

1.3.4 ***Le Questionnaire Douleur de Saint-Antoine (QDSA)***

■ a) **Explication**

Ce questionnaire est destiné à apprécier la description d'une douleur.

C'est une échelle verbale multidimensionnelle.

Il comporte 61 qualificatifs répartis en 17 sous-classes :

- 9 sensorielles (A à I);
- 7 affectives (J à P);
- 1 évaluative (Note).

L'intérêt pratique d'un tel questionnaire est de divers ordres. Il peut aider à préciser la sémiologie sensorielle d'une douleur. Ainsi, une description type de décharges électriques ou de coups de poignard peut orienter vers un mécanisme de douleur par désafférentation. Une description type de lourdeur, de pesanteur, de compression peut orienter vers une douleur à type de contraction musculaire.

Ce questionnaire permet également de préciser une notion d'intensité et apprécié le vécu de la douleur (vécu anxieux et dépressif).

■ b) **Notation de la douleur à l'instant présent ("Note")**

0: absent, pas du tout

1: faible ou un peu

2: modéré ou moyennement

3: fort ou beaucoup

4: extrêmement fort ou extrêmement

■ c) **Exemple**

Une douleur habituellement pulsatile (2^e case en partant du haut, 1^{re} colonne) est actuellement en "coup de marteau" et extrême (6^e case de la 2^e colonne; "4" dans la case de la 3^e colonne).

	Habituelle	Présente actuelle	Note
A			
Battements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulsation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pincements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éclairs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coups de marteau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B			
Rayonnante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irradiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C			
Piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coupure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pénétrante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transperçante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coups de poignard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D			
Pincement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Écrasement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En étau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Broiement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E			
Tiraillement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étirement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déchirure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torsion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrachement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F			
Chaleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G			
Froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H			
Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Habituelle	Présente actuelle	Note
I			
Engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lourdeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sourde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J			
Fatigante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épuisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éreintante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K			
Nauséuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suffocante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syncopale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L			
Inquiétante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppressante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angoissante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M			
Harcelante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obsédante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cruelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torturante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supplicante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N			
Gênante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désagréable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pénible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insupportable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q			
Énervante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exaspérante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horripilante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P			
Déprimante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suicidaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Références :

Boureau F. et al., 1984.

Boureau F., Luu M., 1988.