

INDEX DE SENSIBILITE ANXIEUSE

Veillez trouver, ci-dessous, des phrases qui décrivent des sensations que vous pouvez ressentir. Nous vous remercions d'entourer le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous ressentez. Merci de répondre pour chaque ligne.

	JAMAIS OU TRES PEU	UN PEU	MOYENNEMENT	BEAUCOUP	EXCESSIVEMENT
1. il est important pour moi de ne pas apparaître nerveux	0	1	2	3	4
2. quand je ne peux pas me concentrer sur une tâche, je m'inquiète de devenir agacé	0	1	2	3	4
3. cela m'inquiète quand j'ai des tremblements	0	1	2	3	4
4. Cela m'inquiète quand je me sens mal	0	1	2	3	4
5. Il est important pour moi de contrôler mes émotions	0	1	2	3	4
6. Cela m'inquiète quand je sens mon cœur battre rapidement	0	1	2	3	4
7. Cela m'inquiète quand mon estomac fait du bruit	0	1	2	3	4
8. Cela m'inquiète quand j'ai envie de dormir	0	1	2	3	4
9. Quand je sens que mon cœur bat rapidement, je suis inquiet d'avoir un malaise cardiaque	0	1	2	3	4
10. Cela m'inquiète quand je suis essoufflé	0	1	2	3	4
11. Quand j'ai mal à l'estomac, je suis inquiet d'être gravement malade	0	1	2	3	4
12. Cela m'inquiète quand je ne me sens pas capable de me concentrer	0	1	2	3	4
13. Mon entourage me remarque quand j'ai des tremblements	0	1	2	3	4
14. Cela m'inquiète d'avoir des sensations inhabituelles dans mon corps	0	1	2	3	4
15. Quand je me sens nerveux, j'ai peur d'être malade psychologiquement	0	1	2	3	4
16. Cela m'inquiète quand je suis nerveux	0	1	2	3	4
TOTAL					

Inventaire de sensibilisation Centrale.

INVENTAIRE DE SENSIBILISATION CENTRALE: PARTIE A

Veuillez indiquer pour chaque situation la proposition la plus adaptée

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1. J'ai la sensation d'un sommeil non récupérateur quand je me réveille le matin	☐	☐	☐	☐	☐
2. Je ressens des raideurs et des douleurs musculaires	☐	☐	☐	☐	☐
3. Je fais des crises d'angoisse	☐	☐	☐	☐	☐
4. Je grince ou serre les dents	☐	☐	☐	☐	☐
5. J'ai des problèmes de diarrhée et/ou de constipation	☐	☐	☐	☐	☐
6. J'ai besoin d'aide pour effectuer mes activités quotidiennes	☐	☐	☐	☐	☐
7. Je suis sensible aux fortes lumières	☐	☐	☐	☐	☐
8. Je me fatigue très facilement lorsque je suis actif physiquement	☐	☐	☐	☐	☐
9. Je ressens des douleurs partout dans le corps	☐	☐	☐	☐	☐
10. J'ai des maux de tête	☐	☐	☐	☐	☐
11. Je ressens une gêne à la vessie et/ou des brûlures lorsque j'urine	☐	☐	☐	☐	☐
12. Je ne dors pas bien	☐	☐	☐	☐	☐
13. J'ai des difficultés de concentration	☐	☐	☐	☐	☐
14. J'ai des problèmes de peau tels que sécheresse, démangeaisons ou éruptions cutanées	☐	☐	☐	☐	☐
15. Le stress aggrave mes symptômes physiques	☐	☐	☐	☐	☐
16. Je me sens triste ou déprimé	☐	☐	☐	☐	☐
17. J'ai peu d'énergie	☐	☐	☐	☐	☐
18. Je ressens des tensions musculaires dans la nuque et dans les épaules	☐	☐	☐	☐	☐
19. J'ai mal à la mâchoire	☐	☐	☐	☐	☐
20. Certaines odeurs, comme des parfums, me donnent des nausées et des étourdissements	☐	☐	☐	☐	☐
21. Je dois uriner fréquemment	☐	☐	☐	☐	☐
22. J'ai la sensation désagréable des jambes sans repos lorsque j'essaie de dormir le soir	☐	☐	☐	☐	☐
23. J'ai des difficultés à me souvenir de certaines choses	☐	☐	☐	☐	☐
24. J'ai eu des traumatismes au cours de mon enfance	☐	☐	☐	☐	☐
25. Je ressens des douleurs dans la région du bassin	☐	☐	☐	☐	☐

Questionnaire FACS

NOM/Prénom _____

Date: ____/____/____

Consignes : Les personnes ne perçoivent pas la douleur de la même façon. Nous voulons savoir comment vous ressentez votre état douloureux et quelles en sont les répercussions sur vos activités de tous les jours. S'il vous plaît, pensez à votre situation au cours de la dernière semaine et entourer un chiffre entre « 0 » et « 5 » sur l'échelle ci-dessous pour répondre à chaque question.

5 = Complètement d'accord

4 = Plutôt d'accord

3 = Légèrement d'accord

2 = Légèrement en désaccord

1 = Plutôt en désaccord

0 = Complètement en désaccord

Au cours de la semaine passée, dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les phrases ci-dessous au sujet de votre état douloureux ?

	<i>Complètement d'accord</i>	<i>Plutôt d'accord</i>	<i>Légèrement d'accord</i>	<i>Légèrement en désaccord</i>	<i>Plutôt en désaccord</i>	<i>Complètement en désaccord</i>
1) J'essaie d'éviter les activités et les mouvements qui aggravent mes douleurs.....	5	4	3	2	1	0
2) Je m'inquiète de mon état douloureux.....	5	4	3	2	1	0
3) Je crois que ma douleur va s'aggraver jusqu'à ce que je ne puisse plus rien faire.....	5	4	3	2	1	0
4) Je suis submergé(e) par la peur quand je pense à mon état douloureux.....	5	4	3	2	1	0
5) Je ne fais pas certaines activités car j'ai peur d'aggraver ma douleur ou de me blesser.....	5	4	3	2	1	0
6) Lorsque ma douleur est vraiment forte, j'ai aussi d'autres symptômes comme des nausées, des difficultés respiratoires, des battements de cœur (palpitations), des tremblements et/ou des vertiges.....	5	4	3	2	1	0
7) Ce n'est pas juste de vivre avec une douleur comme la mienne.....	5	4	3	2	1	0
8) Mon état douloureux actuel m'exposera à des douleurs ou blessures pour le reste de ma vie.....	5	4	3	2	1	0

Suite ...

Au cours de la semaine passée, dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les phrases ci-dessous au sujet de votre état douloureux ?

9) A cause de mon état douloureux, ma vie ne sera plus jamais la même.....

<i>Complètement d'accord</i>	<i>Plutôt d'accord</i>	<i>Légèrement d'accord</i>	<i>Légèrement en désaccord</i>	<i>Plutôt en désaccord</i>	<i>Complètement en désaccord</i>
5	4	3	2	1	0

10) Je n'ai aucun contrôle sur ma douleur.....

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

11) Je ne fais pas certaines activités ou mouvements par crainte que ma douleur n'augmente.....

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

12) C'est la faute de quelqu'un d'autre si j'ai cette douleur.....

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

13) La douleur est un signal d'avertissement de quelque chose de dangereux pour moi.....

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

14) Personne ne comprend combien ma douleur est sévère.....

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

Commencez chacune des propositions suivantes avec la phrase : au cours de la semaine passée, à cause de ma (mes) douleur(s), j'ai évité...

15)...des activités physiques pénibles (comme faire de gros travaux extérieurs ou déplacer des meubles lourds).....

<i>Complètement d'accord</i>	<i>Plutôt d'accord</i>	<i>Légèrement d'accord</i>	<i>Légèrement en désaccord</i>	<i>Plutôt en désaccord</i>	<i>Complètement en désaccord</i>
5	4	3	2	1	0

16)...des activités modérées (comme cuisiner un repas ou nettoyer la maison).....

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

17) ... des activités légères (comme aller au cinéma ou sortir pour déjeuner).....

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

18) ... toutes mes activités et tâches à la maison et/ou au travail.....

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

19)...des loisirs et/ou exercice (que je fais pour le plaisir et/ou être en bonne santé).....

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

20)...des activités où je dois utiliser la(les) partie(s) douloureuse(s) de mon corps.....

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

TOTAL :

ÉCHELLE D'ÉVALUATION INDIVIDUELLE FACE A LA DOULEUR (FABQ)

Vous trouverez ci-dessous des pensées que d'autres patients nous ont dites à propos de la douleur : pour chaque remarque, veuillez entourer le chiffre entre 0 et 6 qui exprime le mieux ce que vous éprouvez (Fear avoidance beliefs questionnaire d'après Waddell G, 1997) (Poiraudau, 2002).

Les phrases suivantes concernent comment votre activité physique actuelle affecte ou pourrait affecter votre douleur	Absolument pas d'accord avec la phrase	Partiellement d'accord avec la phrase					Complètement d'accord avec la phrase
		1	2	3	4	5	
1 – Ma douleur a été provoquée par l'activité physique	0	1	2	3	4	5	6
2 – L'activité physique aggrave ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
3 – L'activité physique pourrait abimer mon corps	0	1	2	3	4	5	6
4 – Je ne voudrais pas faire d'activité physique qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
5 – Je ne devrais pas avoir d'activités physiques qui peuvent ou pourraient aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
Les phrases suivantes concernent comment votre travail actuel affecte ou pourrait affecter votre douleur							
6 – Ma douleur a été causée par mon travail ou par un accident de travail	0	1	2	3	4	5	6
7 – Mon travail a aggravé ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
8– Mon travail est trop lourd pour moi	0	1	2	3	4	5	6
9 – Mon travail aggrave ou pourrait aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
10 – Mon travail pourrait endommager/abimer mon corps	0	1	2	3	4	5	6
11 – Je ne devrais pas effectuer mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1	2	3	4	5	6
12 – Je ne pense pas que je pourrais refaire mon travail habituel dans les 3 prochains mois	0	1	2	3	4	5	6