

LES DÉFIS DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Cette annexe met à disposition une sélection de questionnaires en lien direct avec la douleur.

La plupart des échelles présentées ont été conçues en langue anglaise. Par la suite, certaines ont fait l'objet d'adaptation en langue française ; dans certains cas, une procédure de validation a été faite ou est en cours, dans d'autres cas pas. Cela sera mentionné. Cependant les questionnaires présentés – même s'ils n'ont pas tous fait l'objet d'une traduction suivie d'une procédure de validation de la version en français – possèdent des qualités psychométriques solides dans leur version originale. Les questionnaires qui ont été validés français gardent les qualités psychométriques solides. En attendant, que ce travail de validation soit poussé plus loin, notre activité clinique a pu utilement profiter de ces outils, nous désirons dès à présent en partager la connaissance.

Sauf exception, il n'existe pas de normes pour ces questionnaires dans la mesure où ils sont la plupart du temps utilisés pour évaluer une personne avant et après une intervention thérapeutique.

1. L'inventaire multidimensionnel de la douleur

a. Intérêt

Ce questionnaire donne un aperçu global de la situation du patient, la sévérité de la douleur, son impact fonctionnel, le soutien social perçu, le sentiment de contrôle, le degré de perturbation émotionnelle.

b. Questionnaire et cotation

Date: _____

Nom: _____

Sexe: M F

Âge: _____

Depuis quand avez-vous ce problème de douleur (en mois): _____

Principalement, où avez-vous de la douleur (cocher une seule catégorie)?

Tête, figure et bouche

Région cervicale

Épaules et membres supérieurs

Région thoracique

Région abdominale

Région lombaire, dorsale, sacrum, coccyx

Membres inférieurs

Région pelvienne

Région anale, périnale et génitale

Notez qu'il est important d'encrer une réponse pour chaque question de ce questionnaire. Si vous n'arrivez pas à répondre à certaines questions, veuillez aviser votre évaluateur.

Section 1

À partir des 20 questions suivantes, décrivez votre douleur et la façon dont elle affecte votre vie. Lisez chacune des questions attentivement et indiquez, en encerclant le chiffre approprié dans l'échelle sous la question, à quel point elle correspond à votre cas.

1. Évaluez le niveau de votre douleur en ce moment.

0 1 2 3 4 5 6
Aucune douleur Douleur vraiment intense

2. En général, à quel point votre douleur nuit-elle à vos activités de tous les jours?

0 1 2 3 4 5 6
Ne nuit pas Nuit énormément

3. Depuis que votre problème de douleur a débuté, à quel point a-t-il changé votre capacité à travailler?

0 1 2 3 4 5 6
Aucun changement Changement extrême

___cochez ici si vous ne travaillez plus, pour des raisons autres que votre problème de douleur.

4. À quel point votre douleur a-t-elle changé la satisfaction ou le plaisir que vous retirez des activités sociales ou récréatives?

0 1 2 3 4 5 6
Aucun changement Changement extrême

5. À quel point votre conjoint vous soutient-il ou vous appuie-t-il en ce qui a trait à votre douleur?

0 1 2 3 4 5 6
Aucun soutien Soutien extrême

6. Évaluez votre humeur générale durant la dernière semaine.

0 1 2 3 4 5 6
Moral extrêmement bas Moral extrêmement élevé

7. En moyenne, à quel point évaluez-vous l'intensité de votre douleur durant la dernière semaine?

0 1 2 3 4 5 6
Aucunement intense Extrêmement intense

8. À quel point votre douleur a-t-elle changé votre capacité à prendre part à des activités récréatives ou à d'autres activités sociales?

0 1 2 3 4 5 6
Aucun changement Changement extrême

9. À quel point votre douleur a-t-elle changé la satisfaction ou le plaisir que vous retirez de vos activités familiales?

0 1 2 3 4 5 6
Aucun changement Changement extrême

10. À quel point avez-vous l'impression d'avoir eu le contrôle sur votre vie, durant la dernière semaine?

0 1 2 3 4 5 6
Aucun contrôle Contrôle extrême

11. À quel point souffrez-vous à cause de votre douleur?

0 1 2 3 4 5 6
Aucune souffrance Souffrance extrême

12. À quel point votre douleur a-t-elle changé vos relations avec votre conjoint, et avec votre famille?

0 1 2 3 4 5 6
Aucun changement Changement extrême

13. À quel point votre douleur a-t-elle changé la satisfaction ou le plaisir que vous retirez de votre travail?

0 1 2 3 4 5 6
Aucun changement Changement extrême

___ Cochez ici si vous ne travaillez pas actuellement.

14. À quel point votre conjoint est-il attentif à votre problème de douleur?

0 1 2 3 4 5 6
Aucunement attentif Extrêmement attentif

15. À quel point avez-vous l'impression d'avoir été en mesure de gérer vos problèmes durant la dernière semaine?

0 1 2 3 4 5 6
Pas du tout Extrêmement bien

16. À quel point votre douleur a-t-elle changé votre capacité à effectuer des travaux ménagers?

0 1 2 3 4 5 6
Aucun changement Changement extrême

17. Durant la dernière semaine, à quel point avez-vous été irritable?

0 1 2 3 4 5 6
Aucunement irritable Extrêmement irritable

18. À quel point votre douleur a-t-elle changé vos relations d'amitié avec des personnes autres que les membres de votre famille?

0 1 2 3 4 5 6
Aucun changement Changement extrême

19. Durant la dernière semaine, à quel point avez-vous été tendu ou anxieux?

0 1 2 3 4 5 6
Aucunement tendu ou anxieux Extrêmement tendu ou anxieux

Section 2

À l'aide de l'échelle figurant sous chacune des questions, encerclez le chiffre indiquant à quelle fréquence votre conjoint(e) (ou la personne la plus près de vous dans votre vie) réagit de cette façon lorsque vous éprouvez de la douleur. Veuillez répondre à toutes les questions. Veuillez indiquer la relation qui existe entre vous et la personne que vous avez à l'esprit. _____

1. Me demande ce qu'il peut faire pour aider.

0	1	2	3	4	5	6
Jamais						Très souvent

2. Exprime de l'irritabilité à mon endroit.

0	1	2	3	4	5	6
Jamais						Très souvent

3. Se charge de ma partie des tâches ou responsabilités.

0	1	2	3	4	5	6
Jamais						Très souvent

4. Me fait la conversation pour me distraire de la douleur.

0	1	2	3	4	5	6
Jamais						Très souvent

5. Exprime de la frustration envers moi.

0	1	2	3	4	5	6
Jamais						Très souvent

6. Essaie de faire en sorte que je me repose.

0	1	2	3	4	5	6
Jamais						Très souvent

7. M'incite à prendre part à une activité.

0	1	2	3	4	5	6
Jamais						Très souvent

8. Exprime de la colère à mon endroit.

0	1	2	3	4	5	6
Jamais						Très souvent

9. Va me chercher des médicaments contre la douleur.

0	1	2	3	4	5	6
Jamais						Très souvent

10. M'encourage à m'adonner à un passe-temps.

0	1	2	3	4	5	6
Jamais						Très souvent

9. Aider à faire le ménage.

0 1 2 3 4 5 6
Jamais Très souvent

10. Entretien de la voiture.

0 1 2 3 4 5 6
Jamais Très souvent

11. Faire une ballade en voiture.

0 1 2 3 4 5 6
Jamais Très souvent

12. Visiter des membres de la famille.

0 1 2 3 4 5 6
Jamais Très souvent

13. Préparer un repas.

0 1 2 3 4 5 6
Jamais Très souvent

14. Laver la voiture.

0 1 2 3 4 5 6
Jamais Très souvent

15. Quitter la maison pour quelques jours.

0 1 2 3 4 5 6
Jamais Très souvent

16. Aller au parc ou au bord de l'eau.

0 1 2 3 4 5 6
Jamais Très souvent

17. Faire la lessive.

0 1 2 3 4 5 6
Jamais Très souvent

18. Effectuer les réparations qui s'imposent dans la maison.

0 1 2 3 4 5 6
Jamais Très souvent

Cotation

SECTION 1 :

Interférence : $(\text{Question } 2 + 3 + 4 + 8 + 9 + 12 + 13 + 16 + 18) / 9$

Support : $(\text{Question } 5 + 14) / 2$

Sévérité de la douleur : $(\text{Question } 1 + 7 + 11) / 3$

Sentiment de contrôle : $(\text{Question } 10 + 15) / 2$

Perturbations émotionnelles : $(6 + 17 + 19) / 3$

SECTION 2 :

Réponses négatives : $(\text{Question } 2 + 5 + 8) / 3$

Réponses de soutien : $(\text{Question } 1 + 3 + 6 + 9 + 11 + 12) / 6$

Réponse de distraction : $(\text{Question } 4 + 7 + 10) / 3$

SECTION 3 :

Travaux domestiques : $(\text{Question } 1 + 5 + 9 + 13 + 17) / 5$

Travaux d'extérieur : $(\text{Question } 2 + 6 + 10 + 14 + 18) / 5$

Activités loin de la maison : $(\text{Question } 3 + 7 + 11 + 15) / 4$

Activités sociales : $(\text{Question } 4 + 8 + 12 + 16) / 4$

Activités générales : $(\text{Somme de toutes les questions de la Section } 3) / 18$

c. Références

Kerns R.D., Turk D.C. & Rudy T.E. (1985). The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*, 23, 345 – 356.

Laliberté S, Lamoureux, J., Sullivan, M.J.L., Miller, J.M., Charron, J., & Bouthillier, D. (2008). French Translation of the multidimensional pain inventory: L'inventaire multidimensionnel de la douleur. *Pain Research Management*, 13, 6, 497-505.

2. Échelle de répercussions fonctionnelles

a. Intérêt

Évaluation des répercussions fonctionnelles en lien avec la douleur dans sept domaines de la vie quotidienne. Cette échelle peut s'appliquer à toute problématique de douleur chronique.

b. Questionnaire et cotation

Les échelles ci-dessous sont destinées à mesurer le degré avec lequel différents aspects de votre vie sont perturbés par la douleur. En d'autres mots, nous souhaiterions savoir dans quelle mesure votre douleur vous empêche de faire ce que d'habitude vous faites ou dans quelle mesure elle vous empêche de faire cela aussi bien que d'habitude. Répondez à chaque catégorie en indiquant l'**impact global** de la douleur dans votre vie et pas seulement lorsqu'elle est à son maximum.

Pour chacune des sept catégories des activités de votre vie quotidienne présentées ci-dessous, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le niveau d'incapacité que vous constatez. Un score de 0 signifie aucune difficulté, et un score de 10 signifie que toutes les activités qui vous concernent normalement sont totalement perturbées ou empêchées par la douleur.

1. Responsabilités familiales.

Cette catégorie fait référence aux activités liées à la maison et à la famille. Cela inclut les travaux de routine à la maison (ex: travaux d'entretien) et les courses ou services aux autres membres de la famille (ex: conduire les enfants à l'école...)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucune difficulté Incapacité totale

2. Temps libres.

Cette catégorie renvoie aux hobbies, sports et autres activités de loisirs.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucune difficulté Incapacité totale

3. Activités sociales.

Cette catégorie concerne les activités avec des amis ou des connaissances. Cela comprend réception, cinéma, théâtres, concerts, restaurants, et d'autres événements...

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucune difficulté Incapacité totale

4. Travail.

Cette catégorie fait référence aux activités qui sont partiellement ou directement en rapport avec l'activité professionnelle. Cela inclut des occupations telles les travaux ménagers ou le bénévolat.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucune difficulté Incapacité totale

5. Vie sexuelle.

Cette catégorie fait référence à la fréquence des rapports et à la qualité de la vie sexuelle.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucune difficulté Incapacité totale

6. Soins.

Cette catégorie inclut les activités qui concernent les soins personnels et l'autonomie (ex: prendre une douche, s'habiller, déplacement, etc...)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucune difficulté Incapacité totale

7. Activités de base.

Cette catégorie fait référence aux comportements tels l'alimentation, le sommeil, respiration

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<hr/>										
Aucune										Incapacité
difficulté										totale

Cotation : Addition des points. Maximum : 70.

c. Références

Pollard, C. (1984). Preliminary validity study of the Pain Disability Index. *Perceptual and Motor Skills*, 59, 974.

Tait R.C., Pollard C.A., Margolis R.B., Duckro P.N. & Krause S.J. (1987). The Pain Disability Index: psychometric and validity data. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 68, 438-441.

Pas de validation connue en français.

3. Questionnaire d'acceptation de la douleur chronique

a. Intérêt

Évaluer dans quelle mesure la personne « accepte » la présence de la douleur, accepter au sens de se permettre de ne pas systématiquement réagir à la douleur. Peut-elle avoir une attitude non-combattive vis-à-vis de la douleur. Le questionnaire présente une échelle d'acceptation d'une attitude non-combattive vis-à-vis de la douleur et une échelle qui évalue le degré d'engagement dans des activités.

b. Questionnaire et cotation

Instructions : ci-dessous vous trouverez une liste d'affirmations. Évaluez dans quelle mesure chaque affirmation est vraie en ce qui vous concerne en entourant un chiffre. Utilisez l'échelle suivante pour faire votre choix. Par exemple, si vous croyez qu'une affirmation est « toujours vraie », alors vous entourez le chiffre 6.

Jamais vrai	Très rarement vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai	Presque toujours vrai	Toujours vrai
0	1	2	3	4	5	6

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Je poursuis mes activités sans me préoccuper du niveau de ma douleur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Avoir le contrôle sur ma douleur est ma priorité n° 1 quoique je fasse. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Malgré que les choses aient changé, je mène une vie normale malgré la douleur. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Avant de faire des projets sérieux, il faut que j'aie bien le contrôle sur ma douleur. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Je mène une vie bien remplie malgré que j'aie une douleur chronique. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Quand la douleur augmente, je peux tout de même assumer mes responsabilités. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. J'évite de me mettre moi-même dans des situations où la douleur pourrait augmenter | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Mes soucis et peurs à propos de ce que provoquera ma douleur sont bien réels. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Cotation:

Échelle d'acceptation de la douleur. Additionner les items 2, 4, 7, 8 (scores inversés)

Échelle d'engagement dans des activités : Items 1, 3, 5, 6

c. Références

Fish, R.A., McGuire, B., Hogan, M. Morrison, T.G., & Stewart, I. (2010). Validation of the Chronic pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) in an Internet sample and development and preliminary validation of the CPAQ-8. *Pain, 149*, 435-443.

Pas d'adaptation connue en français.

4. Flexibilité psychologique et douleur

a. Intérêt

Évaluer dans quelle mesure le fonctionnement de la douleur est très en phase (en fusion) avec la douleur ou si le patient dispose d'un certain degré de liberté par rapport à elle. Le questionnaire présente une échelle de fusion et une échelle d'évitement

b. Questionnaire et cotation

1	2	3	4	5	6	7
Jamais vrai	Très rarement vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai	Presque toujours vrai	Toujours vrai

1. Je pourrais faire n'importe quoi pour me débarrasser de ma douleur	1 2 3 4 5 6 7
2. Je ne fais pas les choses qui sont importantes pour moi afin d'éviter la douleur	1 2 3 4 5 6 7
3. Lorsque j'ai des douleurs, je reste à l'écart des autres	1 2 3 4 5 6 7
4. Il est important que j'apprenne à contrôler ma douleur	1 2 3 4 5 6 7
5. Il est important de comprendre ce qui cause ma douleur	1 2 3 4 5 6 7
6. Ma douleur me met en colère	1 2 3 4 5 6 7
7. Il m'arrive de me? dire des choses telles que : « Je n'ai pas d'énergie », « Je ne suis pas bien », « Je n'ai pas le temps », « Je n'ose pas », « Je me sens trop mal », « Ca ne me dit rien ».	1 2 3 4 5 6 7
8. J'évite de faire les choses lorsqu'il y a un risque que cela fasse mal ou que cela empire les choses	1 2 3 4 5 6 7
9. J'évite de planifier des activités à cause de ma douleur	1 2 3 4 5 6 7
10. Je fournis beaucoup d'effort dans le combat contre ma douleur	1 2 3 4 5 6 7
11. Ce n'est pas moi contrôle ma vie mais ma douleur	1 2 3 4 5 6 7
12. J'ai besoin de comprendre ce qui ne va pas pour pouvoir avancer	1 2 3 4 5 6 7
13. Je ne fais plus de plans pour le futur à cause de ma douleur	1 2 3 4 5 6 7
14. Je postpose certaines choses à cause de ma douleur	1 2 3 4 5 6 7
15. J'annule des activités prévues lorsque j'ai mal	1 2 3 4 5 6 7
16. J'interromps mes activités si cela commence à faire mal ou si cela s'empire	1 2 3 4 5 6 7

Cotation

Il y a deux facteurs qui permettent d'avoir un score d'évitement et un score de fusion cognitive.

Évitement 2, 3, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16

Fusion cognitive : 1, 4, 5, 6, 10, 12

c. Références

Wicksell, R.K., Lekander, M., Sorojonen, K; & Olsson, G.L. (2010). The psychological inflexibility in pain scale (PIPS) - statistical properties and model fit of an instrument to assess change process in pain-related disability. *European Journal of Pain*, 14, 771.e1 – 771.e14.

Martel, M.-E. ; Dionne, F., Gauchet, A., Zouikri-Roland, Y., Decker, E. et al. (2015). Psychological inflexibility for pain : translation and validation for a french-speaking population. World-Conference XIII of the Association for Behavioral and Contextual Science, Berlin, Germany.

5. Questionnaire d'injustice perçue

a. Intérêt

Évaluer le sentiment d'injustice que peuvent vivre certaines personnes par le fait d'être frappées par une douleur, par le manque de compréhension, la difficulté à pouvoir mener leur vie.

Le questionnaire comporte deux échelles :

1. Responsabilité de la faute/ sentiment d'injustice
2. Gravité / caractère irréparable

b. Questionnaire et cotation



Copyright © 2002
Michael J. Sullivan

IEQ-CF

Nom: _____ Âge: _____ Sexe: _____ Date: _____

Lorsqu'une blessure survient, notre vie peut être affectée de façon importante. Ce questionnaire a été construit pour évaluer à quel point votre vie a été affectée.

Voici 12 affirmations décrivant des pensées et des sentiments que vous pouvez avoir lorsque vous pensez à votre blessure. Veuillez compléter le questionnaire suivant en indiquant à quel point ces énoncés vous représentent lorsque vous pensez à votre blessure.

0 – pas du tout 1 – légèrement 2 – modérément 3 – de façon importante 4 – Extrêmement

- 1 La plupart des gens ne comprennent pas à quel point mon état est grave.
- 2 Ma vie ne sera plus jamais la même.
- 3 Je souffre à cause de la négligence de quelqu'un d'autre.
- 4 Personne ne devrait avoir à vivre ce que je vis présentement.
- 5 Je veux simplement retrouver ma vie d'avant.
- 6 J'ai le sentiment que ceci va m'affecter de façon permanente.
- 7 Tout ça me semble si injuste.
- 8 Je crains que mon état ne soit pas pris assez au sérieux.
- 9 Rien ne pourra compenser tout ce que j'ai enduré.
- 10 C'est comme si on m'avait volé quelque chose de très précieux.
- 11 J'ai peur de ne jamais pouvoir réaliser mes rêves.
- 12 Je ne peux pas croire ça m'arrive à moi.

...Total

Cotation

Faire la somme des 12 items (le total va de 0 à 48 points).

Les scores aux sous-échelles peuvent être obtenus en additionnant les réponses aux items suivants :

Responsabilité de la faute/ sentiment d'injustice. Sommes des items 3, 7, 9, 10, 11, 12

Gravité / caractère irréparable: somme des items 1, 2, 4, 5, 6, 8

c. Références

Sullivan, M.J.L., Adams, H., Horan, S, & Maher, D. (2008). The role of perceived injustice in the experience of chronic pain and disability : scale development and validation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18, 249-261.

Une traduction en français par l'auteur et utilisée dans la plupart des études sur population bilingue au Canada. Échelle et manuel téléchargeable sur le site de l'auteur: <http://sullivan-painresearch.mcgill.ca>

6. Catastrophisme

a. Intérêt

Évaluer la manière dont certaines personnes noircissent leur situation.

Trois échelles sont proposées : rumination, amplification et impuissance.

b. Questionnaire et cotation

Chacun d'entre nous aura à subir des expériences douloureuses. Cela peut être la douleur associée aux maux de tête, à un mal de dent, ou encore la douleur musculaire ou aux articulations. Il nous arrive souvent d'avoir à subir des expériences douloureuses telles que la maladie, une blessure, un traitement dentaire ou une intervention chirurgicale.

Dans le présent questionnaire, nous vous demandons de décrire le genre de pensées et d'émotions que vous avez quand vous avez de la douleur. Vous trouverez ci-dessous treize énoncés décrivant différentes pensées et émotions qui peuvent être associées à la douleur. Veuillez indiquer à quel point vous avez ces pensées et émotions, selon l'échelle ci-dessous, quand vous avez de la douleur.

0 – pas du tout 1 – quelque peu 2 – de façon modérée 3 – beaucoup 4 – tout le temps

Quand j'ai de la douleur ...

- 1 j'ai peur qu'il n'y aura pas de fin à la douleur.
- 2 je sens que je ne peux pas continuer.
- 3 c'est terrible et je pense que ça ne s'améliorera jamais.
- 4 c'est affreux et je sens que c'est plus fort que moi.
- 5 je sens que je ne peux plus supporter la douleur.
- 6 j'ai peur que la douleur s'empire.
- 7 je ne fais que penser à d'autres expériences douloureuses.
- 8 avec inquiétude, je souhaite que la douleur disparaisse.
- 9 je ne peux m'empêcher d'y penser.
- 10 je ne fais que penser à quel point ça fait mal.
- 11 je ne fais que penser à quel point je veux que la douleur disparaisse.
- 12 il n'y a rien que je puisse faire pour réduire l'intensité de la douleur.
- 13 je me demande si quelque chose de grave va se produire.

...Total

Cotation

Faire la somme des 13 items (le total va de 0 à 52 points).

Des scores aux sous-échelles peuvent être obtenus en additionnant les réponses aux items suivants :

Rumination : total des items 8, 9, 10, 11

Amplification : total des items 6, 7, 13

Impuissance : total des items 1, 2, 3, 4, 5, 12

d. Référence

Sullivan M.J.L., Bishop, S.R., Pivik, J., Boland, D., & Gross, R. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, *7*, 524-532.

Une traduction en français par l'auteur est utilisée dans la plupart des études sur population bilingue au Canada. Echelle et manuel téléchargeables sur le site de l'auteur: <http://sullivan-painresearch.mcgill.ca>

7. Auto-évaluation des difficultés cognitives

a. Intérêt

Évaluer la fréquence avec laquelle les patients perçoivent leurs difficultés cognitives.

b. Questionnaire et cotation

Tout le monde a dans une certaine mesure des difficultés de mémoire, d'attention ou de concentration.

Nous sommes intéressés à voir avec quelles fréquences les personnes connaissent ce type de problèmes. Ci-dessous, vous trouverez plusieurs situations dans lesquelles peuvent être rencontrés ces problèmes. En utilisant l'échelle ci-dessous, veuillez préciser avec quelle fréquence vous rencontrez ces problèmes.

0 1 2 3 4
Jamais Presque toujours

1. Je perds le fil de mes idées quand je parle	
2. J'éprouve des difficultés à me souvenir des noms de personnes même quand je les ai rencontrées plusieurs fois.	
3. Quand j'arrive dans une pièce, je ne sais plus ce que je viens y faire	
4. J'ai des difficultés à m'organiser	
5. Pendant une conversation, j'ai des difficultés à me concentrer sur ce que les gens disent	
6. Il m'arrive de ne pas me souvenir si j'ai déjà fait certaines choses.	
7. Je rate des rendez-vous ou des réunions que j'avais fixés	
8. J'ai des difficultés à planifier ce que je dois faire durant la journée.	
9. Je n'arrive pas à bien me concentrer pour regarder la TV ou lire un livre.	
10. Je n'arrive pas à me souvenir de ce que j'ai fait la veille	
11. Je n'arrive pas à me souvenir de la date sans regarder le calendrier.	
12. Même si j'ai pas mal de choses à faire, je n'arrive pas à m'y mettre.	
13. Je trouve que j'ai souvent la tête dans les nuages.	
14. Après avoir eu quelqu'un au téléphone, je n'arrive pas à me rappeler de quoi nous avons parlé.	
15. J'oublie de faire certaines choses comme mettre mon réveil ou éteindre la cuisinière, ...	
16. A certains moments, j'ai vraiment l'esprit vide.	

17. Je n'arrive pas à retenir les numéros de téléphone, ne fût-ce que pour quelques secondes.	
18. Je n'arrive pas à me souvenir ce que j'ai fait le week-end passé.	
19. J'oublie de prendre mes médicaments.	
20. Je n'arrive pas à prendre des décisions.	

Cotation : Faire la somme des points.

c. Référence

Sullivan, M.J.L., Hall, E., Bartolacci, R., Sullivan, M.E., Adams, H. (2002). Perceived cognitive deficits, emotional distress and disability following whiplash injury. *Pain Research and Management*; 7, 120-126.

Pas de validation connue en français

8. Échelle d'anxiété et de dépression

a. Intérêt

Évaluer l'humeur anxieuse et dépressive auprès de personnes ayant une affection somatique

b. Questionnaire et cotation

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouvez, il pourra mieux vous aider.

Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif. Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à la gauche du questionnaire. Lisez chaque série de questions et soulignez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire; votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

A	Je sens tendu ou énervé :
3	La plupart du temps
2	Souvent
1	De temps en temps
0	Jamais
D	Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :
0	Oui, tout autant
1	Pas autant
2	Un peu seulement
3	Presque plus
A	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :
3	Oui, très nettement
2	Oui, mais ce n'est pas trop grave
1	Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
0	Pas du tout
D	Je ris facilement et vois le bon côté des choses :
0	Autant que par le passé

1		Plus autant qu'avant
2		Vraiment moins qu'avant
3		Plus du tout
A		Je me fais du souci :
3		Très souvent
2		Assez souvent
1		Occasionnellement
0		Très occasionnellement
D		Je suis de bonne humeur :
3		Jamais
2		Rarement
1		Assez souvent
0		La plupart du temps
A		Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :
0		Oui, quoi qu'il arrive
1		Oui, en général
2		Rarement
3		Jamais
D		J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :
3		Presque toujours
2		Très souvent
1		Parfois
0		Jamais
A		J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :
0		Jamais
1		Parfois
2		Assez souvent
3		Très souvent
D		Je ne m'intéresse plus à mon apparence :
3		Plus du tout
2		Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais

1		Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
0		J'y prête autant attention que par le passé
A		J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :
3		Oui, c'est tout à fait le cas
2		Un peu
1		Pas tellement
0		Pas du tout
D		Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :
0		Autant qu'avant
1		Un peu moins qu'avant
2		Bien moins qu'avant
3		Presque jamais
A		J'éprouve souvent des sensations soudaines de panique:
3		Vraiment souvent
2		Assez souvent
1		Pas très souvent
0		Jamais
D		Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :
0		Souvent
1		Parfois
2		Rarement
3		Très rarement

Maintenant vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions.

c. Cotation

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total Anxiété =

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total Dépression =

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse
- 11 et plus : symptomatologie certaine

Un score global de 19 ou plus traduit un épisode dépressif majeur.

Un score global de 13 correspond à des troubles de l'adaptation et une dépression mineure.

c. Référence

Zigmond A.S., & Snaith R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica. Scandinavia* 67, 361-370.

Traduction française : J.P. Lépine.

9. Échelle de kinésiophobie

a. Intérêt

Les peurs et les craintes liées à la douleur entraînent souvent un évitement et ces craintes sont dans certains cas considérées par rapport à la possibilité que le mouvement puisse causer ou aggraver une lésion, d'où le terme kinésiophobie pour définir cette peur du mouvement.

b. Questionnaire et cotation

Questionnaire Tampa (TSK) pour l'évaluation de l'indice de kinésiophobie (Kori et al., 1990, traduite par French et Roach)

Nom : _____ évaluation no 1 2 3 4 5 6 date : _____

Score : sur 68

Les peurs et craintes reliées à la douleur entraînent souvent un évitement des activités considérées comme pouvant provoquer ou augmenter la douleur, ou pouvant causer ou aggraver une lésion. On utilise le terme "kinésiophobie" pour définir cette "peur du mouvement".

Dans une série d'études cliniques, Vlaeyen et al.(1995a, 1995b) ont démontrés que la kinésiophobie était un meilleur prédicteur de l'incapacité que les tests de capacité physique et les tests de sévérité de la douleur.

L'Échelle Tampa (TSK•CF) pour l'évaluation de l'indice de kinésiophobie a été conçu et validé pour estimer le niveau de kinésiophobie présent un individu au moment de l'évaluation, et ce, dans le but d'ajuster l'intervention en conséquence, et ultérieurement, d'évaluer si la dite intervention aura eu un effet sur ce problème commun chez les gens souffrant de douleurs persistantes.

Plus le score est élevé, plus le niveau de kinésiophobie est important.

(40 / 68 est considéré comme une kinésiophobie significative (Vlaeyen).)

Références :

Kori, S.H., Miller, R.P., Todd, D.D., (1990). Kinesiophobia: A new view of chronic pain behavior. *Pain Management*, Jan/Feb, 35•43.

Vlaeyen, J.W.S., Kole•Snijders, A.M.J., Rotteveel, A.M., Ruesink, R., Heuts, P.H.T.G. (1995a). The role of fear of mouvement / (re)injury in pain disability. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 5(4), 235•252.

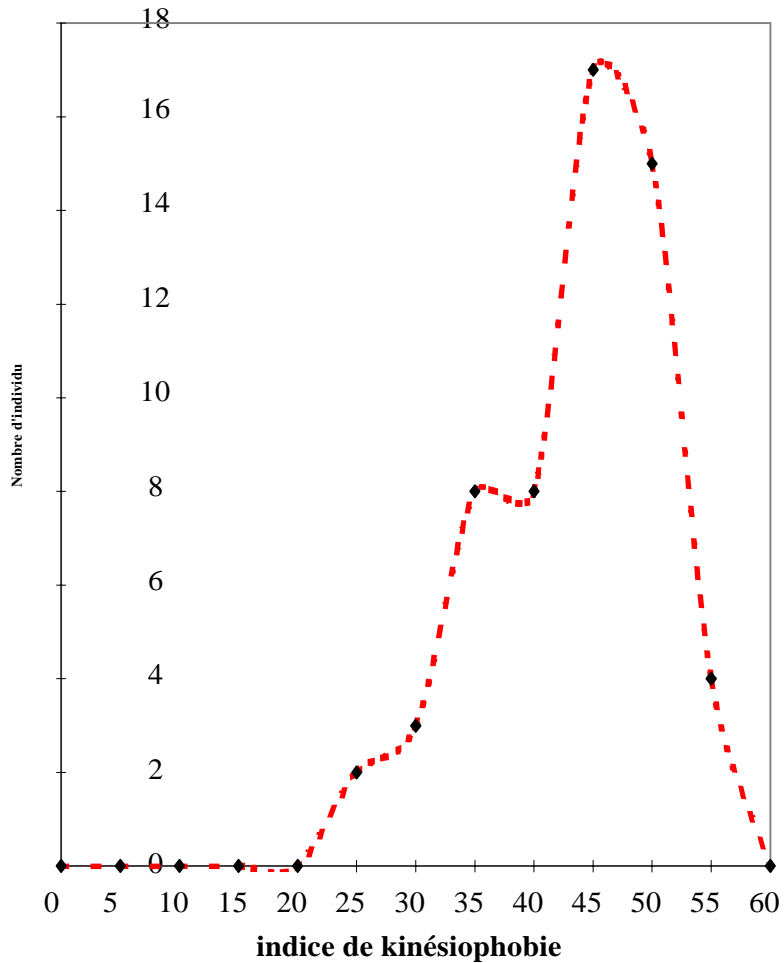
Vlaeyen, J.W.S., Kole•Snijders, A.M.J., Boeren, R.G.B., Ruesink, R., Van Eek, H. (1995b). Fear of mouvement / (re)injury in chronic low back problem and its relation to behavioural performance. *Pain*. 62, 363•372.

Consignes : **Veillez lire attentivement chaque question et encercler le numéro qui correspond le mieux à vos sentiments.**

	Fortement en désaccord	Quelque peu en désaccord	Quelque peu en accord	Fortement en accord
1. J'ai peur de me blesser si je fais de l'activité physique	1	2	3	4
2. Ma douleur ne ferait qu'intensifier si j'essayais de la vaincre	1	2	3	4
3. Mon corps me dit que quelque chose ne va vraiment pas	1	2	3	4
4. Si je faisais de l'activité physique, ma douleur serait probablement soulagée *	1	2	3	4
5. Les gens ne prennent pas mon état de santé assez au sérieux	1	2	3	4
6. Mon accident a mis mon corps en danger pour le reste de mes jours	1	2	3	4
7. La douleur signifie toujours que je me suis blessé(e)	1	2	3	4
8. Même si quelque chose aggrave ma douleur, cela ne veut pas dire que c'est dangereux *	1	2	3	4
9. J'ai peur de me blesser accidentellement	1	2	3	4
10. La meilleure façon d'empêcher que ma douleur s'aggrave est de m'assurer de ne pas faire des mouvements inutiles	1	2	3	4
11. Je n'aurais pas tant de douleurs s'il ne se passait pas quelque chose de grave dans mon corps	1	2	3	4
12. Bien que ma condition soit pénible, je serais mieux si j'étais physiquement actif(ve) *	1	2	3	4
13. La douleur m'indique quand arrêter de faire des activités physiques pour que je ne me blesse pas	1	2	3	4
14. Il n'est pas prudent qu'une personne avec un état de santé comme le mien soit physiquement active	1	2	3	4
15. Je ne peux pas faire tout ce qu'une personne normale peut faire parce que j'ai plus de risques de me blesser	1	2	3	4
16. Bien qu'il y ait quelque chose qui me cause beaucoup de douleurs, je ne pense pas que ce soit vraiment grave *	1	2	3	4
17. Personne ne devrait être obligé de faire des exercices lorsqu'il(elle) ressent de la douleur	1	2	3	4

Pour le score : additionner les chiffres. Inversez le score pour les questions avec un * (questions 4, 8, 12 et 16).

Plus le score est élevé, plus le niveau de kinésiophobie est important. (40 / 68 est considéré comme une kinésiophobie significative (Vlaeyen).



outil ikq 002
ver. juin•2005

Le présent ouvrage fait partie du domaine public et peut être cité ou reproduit sans autorisation spéciale (disponible au www.yvanc.com).

Cotation

Faire le total. Plus le score est élevé, plus le niveau de kinésiophobie est important. Maximum : 68.
40/68 est considéré comme une kinésiophobie significative

c. Références

Kori, S.H., Miller, R.P., & Todd D.D. (1990). Kinésiophobia: a new view of chronic pain. *Pain management*, Jan/Feb, 35-43.

Échelle traduite en français par French et Roach de l'Institut de Kinésiologie du Québec
(www.kinesio.unmontreal.ca)

10. Échelle de sévérité de fatigue

a. Intérêt

Évaluer la sévérité de la fatigue

b. Questionnaire et cotation

- Lisez chaque item et cochez/entourez le chiffre qui s'applique le plus à vous durant la semaine passée.
- Une valeur basse indique que l'affirmation ne s'applique pas tout à fait ou pas du tout, tandis qu'une valeur élevée indique que l'affirmation s'applique fortement à votre état ou à ce que vous avez ressenti au cours de la semaine passée.

QUESTIONNAIRE

« *Durant la semaine passée j'ai trouvé que...* »

Score/Intensité

Je suis moins motivé quand je suis fatigué(e)	1	2	3	4	5	6	7
L'exercice physique me rend fatigué(e)	1	2	3	4	5	6	7
Je suis facilement fatigué(e)	1	2	3	4	5	6	7
La fatigue gêne mon fonctionnement physique	1	2	3	4	5	6	7
La fatigue me cause fréquemment des problèmes	1	2	3	4	5	6	7
Ma fatigue m'empêche d'avoir une activité physique soutenue	1	2	3	4	5	6	7
La fatigue m'empêche d'accomplir certains devoirs et responsabilités	1	2	3	4	5	6	7
La fatigue est parmi mes trois symptômes les plus invalidants	1	2	3	4	5	6	7
La fatigue interfère avec ma vie professionnelle et/ou familiale et/ou sociale	1	2	3	4	5	6	7

SCORE MOYEN : (Total/9)

SCORE TOTAL :

c. Référence

Krupp, L.B., La Rocca, N.G., Muir-Nash, J., Steinberg, A.D., 1989. The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Archives of Neurology*, 46, 1121-3.

Pas de validation connue en français.

11. Disposition au changement

a. Intérêt

Évaluer le degré d'ouverture au changement face à la gestion de la douleur chronique

b. Questionnaire et cotation

Nous aimerions mieux cerner la manière dont vous gérez votre problème douloureux. Les propositions présentées ci-dessous décrivent différentes manières d'appréhender ce dernier.

Veillez SVP nous indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord ou pas d'accord avec chacune des propositions suivantes en vous référant à chaque fois à votre manière présente d'appréhender vos douleurs et non à la manière dont vous les avez appréhendées dans le passé (ou à la manière dont vous souhaiteriez les appréhender). Entourez pour cela l'une des cinq réponses proposées.

	pas du tout d'accord	pas d'accord	ne sais pas ou indécis(e)	d'accord	tout à fait d'accord
1. Je me mets à penser que ma manière de faire face à mes douleurs pourrait être améliorée.	1	2	3	4	5
2. J'ai appris des stratégies efficaces pour que mes douleurs ne me gênent pas dans ma vie de tous les jours.	1	2	3	4	5
3. Quand mes douleurs se réveillent, je réussis spontanément à retrouver les stratégies qui se sont révélées efficaces dans le passé, comme me relaxer ou penser à autre chose.	1	2	3	4	5
4. J'utilise actuellement des stratégies qui m'aident à mieux faire face à mes douleurs au jour le jour.	1	2	3	4	5
5. Je commence à trouver des stratégies qui m'aident à contrôler mes douleurs.	1	2	3	4	5
6. J'ai récemment réalisé qu'aucun traitement médical n'était efficace pour traiter mes douleurs et veux donc apprendre des stratégies pour y faire face.	1	2	3	4	5
7. Même si mes douleurs persistent, je suis décidé(e) à revoir ma manière d'y faire face.	1	2	3	4	5
8. Je réalise à présent qu'il est temps pour moi de trouver de meilleures stratégies pour faire face à mes douleurs.	1	2	3	4	5
9. J'utilise ce que j'ai appris pour m'aider à contrôler mes douleurs.	1	2	3	4	5
10. Actuellement, je tiens compte des conseils que les gens me donnent à propos de la manière de vivre avec mes douleurs.	1	2	3	4	5
11. Je commence à me dire que j'ai besoin de me faire aider pour développer mes capacités à gérer mes douleurs.	1	2	3	4	5
12. Je me suis rendu compte que c'était à moi de mieux gérer mes douleurs.	1	2	3	4	5
13. J'ai intégré dans ma vie quotidienne l'utilisation de stratégies pour gérer ma douleur.	1	2	3	4	5
14. J'ai fait d'énormes progrès dans ma manière de faire face à mes douleurs.	1	2	3	4	5

15. J'en suis arrivé(e) à la conclusion qu'il était temps pour moi de changer ma manière de faire face à mes douleurs.	1	2	3	4	5
16. Je me fais aider pour apprendre des stratégies de faire face à mes douleurs plus efficaces.	1	2	3	4	5
17. Je me rends compte que les médecins ne peuvent m'aider qu'en partie et que le reste dépend de moi.	1	2	3	4	5
18. La meilleure chose que je puisse faire actuellement c'est de trouver un médecin capable de m'expliquer comment me débarrasser de mes douleurs une bonne fois pour toute.	1	2	3	4	5
19. Je me demande actuellement s'il n'y aurait pas quelque chose à faire pour mieux gérer mes douleurs.	1	2	3	4	5
20. Je ne pense pas que tous les discours tenus sur la manière de mieux faire face aux douleurs soient une pure perte de temps.	1	2	3	4	5

Le Facteur I « Intention de changement » (items 1+6+7+8+10+11+15+16+18+19)

Le Facteur II « Maintien problématique » (items 2+3+4+5+9+12+13+14+17+20)

c. Références

Kerns, R.D., Rosenberg, R., Jamison, R.N., Caudill, M.A., & Haythornthwaite, J. (1997). Readiness to adopt a self-management approach to chronic pain: the Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ), *Pain*, 72, 227-234.

Aguerre C, Vannier I, Thoraval G. Structure factorielle du "Pain Stage of Change Questionnaire", un outil conçu pour évaluer la disposition au changement thérapeutique des douloureux chroniques. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*. 2007, 12(2).

12. Echelle de douleur neuropathique

a. Intérêt

Évaluer l'évolution des douleurs neuropathiques

b. Questionnaire et cotation

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES DOULEURS NEUROPATHIQUES

Correspondance : Dr Didier Bouhassira
INSERM E-332, Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur
Hôpital Ambroise Paré, 92100 Boulogne-Billancourt, France
didier.bouhassira@apr.ap-hop-paris.fr

Date :

Prénom : Nom :

Sexe :

Age :

Vous souffrez de douleurs secondaires à une lésion du système nerveux. Ces douleurs peuvent être de plusieurs types. Il existe des douleurs spontanées, c'est-à-dire des douleurs présentes en l'absence de toute stimulation, qui peuvent être durables ou apparaître sous forme de crises douloureuses brèves. Il existe également des douleurs provoquées par diverses stimulations (frottement, pression, contact avec le froid). Vous pouvez ressentir un ou plusieurs types de douleur. Le questionnaire que vous allez remplir a été conçu pour permettre à votre médecin de mieux connaître les différents types de douleurs dont vous souffrez, afin de mieux adapter votre traitement.

Nous voudrions savoir si vous avez des douleurs spontanées, c'est-à-dire des douleurs en l'absence de toute stimulation. Pour chacune des questions suivantes, entourez le chiffre qui correspond le mieux à l'intensité de vos douleurs spontanées en moyenne au cours des 24 dernières heures. Entourez le chiffre 0 si vous n'avez pas ressenti ce type de douleur. (Veuillez n'entourer qu'un seul chiffre)

Q1/. Votre douleur est-elle comme une brûlure ?

Aucune brûlure	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Brûlure maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Q2/. Votre douleur est-elle comme un étai ?

Aucun étai	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Etai maximal imaginable
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

Q3/. Votre douleur est-elle comme une compression ?

Aucune compression	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Compression maximale imaginable
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------------------

Q4/. **Au cours des dernières 24 heures**, vos douleurs spontanées ont été présentes:

Veuillez cocher la réponse qui correspond le mieux à votre état

En permanence	<input type="checkbox"/>
Entre 8 et 12 heures	<input type="checkbox"/>
Entre 4 et 7 heures	<input type="checkbox"/>
Entre 1 et 3 heures	<input type="checkbox"/>
Moins d'1 heure	<input type="checkbox"/>

Nous voudrions savoir si vous avez des crises douloureuses brèves. Pour chacune des questions suivantes, entourez le chiffre qui correspond le mieux à l'intensité de vos crises douloureuses en moyenne au cours des 24 dernières heures. Entourez le chiffre 0 si vous n'avez pas ressenti ce type de douleur. (Veuillez n'entourer qu'un seul chiffre)

Q5/. Avez-vous des crises douloureuses comme des décharges électriques ?

Aucune décharge électrique	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Décharge électrique maximale imaginable
----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---

Q6/. Avez-vous des crises douloureuses comme des coups de couteau ?

Aucun coup de couteau	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Coup de couteau maximal imaginable
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------------------

Q7/. **Au cours des dernières 24 heures**, combien de ces crises douloureuses avez-vous présenté ?

Veuillez cocher la réponse qui correspond le mieux à votre état

Plus de 20	<input type="checkbox"/>
Entre 11 et 20	<input type="checkbox"/>
Entre 6 et 10	<input type="checkbox"/>
Entre 1 et 5	<input type="checkbox"/>
Pas de crise douloureuse	<input type="checkbox"/>

Nous voudrions savoir si vous avez des douleurs provoquées ou augmentées par le frottement, la pression, le contact d'objets froids sur la zone douloureuse. Pour chacune des questions suivantes, entourez le chiffre qui correspond le mieux à l'intensité de vos douleurs provoquées en moyenne au cours des 24 dernières heures. Entourez le chiffre 0 si vous n'avez pas ressenti ce type de douleur. (Veuillez n'entourer qu'un seul chiffre)

Q8/. Avez-vous des douleurs provoquées ou augmentées par le frottement sur la zone douloureuse ?

Aucune douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Q9/. Avez-vous des douleurs provoquées ou augmentées par la pression sur la zone douloureuse ?

Aucune douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Q10/. Avez-vous des douleurs provoquées ou augmentées par le contact avec un objet froid sur la zone douloureuse ?

Aucune douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Nous voudrions savoir si vous avez des sensations anormales dans la zone douloureuse. Pour chacune des questions suivantes, entourez le chiffre qui correspond le mieux à l'intensité de vos sensations anormales en moyenne au cours des 24 dernières heures. Entourez le chiffre 0 si vous n'avez pas ressenti ce type de sensation. (Veuillez n'entourer qu'un seul chiffre)

Q11/. Avez-vous des picotements ?

Aucun picotement	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Picotement maximal imaginable
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------------

Q12/. Avez-vous des fourmillements ?

Aucun fourmillement	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Fourmillement maximal imaginable
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------------------

RESULTATS

<u>SCORE TOTAL</u>		<u>SOUS-SCORES</u>	
1 -	Q1 =	BRULURES (Douleurs spontanées superficielles):	...../10
2 -	(Q2+Q3) =	Q1=	...../10
3 -	(Q5+ Q6) =	CONSTRICTION (Douleurs spontanées profondes):	...../10
4 -	(Q8+Q9+Q10) =	(Q2+Q3)/ 2 =	...../10
5 -	(Q11+Q12) =	DOULEURS PAROXYSTIQUES:	...../10
		(Q5+ Q6) / 2 =	...../10
		DOULEURS EVOQUEES:	...../10
		(Q8+Q9+Q10) /3=	...../10
	(1+2+3+4+5) =/100	PARESTHESIES/DYSESTHESIES:	...../10
		(Q11+Q12)/2 =	...../10

c. Références

Galer, B.S., & Jensen, M.P. (1997). Development and preliminary validation of a pain measure specific to neuropathic pain. *Neurology*, 48, 332 - 338.

Bouhassira, D., Attal, N., Fermanian, J., Alchaar, H., Gautron, M. Masquelier, E. *et al.*, Development and validation of the Neuropathic Pain Symptom Inventory. *Pain*, 108, 248-257.

13. Questionnaire DN4

a. Intérêt

Permet un dépistage des patients pouvant souffrir de douleur neuropathique.

b. Questionnaire et cotation

Le questionnaire s'applique aux douleurs localisées dans une région du corps. Si le patient présente plusieurs régions douloureuses, il faut réaliser un questionnaire pour chaque région.

QUESTIONNAIRE DN4 : un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : /10

MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ A chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ A la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non ».
- ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

D'après Bouhassira D *et al.* *Pain* 2004 ; 108 (3) : 248-57.

c. Référence

Bouhassira, D., Attal, N., Alchaar, H., Boureau, F., Brochet, F. *et al.*, (2005). Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaires (DN4). *Pain*, 114, 29-36.

14. START BACK SCREENING TOOL

a. Intérêt

Identification des risques de chronicisation de la lombalgie

b. Questionnaire et cotation

The Keele STarT Back Screening Tool – Fr				
Nom du patient: _____ Date: _____				
Cochez la case en fonction de votre accord ou désaccord aux affirmations suivantes en vous référant à ces 2 dernières semaines :				
		Pas d'accord		D'accord
		0		1
1	À un moment donné, au cours des 2 dernières semaines, mon mal de dos s'est propagé dans mon/mes membre(s) inférieur(s) .	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2	À un moment donné, au cours des 2 dernières semaines, j'ai eu mal à l'épaule ou au cou .	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3	Je n'ai parcouru à pied que de courtes distances à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4	Au cours des 2 dernières semaines, je me suis habillé(e) plus lentement que d'habitude à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5	Il n'est pas vraiment prudent pour une personne dans mon état d'être actif sur le plan physique.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6	J'ai souvent été préoccupé(e) par mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7	Je considère que mon mal de dos est épouvantable et j'ai l'impression que cela ne s'améliorera jamais.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
8	De manière générale, je n'ai pas apprécié toutes les choses comme j'en avais l'habitude à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
9	Globalement, à quel point votre mal de dos vous a-t-il gêné(e) au cours des 2 dernières semaines ?			
	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup Extrêmement
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	0	0	1 1
Score total (les 9 items): _____ Sous-Score (Items 5-9): _____				

c. Références

Hill, J.C., Dunn, K.M., Lewis, M., Mullis, R., Main, C.J., Foster, N.E., *et al.* (2008). A primary care back pain screening tool: identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis and Rheumatology*, 59, 632-641.

Bruyère, O., Demoulin, M., Brereton, C., Humblet, F., Flynn, D., Hill, J.C. *et al.* (2012). Translation validation of a new back pain screening questionnaire the STarT Back Screening Tool) in french. *Archives of Public Health*, 70, 12.

15. QUESTIONNAIRE D'OREBRO

a. Intérêt

Identification des risques de chronicisation de la lombalgie

b. Questionnaire et cotation

Nom :

Date de naissance :

Ces questions vous concernent si vous avez des douleurs au niveau du dos, des épaules ou de la nuque. Veuillez lire et répondre à chaque question attentivement. Ne prenez pas trop longtemps pour répondre aux questions. Il est cependant important que vous répondiez à chaque question. Quelque soit votre situation, il y a toujours une réponse à donner.

Exemple :

Répondez en entourant un chiffre :

J'aime les oranges.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
pas du tout énormément

Ou bien cochez une case.

Combien de jours par semaine faites-vous de l'exercice physique ?

0-1 jour 2-3 jours 4-5 jours 6-7 jours

1. En quelle année êtes-vous né ? 19...

2. Etes-vous un homme une femme

3. Dans quel pays êtes-vous né ?

4. Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?

- travail rémunéré (employé ou indépendant)
- étudiant
- travail à domicile sans revenus
- sans emploi
- pensionné/retraité
- autre :

5. Où avez-vous mal ? Cochez les cases appropriées

cou épaule haut du dos bas du dos jambe

6. Combien de jours de travail avez-vous manqué à cause de la douleur pendant **les 12 derniers mois** ? Cochez une case.

- 0 jours 1-2 jours 3-7 jours 8-14 jours
- 15-30 jours 31-60 jours 61-90 jours 91-180 jours
- 181-365 jours >365 jours

7. Depuis combien de temps avez-vous vos douleurs actuelles ? Cochez une case.

- 0-1 semaine 2-3 semaines 4-5 semaines 6-7 semaines
- 8-9 semaines 10-11 semaines 12-23 semaines 24-35 semaines
- 36-52 semaines >52 semaines

8. Votre travail est-il physiquement lourd ou monotone ? Entourez la meilleure possibilité

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
pas du tout extrêmemment

sans emploi

9. Quelle était l'intensité de votre douleur **durant les sept derniers jours** ? Entourez un chiffre.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
pas de douleur douleur maximale
imaginable

10. Au cours des **trois derniers mois**, en moyenne, quelle a été l'intensité de votre douleur sur une échelle de 1 à 10 ? Entourez un chiffre.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
pas de douleur douleur maximale
imaginable

11. Au cours des **trois derniers mois**, en moyenne, comment évalueriez-vous la fréquence des épisodes douloureux ? Entourez un chiffre.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Jamais toujours

12. Considérant tout ce que vous faites pour gérer la douleur, au cours d'une journée normale, comment êtes-vous capable de la diminuer ? S'il vous plaît, entourez le chiffre approprié.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Incapable de la diminuer Capable de la diminuer complètement

13. Dans quelle mesure vous êtes-vous senti tendu ou anxieux au cours de **la dernière semaine** ? Entourez un chiffre.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Complètement calme et relâché Aussi tendu et anxieux que je ne l'ai jamais été

14. A quel point avez-vous été gêné par un sentiment de dépression au cours de **la dernière semaine** ? Entourez un chiffre.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas du tout Extrêmement

15. A votre avis, quelle est l'ampleur du risque que votre douleur actuelle devienne persistante ? Entourez un chiffre.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas de risque Risque très élevé

16. A votre avis, quelles sont les chances que vous soyez capable de travailler **dans six mois** ? Entourez un chiffre.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucune chance chance Très grande chance

17. Si vous considérez vos habitudes de travail, votre hiérarchie (votre administration, votre direction...) votre salaire, vos possibilités de promotion, et vos collègues de travail, à quel point êtes-vous satisfait de votre travail ? Entourez un chiffre.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas satisfait du tout Complètement satisfait

Sans emploi

*Voici certaines des choses que d'autres patients nous ont dites à propos de leur douleur. Pour chaque item, entourez un chiffre de 0 à 10 pour indiquer à quel point les activités physiques comme se pencher, soulever quelque chose, marcher ou conduire affectent ou pourraient affecter **vos** dos.*

18. L'activité physique aggrave ma douleur.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas du tout d'accord Complètement d'accord

19. Une augmentation de la douleur indique que je devrais arrêter ce que je fais jusqu'à ce que la douleur diminue.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas du tout d'accord Complètement d'accord

20. Je ne devrais pas faire mes activités normales, y compris mon travail, avec ma douleur actuelle.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas du tout d'accord Complètement d'accord

Voici une liste de cinq activités. Veuillez entourer le chiffre qui décrit le mieux votre capacité actuelle à participer à chacune de ces activités.

21. Je peux faire un travail léger pendant une heure.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Je ne peux pas le faire à cause de la douleur Je peux le faire sans que la douleur soit un problème

22. Je peux marcher pendant une heure

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Je ne peux pas le faire à cause de la douleur Je peux le faire sans que la douleur

soit un problème

23. Je peux faire les travaux ménagers habituels.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je ne peux pas le faire à cause de la douleur									Je peux le faire sans que la douleur soit un problème	

24. Je peux faire les courses de la semaine.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je ne peux pas le faire à cause de la douleur									Je peux le faire sans que la douleur soit un problème	

25. Je peux dormir la nuit.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je ne peux pas le faire à cause de la douleur									Je peux le faire sans que la douleur soit un problème	

Merci pour votre collaboration !

Cotation

Préparation avant calcul du score total

- question 5 : multiplier le nombre de sites douloureux (0 à 5) par 2
- questions 16, 17 et 21 à 25 : inverser le score (10 devient 0, 9 devient 1 etc)
- autres questions : pas de modification

Calcul du score total / Additionner les scores aux questions 5 à 25, après avoir réalisé les corrections décrites ci-dessus.

Interprétation du résultat

- score inférieur ou égal à 75 : risque faible
- score compris entre 76 et 105 : risque modéré
- score supérieur à 105 : risque élevé

Références

Linton, S.J. & Halldén, K. (1997). Risk factors and the natural course of acute and recurrent musculoskeletal pain: developing a screening instrument. In: T.S. Jensen, J.A. Turner , Z. Wiesenfeld-Hallin, Z, (Eds) Proc. 8th World Congress on pain. Progress in pain research and management, vol. 8. Seattle : IASP press, 527-535.

Nonclercq, O., & Berquin, A. (2012). Predicting chronicity in acute back pain: Validation of a French translation of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 55, 263-278.