

## Echelle du comportement douloureux

Vous trouverez ci-dessous des énoncés que les gens utilisent pour décrire le retentissement de leur douleur dans la vie quotidienne. Veuillez répondre à chacun des énoncés en encerclant la réponse qui vous décrit le mieux.

*Mon temps de marche, les distances que je peux faire ont diminué.*

- |                |           |               |             |
|----------------|-----------|---------------|-------------|
| 1. Pas du tout | 2. Un peu | 3. Modérément | 4. Beaucoup |
|----------------|-----------|---------------|-------------|

*Quand je marche, on peut voir que j'ai mal.*

- |                   |                |            |                     |
|-------------------|----------------|------------|---------------------|
| 1. Presque jamais | 2. Quelquefois | 3. Souvent | 4. Presque toujours |
|-------------------|----------------|------------|---------------------|

*Dans la journée, je reste allongé la plupart du temps.*

- |                   |                |            |                     |
|-------------------|----------------|------------|---------------------|
| 1. Presque jamais | 2. Quelquefois | 3. Souvent | 4. Presque toujours |
|-------------------|----------------|------------|---------------------|

*Mes activités professionnelles ont diminué.*

- |                |           |               |             |
|----------------|-----------|---------------|-------------|
| 1. Pas du tout | 2. Un peu | 3. Modérément | 4. Beaucoup |
|----------------|-----------|---------------|-------------|

*Je fais comme d'habitude le travail quotidien de la maison.*

- |                   |                |            |                     |
|-------------------|----------------|------------|---------------------|
| 1. Presque jamais | 2. Quelquefois | 3. Souvent | 4. Presque toujours |
|-------------------|----------------|------------|---------------------|

*Mon temps de loisir a diminué (lecture, radio, télévision, ...)*

- |                |           |               |             |
|----------------|-----------|---------------|-------------|
| 1. Pas du tout | 2. Un peu | 3. Modérément | 4. Beaucoup |
|----------------|-----------|---------------|-------------|

*Mes relations avec mes amis ont diminué.*

- |                |           |               |             |
|----------------|-----------|---------------|-------------|
| 1. Pas du tout | 2. Un peu | 3. Modérément | 4. Beaucoup |
|----------------|-----------|---------------|-------------|

*Je parle de ma douleur avec ma famille, mes amis.*

- |                   |                |            |                     |
|-------------------|----------------|------------|---------------------|
| 1. Presque jamais | 2. Quelquefois | 3. Souvent | 4. Presque toujours |
|-------------------|----------------|------------|---------------------|

*Je porte souvent la main pour frotter, tenir, protéger ou masser la région de ma douleur.*

- |                   |                |            |                     |
|-------------------|----------------|------------|---------------------|
| 1. Presque jamais | 2. Quelquefois | 3. Souvent | 4. Presque toujours |
|-------------------|----------------|------------|---------------------|

*Les gens qui m'entourent se rendent compte quand j'ai bien mal.*

- |                   |                |            |                     |
|-------------------|----------------|------------|---------------------|
| 1. Presque jamais | 2. Quelquefois | 3. Souvent | 4. Presque toujours |
|-------------------|----------------|------------|---------------------|

*Il m'arrive de prendre un médicament même si je le sais très peu efficace*

- |                   |                |            |                     |
|-------------------|----------------|------------|---------------------|
| 1. Presque jamais | 2. Quelquefois | 3. Souvent | 4. Presque toujours |
|-------------------|----------------|------------|---------------------|

*Je dors bien.*

- |                   |                |            |                     |
|-------------------|----------------|------------|---------------------|
| 1. Presque jamais | 2. Quelquefois | 3. Souvent | 4. Presque toujours |
|-------------------|----------------|------------|---------------------|

*Je me sens fatigué(e).*

- |                   |                |            |                     |
|-------------------|----------------|------------|---------------------|
| 1. Presque jamais | 2. Quelquefois | 3. Souvent | 4. Presque toujours |
|-------------------|----------------|------------|---------------------|

*J'ai bon appétit.*

- |                   |                |            |                     |
|-------------------|----------------|------------|---------------------|
| 1. Presque jamais | 2. Quelquefois | 3. Souvent | 4. Presque toujours |
|-------------------|----------------|------------|---------------------|

*Mon intérêt pour les choses sexuelles a diminué.*

- |                |           |               |             |
|----------------|-----------|---------------|-------------|
| 1. Pas du tout | 2. Un peu | 3. Modérément | 4. Beaucoup |
|----------------|-----------|---------------|-------------|