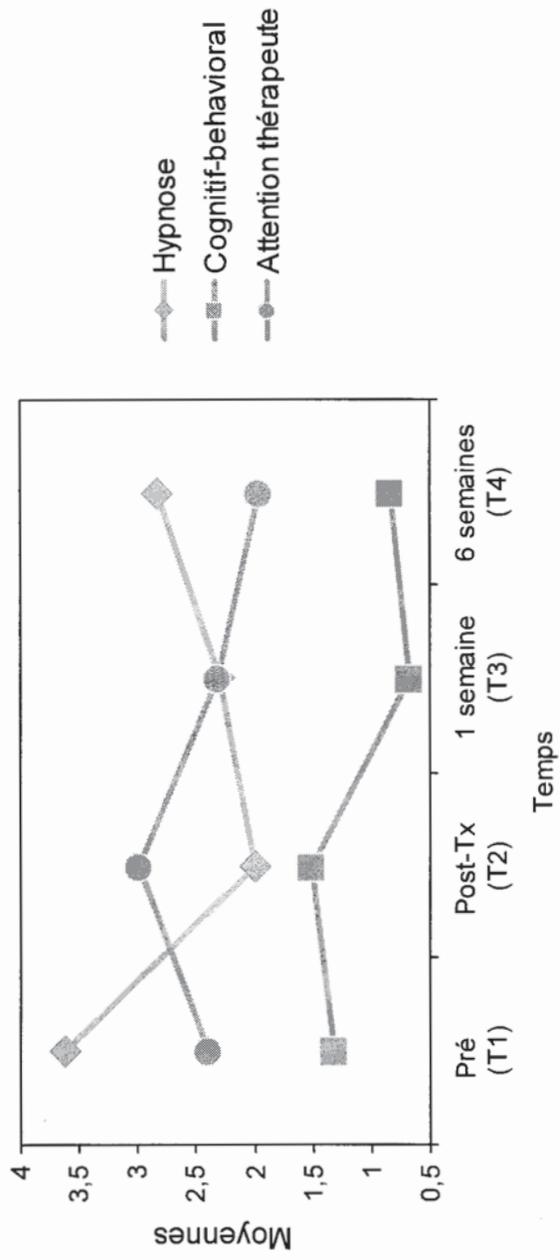
Figure 4
Résultats de la douleur mesurée par l'ÉVA au moment le plus fort
en fonction des mesures pré-et post-traitement



Les résultats de l'analyse des comparaisons multiples confirment l'effet Temps par une différence statistiquement significative des évaluations faites entre le Temps 1 (avant traitement) et le Temps 2 (juste après traitement), et ensuite entre le Temps 1 (avant traitement) et le Temps 4 (six semaines après traitement), avec une valeur « p » de 0,05 et 0,001 respectivement. L'intensité de la douleur à son moment « le plus fort » diminue significativement entre le début du suivi thérapeutique et six semaines après, et ceci pour les groupes Cognitif-behavioral et Hypnose. Par contre, le groupe Contrôle (Attention du thérapeute) montre une diminution au Temps 2 mais une forte augmentation aux Temps 3 et 4 (Figure 4). Aucun effet d'interaction Groupe X Temps n'a été observé.

Les analyses statistiques de l'évaluation de la douleur au moment Présent (Tableau 5a) montre un effet Groupe statistiquement significatif limite ($F=3,26$ $df=2,37$ $p =,05$). La Figure 5 montre que, pour le groupe Cognitif-behavioral, la diminution de la douleur est plus marquée au cours du temps même si l'on note une légère remontée entre le Temps 1 (Pré) et le Temps 2 (immédiatement après le traitement). Pour le groupe Hypnose, bien qu'une diminution de la douleur ait été répertoriée immédiatement après le premier traitement (Temps 2), on voit que l'intensité de la douleur a augmenté au Temps 3 et au Temps 4 (six semaines post-traitement). Le groupe Contrôle (Attention du thérapeute) a présenté le même profil d'évolution que le groupe Cognitif-behavioral.

Figure 5
 Résultats de la douleur mesurée par l'ÉVA au moment présent
 en fonction des mesures pré-et post-traitement



L'effet Temps ainsi que l'interaction Temps X Groupe sont non significatifs.

L'analyse des données (ANOVA) de la douleur à son moment Habituel n'a montré aucun effet statistiquement significatif (Tableau 5a). Cependant, une analyse approfondie de l'interaction Temps X Temps ($p = 0,09$) a montré que, pour le groupe Cognitif-behavioral, la diminution de la douleur est statistiquement significative entre le Temps 1 (Pré) et le Temps 4 (six semaines post traitement), avec une valeur « p » de 0,03 (Figure 6).

L'Échelle de Qualité de Vie (SF-36) comporte aussi une mesure de la douleur (Tableau 10). L'analyse de variance indique un effet principal significatif de Groupe ($F = 3,92$, $df = 2,45$, $p = 0,03$). L'effet Groupe est approfondi par les analyses de comparaisons multiples qui indiquent que la moyenne de la dimension Douleur chez le groupe Cognitif-behavioral est supérieure aux deux autres groupes (Figure 15). On note aussi un effet Temps global significatif ($F=9,54$, $df=1,45$, $p=,003$) pour les trois groupes (Figure 15). Les résultats des sous-comparaisons avec les tests de comparaisons multiples révèlent que les scores du groupe Cognitif-behavioral sont supérieurs (Temps 1 : $M = 47.9$ à Temps 4 : $M = 63.89$) aux deux autres groupes (Hypnose : Temps 1 : $M = 37.9$ à Temps 4 : $M = 44.4$ et Attention du thérapeute (Temps 1 : $M = 33.3$ à Temps 4 : $M = 37.78$)).

Figure 6
 Résultats de la douleur mesurée par l'ÉVA au moment habituel
 en fonction des mesures pré-et post-traitement

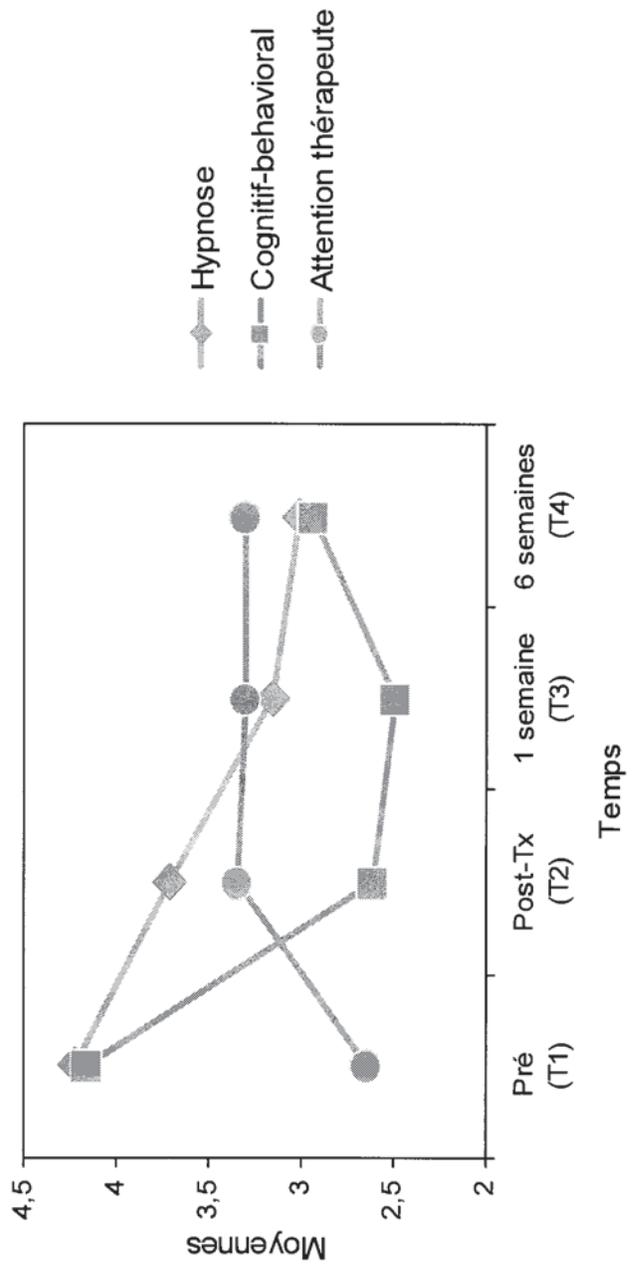


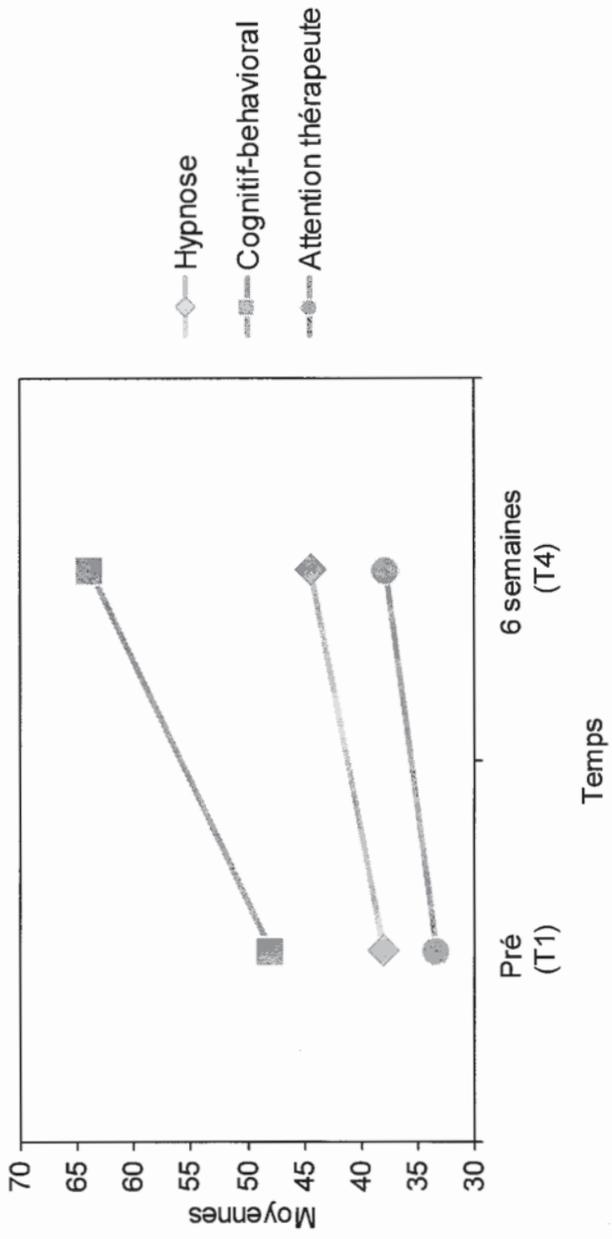
Tableau 10
Synthèse des résultats significatifs en fonction des
Groupes de traitement (Cognitif-behavioral et Hypnose)

Variables continues	Effet	F	dl	ρ	Résultats des tests de comparaisons multiples
Douleur (McGill) Composante: Évaluative	Gr	4,12	2,43	0,02	AT. > (CB, H)
Douleur (ÉVA) Moment présent	Gr	3,26	2,36	0,05	
Qualité de vie Fonctionnement social	Gr	3,35	2,45	0,04	
Douleur	Gr	3,92	2,45	0,03	

Notes. Gr = groupe

AT> (CB, H) = Scores plus élevés pour AT

Figure 15
Résultats de la douleur sur l'échelle SF-36 en fonction
des mesures pré-et six semaines post-traitement



Conséquences de la douleur. Les conséquences de la douleur étaient mesurées par trois questions. La première servait à évaluer les effets de la douleur sur des dimensions psychosomatiques (nausées, maux de tête, étourdissements, vertiges, constipation, diarrhée et chaleurs) identifiées « douleur physique ». La deuxième question répondait aux effets de la douleur sur les activités en général (sommeil, appétit, loisirs/études, socialisation, concentration, sexualité, déplacements et tâches ménagères) caractérisée « douleur lors des activités ». La troisième question mesurait l'impact de la douleur sur le travail. A noter que pour les analyses statistiques, seulement deux temps de mesure ont été utilisés (Temps1 ou Pré et Temps 4 ou six semaines post-traitement).

Pour la première question, à savoir, les conséquences de la douleur physique, aucun effet principal ni d'interaction Temps x Groupe ne sont statistiquement significatifs (Figure 7). Par contre, quant aux conséquences sur le niveau d'activités (Tableau 5b), les analyses de variance (Figure 8) indique un effet d'interaction statistiquement significatif Groupe x Temps ($F = 4,69$, $df = 2,33$; $p = ,02$) pour le groupe Cognitif-behavioral ($F = 14.15$, $df = 1,33$, $p = ,001$). L'analyse des effets simples permet d'identifier un changement entre les temps de mesure. Les tests de comparaisons multiples montrent que, pour le Groupe Cognitif-Behavioral, les scores du Temps 1 (Pré) sont plus élevés que les scores du Temps 4 (six semaines post-traitement). Ainsi, avec une diminution

Figure 7
Résultats des conséquences physiques de la douleur en fonction
des mesures pré-et six semaines post-traitement

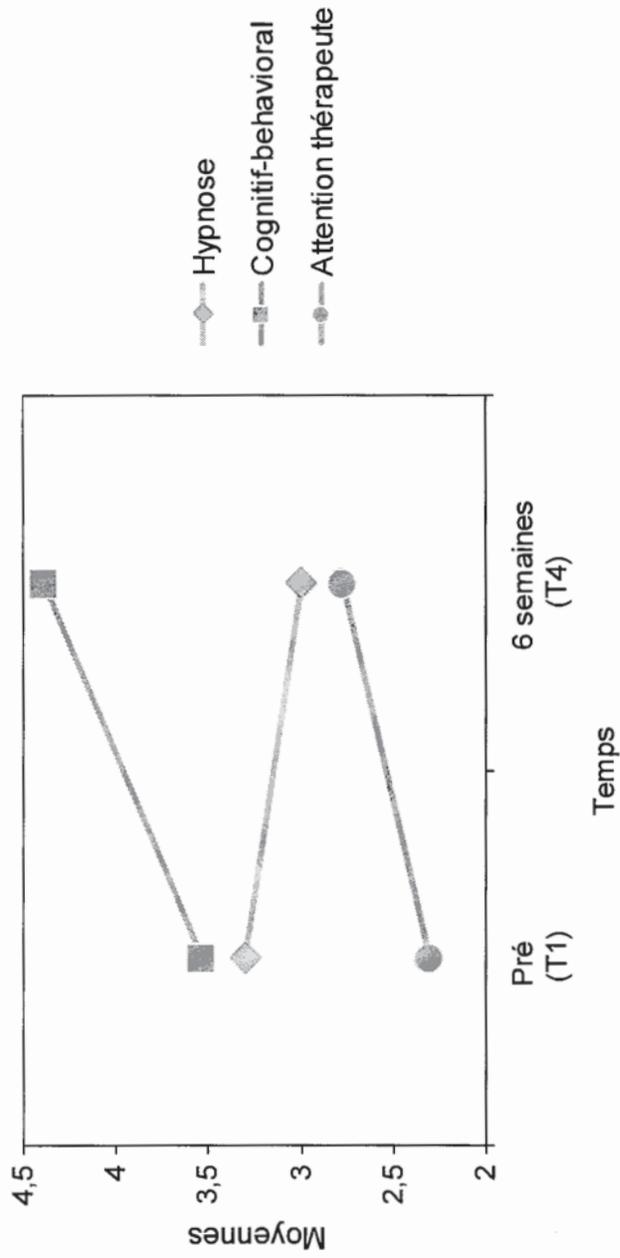


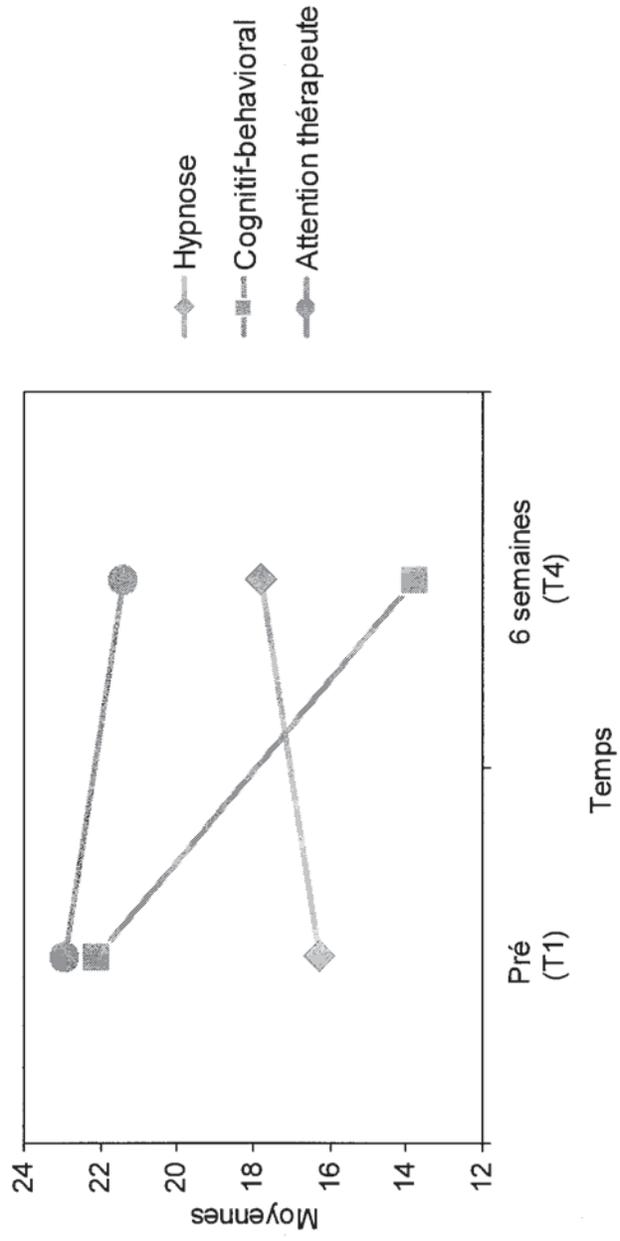
Tableau 5b

Synthèse des résultats des analyses de variance
portant sur les conséquences de la douleur (physique et activités)

Variables continues	Effets	F	dl	ρ	Résultats des tests de comparaisons multiples
Conséquences de la douleur (physique)	Gr X T	0,81	2,33	0,45	n.s.
Conséquences de la douleur (activités)	Gr X T	4,69	2,33	0,02	

Notes. Gr = groupe; T = temps (scores)

Figure 8
Résultats des conséquences de la douleur sur les activités en fonction
des mesures pré-et six semaines post-traitement



des scores entre les mesures du pré et les mesures six semaines post-traitement, nous constatons un effet significatif des traitements sous forme de diminution de la douleur dans le temps et d'augmentation des activités. Aucun effet statistiquement significatif n'a été démontré en ce qui concerne les effets de la douleur sur le travail.

Dépression. Les résultats concernant l'évaluation de la dépression mesurée par l'Inventaire de Dépression de Beck (Gauthier, Morin, Thériault & Lawson, 1982) sont présentés dans le Tableau 6 (Figure 9). L'analyse de variance montre un effet principal Temps significatif ($F = 4,87$, $df\ 3,43$, $p = 0,005$). La Figure 9 indique que le niveau de dépression a diminué entre le Temps 1 (pré) et le Temps 4 (six semaines post-traitement) pour les trois groupes. Les tests de comparaisons multiples montrent que les scores du Temps 1 > Temps 3, Temps 3 > Temps 4, Temps 2 > Temps 4.

Cependant, la Figure 9 permet de constater que les groupes Cognitif-behavioral et Attention du thérapeute se comportent différemment du groupe Hypnose. Ces deux groupes accusent une baisse des scores de la dépression. Quant au groupe Hypnose, les scores montrent une légère remontée de l'intensité de la dépression entre le Temps 3 et le Temps 4. Par contre, l'ANOVA ne démontre aucun effet principal Groupe ni d'effet d'interaction significatif Groupe x Temps.

Anxiété situationnelle (état). Le Tableau 6 présente les analyses de variance effectuées sur la composante anxiété situationnelle (état) et le

Tableau 6

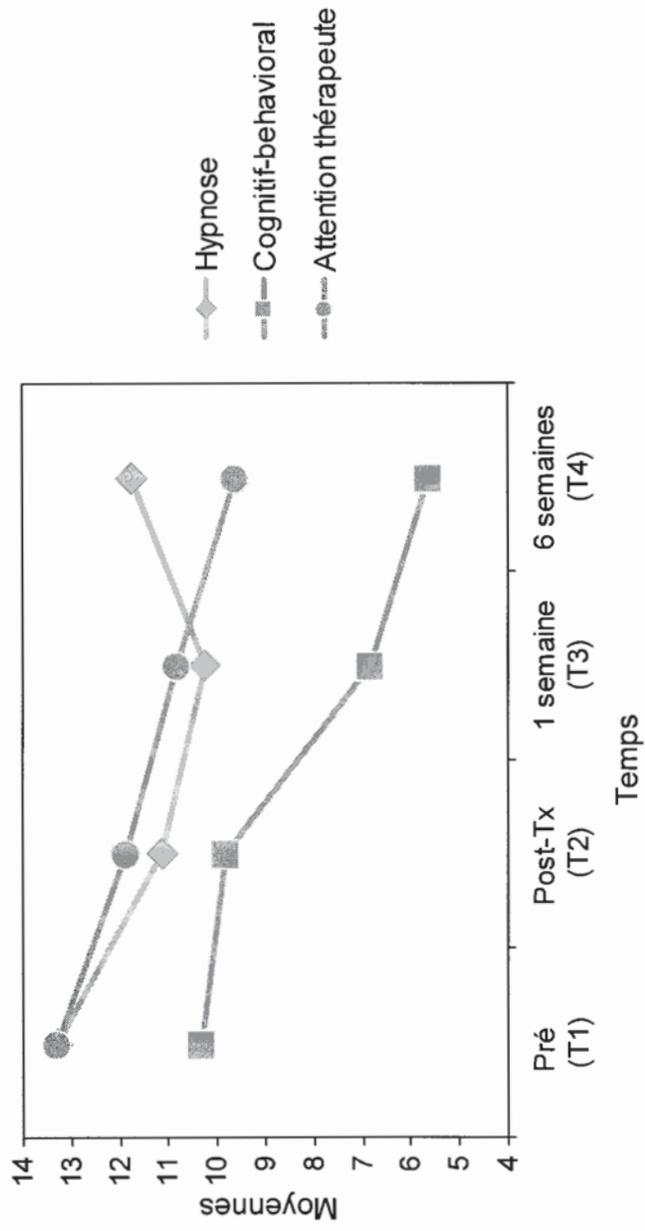
Synthèse des résultats des analyses de variance pour les variables
dépression, anxiété et stress

Variables	Effet	F	dl	ρ	Résultats des tests de comparaisons multiples
Dépression	Groupe	0,98	2,45	0,38	
	Temps	4,87	3,43	< 0,005	T1 > T3, T1 > T4, T2 > T4
	Gr X T	0,96	6,86	0,45	
Anxiété Situationnelle (État)	Groupe	0,31	2,46	0,73	
	Temps	6,01	3,44	0,002	
	Gr X T	3,20	6,88	0,007	H : T1 > T2, T4 > T2 CB : T1 > T3, AT :
Trait	Groupe	1,44	2,46	0,25	
	Temps	11,72	3,44	< 0,001	T1 > T3, T1 > T4
	Gr X T	1,66	6,88	0,14	
Stress	Groupe	2,96	2,45	0,06	
	Temps	5,45	3,43	0,003	(T1 = T2) > (T3 = T4)
	Gr X T	0,74	6,86	0,62	

Notes. Gr X T = Groupe X Temps

T1 > T3 = scores plus élevés en T1 qu'en T3 etc

Figure 9
Résultats de la dépression en fonction
des mesures pré-et post-traitement



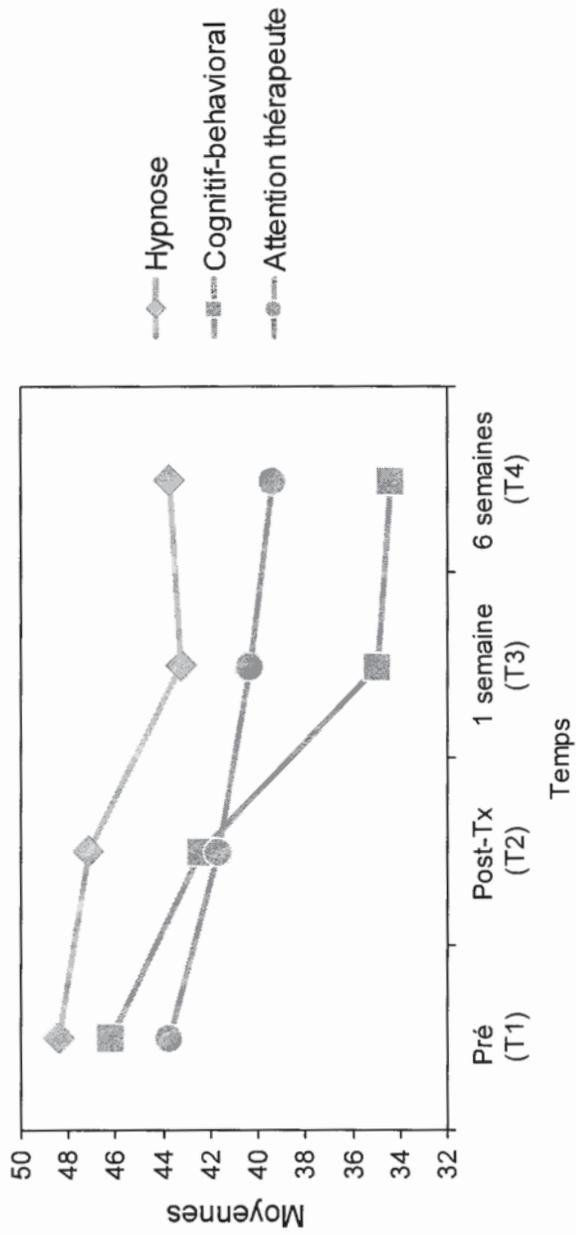
trait (caractéristique idiopathique) mesurées par le Questionnaire d'Évaluation Personnelle (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970; Bergeron & Landry, 1974).

Les résultats sont d'abord présentés pour l'anxiété situationnelle (état). Les analyses de variance (Figure 10) indiquent un effet d'interaction significatif Groupe x Temps ($F = 3,20$, $df = 6,88$, $p = ,007$) pour les deux groupes de traitements (Hypnose : $F=8.06$, $df = 3,44$, $p=,0005$ et Cognitif-behavioral : $F=4,50$, $df = 3,44$, $p=,008$). L'analyse des effets simples permet d'identifier un changement entre les temps de mesure. Les tests de comparaisons multiples montrent que, pour le groupe Hypnose, les scores du Temps 1 (pré) sont plus élevés que ceux du Temps 2 (suivant le traitement) et que les scores du Temps 4 (six semaines post traitement) sont légèrement plus élevés que ceux du Temps 3 (Temps 1 > Temps 2, Temps 4 > Temps 2).

Pour le groupe Cognitif-behavioral (Figure 10), les tests de comparaisons multiples révèlent que les scores du Temps 1 (pré) sont plus élevés que ceux du Temps 3 (une semaine post traitement). La Figure 10 montre que les scores en Temps 1 sont nettement plus élevés que ceux après l'implantation des traitements (Temps 1 > Temps 3)

La baisse des scores d'intensité après les interventions montre que le niveau d'anxiété diminue avec le temps et avec les traitements, mais cette amélioration n'est pas maintenue à six semaines. Il faut noter cependant que les analyses statistiques montrent que la diminution de

Figure 10
 Résultats de l'anxiété situationnelle (état) en fonction
 des mesures pré-et post-traitement

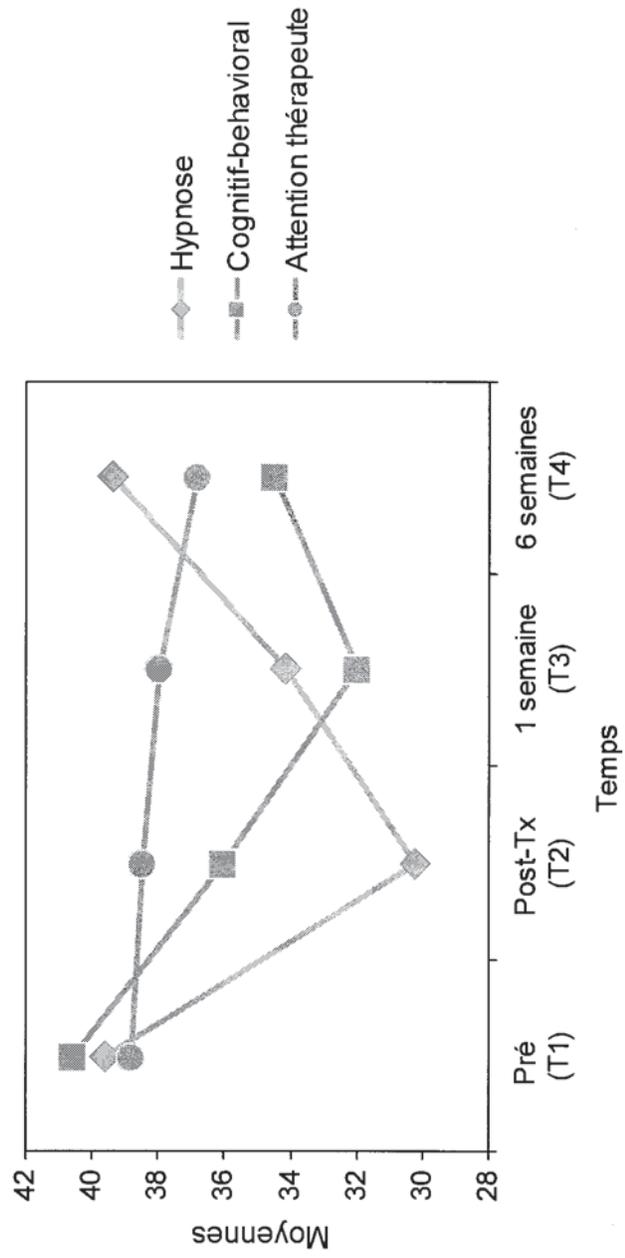


l'anxiété situationnelle (état) est plus importante dans le groupe Cognitif-behavioral que dans le groupe Hypnose. Les résultats des tests de comparaisons multiples indiquent un effet significatif des traitements Cognitif-behavioral et Hypnose. (Cognitif-behavioral Temps1 >Temps 3). Quant au groupe Attention du thérapeute, on note une légère baisse des moyennes entre le Temps 1 et le Temps 4 mais la différence n'atteint pas le seuil de signification.

Anxiété (trait). Quant au trait d'anxiété (Tableau 6), bien que cette caractéristique individuelle soit considérée comme une dimension permanente chez l'individu, l'analyse de variance traduit un effet principal Temps significatif pour ces deux groupes ($F= 11,72$, $dl 3,44$, $p= < ,001$). Les résultats des tests de comparaisons multiples (Figure 11) indiquent que, dans les deux groupes de traitement, les scores suivent la même tendance et diminuent entre le Temps 1 et le Temps 3 et entre Temps 1 et le Temps 4. (Temps 1 >Temps 3, Temps 1 > Temps 4). L'impression visuelle de la Figure 11 montre que les scores se sont modifiés avec le temps pour les groupes Cognitif-behavioral et Hypnose alors que les scores sont demeurés pratiquement inchangés pour le groupe Attention du thérapeute.

Stress. Le Tableau 6 présente les résultats de l'évaluation du stress mesuré par la Mesure de stress : Se sentir stressé (Lemyre & Tessier, 1988). Les analyses de variance présentent un effet principal Temps significatif ($F = 5,45$ $dl 3,43$, $p = ,003$) témoignant d'une baisse des

Figure 11
Résultats de l'anxiété (trait) en fonction
des mesures pré-et post-traitement



scores d'intensité du stress pour les trois groupes (Figure 12). Les résultats des tests de comparaisons multiples valident cette baisse, mais permettent aussi de voir que les scores de stress diminuent légèrement entre les mesures du Temps 1 (pré) et du Temps 2 (suivant le traitement); or cette baisse n'est pas significative. De même, les mesures en Temps 3 sont légèrement à la baisse comparées au Temps 4 (Temps 1=Temps 2) > (Temps 3=Temps 4). Par contre, la Figure 12 illustre la diminution des scores avec le temps. Cette diminution s'affirme dans les trois groupes. On peut noter cependant un effet marginal Groupe ($p = ,06$). Par ailleurs, les analyses statistiques ne présentent pas d'effet principal de Groupe ni d'interaction Groupe x Temps significatif.

Qualité de vie. La qualité de vie est un concept multidimensionnel évaluant le statut fonctionnel, le bien-être et l'évaluation générale de la santé (Ware & Sherbourne, 1992; Wood-Dauphinee et al, 1997; Tableau 7; Figure 13). Il est important de mentionner que, contrairement aux autres échelles de mesure susmentionnées, l'interprétation des scores sur cet instrument de mesure est différente. En effet, plus les scores sont élevés, meilleure est la qualité de vie. Sur les dimensions mesurées ainsi que sur le score global, les analyses de variance montrent que, seules les dimensions Fonctionnement social, Vitalité, Douleur et Changement de la santé présentent des résultats significatifs. Les analyses pour la dimension Douleur ont déjà été décrites dans la section Douleur ci-haut.

Figure 12
 Résultats du stress des mesures pré-et post-traitement

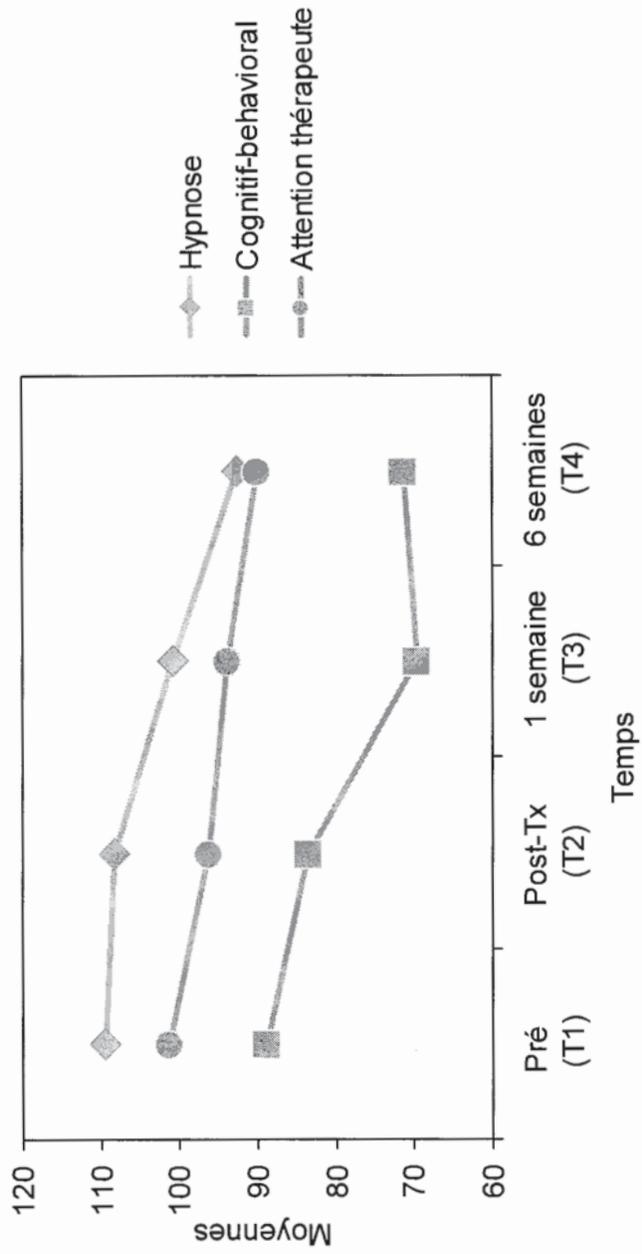
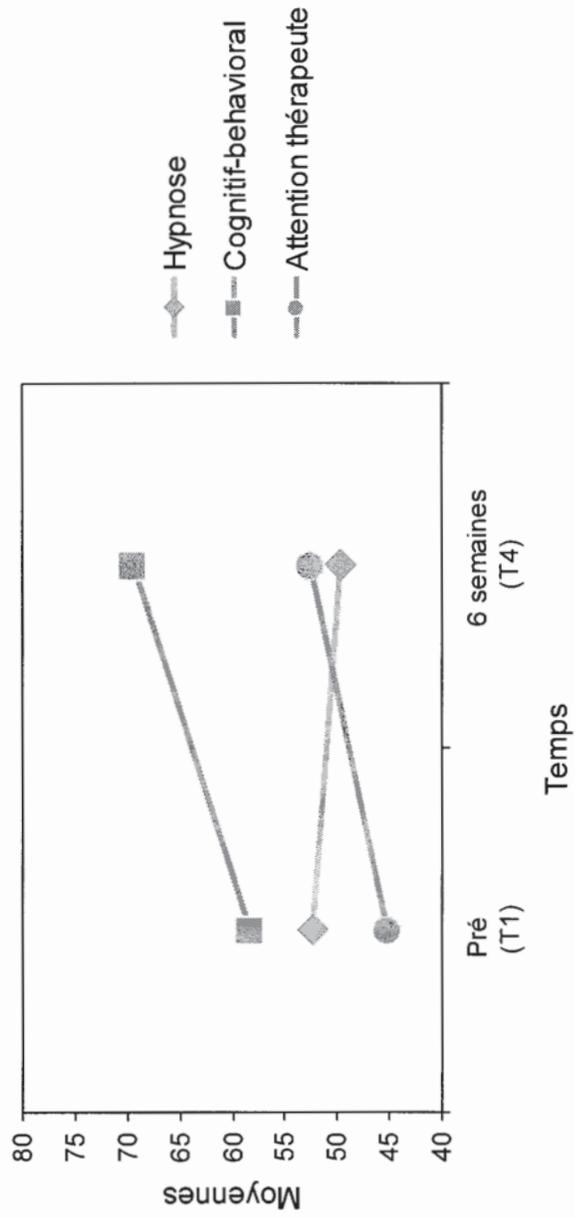


Tableau 7
Synthèse des résultats des analyses de variance
pour la variable Qualité de vie

Variables	Effet	F	dl	ρ	Résultats des tests de comparaisons
Qualité de vie					
Fonctionnement social	Groupe	3,35	2,45	0,04	Voir interaction CB : T4 > T1
	Temps	4,21	1,45	0,05	
	Gr X T	2,61	2,45	0,08	
Vitalité	Groupe	2,48	2,45	0,95	T4 > T1
	Temps	10,64	1,45	0,002	
	Gr X T	0,00	2,45	0,99	
Douleur	Groupe	3,92	2,45	0,03	CB : T4 > T1
	Temps	9,54	1,45	0,003	
	Gr X T	1,47	2,45	0,24	
Changement de la santé	Groupe	0,30	2,45	0,75	T4 > T1 (sauf hypnose)
	Temps	15,14	1,45	< 0,001	
	Gr X T	1,36	2,45	0,27	
Fonctionnement physique	Groupe	1,17	2,45	0,32	n.s.
	Temps	1,15	1,45	0,29	
	G X T	0,59	2,45	0,56	
Limitations physiques	Groupe	3,03	2,45	0,06	
	Temps	1,46	1,45	0,23	
	Gr X T	1,02	2,45	0,37	
Limitations émotionnelles	Groupe	0,10	2,45	0,91	
	Temps	2,56	1,45	0,12	
	Gr X T	1,10	2,45	0,34	
Santé mentale	Groupe	1,02	2,45	0,37	
	Temps	3,54	1,45	0,07	
	Gr X T	0,05	2,45	0,96	
Perception de la santé en générale	Groupe	1,40	2,45	0,26	
	Temps	0,73	1,45	0,40	
	Gr X T	1,68	2,45	0,20	

Notes. Échelle de qualité de vie; scores élevés = meilleure qualité de vie

Figure 13
Résultats de la composante Fonctionnement social du SF-36
en fonction des mesures pré-et six semaines post-traitement

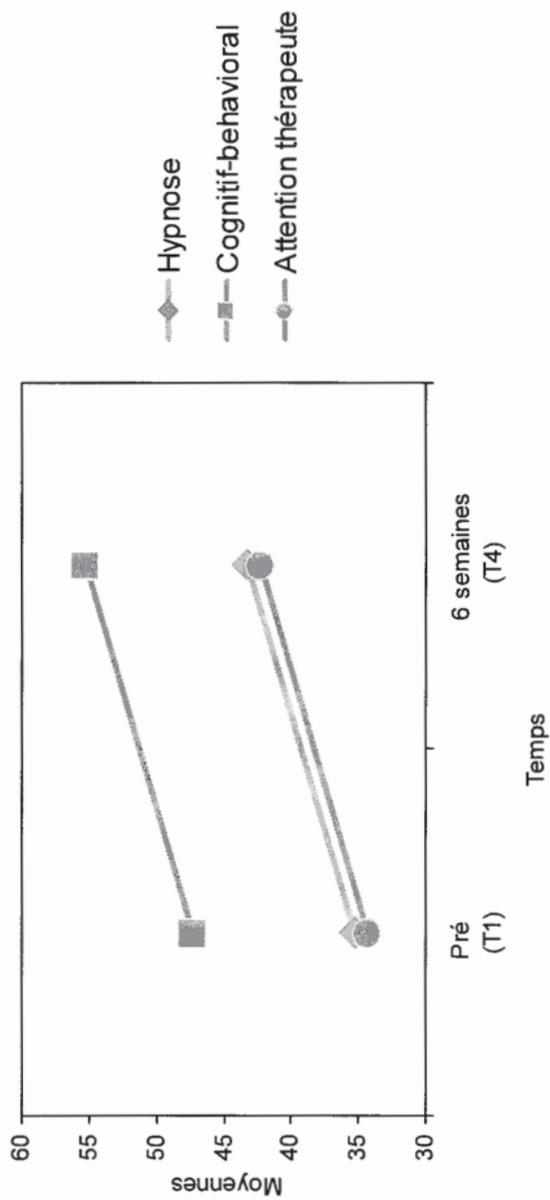


Pour la dimension Fonctionnement social (Figure 13), l'analyse de variance indique un effet principal Groupe significatif ($F=3,35$, df 2,45 $p=,04$), un effet principal Temps significatif ($F=4,21$, df 1,45 $p=,05$) et un effet marginal d'Interaction Groupe x Temps ($F = 2,61$, df 2,45 $p = ,08$). Le Tableau 7 ne permet pas de parler d'un effet Temps global significatif pour les trois groupes. Les résultats des tests de comparaisons multiples indiquent que pour le Groupe Cognitif-behavioral, les scores du Temps 4 sont plus élevés que les scores du Temps 1 (Temps 4 >Temps 1). Bien que l'interaction ne soit pas statistiquement significative ($p=,08$), nous avons choisi de l'interpréter puisque le groupe Hypnose ne se comporte pas de la même façon que les deux autres groupes.

Lorsque l'on regarde les moyennes de chaque groupe, une augmentation de dix points est notée dans le groupe Cognitif-behavioral (Temps 1 : $M = 58.3$; Temps 4 : $M = 69.4$) par rapport à sept points pour le groupe Attention du thérapeute (Temps 1 : $M = 45.2$ à Temps 4 : $M = 52.6$). Par contre, une baisse de trois points est notée dans le groupe Hypnose entre le Temps 1 ($M = 52.3$) et le Temps 4 ($M = 49,7$). Les scores sont plus élevés dans le groupe Cognitif-behavioral ($p=,017$) (Temps 4 > Temps 1) et Attention du Thérapeute (Temps 4 > Temps 1) que dans le groupe Hypnose. Par ailleurs les analyses ne montrent aucun autre changement dans les autres temps de la mesure.

Au niveau de la composante Vitalité (Figure 14), L'ANOVA indique un effet principal Temps significatif pour les trois groupes ($F = 10,64$ df

Figure 14
Résultats de la composante vitalité du SF-36 en fonction
des mesures pré-et six semaines post-traitement

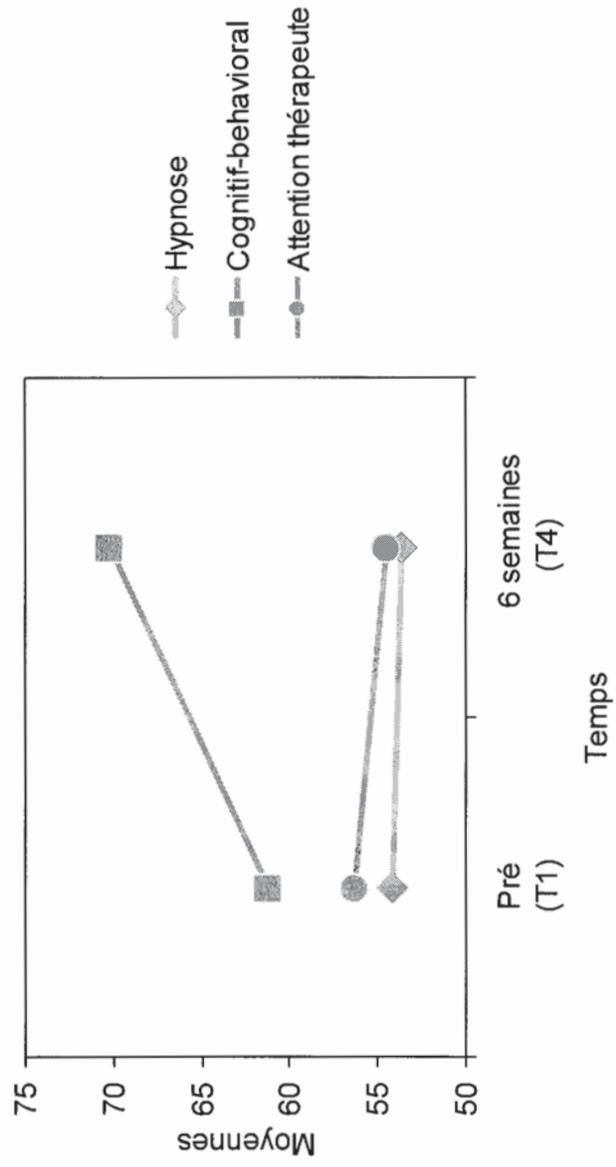


1,45, $p = ,002$) donc, chaque groupe améliore sa condition avec le temps. Les résultats des tests de comparaisons multiples montrent que cette amélioration se manifeste principalement entre les Temps 4 et le Temps 1 (Temps 4 > Temps 1) et la vérification des moyennes indique que chaque groupe augmente de huit unités. Par contre, lorsque l'on regarde l'Interaction ($p = ,99$) nous constatons que cet effet global Temps n'est pas significatif puisque la Figure 14 nous fait voir que tout le monde augmente sa composante Vitalité avec le temps.

Pour l'échelle du Changement de la santé, les analyses statistiques montrent un effet principal Temps significatif ($F = 15,14$, df 1,45, $p < ,001$) pour les groupes Cognitif-behavioral et Attention du thérapeute (Figure 16). Les résultats des tests de comparaisons multiples indiquent que les scores augmentent avec le passage du temps pour ces deux groupes et ces différences sont statistiquement significatives. Pour le groupe Cognitif-behavioral, les moyennes entre le Temps 1 (pré) passent de 39.06 à 67.19 pour le Temps 4 (six semaines post-traitement).

Pour le groupe Attention du thérapeute, les moyennes sont supérieures au Temps 4 ($M = 63.33$) en comparaison avec le Temps 1 ($M = 43.35$). Le groupe Hypnose fait exception. Les moyennes pour le groupe Hypnose passent de 42.65 au Temps 1 à 51.47 au Temps 4, mais cette différence n'est pas significative. Le changement de l'état de santé s'améliore avec le temps et ceci pour les trois groupes bien que, pour le groupe Hypnose, les différences de moyennes entre les Temps 1 et 4

Figure 16
Résultats du changement de la santé du SF-36 en fonction
des mesures pré-et six semaines post-traitement



n'atteignent pas le seuil de signification. Quant aux autres dimensions de l'Échelle de qualité de vie les analyses statistiques ne traduisent aucun effet principal de Temps, ni de Groupe ni d'effet d'Interaction Groupe X Temps.

Ajustement dyadique. L'Échelle d'Ajustement dyadique (Spanier, 1976) mesure la qualité de la relation maritale sur quatre dimensions différentes (Consensus, Affect, Satisfaction, Cohésion) et inclut un score total (Baillargeon, Dubois & Marineau, 1986). Les analyses de variance ne montrent aucun effet principal significatif de Groupe ni de Temps. De même, l'interaction Temps x Groupe n'est pas statistiquement significative (Tableau 8). Comme aucun résultat significatif n'apparaît, aucune figure n'est présentée.

En résumé (Tableau 9), la population (femmes souffrant d'endométriose) recrutée dans le cadre de ce projet a été répartie aléatoirement en trois groupes de 20 patientes chacun (Hypnose, Cognitif-Behavioral, Attention du thérapeute). En ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques catégorielles (langue, ethnie, occupation et état civil) et continues (âge, scolarité, nombre d'enfants) et les corrélats cognitifs de l'hypnose (hypnotisabilité, absorption et imagerie mentale) collectées avant le début de la thérapie, les trois groupes sont équivalents.

Par contre, pour le corrélat Absorption, la comparaison des groupes a montré une différence globalement significative ($p = 0,04$) confirmée par

Tableau 8

Synthèse des résultats des analyses de variance pour la variable
Ajustement dyadique

Variables	Effet	F	dl	ρ	Résultats des tests de comparaisons multiples
Ajustement dyadique					
Consensus	Groupe	0,03	2,28	0,97	
	Temps	1,23	1,28	0,27	n.s.
	G X T	1,17	2,28	0,32	
Affect	Groupe	0,90	2,29	0,42	
	Temps	0,84	1,29	0,37	n.s.
	G X T	0,83	2,29	0,45	
Satisfaction	Groupe	0,66	2,27	0,52	
	Temps	0,40	1,27	0,53	n.s.
	G X T	0,87	2,27	0,43	
Cohésion	Groupe	1,23	2,32	0,31	
	Temps	0,17	1,32	0,68	n.s.
	G X T	0,77	2,32	0,47	
Score total	Groupe	0,06	2,55	0,94	
	Temps	1,16	1,25	0,29	n.s.
	G X T	0,72	2,25	0,50	

Notes. n.s. = non significatif

Tableau 9

Synthèse des résultats significatifs

Variables continues	Effets	F	dl	ρ	Résultats des tests de comparaisons multiples
Douleur (McGill)					
Score total	T	3,41	3,41	0,03	T2 > T4
Composantes:					
Affective	T	3,07	3,41	0,04	T2 > T4
Évaluative	Gr	4,12	2,43	0,02	AT. > (CB, H)
	T	4,08	3,41	0,01	(T1 = T2) > (T3 = T4)
Échelle visuelle analogique (ÉVA)					
Fort	T	7,37	3,40	< 0,0005	
Présent	Gr	3,26	2,36	0,05	
Conséquences de la douleur (activités)	Gr X T	4,69	2,33	0,02	
Anxiété					
Situationnelle (État)	T	6,01	3,44	0,002	
	Gr X T	3,20	6,88	0,007	H : T > T2, T4 > T2 CB: T1 > T3
Trait	T	11,72	3,44	< 0,001	T1 > T3, T1 > T4
Dépression	T	4,87	3,43	0,005	T1 > T3, T1 > T4, T2 > T4
Stress	T	5,45	3,43	0,003	(T1 = T2) > (T3 = T4)
Qualité de vie					
Fonctionnement social	Gr	3,35	2,45	0,04	
	T	4,21	1,45	0,05	Voir interaction
	Gr X T	2,61	2,45	0,08	CB : T2 > T1
Vitalité	T	10,64	1,45	0,002	T2 > T1
Douleur	T	9,54	1,45	0,003	CB : T2 > T1
	Gr	3,92	2,45	0,03	
Changement de la santé	T	15,14	1,45	< 0,001	T2 > T1 (sauf hypnose)

Notes. Gr = groupe; T = temps (scores)

une différence statistiquement significative entre le groupe Attention du thérapeute qui présente des scores les plus bas et le groupe Cognitif-Behavioral qui montre les scores d'absorption les plus élevés des trois groupes. Cette différence peut s'expliquer par de l'erreur aléatoire.

Le critère principal évalué est la douleur et les critères secondaires sont les conséquences (somatiques et sur les activités) et les concomitants (dépression, anxiété et stress) de la douleur ainsi que les séquelles sur la relation maritale et la qualité de vie. Les analyses statistiques démontrent des effets Groupe/traitements présentés dans le Tableau 10, des effets Temps (Tableau 11) et finalement les effets d'Interaction Groupe X Temps sont présentés au Tableau 12.

Des effets Groupe (traitements) sont statistiquement significatifs pour la dimension Évaluative de la douleur (McGill), pour le moment Présent (ÉVA), pour la composante Douleur du SF-36 ainsi que pour la composante Fonctionnement social de l'Échelle de qualité de vie.

Les analyses statistiques montrent une différence significative entre les trois groupes sur la composante Évaluative mesurée par le McGill ($p = 0.02$). Le Tableau 13a montre les moyennes et les écarts-type et le Tableau 13b indique l'évolution des scores à travers le temps. Les groupes Hypnose et Cognitif-behavioral montrent une supériorité des traitements par rapport au groupe contrôle Attention du thérapeute.

Quant à la Douleur sur l'ÉVA au moment Présent (Tableau 14), l'effet est marginal ($p = 0,05$) et ne permet pas de démontrer une

Tableau 11

Synthèse des résultats significatifs en fonction du Temps

Variables continues	Effets	F	dl	ρ	Résultats des tests de comparaisons multiples
Douleur (McGill)					
Score total	T	3,41	3,41	0,03	T2 > T4
Composantes:					
Affective	T	3,07	3,41	0,04	T2 > T4
Évaluative	T	4,08	3,41	0,01	(T1 = T2) > (T3 = T4)
Échelle visuelle analogique					
Fort	T	7,37	3,40	$p < 0,0005$	
Anxiété					
État	T	6,07	3,44	0,002	
Trait	T	11,72	3,44	$< 0,001$	T1 > T3, T1 > T4
Dépression	T	4,87	3,43	0,005	T1 > T3, T1 > T4, T2 > T4
Stress	T	5,45	3,43	0,003	(T1 = T2) > (T3 = T4)
Qualité de vie					
Fonctionnement social	T	4,21	1,45	0,05	Voir interaction
Vitalité	T	10,64	1,45	0,002	T2 > T1
Douleur	T	9,54	1,45	0,003	CB : T2 > T1
Changement de la santé	T	15,14	1,45	$< 0,001$	T2 > T1 (sauf hypnose)

Notes. T = temps (scores)
T2 > T4 = Scores plus élevés au T2 qu'au T4

Tableau 12

Synthèse des résultats significatifs des Interactions
Groupes de traitement (Cognitif-behavioral et Hypnose) X Temps

Variables continues	Effets	F	dl	ρ	Résultats des tests de comparaisons multiples
Conséquences de la douleur (activités)	Gr X T	4,69	2,33	0,02	
Anxiété Situationnelle (État)	Gr X T	3,20	6,88	0,007	H : T1 > T2, T4 > T2 CB: T1> T3
Qualité de vie Fonctionnement social	Gr X T	2,61	2,45	0,08	CB : T2 > T1

Notes. Gr = groupe; T = temps (scores)

Tableau 13a

Les moyennes et les écarts-type de la douleur (composante évaluative) mesurée par le McGill pour les trois groupes

Douleur (McGill) (Composante évaluative)	Groupes					
	Hypnose		Cognitif- behavioral		Attention du thérapeute	
	M	ET	M	ET	M	ET
T1	3,00	1,69	2,73	1,83	3,43	1,89
T2	2,40	1,80	3,13	1,24	3,68	1,66
T3	1,86	1,35	2,46	1,40	3,62	1,85
T4	1,93	1,70	1,53	0,99	3,06	1,76

Notes. T1 = pré-traitement
T2 = post-traitement
T3 = 1 semaine post-traitement
T4 = 6 semaines post-traitement

Tableau 13b

Scores de la douleur évaluée selon l'Échelle de McGill en fonction
des différents Temps de mesure

Douleur (McGill)		Hypnose	Cognitif- behavioral	Attention du thérapeute
Score total	T1	35,06	32,13	38,12
	T2	33,93	35,8	38,68
	T3	30,2	31,73	39,93
	T4	28,8	24,46	37,93
Composante affective	T1	15,73	5,4	6,13
	T2	4,8	5,86	6,25
	T3	4,2	5,06	6,93
	T4	3,66	4,067	6
Évaluative	T1	3	2,73	3,43
	T2	2,4	3,13	3,68
	T3	1,86	2,46	3,63
	T4	1,93	1,53	3,06
Sensorielle	T1	18,33	17,66	20,68
	T2	20,2	19,93	20,68
	T3	18	21,12	21,12
	T4	17,8	16	20,93
Divers	T1	8	6,33	7,87
	T2	6,53	6,86	8,06
	T3	6,13	5,53	8,25
	T4	5,4	4,56	7,93

Notes. T1 = pré-traitement
T2 = post-traitement
T3 = 1 semaine post-traitement
T4 = 6 semaines post-traitement

Tableau 14

Les moyennes et les écarts-type de la douleur (moment présent)
mesurée par l'Échelle visuelle analogique (ÉVA)
pour les trois groupes

Douleur (ÉVA) Moment présent	Groupes					
	Hypnose		Cognitif- behavioral		Attention du thérapeute	
	M	ET	M	ET	M	ET
T1	3,62	3,19	1,32	2,02	2,39	3,12
T2	2,00	1,87	1,51	2,49	2,99	2,65
T3	2,30	1,94	0,68	1,03	2,31	2,42
T4	2,82	3,24	0,84	1,56	1,96	2,44

Notes. T1 = pré-traitement
T2 = post-traitement
T3 = 1 semaine post-traitement
T4 = 6 semaines post-traitement

supériorité de l'un ou l'autre des deux groupes de traitement. Ce même tableau montre l'évolution des moyennes et les écarts-type en fonction des temps de mesure.

Dans la composante Douleur de l'Échelle de qualité de vie (SF-36), les analyses statistiques montrent un effet Groupe significatif ($p = 0,03$). Bien que les résultats montrent que tous les groupes évoluent avec le temps, le groupe Cognitif-behavioral s'est montré supérieur aux deux autres groupes (CB : T2 > T1). Il faut rappeler que dans le SF-36 plus les scores augmentent meilleure est la qualité de vie.

Un effet Temps statistiquement significatif est noté sur les composantes affective ($p = 0,04$), évaluative ($p = 0,01$) et sur le score total ($p = 0,03$) de la douleur mesurée par le McGill, sur ses concomitants : la dépression ($p = 0,005$), l'anxiété situationnelle-état ($p = 0,002$), l'anxiété-trait ($p < 0,001$) et le stress ($p = 0,003$) ainsi que sur certaines dimensions de l'Échelle de qualité de vie (Fonctionnement social, $p = 0,05$ Vitalité $p = 0,002$ et Changement de la santé, $p < 0,001$). Un effet Temps statistiquement significatif est aussi noté sur la composante Douleur du SF-36 ($p = 0,003$).

Des effets significatifs d'Interaction (Gr.X T) sont présents sur la dimension Activités ($p = 0,02$) dans les Conséquences de la douleur, dans l'Anxiété situationnelle (état ; $p=0,007$). Prenant note que l'Interaction de la dimension Fonctionnement social ($p = 0,08$) du SF-36 est au-delà de la limite de la signification, mais considérant que des effets

de Groupe et de Temps ont été démontré, l'Interaction a été analysée et a démontré une supériorité du groupe Cognitif-behavioral.

Toujours dans l'Échelle de Qualité de vie pour la composante Fonctionnement social (Tableau 15), bien que les analyses montrent des résultats de Groupe statistiquement significatifs ($p = 0,04$), les ANOVA montrent aussi des résultats statistiquement significatifs au niveau du Temps ($p = 0,05$). Au niveau du Changement de la santé (SF-36), les choses évoluent dans le même sens ($p < 0,001$) à l'exception du groupe Hypnose où l'on voit une légère diminution des scores signifiant une détérioration de la qualité de vie entre le pré-traitement et six semaines post-traitement.

Bien que l'on observe une amélioration dans le temps, en terme de diminution des scores et ce, pour les trois groupes, les analyses n'ont pas confirmé une supériorité d'un groupe par rapport à un autre. Il est à noter que pour la composante Affective de la douleur ($p = 0,04$), la diminution est beaucoup plus marquée pour les groupes Cognitif-Behavioral et Hypnose.

Dans le cas de certaines variables (Anxiété situationnelle et conséquences de la douleur), l'interaction entre les Groupes (traitements) et le Temps est statistiquement significative suggérant des changements temporels dans les scores qui diffèrent entre les groupes. Cette tendance d'amélioration au niveau du Groupe Cognitif-Behavioral est constatée aussi dans les résultats des conséquences de la douleur sur les activités.

Tableau 15

Les moyennes et les écarts-type de la dimension du Fonctionnement social dans l'Échelle Qualité (SF-36) de vie pour les trois groupes

Qualité de vie (Fonctionnement Social)	Groupes					
	Hypnose		Cognitif- behavioral		Attention du thérapeute	
	M	ET	M	ET	M	ET
T1	52,28	16,08	58,33	11,82	45,18	17,55
T2	49,67	26,67	69,44	13,75	52,59	27,36

Notes. T1 = pré-traitement
T2 = 6 semaines post-traitement

Pour ce qui est des critères secondaires, à savoir, les concomitants de la douleur (dépression, anxiété situationnelle/état et de trait, le stress) et de la qualité de vie, les résultats statistiques convergent dans la même direction que ceux du critère principal (douleur). Les scores des concomitants diminuent de façon statistiquement significative dans le temps et ceci pour les trois groupes. Cependant, l'amélioration est plus marquée pour les deux groupes expérimentaux (Cognitif-Behavioral et Hypnose). Pour le groupe Cognitif-Behavioral, on constate une forte diminution pour l'anxiété (trait) tout au long de la thérapie ainsi que, pour l'anxiété situationnelle (état) après une semaine de thérapie.

Discussion

Les objectifs de cette étude étaient, en premier lieu, d'évaluer la douleur, les concomitants de la douleur ainsi que les conséquences sur la relation maritale et sur la qualité de vie des femmes souffrant de douleurs pelviennes chroniques diagnostiquées endométriose. En deuxième lieu, il s'agissait de comparer deux modalités de traitements avec un groupe contrôle ne recevant aucun traitement. La présente étude visait donc à évaluer et à comparer l'efficacité des techniques psychologiques de contrôle de la douleur (Hypnose et Cognitif-behavioral) en ajout aux traitements médicaux dans l'endométriose.

Une pléthore d'études a démontré, sans équivoque, l'efficacité des techniques psychologiques dans la gestion de la douleur chronique. Dans l'ensemble, les résultats ici présentés s'apparentent à ceux des études

antérieures et sont confirmés par les nombreuses recensions d'écrits, les méta-analyses et les récentes recensions de recensions (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006). Les résultats démontrent l'efficacité des traitements psychologiques (Hypnose et Cognitif-behavioral) par rapport au groupe sans traitement.

Aucune différence significative ne ressort quant aux données socio-démographiques et les corrélats cognitifs de l'hypnose, à part la dimension absorption, dont la légère différence est, sans doute attribuable à de l'erreur aléatoire. Par contre, en dépit d'un nombre restreint de participantes, une analyse approfondie des résultats statistiquement significatifs montre que les participantes obtiennent des bienfaits cliniques exprimés sous forme d'une diminution : de la douleur, des états anxio-dépressifs et du stress ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie contrairement au groupe contrôle (sans traitement).

Peu importe les échelles de mesure (Questionnaire de la douleur de McGill, Échelle visuelle analogique ou l'Échelle de qualité de vie), les résultats révèlent que les deux groupes de traitement ont démontré un niveau équivalent de diminution de la douleur comparativement au groupe contrôle. La différence se manifeste surtout entre les mesures de base et/ou le premier traitement et le dernier traitement. Cette différence significative confirme l'importance des traitements psychologiques puisqu'entre le niveau de base et le premier traitement on assiste à une légère baisse des scores dans certaines mesures, diminution qui est non

significative alors que les résultats atteignent au niveau statistiquement significatif six semaines plus tard.

Par contre, au niveau du groupe contrôle, une légère baisse des scores s'est produite traduisant ainsi une diminution de la douleur qui, sans être statistiquement significative, a une importance clinique. Nonobstant les résultats statistiques des études, en milieu clinique, toute amélioration rapportée par le patient doit être prise en considération.

Lorsque la douleur est mesurée par l'échelle numérique, on note un profil différent de la douleur entre les niveaux plus fort, au moment présent et au niveau habituel (en moyenne). Au moment le plus fort, l'ANOVA montre un effet significatif au niveau du temps pour les deux groupes de traitement. Au moment présent, les analyses présentent un effet des traitements par rapport au groupe contrôle. L'étude démontre que les traitements psychologiques pour la douleur endométriosique mesurée par une deuxième échelle standardisée, offrent des bénéfices pour les patientes qui persistent au moins six semaines après les premiers traitements, validant encore une fois l'importance d'interventions multidisciplinaires pour un syndrome douloureux chronique.

La dimension douleur dans l'Échelle de qualité de vie présente une amélioration avec le temps pour les trois groupes et un effet statistiquement significatif pour les groupes de traitements. Cependant, les résultats montrent que les scores sont plus élevés dans le groupe Cognitif-behavioral en comparaison des deux autres groupes, laissant

supposer une supériorité de ce traitement. En ce qui concerne le temps, peu importe l'échelle de mesure utilisée pour l'évaluation de la douleur, les résultats présentent une tendance similaire : la douleur diminue avec le passage du temps. Cependant il faut être prudent avant l'attribuer les bienfaits à l'ajout seul de techniques psychologiques aux traitements médicaux standards (médication et chirurgie) puisque que d'autres facteurs peuvent avoir joué un rôle tels l'effet placebo ou des biais potentiels reliés à l'expérimentateur et au sexe de ce dernier.

Quant aux conséquences de la douleur, les traitements n'ont eu aucun effet sur les symptômes physiques fréquemment associés à un syndrome douloureux (nausées, céphalées, étourdissements, vertiges, constipation, diarrhée et chaleurs) ni sur le travail. Cependant, les résultats ont mis en évidence une interaction significative pour le groupe Cognitif-behavioral dans le sens d'une augmentation des activités (professionnelles/études, déplacements, sociales, sportives/ludiques, sexuelles, cognitives et ménagères),

En ce qui concerne l'aspect dépressif, bien que certaines études (Blumer, 1982) aient démontré que la dépression est un facteur de risque pour l'incapacité chronique, dans la présente étude, nous avons choisi la ligne de pensée de Melzack et Wall (1982, 1989) spécifiant que la douleur chronique récurrente cause la dépression. Les résultats statistiques montrent que les scores de dépression ont diminué entre l'évaluation de base (pré) et la mesure six semaines post-traitement, indiquant ainsi une

diminution des éléments dépressifs avec le passage du temps. Par contre, cette diminution n'est statistiquement significative que pour les groupes Cognitif-behavioral et Attention du thérapeute seulement.

Pour le groupe Hypnose, nous constatons une baisse graduelle des scores indiquant une diminution de la dépression entre le pré (Temps 1) et la mesure à une semaine après le traitement (Temps 3). Cependant, entre le Temps 3 et le Temps 4 (six semaines post suivi) les scores augmentent, indiquant que l'amélioration n'a pas été maintenue dans le temps. Les résultats de la présente étude vont dans le même sens que l'étude de Lorençatto et al, (2006). Une pléthore d'études évaluant différents types d'interventions a aussi démontré que la thérapie Cognitive-behaviorale donnait les meilleurs résultats pour le traitement de la dépression. Les résultats de la présente étude vont dans le même sens que ceux traitant des syndromes douloureux hétérogènes et des états dépressifs.

L'anxiété comprend deux composantes, l'état et le trait. En ce qui concerne l'anxiété situationnelle (état), la présente étude a démontré que les scores de l'anxiété sont élevés en pré-traitement et diminuent avec le passage du temps. Les résultats statistiques indiquent des effets positifs de Temps et d'interaction positive entre les Groupes et le Temps. Ces derniers démontrent une efficacité de traitement supérieure dans le groupe Cognitif-behavioral. Tout comme pour la dépression, les multiples études antérieures et les méta-analyses ont amplement démontré que les

traitements cognitifs-behavioraux sont supérieurs aux autres formes de traitements psychologiques pour le traitement des états anxieux.

Quant au trait d'anxiété, même si cette caractéristique individuelle est considérée comme une dimension stable dans le temps, des études faites au début des années quatre-vingt ont démontré que des variations (augmentations) des scores du trait sont possibles en fonction de la durée de la douleur (Garron & Leavitt, 1983). Les auteurs avancent même l'hypothèse que la présence de la douleur chronique puisse augmenter les traits psychopathologiques de la personnalité (anxiété comme trait de personnalité) plutôt que l'humeur (anxiété situationnelle par exemple). Vivre des épisodes périodiques de douleur amène un problème d'anxiété généralisée (Véronneau, 1990) puisque cette condition devient chronique. Mais pour d'autres auteurs, le seul fait d'anticiper la douleur suffit à augmenter le niveau d'anxiété et à intensifier la douleur (Hall & Stride, 1954 cité dans Melzack & Wall, 1982). Il s'agirait ici d'un schème cognitif de fonctionnement distortionné identifié comme étant l'anticipation qui se manifeste par de l'anxiété anticipatoire.

Dans la présente étude, les résultats statistiques montrent que le trait varie en fonction du temps, que les scores ont diminué pour les groupes Cognitif-behavioral et Hypnose, alors que pour le groupe Attention du thérapeute, les scores ont peu bougé. Considérant les résultats statistiques, on ne peut nier l'influence des deux traitements lorsque l'on compare les analyses avec les résultats du groupe Attention

du thérapeute qui montrent peu de variation. Cependant, ceci ne nous permet pas de conclure que les traitements seuls ont une influence sur le changement positif de l'anxiété (trait) avec le temps; d'autres variables tels les états anxio-dépressifs et certaines variables cognitives, tels les schèmes cognitifs négatifs et/ou distordus (Young, Klosko, & Welsharr, 2003) peuvent être impliqués.

Tout comme la dépression et l'anxiété, le stress est considéré comme étant un concomitant modulant la douleur chronique. La présente étude montre que le niveau du stress diminue avec le temps pour les trois groupes. Cependant, les analyses complémentaires ne permettent pas de voir une diminution statistiquement significative en rapport avec les traitements en comparaison du groupe contrôle. Par contre, les analyses montrent un effet presque significatif de groupe ($p=,06$). Considérant que le nombre de participants dans une étude est le principal facteur responsable de la puissance statistique, nous croyons que les résultats auraient pu atteindre un seuil de signification si le nombre de participantes avait été plus élevé.

La qualité de vie des individus est altérée par la douleur et par les concomitants (dépression, anxiété et stress) de la douleur. Puisque les résultats ci-haut mentionnés ont démontré une certaine efficacité des traitements psychologiques, on est en mesure d'espérer les mêmes effets positifs sur les mesures de qualité de vie. Sur les dimensions de l'Échelle de qualité de vie, des résultats statistiquement significatifs ont été

démontrés sur quatre dimensions (Fonctionnement social, Vitalité, Changement dans la santé et Douleur). La variable Douleur a été discutée ci-haut dans le volet douleur.

Bien que les analyses statistiques montrent une amélioration des scores pour le groupe de traitement Cognitif-behavioral et le groupe contrôle Attention du thérapeute, l'amélioration du fonctionnement social s'avère significatif seulement pour le groupe Cognitif-behavioral. Le groupe Hypnose s'est comporté de façon différente des deux autres groupes puisque les scores ont diminué avec le temps indiquant une détérioration de la qualité de vie.

Price (1999) avance quelques explications, à savoir que la douleur en soi est une expérience multidimensionnelle et qu'ainsi, le phénomène est trop complexe pour être expliqué seulement en termes de concepts neurophysiologique, psychophysique et psychologique. Alors qu'une étude faite par Gibson, Garland, Gardner, Arnold et Mendelson (2003) montre une corrélation élevée entre les mesures psychologiques (dépression, anxiété, colère) et la douleur chronique, Vase, Price, Verne et Robinson (2004) soutiennent que la perception de l'efficacité d'un traitement administré peut être suffisante pour induire une diminution significative de la douleur. Ce qui, selon eux, peut expliquer l'effet placebo.

D'une part, le traitement de la douleur chronique exige la motivation et une participation active de la personne. D'autre part, l'hypnose est un traitement passif et le patient est aussi en position de passivité alors que

le traitement Cognitif-behavioral exige un patient en action. Une autre explication possible peut avoir rapport avec l'effet des traitements sur les concomitants de la douleur. La dépression accompagne la douleur chronique de même que l'anxiété et le stress.

Considérant que les nombreuses recensions et méta-analyses ont nettement démontré la supériorité des traitements Cognitifs-behavioraux dans le traitement des états anxio-dépressifs, tenant compte que les analyses statistiques de cette étude démontrent aussi un certain effet significatif des traitements, les effets combinés des traitements sur la douleur et sur les concomitants nous apparaissent logiques puisqu'une gestion adéquate de l'anxiété et du stress exige aussi une participation active.

Rappelons aussi que le groupe Attention du thérapeute exige le déplacement de la personne et que, même si le protocole standardisé n'offrait aucun traitement, nous croyons que le simple fait d'être en interaction avec un professionnel sous forme d'une communication orale a eu une certaine influence. On pourrait ici questionner la présence d'un effet placebo ou même d'un effet de désirabilité sociale.

Au niveau de la composante Vitalité, les participantes des trois groupes rapportent une augmentation d'énergie avec le passage du temps. Cette augmentation est de même niveau puisqu'une comparaison des moyennes indique une augmentation de huit unités pour chacun des groupes et que l'Interaction Groupe X Temps n'est pas significative

excluant ainsi un effet de traitement. Est-ce que le simple fait d'avoir une attention particulière d'un professionnel, de participer activement à une recherche et ceci, sans égard aux traitements, d'avoir l'impression d'agir pour le bien d'une communauté souffrant de problèmes similaires peuvent expliquer les résultats?

Parmi les autres dimensions de l'Échelle de la qualité de vie, les résultats montrent des différences significatives à la dimension Changement de la santé. Cette différence est statistiquement significative avec le Temps pour les trois groupes bien que, pour le groupe Hypnose, les différences de moyennes entre les deux temps de mesure n'atteignent pas le seuil de signification. Cependant, il est intéressant de noter que cette différence bien que significative n'apparaisse pas dans la dimension de la Perception globale du changement de la santé.

De même et en dépit d'effets significatifs de Groupes dans la douleur et de Temps dans les états anxio-dépressifs et du stress, ces changements positifs n'apparaissent pas dans les autres échelles de la qualité de vie (limitations dans le fonctionnement et dans les rôles physique/émotionnel et dans la dimension santé mentale). Les résultats statistiques mentionnent un changement dû au temps et ce, pour les trois groupes mais ce changement ne semble pas être noté par les participantes dans l'échelle de qualité de vie. Darai, Contant, Bazot, Dubernard, Rouzier et Ballister (2009) suggèrent même l'utilisation d'une échelle de qualité de vie spécifique à l'endométriose.

Les connaissances actuelles démontrent que les symptômes douloureux endométriosiques ont des conséquences négatives sur le plan psychosocial, diminuent grandement la qualité de vie des femmes et de leur famille et créent des conflits dans le couple (Gao, Yeh, Outley, Simon, Booeman & Spalding 2006; Huntington & Gilmour, 2005). L'échelle d'Ajustement dyadique (consensus, affect, satisfaction et cohésion) évalue la qualité de la relation maritale. Les résultats d'analyses de chacun des groupes ne montrent aucune différence statistiquement significative. Plusieurs facteurs peuvent expliquer le manque de signification. Entre autres, mentionnons le faible nombre de participantes dans chaque groupe et le nombre de participantes n'ayant pas de conjoint.

En rapport avec la relation maritale, même si l'étude ne montre pas de différence statistique significative, les recensions d'écrits rapportent des données intéressantes à retenir que l'étude n'a pas évaluées. Une étude récente explorant l'expérience du partenaire identifie des états dépressifs, de l'anxiété, des sentiments d'impuissance et de la tristesse (Fernandez, et al. 2006) chez les conjoints. Une autre étude a démontré que la douleur pelvienne chronique affecte la sexualité chez la femme causant des répercussions non seulement au niveau de l'humeur mais affectant aussi la qualité des relations maritales (Rapkin & Jolin, 2003). La présence d'un stimulus nociceptif récurrent associé aux conséquences négatives de la douleur chronique est un élément puissant qui module la

réponse comportementale de l'individu. Cette réponse influence en retour l'attitude de l'entourage (Zarren & Eimer, 2002).

Cet état de fait a récemment conduit les chercheurs à étudier la réaction du conjoint et le sentiment d'empathie des conjoints en regard de leur partenaire souffrant de douleurs chroniques (Reid & Dziurawiec, 2006). Alors que certaines études ont montré qu'un conjoint n'ayant jamais expérimenté la douleur est moins empathique au conjoint souffrant (Johansen & Cano, 2004), d'autres études portant sur la régulation des émotions et de l'empathie démontrent que l'attention et le soutien d'un conjoint sont non seulement nécessaires, mais bénéfiques et contribuent largement à une meilleure adaptation.

De même, étudiant l'adaptation des individus souffrant de douleur chronique en fonction des réponses du conjoint, Newton-John et al., (2006) ont démontré que le type de réponses ainsi que le niveau d'engagement des patients étaient influencés par la qualité des réponses du partenaire, que la collaboration du conjoint augmentait l'assiduité du patient au plan de traitements et que la satisfaction maritale était significativement plus élevée chez les conjoints empathiques.

Dans un plan de traitement, l'ensemble triadique cognitions-émotions-actions doit être mis de l'avant. De même, en douleur chronique, un traitement individualisé s'impose (Dalton & Coyne, 2003). Donc, en plus des émotions et des actions, un autre point important à considérer concerne les schèmes cognitifs de fonctionnement (cognitions) de

l'individu (Young & al., 2003). Parmi les schèmes cognitifs reliés à la douleur, la catastrophisation (Sullivan, Bishop & Pivik, 1995) est par définition négatif. La pensée catastrophique, qui caractérise entre autres l'anxiété, a un impact plus important sur l'incapacité que la douleur elle-même (Sullivan, 1995) et ce type de pensée serait la variable la plus associée à la douleur (Sullivan, 2009). Cette dernière a fait l'objet de nombreuses études (Sullivan, Gauthier & Tremblay, 2008; Seminowick & Davis, 2006; Sullivan, Thorn, Haythornethwaite, Keefe, Martin & Bradley et al. 2001).

D'une part, la théorie la plus répandue sur la catastrophisation postule que les patients qui s'engagent dans ce processus cognitif le font pour solliciter l'attention et maintenir le soutien social (Keefe, Somers & Kothadia, 2009). D'autre part, dans un récent numéro de la revue *Pain*, Keefe (2010) rapporte que les patients ayant un haut niveau de catastrophisation devraient répondre plus adéquatement aux différentes stratégies de gestion. A titre d'exemple, les auteurs mentionnent que la distraction (stratégie de gestion de la douleur) est modulée par certaines caractéristiques présentes chez plusieurs souffrants chroniques.

Dans le protocole de traitement du groupe Cognitif-behavioral, le volet psycho-éducation donnait de l'information concernant la catastrophisation mais l'épiphénomène lui-même n'a pas été évalué par un questionnaire standardisé (Coping Strategies Questionnaire; (Rosenstiel, & Keefe, 1983) ni utilisé dans le traitement. En ajout aux

recommandations de Cano et Leonard (2007) sur la nécessité d'inclure le conjoint dans un plan de traitements, la thérapie cognitive, elle, devrait s'attarder à restructurer le ou les schèmes associés à la douleur chronique en particulier l'amplification et la dramatisation.

Notre étude présente certaines forces qui méritent mention. Au niveau du recrutement de la clientèle, l'étude se démarque par l'homogénéité des participantes. Plusieurs études cliniques évaluent un syndrome douloureux sans égard à la spécificité de la maladie (clientèles hétérogènes) et aux séquelles. Dans l'endométriose, une forte proportion de femmes ont des douleurs, d'autres en rapportent peu, certaines souffrent de douleur et d'infertilité. La présente étude n'a retenu que les femmes souffrant de douleurs pelviennes chroniques diagnostiquées endométriose (laparoscopie). Aucune ne présentait de problèmes quant à l'infertilité ni aucune autre condition liée aux douleurs pelviennes chroniques assurant ainsi l'homogénéité de la clientèle. De plus, même si certaines participantes ont été recrutées en dehors du milieu hospitalier et peu importe leur lieu de résidence, toutes les participantes étaient traitées dans les centres hospitaliers universitaires.

Il faut aussi retenir que les deux groupes de traitements ainsi que le groupe contrôle faisaient l'objet d'un protocole standardisé. L'évaluation de base (pré-traitement), en particulier la passation de l'échelle d'hypnotisabilité exigeait que l'expérimentateur soit absent (doit rester aveugle) de la salle et que ce dernier ne soit pas informé des résultats.

L'assignation aléatoire des participantes aux différents groupes est aussi une force de notre étude.

De même, l'utilisation d'un protocole standardisé pour chacun des groupes (même nombre de rencontres, durée de chaque rencontre équivalente pour chacune des participantes) a aussi augmenté la validité externe de l'étude. La correction des tests et l'entrée des données ont aussi été réalisées par les assistants de recherche. L'étude répond ainsi aux critères d'une étude clinique/scientifique (assignation aléatoire des participantes et groupe contrôle) et aux exigences statistiques des données probantes.

Depuis de nombreuses années, la recherche clinique a souffert de biais méthodologiques (International Association for the Study of Pain, Consensus d'experts, Montréal, 2010) en s'appuyant principalement sur les études de cas, sur des études qualitatives, sur des études rétrospectives et sur l'absence de groupe contrôle. Les études se rapportant spécifiquement à la clientèle souffrant de douleurs pelviennes chroniques ne font pas exception (Steege & Stout, 2001; Adams & Hillard, 2001). Cette étude présente l'avantage d'être prospective avec répartition aléatoire quant à l'assignation aux groupes de traitement ou au groupe contrôle (sans traitement).

L'étude présente aussi certaines lacunes. La première faiblesse concerne le faible taux de participantes. Lors de la rédaction du protocole de recherche, un calcul de puissance a été effectué à partir d'une

hypothèse de l'existence de différences d'ampleur moyenne (Cohen, 1983) entre le groupe Hypnose et les deux autres groupes et a permis de fixer à 90 le nombre de participantes nécessaires pour s'assurer d'un seuil de puissance de $(1-\beta)$ de ,80 au seuil de signification alpha fixé à ,05.

Le calcul de la taille de l'échantillon a été obtenu en assumant que les différences intergroupes sur les cotes moyennes de douleur (variable d'efficacité primaire) telles que mesurées par le questionnaire McGill sur la douleur (Melzack, 1975) et l'effet de différents traitements psychologiques utilisés dans deux articles comparables (Edelson & Fitzpatrick, 1989; Syrjala, Cummings & Donaldson, 1992) devront être de l'ordre « égal » ou « plus grand » que ,25 (« medium effect size »). Cependant, considérant le faible taux de participation, le temps écoulé (plus de 4 années) et les exigences de la thèse, la décision d'interrompre le recrutement a été prise. Le faible échantillonnage contribue majoritairement à une réduction de la puissance statistique.

Les études cliniques doivent répondre aux exigences de la science, à savoir être comparées à un groupe contrôle sans traitement ou à un groupe placebo. En dépit d'une méthodologie adéquate, certains biais peuvent se présenter dans les études. Dans un récent article, Chavalarias & Ioannidis (2010) ont développé une mappe de biais dans la recherche médicale. Ces derniers ont identifié plus de 235 biais provenant de la littérature dont la plupart reviennent fréquemment dans les études et qui ont été identifiés dans au moins trois articles. Afin de structurer leur

recherche, les auteurs ont catégorisé les nombreux biais. Ces derniers mentionnent que les trois catégories qui exigent une plus grande attention de nos jours sont : les variables confondantes, les biais de sélection des réponses et ceux reliés à la publication. Et parmi les 40 biais identifiés par PubMed (<http://bias.sciencemapping.com>) pour les années 1958-2008, les biais reliés à l'observateur datent de 1965 et ceux reliés au sexe datent de 1975. Toujours selon les mêmes auteurs, les biais, regroupés en catégories, qui sont reliés à l'observateur se retrouvent dans la catégorie appartenant à l'information, au temps, à la publication et au rappel.

De même que certains biais peuvent compromettre les résultats des études, l'effet placebo (Richardson & Richardson, 1997; de la Fuente-Fernandez, Schulzer, & Stoessel, 2002) est un autre élément qui doit être pris en considération. Via des régressions logistiques (hiérarchiques), on pourrait aussi calculer l'apport de l'alliance thérapeutique (Dawes, 1994), de l'importance des facteurs non spécifiques, des facteurs communs (Sparks, Duncan & Miller, 2008) ainsi que celui de l'effet placebo.

Une recension des écrits sur l'effet placebo montre que les chercheurs ont grandement étudié ce phénomène. L'effet placebo a fait l'objet d'études expérimentales (Staats, Hekmat, & Staats, 1998), médicales (Janssen, Stokroos, Aarts, van Lummel, & Kingma, 2010; Wampold, Imel, & Minami, 2007; Hunsley & Westmacott, 2007; Eccles, 2007; Benedetti, Pollo, Lopiano, Lanotte, Vighetti, & Rainero, 2003), psychiatriques (Furukawa, Watanabe, Omori, & Churchill, 2007;

Hammond, 2007; Woolfaardt, Reddon, & Joyce, 2005; Huppert, Schultz, Foa, Barlow, Davidson, Gorman, & al., 2004), psychologiques (Strunk, Sutton, & Burns, 2009; Hyland, Michael, Whalley, & Geraghty, 2007; Wampold, Imel, & Minami, 2007; Hrobjartsson & Gotzeche, 2007), en neurobiologie (Zeidan, Johnson, Gordon, & Goolkasian, 2010), en médecine alternative (Tiller, 2006) de même qu'en bioéthique (Miller & Colloca, 2009).

Avant 2007, les études se concentraient surtout sur les facteurs externes pouvant expliquer l'effet placebo. Depuis 2007 et l'arrivée de la neuropsychologie (Wallace, 2010; Raz, 2009; Parker, Garry, Engle, Harper, & Clifasefi, 2008; Colloca, Tinazzi, Recchia, Le Pera, Fiaschi, Benedetti, & al., 2008; Beauregard, 2007) les études ont foisonné et elles se concentrent principalement sur les facteurs internes au patient (Wallace, 2010). Toute spécialisation confondue, les chercheurs portant un intérêt à l'hypnose ont récemment publié de nombreuses études évaluant les facteurs liés au patient (Raz, 2008; Raz, 2007; Hammond, 2007; Frischholz, 2007). La douleur est, sans aucun doute, une des conditions qui fait l'objet de nombreuses études mesurant l'effet placebo (Marchand, Kupers, Bushnell, & Duncan, 2003).

Bien que la littérature ait amplement étudié l'effet placebo. Une méta-analyse cherchant à identifier l'ampleur d'effets faite par Hunsley & al, (2007) montre un effet de faible magnitude. Il ne semble pas possible de déterminer avec certitude l'apport réel de l'effet placebo dans

l'amélioration d'une condition et le bien-être d'un patient (Hyland, 2005; Watkins, 2005) mais il ne fait aucun doute que l'effet placebo est un phénomène d'apprentissage, de conditionnement (Hour, 2005), d'attentes (Cho, Hotopf, & Wessely, 2005; Wolfaardt & al., 2005), réel (Colloca & al., 2008; Wampold & al., 2007) et il ne fait aucun doute, selon Price, Fillingim & Robinson (2006) que l'analgésie placebo est influencée par des facteurs perceptuels et environnementaux. Finalement, selon Frischholz (2007) et Hammond (2007), la seule étude ayant étudié la relation entre la réponse placebo et le niveau d'hypnotisabilité démontre une faible relation.

Considérant le temps requis pour recruter le faible nombre de participantes cet essai clinique peut être considéré comme une étude exploratoire. Les participantes provenaient majoritairement de la région de Montréal et des banlieues nord et sud, donc l'étude comportait une certaine mixité culturelle au niveau de la langue maternelle (Tableau 1). Considérant le faible taux de mixité culturelle en régions éloignées, tenant compte du fait que, dans la problématique de la douleur, la psychologie interculturelle montre des manifestations spécifiques et différentes de la douleur, et ne sachant rien de cette population, une généralisation des résultats est à éviter.

On peut questionner aussi la présence d'un seul psychologue ayant administré les traitements et guidé le groupe Attention du thérapeute. La planification première de l'étude comprenait trois psychologues. Cependant, après vérifications, les deux autres psychologues n'avaient

aucune formation ni expérience de l'approche cognitive-behaviorale et aucune n'avait de compétence en hypnose. Il faut ici mentionner que la validité externe peut être affectée par la présence d'un seul expérimentateur.

Trois éléments importants devraient être considérés lors de prochains essais cliniques : le premier se rapporte à la personnalité des patientes atteintes d'endométriose, à leur attitude et à leurs schèmes cognitifs de fonctionnement (façon de penser). D'un côté, un diagnostic psychiatrique excluait certaines participantes. D'un autre côté, cherchant à identifier le profil psychologique des femmes endométriosiques comparées à des femmes souffrant de douleurs pelviennes chroniques non endométriosiques, Low, Edelman, Robert et Sutton (1993) démontrèrent que chez les femmes endométriosiques, le niveau de psychotisme, d'introversion et d'anxiété était plus élevé que dans l'autre groupe. Par contre, lorsque comparés aux normes de Spielberger (1979), les deux groupes avaient des scores plus élevés au niveau de la morbidité psychiatrique, de l'anxiété et du névrotisme. Ceci laisse entendre que les femmes souffrant d'endométriose peuvent avoir un profil de personnalité qui doit être étudié.

La douleur endométriosique, étant par définition cyclique, elle cause une surcharge émotionnelle et augmente le stress chez les patientes. L'anticipation d'une crise douloureuse revient ainsi à chaque menstruation et déclenche certains schèmes cognitifs négatifs (comme

par exemple, l'anticipation, la catastrophisation, la dramatisation, etc).en relation avec la douleur. Les cognitions négatives et erronées augmentent l'anxiété, l'anxiété anticipatoire empêche la personne de s'activer amenant un comportement de passivité et conduit à une diminution importante des activités.

De plus, plusieurs recherches ont évalué le rôle de la catastrophisation et la dépression (Sullivan et al.2008). À la lumière des liens entre la catastrophisation et la dépression (Sullivan et al. 1995; 2001; Turner & Aaron, 2001; Turner, Mancl & Aaron, 2006), il est maintenant suggéré que les interventions devraient être orientées en fonction d'une diminution de la catastrophisation et être intégrées dans tout programme visant la diminution de la douleur chronique et des états anxio-dépressifs, l'augmentation des activités et l'amélioration de la qualité de vie.

Les articles récemment publiés en rapport avec la douleur chronique prouvent l'importance d'étudier les schèmes cognitifs de catastrophisation (ruminations, dramatisation et absence de contrôle) et d'anticipation (Weissman-Fogel, Sprecher & Pud, 2008) dans la douleur chronique. Ce concept, qui a fait l'objet d'âpres débats parmi les experts (Haythornthwaite, 2009), a finalement pris fin avec le 21^è siècle, grâce à la publication d'un éditorial suggérant l'étude du concept comme étant non seulement un trait et un état chez le patient, mais aussi comme étant un facteur contribuant au devenir du patient (Turner et al., 2001).

De plus, selon Haythornthwaite (2009), des études longitudinales faites chez des sujets sains (sans douleur) ont démontré sans aucune ambiguïté le cycle suivant : la douleur active la catastrophisation qui, en retour, cause la dépression. Selon l'auteur, le concept est aussi relié aux croyances que la douleur est organique et que tout traitement, médical ou psychologique, doit viser la guérison plutôt que l'acceptation. La psychologie étant l'étude des comportements et des processus mentaux (Wagner & Silber, 2004), en ajout aux concomitants de la douleur chronique, à la personnalité, à certains schèmes cognitifs de fonctionnement (catastrophisation, anticipation), la motivation, les croyances et les attentes devraient aussi être étudiés. Pour modifier le comportement en matière de santé, trois conditions sont nécessaires : l'information, les habiletés et la motivation (Assad, Zozula, Kayser & Gélneau, (2010).

Dans la douleur chronique, la sédentarité (passivité ou absence d'activités) est un comportement fréquent. De nombreuses plaintes de conjoint le confirment. De plus, une étude de Statistiques Canada mentionne que les maladies chroniques sont en grande partie attribuables aux comportements, par conséquent, sont évitables. Des travaux de recherche récents (Ford, Bergman, & Kroger, 2009) confirment le rôle des certains facteurs de risque modifiables reliés aux habitudes de vie. La sédentarité ou passivité est un comportement généralement très répandu

dans les syndromes douloureux chroniques, ainsi que dans la population en général (Sondage Ipsos Read, 2009).

Considérant que les deux traitements (Hypnose et Cognitif-behavioral) ont démontré certains résultats statistiquement significatifs, tenant compte qu'en matière de santé, pour modifier le comportement, trois critères sont nécessaires (information, habiletés et motivation; Assad et al., 2010), nous pouvons croire qu'un ensemble de traitements s'adressant à la fois à la douleur physique (sensation), à la composante psychique (émotions) et aux cognitions (schèmes cognitifs négatifs, attitude, croyances, attentes), serait supérieur non seulement au groupe contrôle mais possiblement à d'autres traitements. Ce traitement standardisé pourrait prendre la forme d'un traitement combiné identifié comme Hypno-Cognitif-behavioral, présenté dans le cadre d'une approche motivationnelle, approche qui est fortement recommandée de nos jours lorsque les patients ne suivent pas les consignes de traitements (Assad et al, 2010).

Malgré un nombre restreint de participantes, l'étude démontre quand même certains résultats significatifs laissant supposer qu'un nombre plus élevé pourrait encore mieux prouver l'importance et de la nécessité des traitements psychologiques en ajout aux traitements médicaux. Un plan de traitements basé sur l'approche biopsychosocial (Arcand, 2011) tenant compte de l'aspect médical, psychique et social de l'individu pourrait apporter des bénéfices aux patientes aux prises avec de

la douleur endométriosique chronique. Selon la littérature médicale, les femmes souffrant d'endométriose représentent une clientèle négligée (Belaisch, & Allart, 2006). Une meilleure prise en charge éviterait le nomadisme médical qui incite les professionnels à étiqueter ces femmes et à douter de leur volonté de collaborer adéquatement à leur plan de traitement.

La complémentarité d'un traitement Hypno-Cognitif-behavioral devient un outil de changement intéressant puisque l'hypnose est un traitement valable reconnu dans le changement émotionnel de la douleur chronique (Zarren et al. 2002) et que la thérapie Cognitive-behaviorale (Turk & Gatchel, 2002) via la restructuration cognitive change le système de croyances, présente la possibilité de choix à la personne, augmente la confiance en soi et dans ses moyens, redonne la sensation d'une reprise de contrôle sur sa vie et conduit la personne à s'activer davantage. Considérant aussi que les femmes souffrant d'endométriose sont une clientèle négligée, une attitude plus qu'empathique voire paternaliste (Marvel & Guidone, 2000) ainsi que des services de consultation psychologique devraient être offerts à chaque femme.

Conclusion. La rareté des études à caractère psychologique chez des femmes diagnostiquées endométriose démontre une lacune dans la prise en charge de cette clientèle. Lors de la planification de l'étude, la recension des écrits ne donnait aucune étude prospective, contrôlée avec assignation aléatoire, évaluant la détresse psychologique

ni les séquelles psychologiques de la maladie. Cet état de fait a modulé l'intérêt de l'auteur pour cette thèse. L'endométriose retient l'attention du milieu médical spécialisé mais l'aspect psychique reste négligé.

Cette thèse est une étude prospective avec assignation aléatoire aux groupes de traitements et au groupe contrôle. Le but premier de l'étude était d'évaluer la douleur et ses conséquences (variable primaire) et les concomitants de la douleur (variables secondaires), à savoir, la dépression, l'anxiété, le stress, la relation maritale et la qualité de vie. Le but second était de comparer deux traitements psychologiques (Hypnose et Cognitif-behavioral) ayant démontré une efficacité statistiquement significative à un groupe contrôle sans traitement.

La population recrutée dans le cadre de cette thèse a été répartie aléatoirement en trois groupes dont deux groupes de traitement et un groupe contrôle. Les groupes sont comparables au niveau des données socio-démographiques ainsi que sur les corrélats liés à l'hypnose.

Les analyses statistiques sur le critère principal (douleur) montrent un effet des traitements par rapport au groupe contrôle. Seul le groupe Cognitif-behavioral montre des améliorations statistiquement significatives dans le temps. Toujours pour le groupe Cognitif-behavioral, cette tendance d'amélioration se retrouve aussi dans les résultats des conséquences de la douleur et sur les activités.

Pour ce qui est des critères secondaires (dépression, anxiété et stress), les résultats statistiques convergent dans la même direction que

ceux du critère principal. Les scores des concomitants de la douleur diminuent dans le temps et ceci, pour les trois groupes. Cette amélioration est plus marquée pour les deux groupes de traitement. Pour le groupe Cognitif-behavioral, on constate une forte diminution pour l'anxiété de trait tout au long de la thérapie, ainsi que pour l'anxiété situationnelle (état) après une semaine de thérapie. Quant à l'Échelle de qualité de vie, le groupe Cognitif-behavioral présente une amélioration statistiquement significative dans le score de qualité de vie sur la dimension Fonctionnement social et cette amélioration se maintient au Temps 4 (six semaines post-traitement). La douleur, évaluée par le même questionnaire est mieux tolérée après six semaines de suivi (Temps 4) et en moyenne, le groupe Cognitif-behavioral présente un meilleur score.

Globalement, l'étude a montré une diminution de la douleur dans le temps sur le score global de l'Échelle de McGill et une supériorité des deux groupes de traitements par rapport au groupe contrôle sur la dimension Évaluative. Quant à la composante Évaluative, les deux groupes de traitement se sont montrés supérieurs au groupe contrôle. Pour les dimensions Affective, pour la douleur mesurée par une Échelle visuelle analogique et pour les concomitants (dépression, anxiété et stress) tous les groupes ont montré une amélioration avec le passage du temps. De même sur quatre dimensions de l'Échelle de qualité de vie (Fonctionnement social, Vitalité, Douleur, Changement de la santé) les deux groupes de traitement se sont montrés supérieurs au groupe

contrôle. Quant aux conséquences de la douleur, des interactions statistiquement significatives ont aussi été démontrées sur la composante (Douleur :McGill) Activités. L'anxiété situationnelle (état) ainsi que le Fonctionnement social (Qualité de vie) ont aussi présentées des interactions significatives.

Mêmes faibles, les résultats de l'étude vont dans le sens des autres études faites chez des clientèles différentes souffrant d'un syndrome douloureux chronique. Il est à noter que le groupe Cognitif-behavioral a montré, à travers les différentes évaluations, une amélioration significative de l'état psychologique et dans sa perception de la douleur par rapport au groupe Hypnose. A contrario, le groupe contrôle Attention du thérapeute n'a montré que de légères améliorations.

Sources documentaires

- Adams, N., Poole, H., & Richardson, C. (2005). Psychological approaches to chronic pain management: Part 1. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 290-300.
- Al Kadri, H., Hassan, S., Al-Fozan, H. M., Haha, M., & Hajeer, A. (2009). Hormone therapy for endometriosis and surgical menopause. (Review). *Cochrane Database for Systematic Reviews*. (1): CD005997.
- Amadasun, F. E. (2007). Hypnosis and its place in modern pain management. *The Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 14(3), 238-241.
- American Psychiatric Association. (1961). Regarding Hypnosis Position Statement, approved by the Council February 15, Available at www.psych.org/public_info/libr_publ/position.cfm (accessibility verified February 1, 2007).
- Arcand, D. (2011). Soulager la douleur chronique. *Psychologie Québec*, 28(3). 19-21.
- Argoff, C. E. & McCleane, G. (2009). *Pain Management*. Philadelphia: Mosby Elsevier.
- Assad, J. M., Zozula, L., Kayser & Gélinau, M. C. (2010). L'entrevue motivationnelle. *Psychologie Québec*, 27(3). 28-31.

- Bados, A., Gomez-Benito, J., & Balaguer, G. (2010). The State-Trait Inventory, Trait Version: Does It Really Measure Anxiety? *Journal of Personality Assessment, 92*(6), 560-567.
- Baillargeon, J., Dubois, G., & Marineau, R. (1986). Traduction française de l'Échelle d'ajustement dyadique. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 18*, 25-34.
- Bair, M. J., Robinson, R. I., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: A literature review. *Archives of Internal Medicine, 163*, 2433-2445.
- Bajaj, P., Bajaj, P., Madsen, H., & Arendt-Nielsen, L. (2003). Endometriosis is associated with central sensitization: A psychophysical controlled study. *Journal of Pain, 4*(7), 372-380.
- Banks, S. M., Kerns, R. D. (1996). Explaining high rates of depression in chronic pain: A diathesis-stress model framework. *Psychological Bulletin, 119*, 95-110.
- Barber, J., & Mayer, D. (1977). Evaluation of the efficacy and neural mechanism of a hypnotic analgesia procedure experimental and clinical dental pain, *Pain, 4*, 41-48.
- Barber, J. (1996). *Hypnosis and suggestion in the treatment of pain: A clinical guide*. New York: Norton.
- Barnes, L. B., Harp, D., & Jung, W. S. (2002). Reliability Generalization of Scores on the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. *Educational and Psychological Measurement, 62*, 603-618.

- Bayer, S. R., & Seibel, M. M. (1990). Endometriosis Pathophysiology and treatment. In M. M. Seibel (Ed.). *Infertility: A comprehensive text* East Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Beauregard, M. (2007). Mind does really matter: evidence from neuroimaging studies of emotional self-regulation, psychotherapy, and placebo effect. *Progress in Neurobiology*, 81(4): 218-236.
- Beck, A. T., Ward, C.H., Mendelson, M. Mock, & Erbaugh (1961). An inventory of measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Beck, A. T. (1965). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T., & Steer, R. A., (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1365-1367.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Benedetti, F., Pollo, A., Lopiano, L., Lanotte, M., Vighetti, S., & Rainero, I. (2003). Conscious Expectation and Unconscious Conditioning in Analgesic, Motor, and Hormonal Placebo/Nocebo Responses. *The Journal of Neuroscience*, 23(10):4315-4323.
- Bennett, D., Ambrosini, P., Bianchi, M., Barnett, D., Metz, C., & Rabinovich, H. (1997). Relationship of Beck Depression Inventory

factors to depression among adolescents. *Journal of Affective Disorders, 45*, 127-134.

Bergeron, J., Landry, M., & Bélanger, D. (1976). The development and validation of a French form of the State-Trait Anxiety Inventory in R. Spielberger & D. Guerrero (Eds.). *Cross-cultural Anxiety*. New-York: Halsted Press and Wiley.

Bergeron, J. (1980). Validation, études de normalisation et exemples d'utilisation du questionnaire d'anxiété ASTA. Rapport de recherche sur l'Adaptation française du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger, Gorsuch et Lushene (1970).

Berkley, J., Rapkin, A., J., & Papka, E. R. (2005). The Pains of Endometriosis. *Science, 308*, 1587-1589.

Belaisch, J., Audebert, A., Brosens, I.A., Canis, M., Leroy, J.L. & Tran, D.K. (1999). *L'endométriose*. Paris: Masson.

Belaisch, J. (2008). Endometriosis: a mysterious and incapacitating disorder. *Bulletin of Academy National Medicine, 192*(1), 133-147.

Belaisch, J. (2007). Surgeons: Pity patients who suffer from endometriosis. *Gynecology Obstetric and Fertility, 35*(8):705; author reply 705-706, *Epub 2007 Jun 22*.

Belaisch, J. & Allart, J. P. (2006). Endométriose et vécu de l'adolescence. *Gynecology Obstetric Fertility, 34*(3). 242-247.

Balon, R. (2005). Measuring Anxiety: Are We Getting What We Need? *Depression and Anxiety, 22*, 1-10.

- Besson, J. M. (1997). *Douleurs*. Préface. Maloine. Paris
- Blumer, D., & Heilbronn, M. (1982). Chronic pain as a variant of depressive disease: The pain-prone disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 170(7), 381-406.
- Blyth, F. M., March, L. M., & Cousins, M. J. (2003). Chronic pain-related disability and use of analgesia and health services in a Sydney community. *Medical Journal Australian*, 179, 84-87.
- Boureau, F. (2004). *Contrôlez votre douleur*. Paris: Petite Bibliothèque Payot.
- Boureau, F., Luu, M., Doubrere, J. F., & Gay, C. (1982). Élaboration d'un questionnaire d'auto-évaluation de la douleur par liste de qualificatifs. Comparaison avec le McGill Pain Questionnaire de Melzack, *Thérapie*, 39, 43-54.
- Bourgeois, L., Sabourin, S., & Weight, J. (1990). Predictive validity of therapeutic alliance in group marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 608-613.
- Bourassa, M. (1998). *Dentisterie comportementale: Manuel de psychologie appliqué à la médecine dentaire*. Montréal, Méridien.
- Bourassa, M., Leclerc, C. (1991). *L'Hypnose clinique en médecine dentaire*. Montréal: Méridien.
- Brown, C., Shulberg, H.C., & Madonia, M.J. (1995). Assessing depression in primary care practice with the Beck Depression Inventory and

The Hamilton Rating Scale for Depression. *Psychological Assessment*, 7, 59-65.

Butler, L. D., Symons, B. K., Henderson, S. L., Shortliffe, L. D., & Spiegel, D. (2005). Can Hypnosis be Useful in Reducing the Distress of an Invasive Pediatric Procedure. *Pediatric*, 115, 77-85.

Butt, F.S., & Chesla, C. (2007). Relational patterns of couples living with chronic pelvic pain from endometriosis. *Qualitative Health Research*, 17(5), 571-585.

Campbell, P-F. (2003). Relieving endometriosis pain: Why is it so tough? *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 30(1), 209-220.

Campbell, I., Burgess, P., & Finch, S. (1984). A factorial analysis of BDI scores. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 992-996.

Cano, A. (2004). Pain catastrophizing and social support in married individuals with chronic pain: The moderating role of pain duration. *Pain*, 110(3), 656-664.

Cano, A., Leonard, M., & Franz, A. (2005). The significant other version of the Pain Catastrophizing Scale (PCS-S): Preliminary validation. *Pain*, 119(1), 26-37.

Carson, J. W., Keefe, F. J., Affleck, G., Rumble, M., Caldwell, D., Beaupre, P., Kashikar-Zuck, S., Sandstrom, M., & Weisberg, J. N. (2006). A comparison of conventional pain coping skills training and pain coping skills training with a maintenance training component: A

daily diary analysis of short- and long-term treatment effects. *The Journal of Pain*, 7(9), 615-625.

Casey, K. L., & Bushnell, M. C. (2001). Pain imaging. In *Progress in Pain Research and Management* (p. 248). Seattle, WA: IASP Press.

Chavalarias, D., & Ioannidis, J. P. A. (2009). Science mapping analysis characterizes 235 biases in biomedical research. *Journal of Epidemiology*, 63, 1205-1215.

Chene, G., Jaffeux, P., Lasnier, C., Aublet-Cuvelier, B., Matsuzaki, S., Jardon, K., Mage, G., Pouly, J. L. & Canis, M. (2008). Existe-t-il une corrélation anatomoclinique entre endométriose minime et endométriose sévère? Premiers résultats du registre régional d'Auvergne de l'endométriose. *Gynecology Obstetric Fertility*, 36(1), 7-22.

Chapman, C. R. (1997). Émotion et douleur. In L. Brasseur, M. Gauvin, & G. Guibaud, *Douleurs: Bases fondamentales, pharmacologie, douleurs aiguës, douleurs chroniques, thérapeutiques* (pp. 115-120). Paris: Maloine.

Cho, H. J., Hotopf, M., & Wessely, S. (2005). The placebo response in the treatment of chronic fatigue syndrome: a systematic review and meta-analysis (Review). *Psychosomatic Medicine*, 67(2), 301-313.

Choinière, M. (2009). La douleur chronique: Un paradoxe qui fait mal. *Recherche CRCHUM*, 1(3), 3.

- Christo, P. J., & Hobelmann, G. (2009). Pelvic pain. In, H. S. Smith (Ed.), *Current therapy in pain* (pp. 216-227). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Clark, M. R. (2007). Pain. *Essentials of Psychosomatic Medicine*, 32, 4-8.
- Collett, B.J. (1997). La douleur pelvienne et périnéale. In L. Brasseur, M. Chauvin & G. Guilbaud (eds.). *Douleurs, bases fondamentales, Pharmacologie, Douleurs aiguës, Douleurs chroniques, Thérapeutiques*. Paris: Maloine.
- Colloca, L., Tinazzi, M., Recchia, S., Le Pera, D., Fiaschi, A., Benedetti, F. & al. (2008). Learning potentiates neurophysiological and behavioural placebo analgesic responses. *Pain*, 139(2): 306-314.
- Copperman, A. B., & Olive, D. (1995). Pathogenesis of pelvic pain in endometriosis. In C.R. Nezhat, G. S. Berger, F. R. Nezhat, V. C. Buttram, Jr. & C. H. Nezhat (Eds.), *Endometriosis: Advanced management and surgical techniques* (37-41). New York: Springer-Verlag.
- Corey, D. T. (1993). *Pain: Learning to live with it* (2nd ed.). Toronto, Ontario, Canada: Macmillan.
- Corey, D. T. (2005). Psychological approaches to pain management. In R. D. Jovey (Ed.). *Managing pain: The Canadian healthcare professional's*. Ontario, Canada: Purdue Pharma.

- Correll, D. J. (2007). The Measurement of Pain: Objectifying the Subjective. In S. D. Waldman (ed.). *Pain Management*. Philadelphia, Saunders Elsevier.
- Court, H., Greenland, K., & Margrain, T. H. (2010). Measuring Patient-Anxiety in Primary Care: Rasch Analysis of the 6-item Spielberger State Anxiety Scale. *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR)*, 13(6), 813-819.
- Cox, H., Henderson, L., Andersen, N., Cagliarini, G., & Ski, C. (2003a). Focus group study of endometriosis: Struggle, loss and the medical merry-go-round. *International Journal of Nursing Practice*, 9(1), 2-9.
- Cox, H., Henderson, L., Wood, R., & Cagliarini, G. (2003b). Learning to take charge: Women's experience of living with endometriosis. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 9(2), 62-68.
- Craggs, J.G., Price, D. D., Perlstein, W. M., Verne, G. N., & Robinson, M. E. (2008). The dynamic mechanisms of placebo induced analgesia: Evidence of sustained and transient regional involvement. *Pain*, 139(3), 660-669.
- Craig, K.D. (2009). The social communication model of pain. *Canadian psychology*, 50(1), 22-32.
- Crawford, H. J., Knebel, R., Kaplan, L., Vendemia, J. M. C., Xie, M., Jamieson, S., & Pribram, K. H. (1998). Hypnotic analgesia: 1. Somatosensory event-related potential changes to noxious stimuli and 2. Transfer learning to reduce chronic low back pain. *The*

International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 46(1), 92-132.

Crosignani, P., Olive, D., Bergvist, A., & Luciano, A. (2006). Advances in the management of endometriosis: an update for clinicians. *Human Reproductive Update*, 12(2), 179-189.

Cui J, Matsushima E, Aso K. (2009). Psychological features and coping styles in patients with chronic pain. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 63(2), 147-52.

Dalton, J. An., Coyne, P. (2003). Cognitive-behavioral therapy: tailored to the individual. *Nursing Clinics of North America*, 38, 465-476.

Damario, M. A., & Rock, J. A. (1995). Pain recurrence: a quality of life issue in endometriosis. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 50, 27-42.

Daniels, J., Gray, R., Hills, R.K., Latthe, P., Buckley, L., Gupta, J., et al. (2009). Laparoscopic uterosacral nerve ablation for alleviating chronic pelvic pain: a randomized controlled trial. *Jama*, 302(9):955-961.

Darai, E., Coutant, C., Bazot, M., Dubernard, G., Rouzier, R., & Ballester, M. (2009). Relevance of quality of life questionnaire in women with endometriosis. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 37(3), 240-245.

Declaration of Montreal. Available from: [http://www.iasp-pain.org/Pain Summit/Declaration of Montreal.pdf](http://www.iasp-pain.org/PainSummit/Declaration%20of%20Montreal.pdf). (Accessed on 17 december 2010).

- Degotardi, P. J., Klass, E.S., Rosenberg, B. S., Fox, D. G., Gallelli, K. A., & Gottlieb, B. S. (2006). Development and evaluation of a cognitive-behavioural intervention for juvenile fibromyalgia. *Journal of Pediatric Psychology, 31*(7), 714-723. (Advance access originally published online 2005)
- de la Fuente-Fernandez, R., Schulzer, M., & Jon Stoessel, A. (2002). The Placebo effect in neurological disorders. *Lancet Neurology, 1*, 85-91.
- Denny, E., & Mann, C. H. (2007). Endometriosis-associated dyspareunia: the impact on women's lives. *Journal Family Planning Reproductive Health Care, 33*(3), 189-193.
- Dersh, J., Polatin, P., & Gatchel, R. (2002). Chronic pain and psychopathology: Research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic Medicine, 64*, 773.
- D'Hooghe, T. M. & Hill, J. A. (1996). Endometriosis. In J. S. Berek, E. Y. Adashi, & P. A. Hillard (Eds.), *Novak's gynecology* (12th ed., pp. 887-914). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Dick, B. D. (2010). Cognitive-Behavior Therapy. *Chronic Pain Refresher Course 2010: Handouts*. February 19-21, Montréal, The Canadian Pain Society.
- Donnez, J., Nisolle, M. (1997). Peritoneal endometriosis, ovarian endometriosis and adenomyotic nodules of the recto-vaginal septum are three different entities. *Fertility Sterility, 68* (1), 585.

- Drew, L. J., & Wood, J. N. (2004). Nociceptive Inputs out the Dorsal Horn. In: L, Villanueva, A. H. Dickenson, & H. Ollat. *The Pain System in Normal and Pathological States: A Primer for Clinicians*. Seattle. IASP Press.
- Dubernard, G., Piketty, M., Rouzier, R., Houry, S., Bazot, M., & Darai, E. (2006). Quality of life after laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Human Reproductive*, 21(5), 1243-1247.
- Eccles, R. (2007). The power of the placebo. *Current Allergy & Asthma Reports*, 7(2): 100-104.
- Eccleston, C., Williams, A. C. D. C., & Morley, S. (2009). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 2. Art. CD007407.DOI10.1002/14651858.CD007407.pub2.
- Elkins, G. R., & Rajab, M. H. (2004). Clinical Hypnosis for Smoking Cessation: Preliminary Results of a Three-Session Intervention. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52 (1), 73-82.
- Endler, N., Rutherford, A., & Denisoff, E. (1995). Beck Depression Inventory: Exploring its dimensionality in a nonclinical population. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1307-1312.
- Eriksen, H., Gunnarsen, K., Sørensen, J., Munk, T., Nielsen, T., & Knudsen, U. (2008). Psychological aspects of endometriosis: Differences between patients with or without pain in four

- psychological variables. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 139(1), 100-105.
- Evans, S., Moalem-Taylor, G., & Tracey, D. J. (2007). Pain and endometriosis. *Pain*, 132(Supp1), S22-S25.
- Eyvazzadeh, A. D., Smith Y. R., Lieberman, R., & Elisabeth, H. (2009). A rare case of vulvar endometriosis in an adolescent girl. *Fertility & Sterility*, 91(3), 929.e9-929.e11.
- Faymonville, M. E., Fissette, J., Mambourg, P. H., Delchambre, A., & Lamy, A. (1994). Hypnose, hypnosédation: Conceptions actuelles et leurs applications en chirurgie plastique. *Revue médicale de Liège*, 49(1), 13-22.
- Fernandez, E. (2002). *Anxiety, depression, and anger in pain: Research findings and clinical options*. Advanced Psychological Resources. Dallas, Texas.
- Fernandez, I., Reid, C., & Dziurawiec, S. (2006). Living with endometriosis: The perspective of male partners. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(4), 433-438.
- Ferrero, S., Esposito, F., Abbamonte, L. H., Anserini, P., Remorgida, V., & Ragni, N. (2005). Quality of sex life in women with endometriosis and deep dyspareunia. *Fertility Sterility*, 83(3), 573-579.
- Feuerstein, M., Sult, S., & Houle, M. (1985). Environmental stressors and chronic low back pain: Life events, family and work environment. *Pain*. 22(3), 295-307.

- Fischer, G. N. (2002). *Traité de psychologie de la santé*. Paris: Dunod.
- Fishbain, D. A. (1999). Approaches to treatment decisions for psychiatric comorbidity in the management of the chronic pain patient. *Medical Clinics of North America*, 83, 737-763.
- Fishbain, D. A., Cutler, R., & Rosomoff, H. L. (1999). Comorbid psychiatric disorders in chronic pain patients. *Pain Clinic*, 11, 79-87.
- Fishbain, D. A., Cutler, R., Rosomoff, H. L., & Rosomoff, R. S. (1997). Chronic pain-associated depression: Antecedent or consequence of chronic pain? A review. *The Clinical Journal of Pain*, 13(2), 116-37.
- Ford, E. S., Bergman, M. M. & Kroger, J. (2009). Healty living is the best revenge. *Archives of Internal Medicine*, 69, 1355-1362.
- Frischholz, E. J. (2007). Hypnosis, hypnotisability, and placebo. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 50(1), 49-58.
- Fukaya, T., Hoshiai, H., & Yajima, A. (1993). Is pelvic endometriosis always associated with chronic pain? A retrospective study of 618 cases diagnosed by laparoscopy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 169, 719-722.
- Gamsa, A. (1990). Is emotional disturbance a precipitator or a consequence of chronic pain? *Pain*, 42, 183.
- Gao, X., Yeh, Y.-C., Outley, J., Simon, J., Botteman, M., & Spalding, J. (2006). Health-related quality of life burden of women with endometriosis: a literature review. *Current Medical Research and Opinions*, 22(9), 1787-1797.

- Garron, D. C., & Leavitt, F. (1983). Chronic low back pain and depression. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 486-493.
- Gatchel, R. J. (1999). Perspectives on pain: A historical overview. In R. J. Gatchel & D. C. Turk (Eds.). *Psychosocial factors in pain*. New York: Guilford Press.
- Gatchel, R. J., Dersh, J. (2002). Psychological Disorders and Chronic Pain: Are there cause-and-effect relationships? In D. C. Turk & R. J. Gatchel (Eds.), *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook* (2nd ed., pp. 30-51). New York: Guilford.
- Gatchel, R. J., & Epker, J. (1999). Psychological predictors of chronic pain and response to treatment. In R. J. Gatchel & D. C. Turk (Eds.), *Psychosocial factors in pain* (pp. 412-434). New York: Guilford Press.
- Gatchel, R. J., & Turk, D. C. (Eds.). (1996). *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook*. New York: Guilford Press.
- Gauld, A., (1992). *A History of Hypnotism*. New York. University Press.
- Gauthier, J., Morin, C., Thériault, F., & Lawson, J. S. (1982). Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression. *Revue québécoise de psychologie*, 3(2).
- Gay, M. C. (2007). Effectiveness of Hypnosis in Reducing Mild Essential Hypertension: A One-Year Follow-Up. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55 (1), 67-84.

- Gibson, S. J., Garland, K., Gardner, P., Arnold, C., & Mendelson, G. (2003). Should We Measure Depression, Anxiety, and Anger as Distinct Mood States in Chronic Pain Patients. *Proceedings of the 10th World Congress of Pain, Progress in Pain Research and Management, 24*, 611-618.
- Gould, J. (1982). A psychometric investigation of the standard and short forms of the Beck Depression Inventory. *Psychological Reports, 51*, 1167-1170.
- Grant, J. A.; Courtemanche, J., Duncan, G. H., & Rainville, P. (2009). Cortical Thickness and Pain Sensitivity in Zen Meditators. *Emotion, 10* (1), 43-53.
- Greco, C. D. (2003). Management of Adolescent Chronic Pelvic Pain from Endometriosis: A Pain Center Perspectiv. *Journal of Pediatric Adolescent Pediatric and Gynecology, 16*, S17-S19.
- Greco, H., & Argoff, C. E. (2009). Chronic Pelvic Pain. In C. E. Argoff & G. McCleane, *Pain management: Secrets* (3 ed.), Philadelphia: Mosby Elsevier.
- Green, J. P., & Lynn, S.J. (2000). Hypnosis and Suggestion-Based Approaches to Smoking Cessation: An Examination of the Evidence. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 48* (2), 195-225.

- Guida, M., Greco, E., Di Spiezio, S., Borrielleo, M., Morra, I., & Nappi, C. (2009). Isolated extrapelvic endometriosis of the gluteal muscle. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 16(1), 95-97.
- Guo, S. W. (2008). Emerging drugs for endometriosis. *Expert-Opin-Emerg-Drugs*, 13(4), 547-71.
- Haargadon, R., Bowers, D. S., & Woody, E. Z. (1995). Does counterpain imagery mediate hypnotic analgesia? *Journal of Abnormal Psychology*, 104(3), 508- 516.
- Hammond, D. C. (2007). Review of the Efficacy of Clinical Hypnosis with Headaches and Migraines. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55 (2), 207-219.
- Hammond, D. C. (2007). Hypnosis, placebos, and systematic research bias in biological psychiatry. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 50(1), 37-47.
- Harandi, A. A., Esfandani, A., & Shakibaei, F. (2004). The effect of hypnotherapy on procedural pain and state anxiety related to physiotherapy in women hospitalized in a burn unit. *Contemporary Hypnosis*, 21, 28-34.
- Harrison, V., Rowan, K., & Mathias, J. (2005). Stress reactivity and family relationships in the development and treatment of endometriosis. *Fertility Sterility*, 83(4), 857-864.
- Haythornthwaite, J. A. (2009). It's a Belief. It's an Appraisal. It's Coping. No. It's Catastrophizing. In J. C. Lopes, (ed.). *Current Topics in*

Pain. 12th World Congress on Pain. International Association for the Study of Pain, Seattle, IASP Press.

Hilgard, E., & Hilgard, J. (1994). *Hypnosis in the Relief of Pain.* Levittown, PA: Brunner/Mazel.

Hofbauer, R. K., Rainville, P., Duncan, G. H., & Bushnell, M. C. (2001). Cortical representation of the sensory dimension of pain. *The Journal of Neurophysiology*, 86, 402-411.

Holroyd, J. (1996). Hypnosis treatment of clinical pain: Understanding why hypnosis is useful. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44, 33-51.

Howard, F. M. (1993). The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: Promise and Pitfalls. *Obstretical and Gynecological Survey*, 96, 934-944.

Hrobjartsson, A., & Gotzsche, P. C. (2007). Powerful spin in the conclusion of Wampold et al. re-analysis of placebo versus no-treatment trials despite similar results as in original review. *Journal of Clinical Psychology*, 63(4), 373-377.

Hughes, S. L., Seymour, R. B., Campbell., R. T., Huber, G., Pollak, N., Sharma, L., & Desai, P. (2006). Long-term impact of Fit and Strong on older adults with osteoarthritis. *The Gerontologist*, 46, 801-814.

Hunsley, J., & Westmacott, R. (2007). The story of placebo effects in medicine: evidence in context. *Journal of Clinical Psychology*, 63(4), 379-390.

- Huppert, J. D., Schultz, L. T., Foa, E. B., Barlow, D. H., Davidson, J. R., Gorman, J. M., al., (2004). Differential response to placebo among patients with social phobia, panic disorder, and obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1485-1487.
- Huntington, A., Gilmour, J. A. (2005). A life shaped by pain: women and endometriosis. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 124-1132.
- Huskisson, E.C. (1974). Measurement of pain, *Lancet*, 2 1127-1131.
- Hutchinson-Phillips, S., Gow, K., & Jamieson, G. A. (2007). Hypnotizability, Eating Behaviors, Attitudes, and Concerns: A Literature Survey. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55 (1), 84-113.
- Hyland, M. E. (2005). A tale of two therapies: psychotherapy and complementary and alternative medicine and the human effect. *Clinical Medicine*, 5(4), 361-367.
- IASP (1979). Pain terms: A list with definitions and notes on usage. *Pain*, 6, 147.
- Ingvar, M. (2006). Pain In M. D'Esposito (ed.), *Functional MRI: Applications in Clinical Neurology and Psychiatry*. Boca Raton, FL: Informa Healthcare.
- Jackson, M. (2002). Pain: The fifth vital sign. Crown Publishers.

- Jacox, C. M. (1996). Coping styles and psychological distress in women with endometriosis. *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, 56(11-B), 6394.
- Janssen, M., Stokroos, R., Aarts, J., van Lummel, R., & Kingma, H. (2010). Salient and placebo vibrotactile feedback are equally effective in reducing sway in bilateral vestibular loss patients. *Gait & Posture*, 31(2), 213-217.
- Jenkins, M. W., & Pritchard, M. H. (1993). Hypnosis: Practical applications and theoretical considerations in normal labor. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 100, 221-226.
- Jensen, T. S., Wilson, P. R., & Rice, A. S. C. (2003). *Chronic Pain*. London:Arnold.
- Jensen, M. P., Barber, J., & Hanley, M. (2008). Long term outcome of hypnotic analgesia treatment for chronic pain in persons with disabilities. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56, 157-170.
- Jensen, I. B., Bergström, G., Ljungquist, T., & Bodin, L. (2005). A 3-years follow-up of a multidisciplinary rehabilitation program for back and neck pain. *Pain*, 115(3), 273-283.
- Jensen, M. P., Hanley, M. A., Engel, J. M., Romano, J. M., Barber, J., Cardenas, D. D., et al. (2005). Hypnotic analgesia for chronic pain in persons with disabilities: A case series. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53(2), 198-228.

- Joel, L. A. (1999). The fifth vital sign: Pain. *American Journal of Nursing*, 99 (9), 9-10.
- Joint Commission Resources, Joint Commission International. Approaches to pain management: an essential guide for clinical leaders. Available from: <http://www.jcrinc.com/Books-and-E-Books>. (Accessed on 17 December 2010).
- Jones, G., Jenkinson, C., & Kennedy, S. (2004). The impact of endometriosis upon quality of life: A qualitative analysis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(2), 123-133.
- Jovey, R. (2002). La gestion de la douleur. *The Canadian Pain Society*. Rodgers Media, Toronto. p. 29 et 116.
- Jovey, R. D. (2005). Pain pathways and pathophysiology. In R. D. Jovey, *Managing pain: The Canadian healthcare professional's references* Ontario, Canada: Purdue Pharma.
- Katon, W. J., Lin, E. H. & Kroenke, K. (2007). The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 29, 147-155.
- Katon, W. J. (2003). Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biology Psychiatry*, 54, 216-226.
- Keefe, F. J., Somers, T. J., & Kothadia, S. M. (2009). Coping with pain. *Pain Clinical Updates (IASP)*, XV11(5), 1-5.

- Kessler, R.C., Ormel, J., Demler, O. & Stang, P.E. (2003). Comorbid mental disorders account for the role impairment of commonly occurring chronic physical disorders: results from the National Comorbidity Survey. *Journal of Occupational Environment Medica,, 45*, 1257-1266.
- Kilgore, W. (1999). Empirically derived factor indices for the Beck Depression Inventory. *Psychological Reports, 59*, 587-597.
- Klein, J.R., Litt, I.F., (1981). Epidemiology of adolescent dysmenorrhea. *Pediatrics, 68*. 661.
- Klock, S. C. & Milad M. P. (1999). Long-term outcome of nonconservative surgery (hysterectomy) for endometriosis-associated pain in women <30 years old. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 180*(6), 1360-1363.
- Kobayashi, H., (2007). Factors associated with resilience, quality of life and self-esteem: Adolescents who have experienced multiple neurosurgeries and chronic pain. *Dissertation Abstract International: Section B: The Sciences and Engineering, 68*(4-B), pp. 2252.
- Koninck, P., Meuleman, C. & Demeyere, S. (1991). Suggestive evidence that pelvic endometriosis is a progressive disease, where as deeply infiltrating endometriosis is associated with pelvic pain. *Fertility Sterility, 55*, 759-765.

- Koepsell, T.D. & Weiss, N. S. (2003). *Epidemiologic Methods*. New York:Oxford University Press.
- Kresch, A. J., Seifer, D. B, Sachs, L. B, & Barrese, I. (1984). Laparoscopy in 100 women with chronic pelvic pain. *Obstetrics and Gynecology*, 64, 672-674.
- Hour, F. (2005). Mechanisms of the placebo effect and of conditioning (Review). *Neuroimmunomodulation*, 12(4), 195-200.
- Hunsley, J., & Westmacott, R. (2007). Interpreting the magnitude of the placebo effect: mountain or Molehill?. *Journal of Clinical Psychology*, 63(4), 391-399.
- Lang, E. V., Benotsch, E. G., Fick, L. J., Lutgendorf, Berbaum, K. S. & Spiegel, S. (2000). Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: A randomized trial. *Lancet*, 355, 1486-1490.
- Lang, E. V., Berbaum, K., S., Faintuch, S., Hatsiopoulou, O., Halsey, N., Li, X., et al. (2006). Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: A prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy. *Pain*, 126, 155-164.
- Lang, E. V., Joyce, J. S., Spiegel, D., Hamilton, D., & Lee, K.K. (1996). Self-Hypnotic Relaxation During Interventional Radiological Procedures: Effects on Pain Perception and Intravenous Drug Use. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44(2), 106-119.

- Laplante, N., Gosselin, É., & Lauzier, M. (2010). Et si tout n'était pas qu'une question de perception : incidence des stressseurs sur la santé des travailleurs. *Organisations & Territoires*, 19(2), 5-13.
- Large, R. G., Price D. D. & Hawkings, R. (2003). Hypnotic analgesia and its applications in pain management. In J. O. Dostrovsky, D. B. Carr, & M. Koltezenburg (Eds.), *Proceedings of the 10th World Congress on Pain: Progress in Pain Research and Management*, 24 (pp. 839-851). Seattle: IASP Press.
- Lauersen, N. H., & de Swaan, C. (1989). *The endometriosis answer book: New hope, new help*. Toronto, Ontario, Canada: Ballantine books/Random House.
- Laurence, J. R., & Perry, C. (1988). *Hypnosis, will and memory: A psycholegal history*. New York: Guilford Press.
- Lavoie, G., Sabourin, M., Langlois, J. (1973). Hypnotic susceptibility, amnesia and I.Q. in chronic schizophrenia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21, 157-168.
- Lavoie, G., Sabourin, M., Ally G., Langlois, J. (1974). Hypnotizability as a function of adaptive regression mesure in chronic schizophrenia. *Proceedings of the XXth. Interamerican Congress of Psychology*, A. Angelini (Ed.) Sao Paulo: Fonseca & Santos, 704.
- Lebovic, D. I., & Senapati, S. (2007). Leopard changing its spots: the natural history of endometriotic lesions. *e-Journal World Endometriosis Society*, 9(3), 1-5.

- Lee, G. K., Chronister, J., & Bishop, M. (2008). The effects of psychosocial factors on quality of life among individuals with chronic pain. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 51*(3), 177-189.
- Lemyre, L., Tessier, R., & Fillion, L. (1990). Mesure du stress psychologique (M. S. P.): Se sentir stressé. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 20*(3), 303-321.
- Leonard, M. T., Cano, A., & Johansen, A. B. (2006). Chronic pain in a couple context: A review and integration of theoretical models and empirical evidence. *The Journal of Pain, 7*(6), 377-390.
- Levin, J. B., & Janata, J. W. (2007). Psychological and Behavioral Modalities For Pain and Symptom Management. In: S. D. Waldman (ed.). *Pain Management* Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Lips, H., & Ng, M. (1985). Use of the Beck Depression Inventory with three non-clinical populations. *Canadian Journal of Behavioral Science, 18*, 62-74.
- Liu, X., & Guo, S. W. (2008). Dysmenorrhea: risk factors in women with endometriosis. *Womens-Health-(London-England) 4*(4), 399-411.
- Loncar, Z., Bras, M., & Mickovic, V. (2006). The relationship between burn pain, anxiety, and depression. *Coll Antropol, Vol, 30*(2), 319-325.
- Lorenatto, C., Petta, C. A., Navarro, M. J., Bahamondes, L., & Matos, A. (2006). Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 85*(1), 88-92.

- Low, W. Y., Edelman, R. J., & Sutton, C. (1993). A psychological profile of endometriosis in comparison to patients with pelvic pain of other origins. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(2), 111-116.
- Lundeberg, T., & Lund, I. (2008). Is there a role for acupuncture in endometriosis pain, or “endometrialgia?”. *Acupuncture in Medicine*, 26(2), 94-110.
- Ly, D., Song, H. & Shi, G. (2010). Anti-TNF-alpha treatment for pelvic pain associated with endometriosis. *Cochrane Database System Review*, March 17(3):CD008088.
- Lynn, S., Kirsch, I., & Barabasz, A. Cardena, E. & Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The state of the evidence and a look to the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 239-259.
- Mackey, E. F. (2010). Effects of Hypnosis as an Adjunct to Intravenous Sedation for Third Molar Extraction: A Randomized, Blind, Controlled Study. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58 (1). 21-38.
- Malcuit, G., & Pomerleau, A. (1977). *Terminologie en conditionnement et apprentissage*. Montréal : Les Presses de l'Université du Québec.
- Marc, I., Rainville, P., Verreault, R., Vaillancourt, L., Masse, B., & Dodin, S. (2007). The use of hypnosis to improve pain management during voluntary interruption of pregnancy : An open randomized preliminary study. *Contraception*, 75, 52-58.

- Marchand, S. (1998). *Le phénomène de la douleur*. Montréal, Québec, Canada: Chenelière/McGraw-Hill.
- Marchand, S. (2000). *Le phénomène de la douleur: Guide d'apprentissage*. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.
- Marchand, S., Kupers, R. C., Bushnell, M. C., & Duncan, G. H. (2003). Analgesic and placebo effects of thalamic stimulation. *Pain, 105*, 481-488.
- Markovic, M., Manderson, L., & Warren, N. (2008). Endurance and contest: Women's narratives of endometriosis. *Health, 12*(3), 349-367.
- Marvel, M. E., & Guidone, H. C. (2000). Foreword. In R. H. Phillips & G., Motta, *Coping with endometriosis: Sound, compassionate advice for alleviating the challenges of this chronic disorder* (pp. xiii-xiv). New York: Avery.
- Mathias, S. O., Kupperman, M., Lieberman, R. F., Steege, J. F., & al. (1996). Chronic pelvic pain: Prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstetrics & Gynecology, 87*(3), 321-327.
- McGowan, L., Escott, D., Luker, K., Creed, F. & Chew-Graham, C. (2010). Is chronic pelvic pain a comfortable diagnosis for primary care practitioners: a qualitative study. *BMC Family Practice, Jan.27, 11*(7).

- McGowan, L., Luker, K., Creed, F. & Chew-Graham, C. (2010). How do you explain a pain that can't be seen: the narratives of women with chronic pelvic pain and their disengagement with the diagnostic cycle. *British Journal of Health Psychology*, 12(Pt 2), 261-274.
- McWilliams, L. A., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: An examination in a nationally representative sample. *Pain*, 106, 127-133.
- Meldrum, M. (2003). A capsule history of pain management. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 290(18), 2470-2475.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 277-299.
- Melzack, R., & Casey, K. L. (1968). Sensory, motivational and central control determinants of pain: A new conceptual model. In D. R. Kenshalo (ed.), *The skin senses* (pp. 423-443). Springfield, IL: Thomas.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150, 971-979.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1982). *Le défi de la douleur*. Paris: Maloine.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1989). *Le défi de la douleur*. Montmagny: Edisem.
- Melzack, R., & Katz, J. (2007). A Conceptual Framework for Understanding Pain in the Human In: S. D. Waldman (ed.) *Pain Management, Vol. 1*. Philadelphia, Saunders Elsevier.

- Mercadante, E., Giovannini, C., Castaldi, F., Passaro, U., Dell'Avanzato, R., Abruzzese, E., & Carlini, M. (2006). Catamenial Bernard-Horner's syndrome related to thoracic endometriosis. *The Annals of Thoracic Surgery*, 82(3), e24-e25.
- Michaux, D. (1982). Mesure de l'hypnose et formes d'hypnose. *Phoenix*, (11-12), 101-105.
- Miller, F. G., & Colloca, L. (2009). The legitimacy of placebo treatments in clinical practice: evidence and ethics. *American Journal of Bioethics*, 9(12), 39-47.
- Mirkin, D., Murphy-Barron, C., & Iwasaki, K. (2007). Actuarial analysis of private payer administrative claims data for women with endometriosis. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 13(3), 226-72.
- Molton, I. R., Graham, C., Stoelb, B. L., & Jensen, M. P. (2007). Current psychological approaches to the management of chronic pain. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 20, 485-489.
- Montgomery, G., Duhamel, K. N., Redd, W. H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 138-53.
- Montgomery, G. H., Kangas, M., David, D., Hallquist, M. N., Green, S., Bovjerg, D. H., & Schnur, J. B. (2009). Fatigue during breast cancer radiotherapy: An initial randomized study of cognitive-behavioural therapy plus hypnosis. *Health Psychology*, 28(3), 317-322.

- Morley, S., Eccleston, C., & Williams, C. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80, 1-13.
- Morley, S., Williams A. C., & Black, S. (2002). A confirmatory factor analysis of the Beck Depression Inventory in chronic pain. *Pain*, 99, 289-98.
- Morley, S., Williams, A., & Hussain, S. (2008). Estimating the effectiveness of cognitive-behavioural therapy in the clinic: evaluation of a CBT informed pain management programme. *Pain* 137(3), 467-468.
- Néron, S., & Stephenson, R. (2007). Effectiveness of hypnotherapy with cancer patients' trajectory: Emesis, acute pain, and analgesia and analgesis in procedures. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 55(3), 336-354.
- Nezhat, C. R., Berger, G. S., Nezhat, F. R., Buttram, V. C., Jr., & Nezhat, C. H. (1995). *Endometriosis: Advanced management and surgical techniques*. New York: Springer-Verlag.
- Newton, T. R. & de C Williams (2006). Chronic pain couples: Perceived marital interactions and pain behaviors. *Pain*, 123, 53-63.
- Norelli, L. J. (2009). Hypnotic Analgesia. In H. S. Smith (ed.). *Current Therapy in Pain* (pp. 518-520). Saunders Elsevier.

- Nunnink, S., & Meana, M. (2007). Remembering the pain: Accuracy of pain recall in endometriosis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(4), 201-208, 29(12): 988-91.
- Okifuji, A., Ackerlind, S. (2007). Behavioral medicine approaches to pain. *Medical Clinics of North America*, 91 (1), 45-55.
- Okifuji, A., & Skinner, M. (2009). Behavioral medicine approaches to pain management. In H. S. Smith (Ed.), *Current Therapy in Pain* (pp. 513-518). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Olsson, G., & von Knorring, A.L. (1997a). Beck's Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression in Sweden: Gender differences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 277-282.
- Orne, M. T., Dinges, D. F., & Bloom, P. B. (1995). Hypnosis. In R. Ostelo & J. Vlaeyen, (2008), Attitudes and beliefs of health care providers: Extending the fear-avoidance model. *Pain*, 135(1), 3.
- Parker, S., Garry, M., Engle, R. W., Harper, D. N., & Clifasefi, S. L. (2008). Psychotropic placebos reduce the misinformation effect by increasing monitoring at test. *Memory*, 16(4), 410-419.
- Patterson, D. R., Goldberg, M. I., & Ehde, D. M. (1996). Hypnosis in the treatment for patients with severe burns. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 38, 200-212.
- Patterson, D. R., & Jensen, M. P. (2003). Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin*, 129, 495-521.

- Perry, C., Laurence, J. R., (1982). Traduction par le Laboratoire d'Hypnose Clinique et Expérimentale de l'Université Concordia. Document inédit.
- Pinnell, C. M., & Covino, N. (2000). Empirical findings on the use of hypnosis in medicine: A critical review. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 170-194.
- Poulin, É. M. (2000). Living with endometriosis: Women's experiences with disease stressors, coping, and medical support. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. Vol 61(1-B) Jul. pp.545
- Price, D. D. (1988). *Psychological and neural mechanisms of pain*. New York: Raven Press.
- Price, D. D. (1999). Psychological mechanisms of pain and analgesia. *Progress in Research and Management*, 15. Seattle, WA: IASP Press.
- Price, D. D., & Bushnell, M. C. (2004). Psychological methods of pain control: Basic science and clinical perspectives. *Progress in Pain Research and Management*, 29. IASP Press. Seattle.
- Price, D. D., & Rainville, P. (2004). The neurophenomenology of hypnosis and hypnotic analgesia. In D. D. Price & M. C. Bushnell (Eds.), *Psychological methods of pain control: Vol. 29. Basic science and clinical perspectives* (pp. 236-237). Seattle: IASP Press.

- Price, D. D., Fillingim, R. B., Robinson, M. E. (2006). Placebo analgesia: friend of foe?. *Current Rheumatology Reports*, 8(6), 418-424.
- Rainville, P., Duncan, G. H, Price, D. D, Carrier, B., & Bushnell, M. C. (1997). Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science*, 277(5328), 968-971.
- Rainville, P., Carrier, B., Hofbauer, R. K., Bushnell, M. C., & Duncan, G. H. (1999b). Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. *Pain* 60, 150-171.
- Rapkin, A. J. (1986). Adhesions and pelvic pain: A retrospective study. *Obstetrics and Gynecology*, 68, 13-15.
- Rapkin, A. J. (1995). Gynecological Pain in the Clinic: Is There a Link with the Basic Research? *Visceral Pain. Progress in Pain Research and Management*, 5, 469-488.
- Rapkin, A. J., & Jolin, J. A. (2003). Chronic pelvic pain. In P. D. Wall & R. Melzack (Eds.), *Handbook of pain management* (pp. 135-146). New York: Churchill Livingstone.
- Rapkin, A. J., & Jolin, J. (2003). Chronic pelvic pain. In R. S. Weiner (Ed.), *Pain management: A practical guide for clinicians*. American academy of pain management (6th ed., pp. 251-268). New York: CRC Press.
- Raz, A., & Michels, R. (2007). Contextualizing specificity: Specific and non-specific effects of treatment. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 50(2), 177-182.

- Raz, A. (2007). Hypnobo: perspectives on hypnosis and placebo. *American Journal of Clinical Hypnosis, 50*(1), 29-36.
- Raz, A. (2008). Genetics and neuroimaging of attention and hypnotisability may elucidate placebo. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis, 56*(1), 99-116.
- Razzi, S., Rubegni, P., Sartini, A., De Simone, S., Fava, A., Cobellis, L., et al. (2004). Umbilical endometriosis in pregnancy: A case report. *Gynecological Endocrinology, 18*(2), 114-116.
- Reading, (1989) A comparison of the McGill Pain questionnaire in chronic and acute pain. *Pain, 13*, 185-192
- Fernandez, I., Reid, C., & Dziurawiec, S. (2006). Living with endometriosis: the perspective of male partners. *Journal of Psychosomatic Research, 61*(4), 433-438.
- Redwine, D., & Sharp, D. (1990). Endometriosis of the obturator nerve. A Case Report. *Journal of Reproductive Medicine, 35*, 434-435.
- Reese, K. A., Reddy, S., & Rock, J. A. (1996). Endometriosis in an adolescent population: The Emory experience. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 9*, 125-128.
- Reiter, R. C. (1990). Occult somatic pathology in women with chronic pelvic pain. *Clinical Obstetrics and Gynecology, 33*, 154-160.
- Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A., & Sauer, H. (1998). On the validity of the Beck Depression Inventory: A review. *Psychopathology, 31*, 160-168.

- Robb, K. A., Williams, J. E., Duvivier, V., & Newham, D. J. (2006). A pain management program for chronic cancer-treatment-related pain: A preliminary study. *Journal of Pain, 7*(2), 82-90.
- Rosenstiel, A., K., & Keefe, F., J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain, 1*, 33-44.
- Rothman, K.J. & Greenland, S. (1998). *Modern Epidemiology* (2nd ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Roy-Byrne, P.P., Davidson, K.W., Kessler, R.C., Asmundson, G.J.G., Goodwin, R.D., Kubzansky, L., Lydiard, B. et al., (2008). Anxiety Disorders and comorbid medical illness. *General Hospital Psychiatry, 30*, 208-225.
- Rule, W., & Traver, M. D. (1983). Test-Retest of State-Trait Inventory is a Stressful Social Analogue Situation. *Journal of Personality Assessment, 47*(3), 276-277.
- Sabourin, M., Cutcomb, S.D., Crawford, H.J., & Pribram, K.H. (1990). EEG Correlates of hypnotic Susceptibility and Hypnotic Trance: Spectral Analysis and Coherence. *International Journal of Psychophysiology, 10*, 125-142.
- Sabourin, M. (1982). Hypnosis and brain function: EEG correlates of state-trait differences. *Research Communications in Biology and psychiatry (Special issue), 7*, 149-168.

- Sabourin, M., Lavoie, G., Deschambault, A. (1972). L'amnésie post-hypnotique dans la psychose chronique. *Proceedings of the XXth. International Congress of Psychology.* Tokyo, Japan; Sasaki & Co., 608.
- Salem, G., Bonvin, E. (2004). *Soigner par l'hypnose*. Paris: Masson.
- Sanderson, W. C., McGinn, L. K. (2008). Cognitive-Behavioral Therapy of Depression In M. M. Weissman (ed.), *Treatment of Depression: Briding the 21st Century*. Washington, American Psychiatric Press, Inc., 249-280.
- Schotte, C., Maes, M., Cluydts, R., De Doncker, & Cosyns, P. (1997) Construct validity of the Beck Depression Inventory in a depressive population. *Journal of Affective Disorders*, 46, 115, 125.
- Scott, J., & Huskinson, B. C. (1976). Graphic representation of pain. *Pain*, 2, 175-184.
- Segal, A. M. (1999). The experience of having endometriosis (women's health, self-image). *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. Vol 60(6-B). Jan pp. 2960.
- Selye, H. (1956). *Le stress de la vie*. Paris :Gallimard
- Selye, H. (1974). *Stress sans détresse*. Montréal: La Presse.
- Seligman, L. D., Ollendick, T. H., Langley, A. K., & Baldaci, H. B. (2000). The Utility of Measures of Child and Adolescent Anxiety A Meta-Analytic Review of The Revised Children's Manifest

Anxiety Scale, the State-Trait Anxiety Inventory for Children, and the Child Behavior Checklist. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(3), 555-565.

Seminowicz, D. A., & Davis, K. D. (2006). Cortical responses to pain in healthy individuals depends on pain catastrophizing. *Pain*, 120(3), 297-306.

Sepulcri, R. P., & do Amaral, V. F. (2009). Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology, and Reproductive Biology*, 142(1), 53-56.

Seracchioli, R., Mabrouk, M., Manuzzi, L., Vicenzi, C., Frascà, C., Elmakky, A., & Venturoli, S. (2009). Post-operative use of oral contraceptive pills for prevention of anatomical relapse or symptom-recurrence after conservative surgery for endometriosis. *Human Reproduction*, 24(11):2729-2735, Epub 2009 Jul 22.

Shafer, A. B. (2006). Meta-analysis of the Factor Structures of Four Depression Questionnaires: Beck, CES-D, Hamilton, and Zung. *Journal of Clinical Physiology*, 62(1), 123-146.

Sheehan, P. W. (1967). A Shortened Form of Betts' Questionnaire upon Mental Imagery. *Journal of Clinical Hypnosis*, 23, 386-389.

Shek, T. (1990). Reliability and factorial structure of the Chinese version of the Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 35-43.

- Shor, R. E., & Orne, E. C. (1962). *The Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility: Form A*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Spanos, N. P., Perlini, A. H., & Robertson, L. A. (1989). Hypnosis, suggestion, and placebo in the reduction of experimental pain. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 285-293.
- Spanos, N. P., Vorneveld, P. W., & Gwynn, M. L. (1987). The mediating effects of expectation on hypnotic and nonhypnotic pain reduction. *Imagination, Cognition and Personality*, 6(3), 231-245.
- Sparks, J. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2008). Common factors in psychotherapy. In: J. L. Lebow, *Twenty-First Century Psychotherapies*. Wiley. Canada.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. R., & Lechene, R. E. (1970). *State-Trait Anxiety Inventory*, Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D. & Diaz-Guerrero, R. (1975). IDARE : *Inventario de ansiedad, rasgo y estado. Manual e instructivo*. [IDARE : State-Trait Anxiety Inventory Manual]. Ciudad de Mexico: El Manual Moderno.
- Spielberger, C. D. (1972). *Anxiety Current trends in research*. London: Academic Press.

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo: Manual [State-Trait Anxiety Inventory: Manual]*. Madrid, Spain: TEA.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spiegel, D. (1981). Hypnosis: Myth and reality. *Psychiatric Annals*, 11(9), 336-343.
- Spiegel, H. (1944a). Psychiatric observations in the Tunisian Campaign. *American Journal of Orthopsychiatry*, 14, 381-385
- Spiegel, H. (1944b). Preventive psychiatry with combat troops. *American Journal of Psychiatry*, 101, 310-315.
- Spiegel, H. (2007). The neural trance: A new look at hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(4), 387-410.
- Spiegel, H., & Spiegel, D. (2004). *Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Staats, P., Hekmat, H., & Staats, A. (1998). Suggestion/placebo effects on pain: negative as well as positive., 15(4), 235-243.
- Startup, M., Rees, A., & Barkham, M. (1992). Components of major depression via the Beck Depression Inventory. *Journal of Affective Disorder*, 26, 251-259.
- Steege, J., F., & Stout, A. L. (2001). Chronic Gynecologic Pain. In: N. L., Stotland, & D. E. Stewart, *Psychological Aspects of Womens's*

Health Care: The Interface Between Psychiatry and Obstetrics and Gynecology, 2nd. Washington. American Psychiatric Press, Inc.

- Steer, R. A., Shaw, B., Beck, A. T., & Fine, E. (1977). Structure of depression in black alcoholic men. *Psychological Reports, 41*, 1235-1241.
- Steer, R. A., McElroy, M., Margo, G., & Beck, A. (1982). Structure of depression in alcoholic men: A partial replication. *Psychological Reports, 50*, 723-728.
- Steer, R. A., Beck, A. T., & Garrison, B. (1984), Applications of the Beck Inventory. In N. Sartorius & T. A. Ban (Eds.), *Assessment of depression*. Geneva: World Health Organization.
- Stiles, T.C., & Wright, D. (2008). Cognitive-behavioural treatment of chronic pain conditions. *Nordic Journal of Psychiatry, 62*(S47), 30-36.
- Strunk, K. K., Sutton, G. W., & Burns, N. S. (2009). Beneficial effects of accurate and false brief biofeedback on relaxation. *Perceptual & Motor Skills, 109*(3), 881-886.
- Sugawara, M., Sakamoto, S., Kitamura, T., Toda, M.A., & Shima, S. (1999). Structure of depression symptoms in pregnancy and the postpartum period. *Journal of Affective Disorders, 54*, 161-169.
- Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment, 7*, 524-532.

- Sullivan, M. J. L., Gauthier, N. & Tremblay, I. (2008). Mental health outcomes of chronic pain. In: H. M. Wittink, et D. B. Carr. *Pain Management: Evidence, Outcomes, and Quality of Life*. New York. Elsevier.
- Sullivan, M. J. L., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F. J., Martin, M., Bradely, L. A., et al. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical Journal of Pain*, 17(1), 52-64.
- Sullivan, M.J.L. (2009). Pain and catastrophizing cognitive schema. Congrès annuel de la Société québécoise de la douleur. Montréal.
- Sullivan, M. J. L., Gauthier, N. & Tremblay, I. (2008). Mental health outcomes of chronic pain. In: H. M. Wittink, et D. B. Carr. *Pain Management: Evidence, Outcomes, and Quality of Life*. New York. Elsevier.
- Tashakkori, A., Barefoot, I., & Mehryar, A. (1989). What does the Beck Depression Inventory measure in college students? Evidence from a non-Western culture. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 595-602.
- Tellegen, A., & Atkinson, G. openness to absorbing and self-altering experiences ("absortion"): A trait related to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 1974 83, 268-277.
- Thorn, B. E. (2004). *Cognitive therapy for chronic pain*. New York: The Guilford Press.

- Thorn, B. (2007). Commentaries of the placebo concept in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 63*(4), 371-371.
- Tiller, W. A. (2006). Human psychophysiology, macroscopic information entanglement, and the placebo effect. *Journal of Alternative & Complementary Medicine, 12*(10), 1015-1027.
- Tian, T. (2010). Three simple solutions to improve the quality of pain assessment. *Pain, 152*, 1210-1211.
- Truchon, M. (2001). Determinants of chronic disability related to low back pain: Towards an integrative biopsychosocial model. *Disability and Rehabilitation, 23*, 1131-1134.
- Tsao, J. C., Meldrum, M., Kim, S., & Zelter, L. K. (2007). Anxiety sensitivity and health-related quality of life in children with chronic pain. *The Journal of Pain, 8*(10), 814-823.
- Turk, D. C. (1990). Customizing treatment for chronic pain patients: Who, what, and why. *The Clinical Journal of Pain, 6*, 255-270.
- Turgeon, L., & Chartrand, É. (2003). Psychometric Properties of The French Canadian Version Of The State-Trait Anxiety Inventory For Children. *Educational and Psychological Assessment, 63*, 174-185.
- Turk, D. C., Dudy T. E., & Sorkin, B. A. (1993). Neglected topics in chronic pain treatment outcome studies: Determination of success. *Pain, 53*, 3-16.

- Turk, D. C., & Gatchel, R. J. (2002). *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Turk, D. C., Meichenbaum, D., Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective*. New York: Guilford Press.
- Turk, D. C., & Monarch, E. S. (2002). Biopsychosocial perspectives on chronic pain. In D. C. Turk & R. J. Gatchel (Eds.), *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook* (2nd ed., pp. 3-29). New York: Guilford Press.
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 679-690.
- Turk, D. C. (2003). Cognitive-Behavioural Approach to the Treatment of Chronic Pain Patients. *Regional Anesthesia and Pain Medicine, 28*(6), 573-579.
- Turk, D. C., & Rudy, T. E. (1991). Neglected topics in the treatment of chronic pain patients: Relapse, non-compliance, and adherence enhancement. *Pain, 44*, 5-28.
- Turk, D. C., & Rudy, T. E. (1992). Cognitive factors and persistent pain: A glimpse into Pandora's box. *Cognitive therapy and Research, 16*, 99-112.

- Turner, J. A., & Chapman, C. R. (1982a). Psychological interventions for chronic pain: A critical review. I. Relaxation training and biofeedback. *Pain, 12*, 1-21.
- Turner, J. A., & Chapman, C. R. (1982b). Psychological interventions for chronic pain: A critical review. II. Operant conditioning, hypnosis, and cognitive-behavioral therapy. *Pain, 12*, 23-46.
- Turner, J. A., Mancl, L., & Aaron, L. A. (2004). Pain-related catastrophizing: A daily process study. *Pain, 110*(1), 103-111.
- Turner, J. A., Mancl, L., & Aaron, L. A. (2006). Short- and long-term efficacy of brief cognitive-behavioral therapy for patients with chronic temporomandibular disorder pain: A randomized, controlled trial. *Pain, 121*(3), 181-194.
- Vase, L., Price, D. D., Verne, G. N., & Robinson, M. E. (2004). The Contribution of Changes in Expected Pain Levels and Desire for Pain Relief to Placebo Analgesia. In: D.D. Price, M. C. Bushnell, *Psychological Methods of Pain Control: Basic Science and Clinical Perspectives*. Vol. 29. Seattle, IASP Press.
- Vercellini, P., Crosignani, A., Somigliana, E., Vignani, P., & Fedele, L. (2009). The effect of surgery for symptomatic endometriosis: The other side of the story. *Human Reproduction Update, 15*(2), 177-188.
- Vercellini, P., Trespidi, L., Oldani, S., Borello, C., Villa, A., & Calabrese, M. (1994). Pathogenesis of pelvic pain associated with endometriosis.

In P.G. Crosignani & P. Vercellini (Eds.), *Endometriosis and pelvic pain: Time of review* (pp. 23-37). New York: Parthenon Publishing Group.

Véronneau, F. (1990). *Évaluation des profils psychosociaux des accidents du travail souffrant de lombalgie, en fonction du retour au travail, de la chronicité et de la récurrence déterminés six mois après le début de l'arrêt de travail*. Thèse inédite. Université de Montréal. BF224u541990v.054 ex.2.

Vigneau, F., & Cormier, S. (2009). L'inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété (IASTA-Y) : Structure factorielle et biais linguistique [The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) : Factorial structure and linguistic bias]. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 41, 115-120.

Viguié, F. (1982). Traduction française Échelle de douleur de McGill. Document inédit. Montréal : Hôtel-Dieu.

Vlaeyen, J. W., Morley, S. (2005). Cognitive-behavioral treatments for chronic pain: what works for whom. *Clinical Journal of Pain*, 21(1), 1-8.

Vlahos, N. F., Kalampokas, T., Fotiou, S. (2009). Endometriosis and ovarian cancer: A review. *Gynecology Endocrinology*. August 28. EPub ahead of print.

- Von Korff, M., Crane, P., & Lane, M. (2005). Chronic pain and psysical-mental comorbidity in the United States: results from the national comorbidity survey replication. *Pain, 113*, 331-339.
- Wadden, T. A., & Anderton, C. H. (1982). The clinical use of hypnosis. *Psychological Bulletin, 91*(2), 215-243.
- Wagner, H., & Silber, K.(2004). *Physiological Psychology*. New York. BIOS Scientific Publishers: Taylor & Francis Group.
- Wallace, M. (2010). Physiology of the placebo effect, and the evidence for changes in brain metabolism. *New Zealand Medical Journal, 123*(1312), 54-60.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E., & Minami, T. (2007). The story of placebo effects in medicine: evidence in context. *Journal of Clinical Psychology, 63*(4), 379-390.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E., & Minami, T. (2007). The placebo effect:”relatively large” and “robust” enough to survive another assault. *Journal of Clinical Psychology, 63*(4), 401-403.
- Ware, J.E., The SF-36 health survey. In: B. Spilker (Ed.), *Quality of life pharmacoeconomics in clinical trials*, 2nd ed., PA: Lippincott-Raven, Philadelphia, 1996, pp. 337-345
- Watkins, P. (2005). The efficacy of treatment: therapy or therapist. (2005). *Clinical Medicine, 5*(4), 309-310.

- Weckowicz, T.E., Muir, W., & Copley, A.J. (1967). A factor analysis of the Beck Inventory of Depression. *Journal of Clinical Psychology, 46*, 23-28.
- Weissman – Fogel, I., Sprecher, E., & Pud, D. (2008). Effects of catastrophizing on pain perception and pain modulation. *Exp Brain Research, 186*, 79-85.
- Welch, G., Hall., & Walkey, F. (1990). The replicable dimensions of the Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology, 46*, 817-827.
- Werner, A., & Malerud, K. (2003). It is hard work behaving as a credible patient: Encounters between women with chronic pain and their doctors. *Social Science and Medicine, 57*, 1409-1419.
- Wesselmann, U. (2008, September). Chronic pelvic and urogenital pain syndromes. *Pain Clinical Updates, XV1(6)*, 1-4.
- Williams, A. C., & Richardson, P.H. (1993). What does the BDI measure in chronic pain?, *Pain, 55*, 259-266.
- Wittink, H. M., Carr, D. B. (2008). *Pain Management: Evidence, Outcomes, and Quality of Life*. Toronto. Elsevier.
- Wolfaardt, U. B., Reddon, J. R., & Joyce, A. S. (2005). Assessing the efficacy of antidepressants: the transactional paradigm. *Medical Hypotheses, 64(6)*, 1229-1236.

- Wood-Dauphinee, S., Gauthier, L., Gandek, B., Magnan, L. & Pierre, U. (1997). Reading a US measure of health status, the SF-36, for use in Canada. *Clinical Investigative Medicine*, 20(4), 224-238.
- Wood, G. J., & Zadeh, H. H. (1999). Potential adjunctive applications of hypnosis in the management of periodontal diseases. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 41(3), 212-225
- Wright, B., & Drummond, P.D. (1999). Rapid induction analgesia for the alleviation of procedural pain during burn care. *Burns*, 26, 275-282.
- Yin, P., & Fan, X., (2000). Assessing the Reliability of Beck Depression Inventory Scores: Reliability Generalization across Studies. *Educational and Psychological Measurement*, 60(2), 201-223.
- Young, J. E., Klosko, J., & Weisharr, M. (2003). *Schema therapy*. New York: Guilford Press.
- Zarren, I. Z., Eimer, B. N. (2002). *Brief Cognitive Hypnosis: Facilitation the Change of Dysfunctional Behavior*. New York. Springer Publishing Company.
- Zeidan, F., Johnson, S. K., Gordon, N. S., & Goolkasian, P. (2010). Effect of brief and sham mindfulness meditation on mood and cardiovascular variables. *Journal of Alternative & Complimentary Medicine*, 16(8), 867-873.
- Zelter, L., & LeBarron, S. (1982). Hypnosis and nonhypnotic techniques for reduction of pain and anxiety during painful procedures in children and adolescents with cancer. *Journal of Pediatric*, 101, 1032-1035.

Zheng, Y., Wei, L., Gao, L., Zhang, G., & Wong, C. (1988). Applicability of the Chinese Beck Depression Inventory. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 484-489.

APPENDICE A



ENDOMÉTRIOSE

Si vous souffrez d'endométriose, nous pouvons vous aider.
Au **CHUM**, une étude est en cours sur les traitements
psychologiques de la douleur reliée à l'endométriose.

Les critères d'éligibilité sont:

- Douleurs depuis plus de 6 mois
- Diagnostic d'endométriose fait par laparoscopie
 - Etre âgée de 18 ans et plus

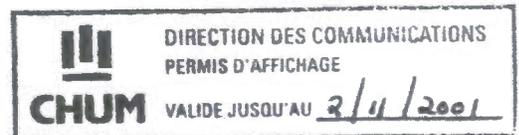
Veillez communiquer avec Rachel Marquis au:

(514) 890-8000 poste 14331

ou

(514) 288-0408

ENDOMÉTRIOSE
Rachel Marquis
(514) 288-0408
(514) 890-8000 poste 14331



APPENDICE B

Protocole cognitif-behavioral

1. Accueil de la participante
2. Information sur l'étude, réponse aux questions concernant les traitements et l'approche cognitive-behaviorale
3. Explication du traitement (5 phases)
4. Installation de la participante dans le fauteuil de relaxation
5. Application du traitement
 - 5.1.1 Psycho-éducation
 - 5.1.2 Définition du comportement humain selon l'approche cognitive-behaviorale
 - 5.1.3 Définition de la douleur
 - 5.1.4 Influence des concomitants de la douleur
 - 5.1.5 Définition du modèle de Boureau : SÉPIA (Situation, Réaction et Conséquences)
 - 5.1.6 Influence des schèmes cognitifs négatifs
 - 5.1.7 Influence des croyances, attitudes, attentes
 - 5.1.8 Possibilité de gains secondaires
6. Restructuration du vocabulaire
7. Identification des habiletés ou stratégies personnelles
8. Identifications des stratégies comportementales
9. Complétion des questionnaires de la douleur, dépression, stress et anxiété
10. Recommandation : faire relaxation le plus souvent possible
11. Tenir un journal quotidien de la douleur (Auto-Observation)
12. Bibliothérapie

APPENDICE C

Protocole hypnose

Session 1

1. Accueil de la participante
2. Explication du traitement hypnotique
3. Réponses aux questions
4. Installation de la participante au fauteuil
5. Traitement hypnotique en 5 phases
 - 5.1 Induction
 - 5.2 Approfondissement de l'induction par la relaxation (voyage imaginaire et utilisation du somato-sensoriel)
 - 5.3 Suggestions hypnotiques (écran de Spiegel divisé en deux)
 - 5.4 Suggestions pour renforcement de l'égo
 - 5.5 Suggestions post-hypnotiques
 - 5.6 Sortie de l'état hypnotique (compte à rebours de 20 à 0)
 - 5.7 Identifier signes physiologiques (lacrimation, sudation, température mains et visage)
 - 5.8 Testing des réflexes et retour à la réalité de la pièce
6. Recommandations pour l'écoute de la cassette
7. Rendez-vous donné pour le booster

Session 2 Consolidation du traitement ou « Booster »

1. Même installation
2. Refaire séance hypnose
3. Rajouter les stratégies pour diminuer la douleur en ajout à celles données lors de la première séance
4. Suivre même protocole
5. Passation questionnaires douleur, dépression, stress et anxiété;
6. Donner le dernier rendez-vous six semaines plus tard

APPENDICE D

Protocole Attention du thérapeute

1. Accueil de la participante
2. Expliquer à la patiente le principe de randomisation aléatoire
3. Répondre aux questions
4. Informer du temps de la rencontre
5. Discussion libre
6. A la fin de la rencontre, donner le rendez-vous pour la prochaine rencontre
7. Informer la participante du choix d'un traitement à la fin de sa participation à l'étude
8. Explication des traitements hypnose et cognitif-behavioral
9. Complétion des questionnaires douleur, dépression, anxiété et stress

APPENDICE E

INTENSITÉ DE LA DOULEUR

Nom : _____ Date : _____

Imaginez que la ligne suivante représente un thermomètre qui, plutôt que de mesurer la température du corps, sert à mesurer des intensités grandissantes de douleur. Ainsi, nous avons à l'extrémité gauche « aucune douleur » puis l'intensité de la sensation augmente et augmente, comme sur un thermomètre, pour atteindre un degré ou une intensité correspondant à une « sensation insupportable ».

Faites un trait vertical sur cette ligne au point correspondant à l'intensité de cette douleur lorsque celle-ci était **à son plus fort.**

Aucune douleur |-----| Douleur insupportable

Sur le même type d'échelle, veuillez maintenant indiquer le niveau d'intensité de votre douleur lorsqu'elle est **à son niveau habituel.**

Aucune douleur |-----| Douleur insupportable

Sur le même type d'échelle, veuillez maintenant indiquer le niveau d'intensité de votre douleur **actuellement.**

Aucune douleur |-----| Douleur insupportable

APPENDICE F

INTENSITÉ DE LA DOULEUR

Nom : _____

Date : _____

Voici vingt (20) catégories de mots qui servent à décrire tout genre de douleur. Certains de ces mots peuvent correspondre à la douleur que vous ressentez présentement ou que vous avez ressentie la dernière fois qu'elle s'est produite. Lisez chacune des catégories (une à la fois) et encerclez le mot qui décrit le mieux la douleur. Encercler un seul mot par catégorie. Cependant, vous n'êtes pas obligé de choisir un mot dans chacune des catégories. En général, la douleur que vous ressentez ou avez ressentie la dernière fois était comme :

1	Frémissement Pulsation Palpitation Battement Martèlement Cognement	11	Fatigante Épuisante
2	Élançante En éclair Lancinante	12	Écoeurante Suffocante
3	Fourmillante Perçante Perforante En poignard	13	Inquiétante Angoissante Terrifiante
4	Coupante Tranchante Lacérante	14	Éprouvante Pénible Cruelle Inhumaine Tuante
5	Pincement Pression Crampe Rongement Écrasement	15	Déprimante Anéantissante
6	Tiraillement Traction Torsion	16	Ennuyante Contrariante Affligeante Harassante Insupportable
7	Chaleur Cuisson Brûlure, eau bouillante Brûlure, fer chaud	17	Diffusante Irradiante Pénétrante Transperçante
8	Picotement Démangeaison Irritation Inflammation	18	Engourdisante Serrement Étirement Déchirement
9	Sourde Diffuse Localisés Clair Vive	19	Froid Gel Congélation
10	Sensibilité Raidissement Éraflément Fissuration	20	Énervante Décourageante Affreuse Épouvantable Torturante

APPENDICE G

IMPACT OU EFFETS SUR LA DOULEUR

1. Répondez par oui ou non, cochez une réponse. Votre douleur vous cause-t-elle des :

- | | | |
|--------------------|---------------|---------------|
| a) Nausées | 0 = oui _____ | 1 = non _____ |
| b) Maux de tête | 0 = oui _____ | 1 = non _____ |
| c) Étourdissements | 0 = oui _____ | 1 = non _____ |
| d) Vertiges | 0 = oui _____ | 1 = non _____ |
| e) Constipation | 0 = oui _____ | 1 = non _____ |
| f) Diarrhée | 0 = oui _____ | 1 = non _____ |
| g) Chaleurs | 0 = oui _____ | 1 = non _____ |

2. Selon une échelle de 0 à 4 où :

- 0 = pas du tout
- 1 = un peu
- 2 = modérément
- 3 = beaucoup
- 4 = extrêmement

Dans quelle mesure diriez-vous que la douleur nuit ou affecte votre :

- | | |
|------------------------|---------|
| a) sommeil | : _____ |
| b) appétit | : _____ |
| c) loisirs/sports | : _____ |
| d) travail/études | : _____ |
| e) activités sociales | : _____ |
| f) concentration | : _____ |
| g) activités sexuelles | : _____ |
| h) déplacements | : _____ |
| i) tâches à la maison | : _____ |

3. En ce qui a trait au travail, votre douleur vous cause-t-elle encore des changements ?

- | | | |
|--------------------------------|-----------|---------|
| a) nombre d'heures de travail | : 0 = oui | 1 = non |
| b) du type de travail | : 0 = oui | 1 = non |
| c) efficacité au travail | : 0 = oui | 1 = non |
| d) je suis en arrêt de travail | : 0 = oui | 1 = non |

APPENDICE H

Nom : _____
 Date : _____
 Âge : _____

INVENTAIRE DE BECK

Ceci est un questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes :

- 1) Lisez attentivement toutes les phrases ;**
- 2) Placez un « X » dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez dans le moment présent.**

1. Je ne me sens pas triste.
 Je me sens morose ou triste.
 Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb.
 Je suis tellement triste ou malheureux (se) que cela me fait mal.
 Je suis tellement triste ou malheureux (se) que je ne peux plus le supporter.

2. Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(é) à propos du futur.
 Je me sens découragé(e) à propos du futur.
 Je sens que je n'ai rien à attendre du futur.
 Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés.
 Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.

3. Je ne sens pas que je suis un échec.
 Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens.
 Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque.
 Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs.
 Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).

4. Je ne suis pas particulièrement mécontent(e).
 Je me sens « tanné(e) » la plupart du temps.
 Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant.
 Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit.
 Je suis mécontent(e) de tout.

5. Je ne me sens pas particulièrement coupable.
 Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne.
 Je me sens plutôt coupable.
 Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps.
 Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.

- 1) Lisez attentivement toutes les phrases ;**
2) Placez un «X» dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez dans le moment présent.

6. Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).
 J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver.
 Je sens que je suis ou serai puni(e).
 Je sens que je mérite d'être puni(e).
 Je veux être puni(e).
7. Je ne me sens pas déçue de moi-même.
 Je suis déçu(e) de moi-même.
 Je ne m'aime pas.
 Je suis dégoûté(e) de moi-même.
 Je me hais.
8. Je ne sens pas que je suis pire que les autres.
 Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs.
 Je me blâme pour mes fautes.
 Je me blâme pour tout ce qui arrive de mal.
9. Je n'ai aucune idée de me faire du mal.
 J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution.
 Je sens que je serais mieux mort(e).
 Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e).
 J'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire.
 Je me tuerais si je le pouvais.
10. Je ne pleure pas plus que d'habitude.
 Je pleure plus maintenant qu'auparavant.
 Je pleure tout le temps, maintenant, je ne peux pas m'arrêter.
 Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.
11. Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude.
 Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire.
 Je me sens irrité(e) tout le temps.
 Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.
12. Je n'ai pas perdu intérêt aux autres.
 Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant.
 J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux.
 J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.
13. Je prends des décisions aussi bien que jamais.
 J'essaie de remettre à plus tard mes décisions.
 J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions.
 Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.

- 1) Lisez attentivement toutes les phrases ;**
2) Placez un «X» dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez dans le moment présent.

14. () Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant.
 () Je m'inquiète de paraître vieux (vieille) et sans attrait.
 () Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait.
 () Je me sens laid(e) et répugnant(e).
15. () Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant.
 () J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose.
 () Je ne travaille pas aussi bien qu'avant.
 () J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit.
 () Je ne peux faire aucun travail.
16. () Je peux dormir aussi bien que d'habitude.
 () Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude.
 () Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir.
 () Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures.
17. () Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
 () Je me fatigue plus facilement qu'avant.
 () Je me fatigue à faire quoi que ce soit.
 () Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.
18. () Mon appétit est aussi bon que d'habitude.
 () Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.
 () Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.
 () Je n'ai plus d'appétit du tout.
19. () Je n'ai pas perdu ou gagné beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu ou gagné) dernièrement.
 () J'ai perdu ou gagné plus de 5 livres.
 () J'ai perdu ou gagné plus de 10 livres
 () J'ai perdu ou gagné plus de 15 livres.
20. () Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude.
 () Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation.
 () Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose.
 () Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.
21. () Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
 () Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant.
 () Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant.
 () J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.

APPENDICE I

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION PERSONNELLE

ASTA

Adaptation française du questionnaire STAI (Spielberger, Gorsuch et Lushene, 1970)
Jacques Bergeron et Michel Landry

Nom : _____ Date : _____

CONSIGNE : Voici un certain nombre d'énoncés que les gens ont l'habitude d'utiliser pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis encerclez le chiffre approprié à droite de l'exposé pour indiquer comment vous vous sentez présentement, c'est-à-dire à ce moment précis. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop sur chaque énoncé mais donnez la réponse qui vous semble d'écrire le mieux les sentiments que vous éprouvez en ce moment.

		Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
1.	Je me sens calme.....	1	2	3	4
2.	Je me sens en sécurité.....	1	2	3	4
3.	Je suis tendu.....	1	2	3	4
4.	Je suis triste.....	1	2	3	4
5.	Je me sens tranquille.....	1	2	3	4
6.	Je me sens bouleversé.....	1	2	3	4
7.	Je suis préoccupé actuellement par des contrariétés possibles...	1	2	3	4
8.	Je me sens reposé.....	1	2	3	4
9.	Je me sens anxieux.....	1	2	3	4
10.	Je me sens à l'aise.....	1	2	3	4
11.	Je me sens sûr de moi.....	1	2	3	4
12.	Je me sens nerveux.....	1	2	3	4
13.	Je suis affolé.....	1	2	3	4
14.	Je me sens sur le point d'éclater.....	1	2	3	4
15.	Je suis relaxé.....	1	2	3	4
16.	Je me sens heureux.....	1	2	3	4
17.	Je suis préoccupé.....	1	2	3	4
18.	Je me sens surexcité et fébrile.....	1	2	3	4
19.	Je me sens joyeux.....	1	2	3	4
20.	Je me sens bien.....	1	2	3	4

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION PERSONNELLE

ASTA

Adaptation française du questionnaire STAI (Spielberger, Gorsuch et Lushene, 1970)
Jacques Bergeron et Michel Landry

CONSIGNE : Voici un certain nombre d'énoncés que les gens ont l'habitude d'utiliser pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis encerclez le chiffre approprié à droite de l'exposé pour indiquer comment vous vous sentez en général. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop sur chaque énoncé mais donnez la réponse qui vous semble d'écrire le mieux les sentiments que vous éprouvez de façon général.

		Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
21.	Je me sens bien.....	1	2	3	4
22.	Je me fatigue rapidement.....	1	2	3	4
23.	Je me sens au bord des larmes.....	1	2	3	4
24.	Je souhaiterais être aussi heureux que les autres semblent l'être.....	1	2	3	4
25.	Je perds de belles occasions parce que je n'arrive pas à me décider assez rapidement.....	1	2	3	4
26.	Je me sens reposé.....	1	2	3	4
27.	Je suis calme, tranquille et en paix.....	1	2	3	4
28.	Je sens que les difficultés s'accumulent au point que je ne peux pas en venir à bout.....	1	2	3	4
29.	Je m'en fais trop pour des choses qui n'en valent pas vraiment la peine.....	1	2	3	4
30.	Je suis heureux.....	1	2	3	4
31.	Je suis porté à prendre mal les choses.....	1	2	3	4
32.	Je manque de confiance en moi.....	1	2	3	4
33.	Je me sens en sécurité.....	1	2	3	4
34.	J'essaie d'éviter de faire face à une crise ou une difficulté.....	1	2	3	4
35.	Je me sens mélancolique.....	1	2	3	4
36.	Je suis content.....	1	2	3	4
37.	Des idées sans importance me passent par la tête et me tracassent.....	1	2	3	4
38.	Je prends les désappointements tellement à cœur que je n'arrive pas à me les sortir de la tête.....	1	2	3	4
39.	Je suis une personne stable.....	1	2	3	4
40.	Je deviens tendu et bouleversé quand je songe à mes préoccupations actuelles.....	1	2	3	4

APPENDICE J

Questionnaire sur le stress

Nom : _____

Âge : _____

Date : _____

Après chaque item, ENCERCLEZ le chiffre de 1 à 8 indiquant jusqu'à quel degré l'item décrit dernièrement, c'est-à-dire depuis les 4 ou 5 derniers jours.

Les chiffres de 1 à 8 signifient :

1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout	Pas vraiment	Très peu	Un peu	Plutôt oui	Passablement	Beaucoup	Énormément

DERNIÈREMENT, C'EST-À-DIRE EN PASSANT AUX 4 OU 5 DERNIERS JOURS :

- Je me sens tendu(e) ou crispé(e) 1 2 3 4 5 6 7 8
- Je me sens la gorge serrée ou j'ai la bouche sèche 1 2 3 4 5 6 7 8
- Je me sens pressé(e) par le temps, coincé(e) par le temps, je manque de temps 1 2 3 4 5 6 7 8
- J'ai tendance à sauter des repas ou à oublier de manger 1 2 3 4 5 6 7 8
- Je ressasse les mêmes idées, rumine, jongle, j'ai les mêmes pensées à répétition, la tête pleine 1 2 3 4 5 6 7 8
- Je me sens seul(e), isolé(e), incompris(e) 1 2 3 4 5 6 7 8
- J'ai des douleurs physiques : mal de dos, mal à la tête, mal dans la nuque, mal au ventre 1 2 3 4 5 6 7 8
- Je suis préoccupé(e), tourmenté(e) ou tracassé(e) 1 2 3 4 5 6 7 8
- J'ai des variations de température corporelle subites (très froid ou très chaud) 1 2 3 4 5 6 7 8
- J'oublie des rendez-vous, des objets ou des affaires à faire 1 2 3 4 5 6 7 8
- Je pleure 1 2 3 4 5 6 7 8
- Je suis fatigué(e) 1 2 3 4 5 6 7 8

Après chaque item, ENCERCLEZ le chiffre de 1 à 8 indiquant jusqu'à quel degré l'item décrit dernièrement, c'est-à-dire depuis les 4 ou 5 derniers jours.

Les chiffres de 1 à 8 signifient :

1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout	Pas vraiment	Très peu	Un peu	Plutôt oui	Passa- blement	Beaucoup	Énormément

DERNIÈREMENT, C'EST-À-DIRE EN PASSANT AUX 4 OU 5 DERNIERS JOURS :

13.	J'ai les mâchoires serrées	1	2	3	4	5	6	7	8
14.	Je suis calme	1	2	3	4	5	6	7	8
15.	Je pousse de longs soupirs, ou je reprends tout à coup ma respiration	1	2	3	4	5	6	7	8
16.	J'ai la diarrhée ou des crampes intestinales ou constipé(e)	1	2	3	4	5	6	7	8
17.	Je suis anxieux(se), inquiet(e) ou angoissé(e)	1	2	3	4	5	6	7	8
18.	Je sursaute (fait des sauts)	1	2	3	4	5	6	7	8
19.	Je prends plus d'une demi-heure à m'endormir	1	2	3	4	5	6	7	8
20.	Je suis confus(e), je n'ai pas les idées claires, je manque d'attention et de concentration	1	2	3	4	5	6	7	8
21.	J'ai les traits tirés ou les yeux cernés	1	2	3	4	5	6	7	8
22.	Je me sens « beaucoup de pression sur les épaules »	1	2	3	4	5	6	7	8
23.	Je suis fébrile, j'ai toujours le goût de bouger, je ne tiens pas en place, je suis énervé(e)	1	2	3	4	5	6	7	8
24.	Je contrôle mal mes réactions, mes humeurs, mes gestes	1	2	3	4	5	6	7	8
25.	Je suis stressé(e)	1	2	3	4	5	6	7	8

APPENDICE K

Ce questionnaire s'intéresse à votre perception de votre vie de couple. Il s'agit donc de votre opinion personnelle. Ne soyez pas préoccupé de ce que peut ou pourrait répondre votre partenaire. Pour chaque question, indiquez votre réponse en inscrivant un seul 'X' dans la case appropriée. Assurez-vous de répondre à toutes les questions.

La plupart des gens rencontrent des problèmes dans leurs relations. Indiquez dans quelle mesure vous et votre partenaire êtes en accord ou en désaccord sur chacun des points suivants:

	1 Toujours en accord	2 Presque toujours en accord	3 Parfois en désaccord	4 Souvent en désaccord	5 Presque toujours en désaccord	6 Toujours en désaccord
1. Le budget familial	—	—	—	—	—	—
2. Le domaine des sports et des récréations	—	—	—	—	—	—
3. Les questions religieuses	—	—	—	—	—	—
4. Les manifestations d'affection	—	—	—	—	—	—
5. Les amis	—	—	—	—	—	—
6. Les relations sexuelles	—	—	—	—	—	—
7. Les conventions sociales (se comporter de façon correcte et appropriée)	—	—	—	—	—	—
8. La façon de voir la vie	—	—	—	—	—	—
9. Les relations avec les parents et les beaux-parents	—	—	—	—	—	—
10. Les buts, objectifs et choses jugées importantes	—	—	—	—	—	—
11. La quantité de temps passé ensemble	—	—	—	—	—	—
12. La manière de prendre des décisions importantes	—	—	—	—	—	—
13. Les tâches à faire à la maison	—	—	—	—	—	—

	1 Toujours en accord	2 Presque toujours en accord	3 Parfois en désaccord	4 Souvent en désaccord	5 Presque toujours en désaccord	6 Toujours en désaccord
14. Les intérêts de loisirs et les activités de détente	—	—	—	—	—	—
15. Les décisions concernant le travail	—	—	—	—	—	—

	1 Toujours	2 La plupart du temps	3 Plus souvent	4 Occasion- nellement	5 Rarement	6 Jamais
16. Est-ce qu'il vous arrive souvent ou est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'envisager un divorce, une séparation ou de mettre fin à votre relation actuelle?	—	—	—	—	—	—
17. Combien de fois arrive-t-il, à vous ou à votre partenaire, de quitter la maison après une chicane de ménage?	—	—	—	—	—	—
18. De façon générale, pouvez-vous dire que les choses vont bien entre vous et votre partenaire?	—	—	—	—	—	—
19. Vous confiez-vous à votre partenaire?	—	—	—	—	—	—
20. Avez-vous déjà regretté de vous être mariés (ou de vivre ensemble)?	—	—	—	—	—	—
21. Combien de fois vous arrive-t-il de vous disputer avec votre partenaire?	—	—	—	—	—	—

	1 A chaque jour	2 Presque chaque jour	3 A L'occasion	4 Rarement	5 Jamais
22. Combien de fois vous arrive-t-il vous et votre partenaire, de vous taper sur les nerfs?	—	—	—	—	—
23. Embrassez-vous votre partenaire?	—	—	—	—	—
	1 Dans tout	2 Dans la majorité	3 Dans quelque- uns	4 Dans très peu	5 Dans aucun
24. Partagez-vous ensemble des intérêts extérieurs à la maison?	—	—	—	—	—

D'après vous, combien de fois les événements suivants se produisent-ils?

	1 Jamais	2 Moins qu'une fois par mois	3 Une ou deux fois par mois	4 Une ou deux fois par semaine	5 Une fois par jour	6 Plus souvent
25. Avoir un échange d'idées stimulant entre vous deux?	—	—	—	—	—	—
26. Rire ensemble	—	—	—	—	—	—
27. Discuter calmement	—	—	—	—	—	—
28. Travailler ensemble sur quelque chose	—	—	—	—	—	—

Les couples ne sont pas toujours d'accord. Indiquez si les situations suivantes ont provoqué des différences d'opinion ou des problèmes dans votre relation au cours des dernières semaines. (Cochez oui ou non).

1 2
Oui Non

29. ___ Être trop fatigué(e) pour avoir des relations sexuelles

30. ___ Ne pas manifester son amour

31. Les cases sur la ligne suivante correspondent à différents degrés de bonheur dans votre relation. La case centrale "heureux" correspond au degré de bonheur retrouvé dans la plupart des relations. Cochez la case qui correspond le mieux au degré de bonheur de votre couple.

___	___	___	___	___	___	___
Extrêmement malheureux	Passablement malheureux	Un peu malheureux	Heureux	Très heureux	Extrêmement heureux	Parfaitement heureux
1	2	3	4	5	6	7

32. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux ce que vous ressentez face à l'avenir de votre relation (Cochez une seule réponse).

1. ___ Je désire désespérément que ma relation réussisse et je ferais n'importe quoi pour que ça arrive.
2. ___ Je désire énormément que ma relation réussisse et je ferais tout ce qui est en mon pouvoir pour que cela se réalise.
3. ___ Je désire énormément que ma relation réussisse et je vais faire ma juste part pour que ça se réalise.
4. ___ Ce sera bien si ma relation réussissait mais je ne peux pas faire beaucoup plus que ce que je fais maintenant pour y arriver.
5. ___ Ce serait bien si cela réussissait mais je refuse de faire davantage que ce que je fais maintenant pour maintenir cette relation.
6. ___ Ma relation ne pourra jamais réussir et je ne peux rien faire de plus pour la maintenir

APPENDICE L

QUESTIONNAIRE SUR L'ÉTAT DE SANTÉ SF-36

DIRECTIVES : Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la percevez. Vos réponses permettront de suivre l'évolution de votre état de santé et de savoir dans quelle mesure vous pouvez accomplir vos activités quotidiennes.

Répondez à toutes les questions en suivant les indications qui vous sont données. En cas de doute, répondez de votre mieux.

1. En général, diriez-vous que votre santé est:

(encerclez une seule réponse)

- Excellente 1
Très bonne 2
Bonne 3
Passable 4
Mauvaise 5

2. Par comparaison à l'an dernier, comment évaluez-vous, en général, votre santé à l'heure actuelle?

(encerclez une seule réponse)

- Bien meilleure que l'an dernier 1
Un peu meilleure que l'an dernier 2
À peu près la même que l'an dernier 3
Un peu moins bonne que l'an dernier 4
Bien moins bonne que l'an dernier 5

3. Les questions suivantes portent sur les activités que vous êtes appelé(e) à faire au cours d'une journée normale. Votre état de santé actuel vous limite-t-il dans ces activités? Si oui, dans quelle mesure?

(encerclez un seul chiffre sur chaque ligne)

ACTIVITÉS	Oui, beau- coup	Oui, un peu	Non, pas du tout
a. Activités exigeant beaucoup d'efforts comme courir, lever des objets lourds, pratiquer des sports	1	2	3
b. Activités modérées comme déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux quilles ou au golf	1	2	3
c. Lever et transporter des sacs d'épicerie	1	2	3
d. Monter plusieurs étages par escalier	1	2	3
e. Monter un seul étage par escalier	1	2	3
f. Vous pencher, vous agenouiller ou vous accroupir	1	2	3
g. Faire plus d'un kilomètre à pied	1	2	3
h. Faire plusieurs coins de rue à pied	1	2	3
i. Faire un coin de rue à pied	1	2	3
j. Prendre un bain ou vous habiller	1	2	3

4. Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous eu les difficultés suivantes au travail ou dans vos autres activités quotidiennes à cause de votre état de santé physique?

(encerclez un seul chiffre sur chaque ligne)

	OUI	NON
a. Avez-vous dû consacrer moins de temps à votre travail ou à d'autres activités?	1	2
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous l'auriez voulu?	1	2
c. Avez-vous été limité dans la nature de vos tâches ou de vos autres activités?	1	2
d. Avez-vous eu du mal à accomplir votre travail ou vos autres activités (par exemple vous a-t-il fallu fournir un effort supplémentaire)?	1	2

5. Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous eu les difficultés suivantes au travail ou dans vos autres activités quotidiennes à cause de problèmes émotifs (comme le fait de vous sentir déprimé(e) ou anxieux(se))?

(encerclez un seul chiffre sur chaque ligne)

	OUI	NON
a. Avez-vous dû consacrer moins de temps à votre travail ou à d'autres activités?	1	2
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous l'auriez voulu?	1	2
c. Vous n'avez pas fait votre travail ou vos autres activités avec autant de soin qu'à l'habitude?	1	2

6. Au cours des quatre dernières semaines, dans quelle mesure vos problèmes physiques ou émotifs ont-ils nui à vos activités sociales habituelles avec votre famille, vos amis, vos voisins ou autres groupes?

(encerclez une seule réponse)

Pas du tout	1
Un peu	2
Assez	3
Beaucoup	4
Enormément	5

7. Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous éprouvé des douleurs physiques?

(encerclez une seule réponse)

Aucune douleur	1
Douleurs très légères	2
Douleurs légères	3
Douleurs moyennes	4
Douleurs intenses	5
Douleurs très intenses	6

3. Au cours des quatre dernières semaines, dans quelle mesure la douleur a-t-elle nui à vos activités habituelles (au travail comme à la maison)?

(encerclez une seule réponse)

- Pas du tout 1
- Un peu 2
- Assez 3
- Beaucoup* 4
- Enormément 5

9. Au cours des quatre dernières semaines, pour chacune des questions suivantes, veuillez donner la réponse qui s'approche le plus de la façon dont vous vous êtes senti(e). Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois:

(encerclez un seul chiffre par ligne)

	Tout le temps	La plupart du temps	Souvent	Quelque-fois	Rarement	Jamais
a. Vous êtes-vous senti(e) plein(e) d'entrain?	1	2	3	4	5	6
b. Avez-vous été très nerveux(se)?	1	2	3	4	5	6
c. Vous êtes-vous senti(e) si déprimé(e) que rien ne parvenait à vous remonter le moral	1	2	3	4	5	6
d. Vous êtes-vous senti(e) calme et serein(e)?	1	2	3	4	5	6
e. Avez-vous eu beaucoup d'énergie?	1	2	3	4	5	6
f. Vous êtes-vous senti(e) triste et abattu(e)?	1	2	3	4	5	6
g. Vous êtes-vous senti(e) épuisé(e)?	1	2	3	4	5	6
h. Vous êtes-vous senti(e) heureux(se)?	1	2	3	4	5	6
i. Vous êtes-vous senti(e) fatigué(e)?	1	2	3	4	5	6

10. Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois vos problèmes physiques ou émotifs ont-ils nui à vos activités sociales (comme visiter des amis, des parents, etc.)?

(encerclez une seule réponse)

- Tout le temps 1
 La plupart du temps 2
 Parfois 3
 Rarement 4
 Jamais 5

11. Dans quelle mesure chacun des énoncés suivants est-il VRAI ou FAUX dans votre cas?

(encerclez un seul chiffre par ligne)

	Tout à fait vrai	Plutôt vrai	Ne sais pas	Plutôt faux	Tout à fait faux
a. Il me semble que je tombe malade un peu plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
b. Je suis en aussi bonne santé que ceux et celles que je connais	1	2	3	4	5
c. Je m'attends à ce que ma santé se détériore	1	2	3	4	5
d. Ma santé est excellente	1	2	3	4	5

APPENDICE M

HARVARD GROUP SCALE OF HYPNOTIC SUSCEPTIBILITY: FORM A

Échelle collective de susceptibilité hypnotique de Harvard

Cette échelle est une épreuve standardisée dont le but est de mesurer le niveau de susceptibilité à l'hypnose. Il se peut, toutefois, que la susceptibilité à l'hypnose d'une personne puisse changer avec le temps et suivant les circonstances. Une personne qui semble relativement non-suggestible en ce moment et suivant cette procédure standardisée ne le sera pas nécessairement à un autre moment et suivant des circonstances différentes.

VEUILLEZ, S.V.P. REMPLIR LES INFORMATIONS DEMANDÉES CI-DESSOUS

Nom : _____ Date : _____

Âge : _____ Sexe : _____ École : _____ Classe : _____

Occupation : _____

Adresse actuelle : _____

Code postal : _____ Tel : _____

Adresse permanente : _____

_____ Tel : _____

Avez-vous déjà été hypnotisé (e)? OUI _____ NON _____

Si OUI, veuillez mentionner les circonstances et décrire ce que vous avez ressenti. Soyez bref.

Veillez, s.v.p. écrire brièvement, dans vos propres mots, la liste des choses qui se sont produites depuis que vous avez commencé à regarder la cible. Il n'est pas nécessaire de mentionner les détails. Nous vous accordons trois minutes, pas plus, pour écrire votre réponse.

S.V.P. NE PAS TOURNER CETTE PAGE avant que l'examineur ne vous permette spécifiquement de le faire.

Sur cette page, veuillez écrire la liste de toutes les autres choses dont vous vous souvenez maintenant et que vous aviez oubliées auparavant. Il n'est pas nécessaire de mentionner les détails. Nous vous accordons deux minutes, pas plus, pour écrire votre réponse.

S.V.P. NE PAS TOURNER CETTE PAGE avant que l'examineur ne vous permette spécifiquement de le faire.

APPENDICE N

ÉCHELLE D'ABSORPTION

Dans le livret vous trouverez une série d'énoncés qu'une personne peut utiliser pour décrire ses caractéristiques. Chaque énoncé est suivi par deux choix: Vrai ou Faux. Lisez l'énoncé et décidez du choix qui vous décrit le mieux. Encerclez alors votre réponse sur la feuille de réponses.

Veillez répondre à tous les énoncés, s'il-vous-plaît, même si vous n'êtes pas complètement sûr de la réponse. Lisez chaque énoncé soigneusement mais ne passez pas trop de temps à décider de la réponse.

En marquant vos réponses sur la feuille de réponses, assurez-vous que le chiffre de l'énoncé dans le livret est le même que celui marqué sur la feuille de réponses.

-
1. Il m'arrive parfois de ressentir et d'expérimenter des choses comme lorsque j'étais enfant.
 2. Je peux être extrêmement ému par un langage éloquent ou poétique.
 3. Lorsque je regarde un film, une émission de télévision, une pièce de théâtre, il peut m'arriver de devenir tellement impliqué que j'oublie tout de moi et ce qui m'entoure, et je ressens l'histoire comme si elle était réelle et que j'en faisais partie.
 4. Si je contemple une image, puis en détourne mon regard, je peux parfois la "voir" mentalement, presque comme si j'étais encore en train de la regarder.
 5. J'ai parfois l'impression que mon esprit pourrait englober le monde entier.
 6. J'aime surveiller la façon dont les nuages changent de forme dans le ciel.
 7. Lorsque je suis éveillé, je peux, si je le désire, imaginer ou rêver à des choses de façon tellement vivante qu'elles captent mon attention comme le ferait un bon film ou une bonne histoire.
 8. Je pense que je sais réellement ce que veulent dire certaines personnes lorsqu'elles parlent d'expériences mystiques.
 9. Il m'arrive parfois de "sortir" de mon état de conscience habituel et ressentir une façon d'être totalement différente.
 10. Des textures telles que le bois, le sable, la laine, etc... me font penser quelquefois à des couleurs ou de la musique.
 11. Je ressens parfois les choses comme si elles étaient deux fois plus réelles que d'habitude.

12. Quand j'écoute de la musique, je peux me sentir tellement absorbé par elle que je ne remarque plus rien autour de moi.
13. Si je le désire, je peux imaginer que mon corps est si lourd que je ne pourrais plus le bouger même si je le désirais.
14. Je peux souvent sentir en quelque sorte la présence d'une autre personne avant même de la voir ou de l'entendre réellement.
15. Les crépitements et les flammes d'un feu de bois stimulent mon imagination.
16. Il m'est parfois possible d'être complètement "dans" la nature, ou "dans" une oeuvre d'art, et de me sentir comme si tout mon état de conscience avait été en quelque sorte provisoirement transformé.
17. Des couleurs différentes ont pour moi des significations particulières et spéciales.
18. En faisant un travail de routine, je suis capable de me perdre dans mes propres pensées et oublier quasiment la tâche que je suis en train de faire, pour m'apercevoir quelques minutes après que je l'ai terminée.
19. Je peux parfois reconstituer certaines expériences de ma vie passée avec une telle clarté et une telle intensité que j'ai l'impression de les revivre à nouveau ou presque.
20. Des choses qui pourraient sembler insignifiantes pour les autres ont souvent un sens pour moi.
21. En jouant un rôle dans une pièce, je pense que je pourrais réellement ressentir les émotions du personnage et "devenir" de personnage pour le temps de la représentation, m'oubliant moi-même et oubliant l'auditoire.
22. Il arrive souvent que mes pensées ne se présentent pas sous forme de mots mais d'images visuelles.
23. Je prends souvent grand plaisir à des petites choses (comme des bulles de savon ou l'étoile à cinq branches au coeur d'une pomme coupée en deux par le milieu).
24. En écoutant de la musique d'orgue ou quelque autre forme puissante de musique, je peux parfois me sentir comme soulevé dans les airs.
25. Quelquefois rien que par la façon dont je l'écoute, je peux changer un bruit en musique.
26. Quelques-uns de mes souvenirs les plus vivaces sont suscités par des parfums et des odeurs.
27. Certaines oeuvres musicales me rappellent des tableaux ou des configurations mouvantes de couleurs.

28. Je sais souvent ce que quelqu'un va dire avant même qu'il (ou qu'elle) le dise.
30. Le son d'une voix peut être si fascinant pour moi que je ne m'arrêtera pas de l'écouter.
31. Il m'arrive parfois de ressentir en quelque sorte la présence de quelqu'un qui n'est pas là physiquement.
32. Quelquefois des pensées et des images se présentent à moi sans même le plus léger effort de ma part.
33. Je trouve que des odeurs différentes ont des couleurs différentes.
34. Je peux être profondément ému par un coucher de soleil.

APPENDICE O

QUESTIONNAIRE IMAGERIE MENTALE

DIRECTIVES

Le test qui suit a pour but d'évaluer la vivacité de votre imagerie. Les différents items de ce test susciteront certaines images à votre esprit. Vous devrez évaluer la vivacité de chacune de ces images à l'aide de l'échelle d'évaluation qui apparaît au bas de chaque page. Par exemple, si cette image est "floue et imprécise", vous donnerez la note d'évaluation 5. Inscrivez votre note dans la parenthèse qui se trouve au bout de chaque item. N'inscrivez que le chiffre approprié après chaque item. Avant de passer aux items de la page suivante, familiarisez-vous avec les différentes catégories de l'échelle d'évaluation. Tout au cours du test, continuez à vous référer à l'échelle d'évaluation pour juger de la vivacité de chaque image. L'échelle d'évaluation est répétée à chaque page. Veuillez ne pas tourner une page avant d'en avoir complété tous les items et ne pas retourner en arrière pour vérifier les items déjà terminés. Complétez toujours une page avant de passer à la suivante. Autant que possible, essayez de traiter chaque item séparément, sans tenir compte des items précédents.

L'image suscitée par un des items de ce test peut être:

Parfaitement claire et aussi vivante que dans la réalité Évaluation 1
Très claire et dont la vivacité est semblable à la réalité . . . Évaluation 2
Modérément claire et vivante Évaluation 3
Ni claire ni vivante mais reconnaissable Évaluation 4
Floue et imprécise Évaluation 5
Tellement floue et imprécise qu'elle peut à peine être discernée Évaluation 6
Aucune image: vous ne faites que penser à l'objet Évaluation 7

Par exemple, si on vous demandait comment vous visualisez une pomme rouge et que l'image qui vous vient à l'esprit est "modérément claire et vivante", vous vérifieriez à l'échelle d'évaluation et mettriez la note 3 dans la parenthèse, comme ceci:

ITEM

ÉVALUATION

5

Pomme rouge

3

Si vous avez bien compris ces instructions, passez à la page suivante et commencez le test.

ÉCHELLE D'ÉVALUATION

L'image suscitée par un des items de ce test peut être:

- Parfaitement claire et aussi vivante que dans la réalité Évaluation 1
Très claire et dont la vivacité est semblable à la réalité . . . Évaluation 2
Modérément claire et vivante Évaluation 3
Ni claire ni vivante mais reconnaissable Évaluation 4
Floue et imprécise Évaluation 5
Tellement floue et imprécise qu'elle peut à peine être discernée Évaluation 6
Aucune image: vous ne faites que penser à l'objet Évaluation 7
-

Pensez à un parent ou à un ami que vous voyez souvent, et concentrez-vous sur l'image visuelle que vous avez de cette personne. Évaluer l'image suscitée par chacun des items suivants en vous basant sur le degré de clarté et de vivacité correspondant à l'échelle d'évaluation.

<u>ITEM</u>	<u>ÉVALUATION</u>
1. Le contour exact du visage, de la tête, des épaules et du corps ()
2. Les poses caractéristiques de la tête, les attitudes du corps, etc. ()
3. La démarche exacte, la longueur des pas, etc ()
4. Les différentes couleurs d'un genre de vêtements que cette personne porte souvent ()
5. Le soleil disparaissant à l'horizon ()

Concentrez-vous sur l'item suivant, et évaluez en l'image qui vous vient à l'esprit en vous basant sur le degré de clarté et de vivacité correspondant de l'échelle d'évaluation.

ÉCHELLE D'ÉVALUATION

L'image suscitée par un des items de ce test peut être:

- Parfaitement claire et aussi vivante que dans la réalité Évaluation 1
 - Très claire et dont la vivacité est semblable à la réalité . . . Évaluation 2
 - Modérément claire et vivante Évaluation 3
 - Ni claire ni vivante mais reconnaissable Évaluation 4
 - Floue et imprécise : Évaluation 5
 - Tellement floue et imprécise qu'elle peut à peine être discernée Évaluation 6
 - Aucune image: vous ne faites que penser à l'objet Évaluation 7
-

Pensez à chacun des sons décrits ci-dessous et contentrez-vous sur l'image que chacun suscite à votre esprit, puis évaluez ces images en vous basant sur le degré de clarté et de vivacité correspondant de l'échelle d'évaluation

<u>ITEM</u>	<u>ÉVALUATION</u>
6. Le sifflement d'une locomotive ()
7. Le klaxon d'une automobile ()
8. Le miaulement d'un chat ()
9. Le son de la vapeur qui s'échappe ()
10. Le son des applaudissements ()

ÉCHELLE D'ÉVALUATION

L'image suscitée par un des items de ce test peut être:

- Parfaitement claire et aussi vivante que dans la réalité Évaluation 1
Très claire et dont la vivacité est semblable à la réalité Évaluation 2
Modérément claire et vivante Évaluation 3
Ni claire ni vivante mais reconnaissable Évaluation 4
Floue et imprécise Évaluation 5
Tellement floue et imprécise qu'elle peut à peine être discernée Évaluation 6
Aucune image: vous ne faites que penser à l'objet Évaluation 7
-

Imaginer que vous touchez aux trois premiers items ci-dessous et que vous ressentez l'effet des deux autres, puis évaluez les sensations ressenties par chacun des items, en vous basant sur le degré de clarté et de vivacité correspondant de l'échelle d'évaluation.

<u>ITEM</u>	<u>ÉVALUATION</u>
11. Sable ()
12. Toile ()
13. Fourrure ()
14. Piqûre d'épingle ()
15. Chaleur d'un bain tiède ()

ÉCHELLE D'ÉVALUATION

L'image suscitée par un des items de ce test peut être:

- Parfaitement claire et aussi vivante que dans la réalité Évaluation 1
 - Très claire et dont la vivacité est semblable à la réalité . . . Évaluation 2
 - Modérément claire et vivante Évaluation 3
 - Ni claire ni vivante mais reconnaissable Évaluation 4
 - Floue et imprécise Évaluation 5
 - Tellement floue et imprécise qu'elle peut à peine être discernée Évaluation 6
 - Aucune image: vous ne faites que penser à l'objet Évaluation 7
-

Imaginez que vous exécutez chacun des mouvements suivants et concentrez-vous sur l'effet ressenti dans vos bras, vos jambes, vos lèvres, etc. puis évaluez l'image suscitée par chacun des mouvements en vous basant sur le degré de clarté et de vivacité correspondant de l'échelle d'évaluation.

<u>ITEM</u>	<u>ÉVALUATION</u>
16. Monter l'escalier en courant ()
17. Sauter par dessus un caniveau ()
18. Dessiner un cercle sur du papier ()
19. Essayer d'atteindre une tablette élevée ()
20. Pousser du pied un objet encombrant ()

ÉCHELLE D'ÉVALUATION

L'image suscitée par un des items de ce test peut être:

- Parfaitement claire et aussi vivante que dans la réalité Évaluation 1
Très claire et dont la vivacité est semblable à la réalité . . . Évaluation 2
Modérément claire et vivante Évaluation 3
Ni claire ni vivante mais reconnaissable Évaluation 4
Floue et imprécise Évaluation 5
Tellement floue et imprécise qu'elle peut à peine être discernée Évaluation 6
Aucune image: vous ne faites que penser à l'objet Évaluation 7
-

Imaginez que vous goûtez à chacun des aliments suivants et concentrez-vous sur la sensation ressentie par votre bouche, puis évaluez l'image suscitée par chacun des aliments en vous basant sur le degré de clarté et de vivacité de l'échelle d'évaluation.

<u>ITEM</u>	<u>ÉVALUATION</u>
21. Sel ()
22. Sucre granulé ()
23. Oranges ()
24. Gelée ()
25. Soupe préférée ()

ÉCHELLE D'ÉVALUATION

L'image suscitée par un des items de ce test peut être:

- Parfaitement claire et aussi vivante que dans la réalité Évaluation 1
Très claire et dont la vivacité est semblable à la réalité . . . Évaluation 2
Modérément claire et vivante Évaluation 3
Ni claire ni vivante mais reconnaissable Évaluation 4
Floue et imprécise Évaluation 5
Tellement floue et imprécise qu'elle peut à peine être discernée Évaluation 6
Aucune image: vous ne faites que penser à l'objet Évaluation 7
-

Imaginez que vous sentez chacune des odeurs suivantes et concentrez sur la sensation ressentie par votre odorat, puis évaluez les images suscitées par chacun des items suivants en vous basant sur le degré de clarté et de vivacité correspondant de l'échelle d'évaluation

<u>ITEM</u>	<u>ÉVALUATION</u>
26. Pièce mal aérée ()
27. Cuisson du chou ()
28. Rôti de boeuf ()
29. Peinture fraîche ()
30. Cuir neuf ()

ÉCHELLE D'ÉVALUATION

L'image suscitée par un des items de ce test peut être:

- Parfaitement claire et aussi vivante que dans la réalité Évaluation 1
Très claire et dont la vivacité est semblable à la réalité . . . Évaluation 2
Modérément claire et vivante Évaluation 3
Ni claire ni vivante mais reconnaissable Évaluation 4
Floue et imprécise Évaluation 5
Tellement floue et imprécise qu'elle peut à peine être discernée Évaluation 6
Aucune image: vous ne faites que penser à l'objet Évaluation 7
-

Imaginez chacune des sensations suivantes et concentrez-vous sur l'image que chacune d'elle suscite dans votre esprit, puis évaluer cette images en vous basant sur le degré de clarté et de vivacité correspondant de l'échelle d'évaluation.

<u>ITEM</u>	<u>ÉVALUATION</u>
31. Fatigue ()
32. Faim ()
33. Mal de gorge ()
34. Somnolence ()
35. Sensation d'avoir trop mangé ()

APPENDICE P



APPROUVÉ, Comité d'éthique de la recherche

CHUM. 06

01/12/20
[Signature]

Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Campus Saint-Luc de Montréal
1558, rue St-Denis
Montréal (Québec) H2X 3J4

FORMULAIRE D'INFORMATION DESTINÉ AU PATIENT

TITRE DE L'ÉTUDE : Comparaison de différents traitements psychologiques de la douleur résultant de l'endométriose. N / D SL 99-35

CHERCHEURS : Rachel Marquis, M.Sc. ; Pierre Rainville, Ph.D
Serge Bélisle, MD. ; Gary Duncan, Ph.D

BUT DE L'ÉTUDE : Cette étude vise l'amélioration de la condition des femmes souffrant de douleurs abdominales chroniques diagnostiquées comme étant de l'endométriose. Pour ce faire, nous vous proposons de comparer différentes techniques psychologiques de contrôle de la douleur en complément à la médication. Le soulagement de la douleur endométriotique se fait généralement à l'aide de médicaments ; mais nous savons toutefois que les médicaments ne procurent pas toujours un soulagement adéquat. En effet, les besoins en médicaments varient d'une personne à l'autre et bien des femmes ne sont pas complètement soulagées. De plus, nous savons que la douleur est très complexe et qu'elle est modulée par différents facteurs psychologiques, cognitifs, émotionnels et comportementaux. L'objectif de l'étude est de voir si l'ajout de techniques psychologiques de contrôle de la douleur peut aider à soulager davantage la douleur des patientes souffrant d'endométriose. Le but de l'étude est de comparer différentes techniques psychologiques de contrôle de la douleur.

TYPES DE TRAITEMENTS : Pour effectuer cette étude nous comparerons trois groupes de patientes (n = 90). Dans le premier groupe, nous donnerons un traitement hypnotique (hypnose). Dans le deuxième groupe nous donnerons un traitement cognitif-behavioral (qui fait appel à votre façon de penser et de faire) et dans le troisième groupe, identifié comme « attention du thérapeute », aucun traitement ne sera donné mais les patientes rencontreront l'investigateur pour la même période de temps. Si vous acceptez de participer à cette étude, vous serez assignée au hasard (avec une égale probabilité) à l'un ou l'autre des groupes.

Hypnose : Depuis des décennies, des méthodes psychologiques de traitement de la douleur ont été développées et utilisées avec succès. Une de celles-ci est l'hypnose. Depuis les années trente, aux Etats-Unis, l'hypnose a été étudiée en laboratoire pour réduire et contrôler la douleur induite expérimentalement. Mais cette technique est surtout utilisée dans de nombreux cas cliniques en complément des médicaments.

CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

CAMPUS HÔTEL DIEU
SIÈGE SOCIAL
3840, rue Saint Urbain
Montréal (Québec) CANADA
H2W 1T8

CAMPUS NOTRE-DAME
1560, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) CANADA
H2L 4M1

CAMPUS SAINT-LUC
1058, rue Saint Denis
Montréal (Québec) CANADA
H2X 3J4

Vous vous êtes déjà probablement rendu compte que votre pensée peut produire des changements physiques dans votre corps. Par exemple, une pensée peut vous faire rougir en provoquant une dilatation des vaisseaux sanguins sur votre visage ce qui apporte plus de sang dans cette région. Votre pensée peut aussi accélérer le processus de bien-être général et empêcher que des changements indésirables se produisent. La relaxation profonde et l'hypnose sont des outils que vous pourriez utiliser pour vous aider à entrer dans un état profondément relaxé dans lequel le focus de votre attention et de vos pensées pourraient produire ces . A l'aide des techniques de relaxation profonde et d'hypnose que vous aurez l'opportunité d'apprendre (auto-hypnose) dans cette étude, vous pourriez être en mesure de changer ou de contrôler la douleur que vous ressentez.

Approche cognitive-behaviorale : L'approche cognitive-behaviorale est une autre méthode de contrôle psychologique de la douleur. Cette technique est utilisée pour aider à contrôler les douleurs chez les souffrants chroniques. Elle consiste à informer les patients comment leurs croyances et leurs attitudes, leurs cognitions, leurs émotions, leurs comportements autant que leur environnement peuvent influencer la douleur en augmentant ou encore en diminuant le seuil de tolérance de la douleur. Donc, en intervenant au niveau de ces facteurs, nous pouvons aider la personne à mieux contrôler ses douleurs, à atteindre un meilleur contrôle sur elle-même et à améliorer sa qualité de vie. Ces techniques sont utilisées depuis les années cinquante et elles sont aussi employées dans le contrôle de la douleur en complément avec la médication.

Attention du thérapeute : Si vous êtes assignée à ce groupe, vous rencontrerez le thérapeute pour la même durée de temps de traitement que les deux autres approches. Vous pourrez parler de vos douleurs et des problèmes associés mais aucun traitement ne sera donné immédiatement. Après la 4^e session, vous aurez le loisir de choisir un des deux traitements offerts.

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE : La participation à l'étude pour chaque patiente se fera sur une période de quatre semaines. Si vous acceptez de participer, vous serez prise en charge par l'équipe de recherche (y compris votre médecin traitant) durant cette période. Après avoir rencontré votre médecin, vous devrez rencontrer les autres membres de l'équipe de recherche à quatre reprises.

Après la laparoscopie, vous devrez vous présenter à votre visite de routine chez votre médecin traitant. Si vous avez accepté de participer à l'étude, vous serez ensuite convoquée par une assistante de recherche, à un groupe de 4 à 5 participantes, pour compléter un questionnaire évaluant la douleur, les états émotionnels, la qualité de vie et la relation conjugale si vous vivez en couple. Les questionnaires prennent environ 30 minutes à compléter. Vous devrez aussi passer une échelle d'hypnotisabilité afin de connaître votre degré de suggestibilité. L'évaluation du niveau d'hypnotisabilité prend environ une (1) heure incluant l'écoute de la cassette et les réponses dans le cahier qui vous sera fourni.

Un deuxième rendez-vous sera fixé, mais cette fois vous rencontrerez le chercheur principal (Rachel Marquis) de l'étude qui répondra à toutes vos questions. Nous commencerons ensuite le traitement qui vous a été attribué. La procédure d'hypnose sera audio-enregistrée afin que vous puissiez l'utiliser à la maison. Le chercheur vous demandera de l'écouter tous les jours. Vous serez convoquée une troisième fois, une semaine après le début du traitement, pour une session de suivi et de renforcement du traitement (booster session). Vous serez ensuite convoquée une quatrième et dernière fois afin de compléter à nouveau les questionnaires sur la douleur, les états émotionnels, la relation conjugale et la qualité de vie.

Chaque rencontre avec le chercheur prendra une (1) heure. Quinze minutes seront consacrées à la fin de chaque rencontre afin que vous puissiez poser toute question nécessaire et vous sentir tout à fait confortable en sortant de la rencontre. Vous devrez ensuite répondre à nouveau aux questionnaires la douleur et les états émotionnels (30 minutes). A la dernière rencontre, pour les patientes du groupe cognitif-behavioral, vous devrez remettre votre livret d'auto-rapport.

Pendant les six semaines, vous pourrez continuer de prendre votre médication habituelle. Si vous devez prendre toute autre médication, il vous suffira de le noter dans le questionnaire prévu à cette fin.

RISQUES RELIÉS À L'ÉTUDE : Il n'y a pas de risque ni de complication liés aux traitements psychologiques. Les sujets participant en laboratoire ou aux essais cliniques sur l'hypnose rapportent des états de bien-être et des sensations de confort. Cependant, certains rapportent aussi de légers inconforts tels : une vague sensation de légèreté, des chaleurs au visage, des larmes au bord des yeux, des picotements dans les mains ou encore une vague sensation de froid dans les pieds. Cependant, ces effets s'estompent rapidement.

AVANTAGES RELIÉS À L'ÉTUDE : Si vous n'appartenez pas au groupe « Attention du thérapeute », les avantages de cette étude sont de vous faire connaître les techniques psychologiques de contrôle de la douleur que vous pourrez utiliser en complément à votre médication. Si vous appartenez au groupe hypnose, les avantages de l'étude sont de vous faire connaître votre potentiel ou vos habiletés cognitives qui vous sont propres et de vous montrer comment vous en servir (apprentissage de l'auto-hypnose) quotidiennement pour contrôler vos problèmes de douleur et ce peu importe l'endroit où vous êtes. Vous apprendrez aussi des techniques de diversion de l'attention.

Si vous appartenez au groupe cognitif-behavioral, vous serez informée de l'influence : des pensées, des émotions, des comportements, de l'entourage et de l'environnement sur vos douleurs. Vous apprendrez aussi des techniques de résolution de problèmes, de recadrage des pensées négatives ainsi qu'une méthode de relaxation que vous pourrez vous servir dans le quotidien.

Si vous appartenez au groupe « attention du thérapeute », il n'y a aucun bénéfice immédiat à part l'écoute empathique et attentive du thérapeute. Cependant, un des deux traitements à votre choix, vous sera offert à la fin de l'étude.

CAS D'EXCLUSION : Si vous accepté de participer à l'étude mais que votre médecin doit vous opérer lors de la laparoscopie, vous ne pourrez participer à l'étude. Si des complications devaient subvenir, vous serez aussi exclue de l'étude.

PROCÉDURE À PRENDRE EN CAS D'URGENCE : L'étude que nous effectuons ne présente aucun risque susceptible de prévoir une procédure en cas d'urgence. Cependant, vous pourrez, en tout temps, communiquer avec le chercheur principal Rachel Marquis aux numéros suivants : 514 288-0408 ou 514 890-8000 poste 14331 ou encore rejoindre l'assistante Madame Kim Phong Lou au numéro de pajette suivant : 514 480-0872.

RETRAIT DES PARTICIPANTES : Vous serez exclue de l'étude si votre état physique se détériore ou si vous décidez d'interrompre votre participation.

CONFIDENTIALITÉ : Seuls votre médecin et le chercheur principal de l'étude auront accès à votre dossier. Les données recueillies seront gardées confidentielles et utilisées pour les fins statistiques de l'étude seulement. Ces données pourraient être présentées globalement lors de congrès scientifiques et publiées dans les revues médicales et psychologiques sans que votre identité ne soit dévoilée. Les données de cette étude seront gardées confidentiellement puis détruites après cinq ans. Après publications des résultats, vous pourrez recevoir une copie des articles à votre demande.

DROITS ET OBLIGATIONS : En acceptant de participer à cette étude, il faut en respecter les conditions de déroulement. Cependant, vous gardez en tout temps le droit de vous en retirer à n'importe quel moment et pour n'importe quel motif, sans que la qualité des soins que vous recevrez ne soit modifiée. En signant le présent formulaire, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux ni ne libérez le chercheur ou l'établissement où prend place cette étude de leur responsabilité professionnelle ou légale.

INFORMATION : Toute nouvelle information qui pourrait influencer votre décision de participer à l'étude vous sera communiquée par votre médecin verbalement et par le biais d'un formulaire révisé sur lequel les nouvelles mentions ou changements ou ajouts seront surlignés.

Pour de plus amples renseignements concernant l'étude, vous pouvez communiquer avec Rachel Marquis aux numéros suivants : 514 288-0408 ou 890-8000 poste 14331.

Pour tout renseignement concernant vos droits en tant que participante à l'étude, vous pouvez vous adresser au responsable du traitement des plaintes au numéro 890-8000.



Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
Campus Saint-Luc de Montréal
1558, rue St-Denis
Montréal (Québec) H2X 3J4

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Comparaison de différents traitements psychologiques de la douleur résultant de l'endométriose (N / D SL 99-35)

Chercheurs : Rachel Marquis, M.Sc. Pierre Rainville, Ph.D.
 Serge Belisle, MD Gary Duncan, Ph.D.

1. J'ai pris connaissance du présent **FORMULAIRE D'INFORMATION** destiné au patient
2. Je reconnais avoir été bien informée et avoir eu suffisamment de temps pour considérer ces informations et pour demander conseil
3. Je reconnais que le langage médical/technique/psychologique utilisé m'a été expliqué à ma satisfaction et pour demander conseil
4. Toutes les informations recueillies seront traitées de façon confidentielle et les résultats ne seront utilisés qu'à des fins scientifiques
5. Je consens à la publication des résultats de cette étude en autant que les informations demeurent anonymes ou codées et qu'aucune identification ne puisse être faite
6. J'ai été informée que ma participation à l'étude est volontaire et que je suis entièrement libre de refuser d'y participer ou de me retirer de l'étude en tout temps sans que la qualité des soins que je recevrai ne soit modifiée
7. J'ai également été informée que le coordinateur de la recherche clinique et le comité d'éthique de la recherche du CHUM (campus St-Luc) ont approuvé le protocole de l'étude
8. J'ai lu le présent formulaire et je consens volontairement à participer à cette étude
9. Je reconnais avoir reçu une copie signée du présent formulaire

10. Toute nouvelle information qui pourrait influencer ma décision de participer à l'étude me sera communiquée par mon médecin verbalement et par le biais d'un formulaire sur lequel les nouvelles mentions ou changements ou ajouts seront soulignés en jaune.
11. Pour de plus amples renseignements concernant l'étude, je peux communiquer avec Rachel Marquis aux numéros suivants : 288-0408 ou 890-8000 poste 14331.
12. Pour tout renseignement concernant mes droits en tant que participante à l'étude, je peux m'adresser au responsable du traitement des plaintes au 890-8000.

Nom du patient : _____

Signature : _____

Date : _____

Nom du témoin : _____

Signature : _____

Date : _____

Nom du chercheur : _____

Signature : _____

Date : _____

Copies conformes avec signatures originales :

- 1) Patient
- 2) Service des archives médicales
- 3) Chercheur

APPENDICE Q

QUESTIONNAIRE OBJECTIF

Vous trouverez ci-dessous, présentée suivant l'ordre chronologique, la liste des onze expériences particulières qui vous ont été suggérées pendant l'administration standardisée de la procédure hypnotique. Nous vous demandons d'évaluer objectivement si oui ou non vous avez répondu à ces onze suggestions: en d'autres termes, il s'agit d'évaluer si oui ou non un spectateur aurait pu observer que vous avez répondu ou que vous n'avez pas répondu aux suggestions suivant des critères précis, objectifs et préalablement définis. Dans cette section, nous sommes intéressés uniquement par vos évaluations concernant votre comportement extérieur observable et non par l'expérience subjective intérieure que vous avez vécue. Plus loin, nous vous donnerons l'occasion de décrire votre expérience subjective intérieure, mais dans cette section, veuillez uniquement vous référer à votre comportement extérieur observable sans tenir compte de la façon dont vous avez pu subjectivement ressentir l'expérience.

Il est bien entendu que, dans certains cas, vos évaluations pourront ne pas être aussi précises que vous voudriez qu'elles soient et que vous ayez même quelquefois à deviner. Il s'agit alors tout simplement d'inscrire ce que vous croyez être votre meilleure évaluation.

Pour chacune des onze expériences décrites ci-dessous, il existe deux possibilités de réponse, soit A et B. Veuillez choisir A ou B pour chaque expérience; vous choisissez la réponse que vous jugez être la plus précise. Il est très important que vous répondiez à chacune des expériences. Le fait de ne pas répondre à chacune des expériences par A ou B peut entraîner l'annulation de votre questionnaire.

1. LA CHUTE DE LA TETE

Nous vous avons d'abord demandé de vous asseoir bien droit sur votre chaise pendant trente secondes et alors de penser que votre tête penche vers l'avant. Est-ce que vous estimez qu'un spectateur aurait observé que votre tête a tombé vers l'avant au moins de deux pouces pendant la période de temps où vous pensiez que votre tête penchait vers l'avant?

A - Ma tête a penché vers l'avant d'au moins deux pouces ()

B - Ma tête n'a pas penché vers l'avant d'au moins deux pouces ().

11. LA FERMETURE DES YEUX

Ensuite, nous vous avons demandé de laisser vos mains reposer sur vos genoux et de choisir un point précis sur l'une ou l'autre de vos mains.

Puis, nous vous avons demandé de vous concentrer sur cette cible et de constater que vos paupières devenaient fatiguées et lourdes. Est-ce que vous estimez qu'un spectateur aurait observé que vos paupières se sont fermées d'elles-mêmes (avant qu'on vous dise de le faire délibérément?

A - Mes paupières étaient alors fermées ()

B - Mes paupières n'étaient pas encore fermées à ce moment là ()

111. L'ABAISSMENT DE LA MAIN (main gauche)

Ensuite, nous vous avons demandé d'allonger votre bras gauche bien droit et de le sentir devenir lourd comme si un poids attirait votre bras et votre main vers le bas. Est-ce que vous estimez qu'un spectateur aurait observé que votre main a descendu d'au moins six pouces (avant qu'on vous dise de laisser votre main se replacer délibérément sur vos genoux)?

- A - Ma main a descendu d'au moins six pouces ()
- B - Ma main n'a pas descendu d'au moins six pouces ()

IV. L'IMMOBILISATION DU BRAS (bras droit)

Ensuite, nous vous avons demandé de ressentir une sensation de lourdeur dans votre main et votre bras droit. Puis, nous vous avons demandé d'essayer de lever votre main. Est-ce que vous estimez qu'un spectateur aurait observé que vous n'avez pas soulevé votre main et votre bras d'au moins un pouce (avant qu'on vous dise d'arrêter d'essayer)?

- A - Je n'ai pas soulevé ma main et mon bras d'au moins un pouce ()
- B - J'ai soulevé ma main et mon bras d'un pouce ou plus ()

V. LA FERMETURE DES DOIGTS

Ensuite, nous vous avons demandé d'entrelacer vos doigts, de constater à quel point vos doigts devenaient solidement entrelacés, et alors d'essayer de séparer vos mains. Est-ce que vous estimez qu'un spectateur aurait observé que vos doigts n'étaient pas complètement séparés (avant qu'on vous dise d'arrêter d'essayer de les séparer)?

- A - Mes doigts n'étaient pas complètement séparés ()
- B - Mes doigts étaient alors complètement séparés ()

VI. LA RIGIDITÉ DU BRAS (gauche)

Ensuite, nous vous avons demandé d'allonger votre bras gauche bien droit en avant de vous et de serrer le poing. Puis, nous vous avons demandé de remarquer que votre bras devenait rigide, et alors d'essayer de le plier. Est-ce que vous estimez qu'un spectateur aurait observé que vous avez plié votre bras moins de deux pouces (avant qu'on vous dise d'arrêter d'essayer)?

- A - Mon bras était plié moins de deux pouces ()
- B - Mon bras était alors plié de deux pouces ou plus ()

VII. LE RAPPROCHEMENT DES MAINS

Ensuite, nous vous avons demandé de tenir vos deux mains en l'air, en avant de vous, à une distance d'environ un pied, et alors d'imaginer qu'une force rapprochait vos mains l'une de l'autre. Est-ce que vous estimez qu'un spectateur aurait observé que vos mains n'étaient pas séparées de plus de six pouces (avant qu'on vous dise de les replacer dans leur position de repos)?

- A - Mes mains n'étaient pas séparées de plus de six pouces ()
- B - Mes mains étaient encore séparées de plus de six pouces ()

VIII. L'INHIBITION DE LA COMMUNICATION

Ensuite, nous vous avons demandé de penser à quel point il pourrait être difficile de remuer la tête pour indiquer "non", puis nous vous avons demandé d'essayer. Est-ce que vous estimez qu'un spectateur aurait observé que vous n'avez pas remué la tête pour indiquer "non" d'une façon reconnaissable?

- A - Je n'ai pas remué la tête pour indiquer "non" d'une façon reconnaissable ()
- B - J'ai remué la tête pour indiquer "non" d'une façon reconnaissable ()

IX. L'EXPÉRIENCE DE LA MOUCHE

Ensuite, nous vous avons demandé de prendre conscience du bourdonnement d'une mouche qui vous ennuyait. Puis, nous vous avons dit de vous en débarrasser. Est-ce que vous estimez qu'un spectateur aurait observé que vous avez réagi d'une façon ou d'une autre à la présence de cette mouche, par des mouvements, par des grimaces, etc...?

- A - J'ai réagi ouvertement d'une façon ou d'une autre ()
- B - Je n'ai pas réagi ouvertement ()

X. LA CATALEPSIE DES YEUX

Ensuite, nous vous avons demandé de constater que vos paupières étaient si solidement fermées qu'il serait presque impossible de les ouvrir. Puis, nous vous avons demandé d'essayer de les ouvrir. Est-ce que vous estimez qu'un spectateur aurait observé que vos yeux sont demeurés fermés (avant qu'on vous dise d'arrêter d'essayer)?

- A - Mes yeux sont demeurés fermés ()
- B - Mes yeux se sont ouverts ()

XI. LA SUGGESTION POST-HYPNOTIQUE (toucher la cheville gauche)

Ensuite, nous vous avons dit qu'une fois éveillé, vous alliez entendre un bruit particulier à la suite duquel vous vous pencheriez pour toucher à votre cheville gauche. De plus, nous vous avons dit que vous feriez ce mouvement en oubliant qu'on vous avait dit de le faire. Est-ce que vous estimez qu'un spectateur aurait observé que vous vous êtes penché et que vous avez de fait touché à votre cheville gauche, ou que vous avez fait des mouvements partiels pour tenter de le faire.

- A - J'ai au moins tenté de toucher à ma cheville gauche par un mouvement partiel observable ()
- B - Je n'ai même pas tenté de toucher à ma cheville gauche par un mouvement partiel observable ()

APPENDICE R

TABLEAU D'ALLOCATION ALÉATOIRE DES SUJETS

1	Hypnose			46	Cogn-behav
2	Att therap			47	Att therap
3	Cogn-behav			48	Att therap
4	Hypnose			49	Att therap
5	Hypnose			50	Hypnose
6	Att therap			51	Cogn-behav
7	Cogn-behav			52	Cogn-behav
8	Cogn-behav			53	Hypnose
9	Att therap			54	Cogn-behav
10	Hypnose			55	Att therap
11	Hypnose			56	Hypnose
12	Cogn-behav			57	Hypnose
13	Cogn-behav			58	Cogn-behav
14	Cogn-behav			59	Hypnose
15	Cogn-behav			60	Hypnose
16	Cogn-behav			61	
17	Hypnose			62	
18	Cogn-behav			63	
19	Hypnose			64	
20	Hypnose			65	
21	Cogn-behav			66	
22	Hypnose			67	
23	Hypnose			68	
24	Hypnose			69	
25	GH			70	
26	Att therap			71	
27	Att therap			72	
28	Cogn-behav			73	
29	Hypnose			74	
30	Hypnose			75	
31	Cogn-behav			76	
32	Att therap			77	
33	Cogn-behav			78	
34	Hypnose			79	
35	Att therap			80	
36	Cogn-behav			81	
37	Att therap			82	
38	Cogn-behav			83	
39	Att therap			84	
40	Hypnose			85	
41	Att therap			86	
42	Hypnose			87	
43	Hypnose			88	
44	Cogn-behav			89	
45	Att therap			90	