



**D<sup>re</sup> Marie-France Lafontaine**

Psychologue

Professeure à l'École de psychologie de l'Université

d'Ottawa, directrice du Laboratoire de recherche sur le couple et psychologue en pratique privée.

[mlafonta@uottawa.ca](mailto:mlafonta@uottawa.ca)



**D<sup>r</sup> Paul Samuel Greenman**

Psychologue

Professeur au Département de psychoéducation et de psy-

chologie de l'Université du Québec en Outaouais, psychologue-chercheur à l'Unité de médecine familiale de l'Hôpital Montfort (Ottawa).

[paul.greenman@uqo.ca](mailto:paul.greenman@uqo.ca)



**Katherine Péloquin**

M<sup>me</sup> Péloquin est candidate au doctorat en psychologie

clinique à l'Université d'Ottawa et résidente en psychologie à l'Hôpital d'Ottawa.

[kpelo018@uottawa.ca](mailto:kpelo018@uottawa.ca)

## Coup d'œil sur la douleur chronique, le diabète et la maladie coronarienne

**Cet article vise à présenter succinctement des informations sur la définition, la prévalence, l'impact sur le fonctionnement de même que sur les modèles conceptuels/facteurs de risque de trois problèmes de santé communs, soit la douleur chronique, le diabète et les problèmes coronariens.**

### \_DOULEUR CHRONIQUE

#### Définition

La douleur est définie comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles, ou décrites en des termes évoquant de telles lésions » (International Association for the Study of Pain, Merskey & Bogduk, 1994, p. 211). La douleur est qualifiée de chronique lorsqu'elle persiste au-delà de trois à six mois ou de la durée habituelle de la guérison et ne répond pas aux traitements courants (Société canadienne de psychologie, 2009; Ospina & Harstall, 2002). La douleur chronique est une expérience subjective tant émotionnelle que sensorielle, localisée ou diffuse, avec ou sans cause connue et multiforme, dans le sens où elle peut 1) être liée à une maladie (p. ex. pancréatite chronique ou arthrite), 2) survenir suite à un accident ou une blessure, 3) débiter de manière progressive (p. ex. lombalgie et douleur à la nuque), 4) être récurrente comme dans le cas de la céphalée, et 5) sans omettre d'autres types tels que la douleur neuropathique et la fibromyalgie (Société canadienne de psychologie, 2009; Queneau & Ostermann, 2004; Marchand, 2009). Même si l'origine ou la nature de la douleur varient d'une personne à l'autre, les méthodes de traitement sont généralement semblables une fois la douleur rendue chronique (Dobkin & Boothroyd, 2006).

#### Prévalence

La douleur chronique constitue un problème de santé très répandu. La prévalence mondiale de ce dernier, dans la population générale adulte, varierait entre 11,5 et 55,2 % (Ospina & Harstall, 2002). Selon les données d'une enquête de Statistique Canada, 20 % des Québécois et 24 % des Québécoises rapportent de la douleur chronique (Millar, 1996). Les résultats d'une enquête réalisée en 2001 font quant à eux ressortir que 29 % de la population canadienne rapporte de la douleur chronique (Moulin, Clark, Speechley & Morley-Forster, 2002). D'après les données d'une enquête internationale, les dorsalgies, les céphalées et les arthralgies

sont les trois formes de douleur chronique les plus courantes (Gureje et al., 1998). Il appert aussi que la prévalence de la douleur chronique augmente avec l'âge (Elliott et al., 1999) et qu'elle touche plus de femmes que d'hommes (Blyth et al., 2001; Buskila et al., 2000; Marchand, 2009).

#### Impact sur le fonctionnement

La douleur chronique est souvent accompagnée par des changements dans le fonctionnement physique, émotionnel, social, familial, économique et professionnel. Le rapport rédigé par Dobkin et Boothroyd (2006) fait état de certains coûts pour les personnes atteintes et la société. Ce rapport disponible sur Internet mentionne, entre autres, que la douleur chronique est associée à : 1) des troubles psychologiques comme l'anxiété ou la dépression (Blyth et al., 2001; Gureje et al., 2001; McWilliams et al., 2003; Ohayon & Schatzberg, 2003; Schopflocher, 2003); 2) des coûts directs et indirects approximatifs de plus de 125 milliards de dollars par année aux États-Unis (Turk, Okifuji & Kalauokalani, 1999) ainsi qu'à une baisse de productivité découlant de l'absence du travail (Turk, 2002); 3) un recours fréquent aux services de santé (Blyth et al., 2003; Buskila et al., 2000; Mantyselka et al., 2001); et 4) une détérioration du fonctionnement, de l'humeur, du sommeil, des rapports sociaux et de la qualité de vie des patients (Ashburn & Staats, 1999; Eriksen et al., 2003; Gureje et al., 1998; McWilliams et al., 2003; Wilson et al., 2002). Comme rapporté par la Chronic Pain Association of Canada (2009), les difficultés à se concentrer, à se souvenir et à réaliser des tâches journalières sont aussi le lot quotidien des personnes souffrant de douleur chronique. La recherche dénote aussi que la douleur chronique peut exercer une influence néfaste sur la relation de couple (Schwartz & Ehde, 2000), l'insatisfaction conjugale et sexuelle étant souvent rapportée par les personnes souffrant de douleur chronique et leur partenaire.

#### Modèles conceptuels

Il sera ici question du modèle biomédical, de la théorie du portillon et du modèle biopsychosocial de la douleur chronique (voir Turk & Gatchel, 2002 et Marchand, 2009, pour une revue de ces modèles et d'autres). Selon le modèle biomédical, tout symptôme a une origine biologique détectable, donc pouvant être mise en évidence par des examens. Ce modèle ne permet toutefois pas de comprendre la douleur chronique pour laquelle il n'y pas de

cause somatique distincte, ou pour laquelle la cause somatique ne peut à elle seule expliquer l'intensité de la douleur et ses diverses conséquences néfastes. La théorie du portillon (Melzack & Wall, 1965) stipule quant à elle que la perception de la douleur peut être accrue ou modérée par l'entremise d'une combinaison de facteurs affectifs, cognitifs et sensoriels-physiologiques (Schwartz & Ehde, 2000). Toujours selon cette théorie, l'expérience de la douleur dépend de l'interaction complexe entre le système nerveux périphérique et le système nerveux central (Butler & Moseley, 2003). Le traitement de la douleur par la stimulation électrique transcutanée à haute fréquence et basse intensité (TENS) découle de cette théorie (Marchand, 2009). Le modèle biopsychosocial tient compte, pour sa part, des interrelations complexes entre les aspects biologiques, psychologiques et sociaux/culturels de la douleur chronique. Pour beaucoup, ce modèle est celui à privilégier, car il permet de tenir compte, entre autres, de la diversité dans l'expression de la douleur et la réponse à la douleur.

Les risques de dépression seraient plus élevés chez les individus atteints du diabète, ce qui est inquiétant en raison de l'association entre la dépression et le contrôle glycémique ainsi que l'adhérence au régime alimentaire et de médicaments chez ces individus

## \_DIABÈTE

### Définition

Le diabète est une maladie chronique causée par la carence ou le défaut d'utilisation de l'insuline, ce qui entraîne un excès de sucre dans le sang (Diabète Québec, n. d.). Alors qu'il existe plusieurs types de diabète, les types 1 et 2 s'avèrent largement plus répandus (plus de 95 % des cas) et feront l'objet de cet article. Bien qu'il puisse parfois survenir à l'âge adulte, le diabète de type 1 tend à se manifester pendant l'enfance ou l'adolescence et se caractérise par une absence totale de production de l'insuline (Diabète Québec, n. d.). Le diabète de type 2, quant à lui, se manifeste typiquement après l'âge de 40 ans et se caractérise par un manque relatif d'insuline résultant d'une résistance progressive à l'insuline et à la défaillance graduelle des cellules Béta (Wagner & Tennen, 2007).

### Prévalence

Le diabète est un problème de santé majeur et son incidence semble s'accroître de façon globale dans les dernières années. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS; 2009), plus de 220 millions de personnes dans le monde seraient aux prises avec cette maladie et on s'attend à ce que le nombre de décès y étant attribués double d'ici 2030. En 2008, 1.6 million de Canadiens étaient atteints de cette maladie (Sanmartin & Gilmore, 2008). Au Québec, 650 000 personnes en sont atteintes et les coûts annuels y étant rattachés se somment à trois milliards de dollars (Diabète Québec, n. d.).

### Impact sur le fonctionnement

Au Canada, le diabète, tous types confondus, est la 7<sup>e</sup> cause de mortalité (Statistiques Canada, 2008). De plus, on estime que près de 40 % des gens atteints du diabète devront parer à de sérieuses complications médicales, telles l'amputation, la cécité, l'insuffisance rénale et les maladies cardiovasculaires (Diabète Québec, n. d.; Sanmartin & Gilmore, 2008). Au-delà des conséquences directes sur le fonctionnement physique, le diabète serait également considéré comme l'une des maladies chroniques les plus exigeantes sur les plans psychologique et comportemental (Cox & Gonder-Frederick, 1991). Plusieurs études démontrent notamment l'importance d'une adhérence stricte au régime de médicaments, d'exercice et d'alimentation afin de limiter les risques de complications. Cette gestion intensive quotidienne de la maladie est toutefois susceptible d'entraîner des changements notoires en ce qui concerne le style de vie, les loisirs, le travail et les relations interpersonnelles (Fisher *et al.*, 2004), ce qui n'est pas sans séquelle pour les individus concernés. En effet, la qualité de vie de ces individus s'en trouve généralement diminuée (Bradley & Speight, 2002). Par ailleurs, les risques de dépression seraient plus élevés chez les individus atteints du diabète (Gavard, Lustman, & Clouse, 1993; Lloyd, Dyer & Barnett, 2000; Lustman, Griffith & Clouse, 1988), ce qui est inquiétant en raison de l'association entre la dépression et le contrôle glycémique ainsi que l'adhérence au régime alimentaire et de médicaments chez ces individus (Lustman *et al.*, 2000; Marcus *et al.*, 1992). Du point de vue conjugal, il n'est pas rare que la satisfaction sexuelle soit aussi diminuée par l'entremise des dysfonctions sexuelles fréquentes associées au diabète (Burke *et al.*, 2006; Schiavi, Stimmel, Mandeli, Schreiner-Engel, & Ghizzani, 1994; Schreiner-Engel, Schiavi, Viatorisz & Smith, 1987).

### Facteurs de risque

Les facteurs de risque rattachés aux diabètes de type 1 et 2 sont différents étant donné une étiologie distincte. Les risques associés au diabète de type 1 comprennent une vulnérabilité génétique et une descendance provenant de l'Europe de l'Ouest, alors que ceux associés au diabète de type 2 comprennent une vulnérabilité

génétique, l'obésité, la sédentarité, le vieillissement ainsi que l'ethnicité (amérindienne, hispanique et afro-américaine) (Wagner & Tennen, 2007).

## \_MALADIE CORONARIENNE

### Définition

La maladie coronarienne se développe lorsque les artères qui fournissent du sang au tissu cardiaque (qui s'appelle également le « tissu myocardique ») deviennent bloquées par des plaques de matières grasses (Scheidt, 1996). Ce processus s'appelle l'artériosclérose et peut entraîner, entre autres, l'ischémie myocardique et l'infarctus du myocarde (O'Callahan, Andrews & Krantz, 2003). L'ischémie myocardique implique une circulation insuffisante de sang au tissu cardiaque, souvent accompagnée par la douleur thoracique (« angine de poitrine » en langage médical). Les « crises cardiaques » ou les infarctus du myocarde ont lieu lorsque l'ischémie est tellement sévère ou prolongée qu'il n'y a plus de circulation du tout au tissu cardiaque et le tissu meurt. L'arythmie cardiaque se manifeste lorsque le système électrique du cœur est endommagé à cause d'ischémie ou d'infarctus, le battement du cœur devenant alors irrégulier. (O'Callahan *et al.*, 2003; Scheidt, 1996). Ce sont toutes des conditions dangereuses et susceptibles d'entraîner la mort subite.

### Prévalence

La maladie coronarienne demeure parmi les causes les plus communes de décès un peu partout dans le monde. Par exemple, aux États-Unis on attribue un décès sur cinq à la maladie coronarienne; c'est la première cause de mort chez les hommes âgés de 45 ans ou plus et chez les femmes âgées de 65 ans ou plus (O'Callahan *et al.*, 2003). La situation est semblable dans les pays francophones. En France, les maladies cardiovasculaires représentent « la première cause de décès, le premier motif d'admission en affection de longue durée et le troisième motif d'hospitalisation » (DDASS, 2007, p. 40) à l'échelle nationale. Au Canada, les maladies cardiovasculaires représentent également la première cause de mortalité et celles qui engendrent le plus de coûts dans le système de santé en affectant près d'un million de Canadiens par année (Statistique Canada, 2000).

### Impact sur le fonctionnement

À part les nombreuses conséquences physiologiques (fatigue, léthargie, diminution des réponses sexuelles) et professionnelles (incapacité à travailler à cause du manque d'énergie relié à l'insuffisance cardiaque), la maladie coronarienne a également des impacts psychologiques importants. Par exemple, il y a un risque appréciable de développer un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux suite à un événement cardiaque (Cheok *et al.*, 2003; Mayou *et al.*, 2000; Schrader *et al.*, 2004). La dépression majeure a été observée chez 15-20 % des patients hospitalisés pour des raisons reliées à une maladie cardiaque (Cheok *et al.*, 2003;

Schrader *et al.*, 2004), tandis que le taux du trouble de stress post-traumatique s'évalue à 24 % chez les patients cardiaques dans quelques études (Tedstone & Tarrier, 2003). Des difficultés psychologiques peuvent, à leur tour, exacerber la maladie cardiovasculaire (Penninx *et al.*, 2001). La maladie cardiaque représente également un facteur de risque important dans le développement d'insatisfactions dans la relation conjugale et des problèmes conjugaux (p. ex. Mahrer-Imhof, Hoffmann & Froelicher, 2007) ainsi que des problèmes sexuels (Sumanen *et al.*, 2005). Ces problèmes peuvent, à leur tour, affecter la réactivité cardiaque et la santé cardiovasculaire (Broadwell & Light, 2005; Smith *et al.*, 2009).

### Facteurs de risque

Les facteurs de risque du développement d'une maladie coronarienne sont d'ordre physique et psychosocial. Le tabagisme, la sédentarité, le cholestérol et l'hypertension représentent les facteurs de risque reliés à la physiologie de l'individu (Rankin-Esquer *et al.*, 2000). Du point de vue psychosocial, la dépression majeure, l'isolement social et l'expérience d'hostilité dans les relations interpersonnelles sont tous reliés à la maladie cardiaque (House, Landis & Umberson, 1988; Rankin-Esquer *et al.*, 2000).

## \_CONCLUSION

La douleur chronique, le diabète et la maladie coronarienne constituent des problèmes de santé sérieux, comme en témoignent leur prévalence et les incapacités qu'ils entraînent. Par ce survol, le lecteur aura certainement saisi que ceux-ci renvoient intervenants et patients bien au-delà de problèmes strictement médicaux. Seule une approche multidisciplinaire, incluant la psychologie, pourra tenir compte de tous les enjeux liés aux soins de santé que ces maladies sollicitent.

## \_Bibliographie

- Blyth, F. M., March, L. M., Brnabic, A. J., Jorm, L. R., Williamson, M., & Cousins, M. J. (2001). Chronic pain in Australia: A prevalence study. *Pain, 89*, 127-34.
- Bradley, C., & Speight, J. (2002). Patient perceptions of diabetes and diabetes therapy: assessing quality of life. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews, 18*, S64-S69.
- Broadwell, S.D., & Light, K.C. (2005). Hostility, conflict and cardiovascular responses in married couples: A focus on the dyad. *International Journal of Behavioral Medicine, 12*, 142-152.
- Buskila, D., Abramov, G., Biton, A., & Neumann, I. (2000). The prevalence of pain complaints in a general population in Israel and its implications for utilization of health services. *Journal of Rheumatology, 27*, 1521-5.
- Burke, J. P., Jacobson, D. J., McGree, M. E., Nehra, A., Roberts, R. O., Girman, C. J. *et al.* (2007). Diabetes and sexual dysfunction: Results from the Olmsted County study of urinary symptoms and health status among men. *Journal of Urology, 177*, 1438-1442.
- Butler, D. S., & Moseley, G. L. (2003). Explain pain. Adelaide, Australia: Noigroup Publications.
- Cheok, F., Schrader, G., Banham, D., Marker, J., & Hordacre, A. (2003). Identification, course, and treatment of depression after admission for a cardiac condition: Rationale and patient characteristics for the Identifying Depression As a Comorbid Condition (IDACC) project. *American Heart Journal, 146*, 978-984.

- Chronic Pain Association of Canada (2009). *Pain Facts*. Récupéré le 12 novembre 2009 <http://www.chronicpaincanada.com/>
- Cox, D. J., & Gonder-Frederick, L. A. (1991). The role of stress in diabetes mellitus. Dans P. M. McCabe, & N. Schneiderman (Éds.), *Stress, coping, and disease* (pp. 119-134). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Diabète Québec (n.d.). Qu'est-ce que le diabète. Récupéré le 3 janvier 2010 de <http://www.diabete.qc.ca/>
- Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) (2007). *Maladies cardio-vasculaires : Une mortalité inférieure à la moyenne nationale*. Récupéré le 21 novembre 2009 de <http://www.chu-rouen.fr/ssf/pathol/maladiescardiovasculaires.html#ep>
- Dobkin, P. L., & Boothroyd, L. J. (2006). *Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse) : Organisation des services de santé*. Rapport préparé par l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Gouvernement du Québec, 2.
- Elliott, A. M., Smith, B. H., Penny, K. I., Smith, W. C., & Chambers, W. A. (1999). The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet*, *354*, 1248-52.
- Eriksen, J., Jensen, M. K., Sjogren, P., Ekholm, O., & Rasmussen, N. K. (2003). Epidemiology of chronic non malignant pain in Denmark. *Pain*, *106*, 221-8.
- Fisher, L. et al. (2004). Patient-appraised couple emotion management and disease management among Chinese American patients with type 2 diabetes. *Journal of Family Psychology*, *18*, 302-310.
- Gavard, J. A., Lustman, P. J., & Clouse, R. E. (1993). Prevalence of depression in adults with diabetes: an epidemiologic evaluation. *Diabetes Care*, *16*, 1167-1178.
- Gureje, O., Von Korff, M., Simon, G. E., & Gater, R. (1998). Persistent pain and well-being: A World Health Organization study in primary care. *Journal of the American Medical Association*, *280*, 147-51.
- House, J.S., Landis, K.R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, *241*, 540-545.
- Lloyd, C. E., Dyer, P. H., & Barnett, A. H. (2000). Prevalence of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population. *Diabetic Medicine*, *17*, 198-202.
- Lustman, P. J., Anderson, R. J., Freedland, K. E., de Groot, M., Carney, R. M., & Clouse, R. E. (2000). Depression and poor glycaemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care*, *23*, 934-942.
- Lustman, P. J., Griffith, L. S., & Closure, R. E. (1988). Depression in adults with diabetes. *Diabetes Care*, *11*, 605-612.
- Mahrer-Imhof, R., Hoffmann, A., & Froelicher, E.S. (2007). Impact of cardiac disease on couples' relationships. *Journal of Advanced Nursing*, *57*, 513-521.
- Mantyselka, P., Kumpusalo, E., Ahonen, R., Kumpusalo, A., Kauhanen, J., Viinamaki, H., et al. (2001) Pain as a reason to visit the doctor: A study in Finnish primary health care. *Pain*, *89*, 175-80.
- Marchand, S. J. (2009). *Le phénomène de la douleur*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Marcus, M. D., Wing, R. R., Guare, J., Blair, E. H., & Jawad, A. (1992). Lifetime prevalence of major depression and its effect on treatment outcome in obese type II diabetic patients. *Diabetes Care*, *15*, 253-255.
- Mayou, A., Gill, D., Thompson, D.R., Day, A., Hicks, N., Volmink, J., & Neil, A. (2000). Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, *62*, 212-219.
- 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*, 127-33.
- Melzack, R. & Wall, P. D. (1965). Pain mechanism: A new theory. *Science*, *150*, 971-979.
- Merskey, H. M. & Bogduk, N. (1994). *Classification of Chronic Pain*, 2nd ed. IASP Press, Seattle, p.211.
- Millar, W. J. (1996). Chronic Pain. *Health Reports*, *7*, 47-53.
- Moulin, D. E., Clark, A. J., Speechley, M., & Morley-Forster, P. K. (2002). Chronic pain in Canada -Prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Research & Management*, *7*, 179-84.
- O'Callahan, M., Andrews, A.M., & Krantz, D.S. (2003). Coronary heart disease and hypertension. Dans A.M. Nezu, C.M. Nezu, & P.A. Geller (Éds. de volume) et I.B. Weiner (Éd. de série), *Handbook of psychology, Volume 9: Health psychology* (p. 339-364). New York: John Wiley & Sons.
- Organisation mondiale de la santé (OMS); aide mémoire no 312 (novembre 2009). Diabète. Récupéré le 3 janvier 2010 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/fr/index.html>
- Ospina, M. & Harstall, C. (2002). *Prevalence of chronic pain: an overview*. Health Technology Assessment 28 Series A, Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Edmonton, Alberta.
- Ohayon, M. M. & Schatzberg, A. F. (2003). Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 39-47.
- Penninx, B.W.J.H., Beekman, A.T.F., Honig, A., Deeg, D.J.H., Schoevers, R.A., van Eijk, J.T.M., & van Tilburg, W. (2001). Depression and cardiac mortality: Results from a community-based longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, *58*, 221-227.
- Queneau, P. & Ostermann, G. (2004). *Le médecin, le malade et la douleur*. Paris : Masson.
- Rankin-Esquer, L.A., Deeter, A., & Taylor, C.B. (2000). Coronary heart disease and couples. Dans K.B. Schmalzing, & T.G. Sher (Éds.), *The psychology of couples and illness: Theory, research, and practice* (p. 43-70). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sanmartin, C., & Gilmore, J. (2008). Diabetes: Prevalence and care practices. Statistics Canada Catalogue no. 82-003-XPE. Health reports, vol. 19, no.3. Ottawa, Ontario, Canada.
- Scheidt, S. (1996). A whirlwind tour of cardiology for the mental health professional. Dans R. Allan, & S. Scheidt (Éds.), *Heart & Mind: The Practice of cardiac psychology* (p. 15-54). Washington, DC: American Psychological Association.
- Schiavi, R. C., Stimmel, B. B., Mandeli, J., Schreiner-Engel, P., & Ghizzani, A. (1994). Diabetes, psychological function and male sexuality. *Journal of Psychosomatic Research*, *39*, 305-314.
- Schopflocher, D. P. (2003). *Chronic pain in Alberta: A portrait from the 1996 National Population Health and the 2001 Canadian community health survey*. Alberta Health and Wellness Public report, Edmonton, Canada.
- Schrader, G., Cheok, Cheok, F., Hordacre, A., & Guiver, N. (2004). Predictors of depression three months after cardiac hospitalization. *Psychosomatic Medicine*, *66*, 514-520.
- Schreiner-Enger, P., Schiavi, R. C., Vietorisz, D., & Smith, H. (1987). The differential impact of diabetes type on female sexuality. *Journal of Psychosomatic Research*, *31*, 23-33.
- Smith, T.W., Uchino, B.N., Berg, C.A., Florsheim, P., Pearce, G., Hawkins, M. et al. (2009). Conflict and collaboration in middle-aged and older couples: II. Cardiovascular reactivity during marital interaction. *Psychology and Aging*, *24*, 274-286.
- Statistique Canada (2000). Rapport statistique sur la santé de la population canadienne. Ottawa, Canada : Auteur.
- Sumanen, M., Ojanlatva, A., Koskenvuo, M., & Mattila, K. (2005). GPs should discuss sex life issues with coronary heart patients. *Sexual and Relationship Therapy*, *20*, 443-452.
- Tedstone, J., & Tarrier, N. (2003). Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment. *Clinical Psychology Review*, *23*, 409-448.
- Schwartz, L. & Ehde, D. M. (2000). Couples and chronic pain. Dans K. B. Schmalzing, & T. G. Sher (Éds.), *The psychology of couples and illness: Theory, research and practice*. Washington: American Psychological Association.
- Société canadienne de psychologie (2009). *La douleur chronique*. Récupéré le 26 novembre 2009 de <http://www.cpa.ca/publications/votresantelapsychologiepeutvousaider/ladouleurchronique/>
- Statistique Canada (2000). Rapport statistique sur la santé de la population canadienne. Ottawa, Canada : Auteur.
- Turk, D. C. (2002). Chronic non-malignant pain patients and health economic consequences. *European Journal of Pain*, *6*, 353-355.
- Turk, D. C. & Gatchel, R. J. (2002). *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook*. New York: Guilford.
- Turk, D. C., Okifuji, A., & Kalauokalani, D. (1999). Clinical outcome and economic evaluation of multidisciplinary pain centers. Dans A. R. Block, E. F. Kremer, & E. Fernandez (Éds.), *Handbook of pain syndromes: Biopsychosocial perspectives*. Mahwah, NJ: Erlbaum Associates.
- Wagner, J., & Tennen, H. (2007). Coping with diabetes: Psychological determinants of diabetes outcomes. Dans E. Martz, & H. Livneh (Éds.), *Coping with chronic illness and disability: Theoretical, empirical, and clinical aspects* (pp. 215-239). New York: Springer.
- Wilson, K. G., Eriksson, M. Y., D'Eon, J. L., Mikail, S. F., & Emery, P. C. (2002). Major depression and insomnia in chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, *18*, 77-83.