



HAL
open science

Efficacité des prises en charge de groupe en douleur chronique : quels instruments d'évaluation ? Revue de la littérature

Anne-Sophie Blanchet

► **To cite this version:**

Anne-Sophie Blanchet. Efficacité des prises en charge de groupe en douleur chronique : quels instruments d'évaluation ? Revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01084558

HAL Id: dumas-01084558

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01084558v1>

Submitted on 19 Nov 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Bordeaux 2
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2014

N° 107.

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE
Mention : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 16 Octobre 2014
Par Mademoiselle BLANCHET Anne-Sophie
Née le 13 Juin 1985 à Montluçon (03)

**Efficacité des prises en charge de groupe en douleur
chronique : quels instruments d'évaluation ?
- Revue de la littérature -**

Directrice de thèse : Madame le Docteur Virginie DOUSSET

Jury :

Monsieur le Professeur Bruno BROCHET	Président
Monsieur le Professeur Jean-François DARTIGUES	Juge
Monsieur le Professeur Bernard GAY	Juge
Monsieur le Docteur Philippe CASTERA	Juge
Madame le Docteur Myriam CADENNE	Juge
Monsieur le Docteur Stéphane BRUGERE	Juge
Madame le Docteur Virginie DOUSSET	Directrice de thèse

AVANT-PROPOS

Ce travail de thèse étant l'aboutissement de ces 9 années d'études et de pratique en médecine, je suis particulièrement heureuse de vous le présenter, et ce pour différentes raisons.

Tout d'abord, la médecine au travers de son appréhension du corps et de ses mécanismes, des appareils aux molécules, mais aussi au travers de ses perspectives sur l'Homme, ses relations entre lui-même, son corps et son environnement, a clairement élargi et densifié l'approche que je pouvais avoir de l'Autre. Cette approche n'est jamais la même, et n'est jamais sûre ; elle s'initie néanmoins, juchée sur les racines mouvantes de la science, de l'apprentissage et de l'expérience mais aussi de l'intuition, de l'écoute et de l'observation.

L'approche de l'Autre souffrant depuis un temps qui s'éternise, sa douleur violente ou sourde, son ressenti exprimé ou tu, les implications relationnelles, professionnelles, furent pour moi un centre d'intérêt, et une nécessité de compréhension que je souhaitais plus grande. A la fin de ma 3^{ème} année à la Faculté de médecine de Clermont-Ferrand, je terminais un MASTER 1 « Neuro-développement, neuro-dégénérescence et neuromédiation ». Grâce au Professeur Alain Eschalié, j'ai eu l'immense chance de réaliser ma formation pratique dans le laboratoire du Professeur Stephen B. McMahon, Wolfson Card, King's College, à Londres, encadrée par le Dr Fabien Marchand. Cette expérience unique m'a permis de rencontrer des chercheurs du monde entier et de découvrir la modélisation de la douleur chez l'animal ainsi que les techniques de recherche fondamentale. Pour cette raison, j'ai le grand honneur de compter le Professeur Eschalié comme rapporteur.

Puis, par attrait pour cette belle région qui m'était inconnue, j'ai choisi de poursuivre mon internat en Aquitaine en tant qu'interne de médecine générale. Reçue et renseignée avec bienveillance par le Professeur Bruno Brochet sur le parcours à suivre pour me spécialiser en douleur, j'ai travaillé en soins palliatifs à Mont-de-Marsan dans le service du Dr De Witte, dans l'unité de neurologie du Professeur Brochet de Pellegrin à Bordeaux, et au Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur (CETD) de Pellegrin où je suis actuellement. Je termine enthousiaste ma 1^{ère} année de DESC Douleur/ Soins Palliatifs et mon cursus de DES de médecine générale. Soutenue par l'équipe du Professeur Brochet et du Docteur Dousset, je pourrai avoir la chance de bénéficier d'une année en tant qu'assistante au CETD à partir de novembre 2014.

REMERCIEMENTS

AUX MEMBRES DU JURY

§ Au président du jury, **Monsieur le Professeur Bruno Brochet**

Professeur des Universités
Chef de Service, Service de Neurologie, CHU de Bordeaux
INSERM U 862, Neuro-centre Magendie, Université Bordeaux-Segalen

Vous me faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury. Votre gentillesse et votre prévenance m'ont été précieuses tout au long de mon parcours. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

§ A ma directrice de thèse, **Madame le Docteur Virginie Dousset**

Neurologue, Praticien Hospitalier
Responsable Coordonnatrice du Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur
Pôle de Neurosciences, CHU de Bordeaux

J'ai eu l'honneur et la chance d'être votre interne. C'est grâce à vous que ce travail a pu voir le jour. Je vous suis très reconnaissante pour vos qualités pédagogiques, votre écoute et votre patience. Merci de m'avoir soutenue dans le choix de ce sujet et de l'intérêt porté à ce travail. En travaillant à vos côtés, j'ai pu apprécier votre rigueur, votre droiture et votre sens clinique. Je vous suis très reconnaissante de la confiance que vous me témoignez en m'accueillant prochainement dans votre pôle et voudrais vous assurer, par ce travail, de ma profonde gratitude et de mon respect.

§ Au juge, **Monsieur le Professeur Jean-François Dartigues**

Professeur des Universités
Praticien-Hospitalier en Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
Inserm U 897 Université de Bordeaux II

Je vous remercie vivement d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Vos qualités d'épidémiologiste viendront apporter une lumière particulière sur ce travail. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

§ Au juge, **Monsieur le Professeur Bernard Gay**

Professeur des Universités
Chargé d'enseignement en Médecine générale
Université Bordeaux Segalen
Médecin généraliste

Je suis touchée de vous compter parmi les membres de ce jury. J'ai beaucoup appris à votre contact durant le semestre où j'ai eu la chance de travailler auprès de vous et vous remercie pour toutes les connaissances que vous m'avez apportées ainsi que pour vos capacités pédagogiques et votre disponibilité. Vos qualités humaines et votre sens clinique resteront un exemple.

§ Au juge, **Monsieur le Docteur Philippe Castera**

Médecin généraliste, Maître de Conférence Universitaire
Université Bordeaux Segalen

Je vous suis infiniment reconnaissante d'avoir répondu présent à la participation du jury de cette thèse. J'ai pu profiter de vos qualités pédagogiques et de votre ouverture au cours des enseignements de médecine générale. Votre expérience professionnelle à la fois en douleur chronique et en soins primaires est d'une richesse particulière pour juger ce travail.

§ Au juge, **Madame le Docteur Myriam Cadenne**

Rhumatologue, Praticien Hospitalier
Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur
Pôle de Neurosciences, CHU de Bordeaux
Responsable Médical
Unité Soutien Douleur /Equipe Mobile Douleur
CHU Pellegrin

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. Vos conseils spécialisés et votre gentillesse lors de son élaboration furent précieux.
En travaillant à vos côtés, j'ai la chance de profiter de votre sens clinique, de vos qualités pédagogiques et d'observer le dévouement que vous accordez à vos patients. Soyez assurée de mon profond respect et de ma gratitude.

§ Au juge, **Monsieur le Docteur Stéphane Brugère**

Psychiatre, Praticien hospitalier
Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur
Pôle de Neurosciences, CHU de Bordeaux

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de faire partie de ce jury alors que nous ne nous connaissions à peine. La douleur chronique ayant un retentissement psychologique voire psychiatrique indéniable, votre jugement de ce travail est essentiel.

Depuis, j'ai eu la chance de travailler avec vous et d'apprécier vos qualités professionnelles, votre bienveillance et votre sens humain lors des consultations durant lesquelles j'ai pu vous accompagner. J'ai par ailleurs été sensible à l'intérêt que vous avez porté à ce travail durant tout le temps de son élaboration. Je vous remercie sincèrement pour votre soutien.

AU RAPPORTEUR

§ Au rapporteur, **Monsieur le Professeur Alain Eschaliér**

Professeur des Universités
Université de Médecine de Clermont-Ferrand
Chef de Service de Pharmacologie, CHU de Clermont-Ferrand

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail. Comme vous le savez, ce n'est pas de manière anodine que je vous ai appelé l'hiver dernier mais bien en raison du rôle décisif que vous avez joué dans mon parcours professionnel. Je vous remercie de votre soutien fidèle. J'ai eu la chance de profiter de vos qualités pédagogiques, de votre humour et de votre gentillesse. Ce fut un plaisir sincère de vous retrouver en cours de DESC de douleur cette année, à Paris. Soyez assuré de ma grande reconnaissance et de mon respect sincère. Vous êtes pour moi un modèle d'humilité et d'authenticité.

A ceux qui ont contribué à l'enrichissement et à la précision de cette thèse

§ Au Docteur Françoise Laroche, au Docteur Mathieu De-Seze, au Docteur Vincent Pointillart, au Docteur Maud Martial, au Professeur Régis Aubry, au Docteur Mélanie Afonso, à Céline De Marqui ; par vos abords cliniques spécialisés et votre recul, vous m'avez étayé la présentation de ce travail mais aussi enrichi dans sa discussion. Un grand merci.

§ Au Professeur Stephen B. McMahon, by offering me the last edition of Wall and Melzack's Textbook of Pain, you definitely bring overviews and updated synthesis of what is scattered in litterature and help me to catch key data for my thesis. In addition, the references are very rich and I will recommend the book you edited to any student in pain. Congratulations for this wonderful publication. You know how grateful I am for this present.

§ Au Professeur Alain Serrie, au Professeur Serge Perrot, au Professeur Mark H. Freeston, au Professeur Mark P. Jensen, au Professeur Ahmadreza Jamshidi, au Docteur Sandrine Irachabal, au Docteur Marion Trousselard, au Docteur Maud Martial, à Didier Delhaye, à M^{me} Michèle Koleck et à M^{lle} Aurélie Rougeron, par vos réponses épistolaires dévouées et chargées de pièces jointes, vous avez pu m'apporter des questionnaires introuvables, me confirmer qu'ils n'étaient pas disponibles, ou me fournir des publications de validation d'instruments d'évaluation. Merci pour votre attention et disponibilité.

A ceux qui m'ont fait découvrir et aimé ce beau et passionnant métier et

§ Au Docteur Sten Witte, au Docteur Carine Courtault, au Docteur Amandine Roux, au Docteur Claudine Lasbasses du service de Médecine Interne, Onco-Hématologie et Maladies infectieuses de Mont-de-Marsan, pour m'avoir guidée dans mes premières évaluations médicales, mes premières prescriptions dans un service aux spécialités multiples. Merci pour votre formidable disponibilité, votre humanité et votre soutien.

§ Aux médecins généralistes, le Docteur Jean-Noël Schoumacher, le Docteur Pierre Minguillon, pour m'avoir fait découvrir la médecine générale de campagne dans le Béarn et ses personnages hauts en couleur, et m'avoir initiée à tout ce qu'on ne voit jamais à l'hôpital. Pour m'avoir fait partager votre sens clinique incroyable, le dévouement sans faille à l'égard de vos patients et pour votre générosité, un grand merci.

§ Au Docteur Xavier Richard, au Docteur Mathieu Bazin, au Docteur Marie-Pierre Lucu et à l'équipe du service des Urgences de Pau, par la rigueur de vos algorithmes, votre rapidité décisionnelle, mais aussi par votre intégrité, et votre calme, vous resterez des exemples.

§ Au Docteur Bruno Brochet, au Docteur Ouallet, au Docteur Mathilde Poli, au Docteur Virginie Dousset et au Docteur Myriam Cadenne, du service de Neurologie de Pellegrin, pour votre précision séméiologique sans faille, votre humanité et votre soutien. Merci de m'avoir guidée dans l'abord des 1^{ers} patients douloureux chroniques que je prenais en charge.

§ Au Docteur Bernard Gay, au Docteur Philippe Trunet, au Docteur David Chevillot, Au Docteur Henri, au Docteur Gilles Ballan et au Docteur Jean-Paul Postis, par vos conseils, la confiance que vous avez très vite portée en mon autonomisation, vous avez su m'entourer pour que je me lance dans ce vaste champ qu'est la médecine générale avec moins d'appréhension. Merci de m'avoir fait partager votre expérience et vos astuces essentielles. Merci également de m'avoir accordé du temps pour préparer ce travail de thèse.

§ Au Professeur Stephen B. McMahon, you follow my path from 2007 and I am proud to express my true thankfulness to you. You are as wise as humble and so bright. Thank you to have accepted me to come and work in your lab ; you know how much this scientific multicultural experience was enthralling to me, and how much I enjoyed London. Thank you for your advices and support until now. In my heart, I am honored to think you are a member of my jury even if it was not very possible in reality. Be certain of my faithful friendship and my deep esteem.

A MES AMIS, A MA FAMILLE

§ A Didier, allié intemporel des petites comme des grandes choses du quotidien à l'extraordinaire, pour ton soutien sans faille des volcans à l'océan, tout au long de ces nombreuses années. Merci d'être cet être inclassable et nuancé. Merci également pour ton sens critique, ta pertinence et pour ton travail informatique dans l'ombre de mes annexes. A la musique qui nous a toujours accompagnés.

§ A ma mère, sans qui je n'aurais osé prétendre à médecine et m'accrocher. Je ne te remercierai jamais assez pour le souffle de curiosité et pour le champ de possibles que tu insuffles et que tu ouvres sur ton passage. Tu es admirable, généreuse et d'un courage immense. Par ton dynamisme intellectuel éternel, tu brilleras toujours aux travers des facultés que tu m'as transmises.

§ A mon père, pour ton sens de l'observation, ta discrétion, ton humilité et ton humour inégalable. Merci de m'avoir toujours encouragée à être meilleure. Merci pour l'authenticité que tu m'as toujours inculquée vis-à-vis des liens interpersonnels comme du travail. Merci de m'avoir fait croire qu'on pouvait changer le monde. Ou le rêver. Je vous dédie ce travail à tous les deux.

§ A Virginie, tu es le témoin de mon évolution depuis 26 ans. Merci pour ton sourire indétronable sur tous nos moments de vie, les drôles comme les moins drôles. Merci d'être restée toujours la même, fidèle et vraie.

§ A Tony, mon meilleur ami, pour le magnétisme unique de ta présence qui me suit depuis toutes ces années, pour nos discussions interminables, pour ton intelligence qui dissèque les apparences.

§ A Lily, ma cousine, pour m'avoir toujours poussée à aller plus loin tout en restant moi-même, pour ta compréhension infinie envers mes turbulences, pour tes conseils, pour ta générosité et ton soutien indéfectible. Je n'en serais pas là sans toi.

§ A Guy et à Cathy, pour votre accueil incroyable lors de ma 1^{ère} année de médecine. Merci d'avoir toujours cru en moi, et pour le soutien perpétuel que vous nous accordez.

§ A la cousine Marinette, pour ton excellence tout simplement, et la finesse inoubliable de ton esprit rieur. Tu resteras un modèle, et je sais que tu m' observes du bout du ciel. Je t'adresse ton mot inconditionnel : MERCI.

§ A ma grand-mère et à toute ma famille, pour votre compréhension et votre soutien.

§ A Cathy et Daniel, pour vos bras grands ouverts dès le 1^{er} jour, la longue histoire qui précédait et

m'a emportée en chemin. Vous avez agrandi ma famille dans le souvenir de l'Espagne chaude de Castille. Merci pour votre confiance en la vie. A Carmen et Marcel, de tout cœur.

§ A Ana et Yves, pour votre richesse et votre simplicité, pour votre ouverture d'esprit et votre compréhension, pour votre hospitalité enthousiaste dès que je dégringole dans le Gâtinais. Merci pour votre soutien infaillible.

Aux filles dont aucune ne se ressemblent, pour leur chaleur et leur humour.

Al Abuelo, à Maria, à Nacho et à la grande famille Albes.

§ A Laure et à Ingrid, à nos années d'externat clermontoises. Pour votre originalité, votre sens critique, et pour votre écoute, je remercie la vie de vous avoir déposées sur mon chemin.

§ A Chris, pour la rigueur indéniable de chercheur que j'ai apprise à tes côtés, pour le partage de ton anglais recherché, pour ton amitié fidèle, te connaître fut une chance.

§ A Matthias, Lars, Jirka, Kaija, Petra, Marc et tous ceux que j'ai eu la chance de connaître en voyage, merci de m'avoir ouvert l'esprit.

§ A Matthieu, pour ton côté lunaire et ton appui constant. Pour la solidité du lien en dépit de la distance, et pour savoir te rendre disponible dans les moments cruciaux.

§ A Khadija, pour le regard que tu portes sur la vie la rendant plus belle, et le sourire inconditionnel dont tu l'habilles. A ton don de guide des montagnes et aux moments de poésie partagés. Se retrouver en Aquitaine n'était pas un hasard. A nos voyages passés et futurs.

§ A Laëticia, par ton soutien indéfectible et ta compréhension tout au long de cette année de travail de thèse, tu auras rendu cette année plus douce. Pour ton recul et ton écoute. A nos ébauches, à nos idées « sans condition temporelle ».

§ A la poésie, la respiration essentielle sans laquelle je n'aurais pu tenir le cap durant ces 9 années de médecine.

A John Keats, Charles Baudelaire, Oscar Wilde, Edgar Allan Poe, Rainer Maria Rilke, André Breton, Antonin Artaud, Paul Valéry, Paul Eluard, Fernando Pessoa, René Char.

Aux peintres, sculpteurs et photographe qui ont soutenu mon imaginaire, Gustave Courbet, William Turner, Egon Schiele, Edgar Degas, Odilon Redon, Joan Miró, René Magritte, Pablo Picasso, Salvador Dali, Vincent Van Gogh, Auguste Rodin, Camille Claudel, Jan Saudek.

Sois sage, ô ma Douleur, et tiens-toi plus tranquille.

Tu réclamais le Soir ; il descend ; le voici :
Une atmosphère obscure enveloppe la ville,
Aux uns portant la paix, aux autres le souci.

Pendant que des mortels la multitude vile,
Sous le fouet du Plaisir, ce bourreau sans merci,
Va cueillir des remords dans la fête servile,
Ma Douleur, donne-moi la main ; viens par ici,

Loin d'eux. Vois se pencher les défuntes Années,
Sur les balcons du ciel, en robes surannées ;
Surgir du fond des eaux le Regret souriant ;

Le Soleil moribond s'endormir sous une arche,
Et, comme un long linceul traînant à l'Orient,
Entends, ma chère, entends la douce Nuit qui marche.

Recueillement, Charles Baudelaire

Table des matières

1. Introduction	17
1.1. Douleur chronique	17
1.1.1. Définition	17
1.1.2. Prévalence	17
1.1.3. Politique gouvernementale et cadre juridique	18
1.2. Céphalées chroniques et prises en charge de groupe	18
1.2.1. Définitions et prévalences	18
1.2.2. Types de prises en charge de groupe proposées aux patients céphalalgiques chroniques	19
1.3. Lombalgie chronique et prise en charge de groupe	21
1.3.1. Définition et prévalence	21
1.3.2. Types de prises en charge de groupe proposées aux patients lombalgiques chroniques	21
1.4. Fibromyalgie et prise en charge de groupe	23
1.4.1. Définition et prévalence	23
1.4.2. Types de prises en charge de groupe proposées aux patients fibromyalgiques	24
1.5. Instruments d'évaluation	26
1.6. Objectifs principal et secondaires	27
2. Matériels et Méthodes	27
2.1. Méthodologie	27
2.2. Base documentaire	27
3. Résultats	28
3.1. Instruments d'évaluation de l'efficacité des prises en charge de groupe des patients présentant des céphalées chroniques	28
3.1.1. Emploi des instruments d'évaluation dans la littérature : les études	28
3.1.2. Instruments d'évaluation utilisés	29
3.1.2.1. Instruments d'évaluation de l'intensité de la douleur, des caractéristiques de celle-ci et du recours au système de soin (médicament, appel, consultation)	29
3.1.2.2. Instrument d'évaluation du retentissement fonctionnel physique de la douleur	30
3.1.2.3. Instruments d'évaluation du retentissement psychologique de la douleur	31
3.1.2.3.1. Sur le plan dépressif	31
3.1.2.3.2. Sur le plan anxieux	32
3.1.2.4. Instrument d'évaluation du retentissement de la douleur sur la qualité de vie	33
3.1.2.5. Instruments d'évaluation de satisfaction	34
3.2. Instruments d'évaluation de l'efficacité des prises en charge de groupe des patients présentant des lombalgies chroniques	34
3.2.1. Emploi des instruments d'évaluation dans la littérature : les études	34
3.2.2. Instruments d'évaluation utilisés	42
3.2.2.1. Instruments d'évaluation de l'intensité de la douleur, des caractéristiques de celle-ci et du recours au système de soin (médicament, appel, consultation) pendant ou après l'étude	42
3.2.2.2. Instruments d'évaluation du retentissement fonctionnel et/ou physique de la douleur	44
3.2.2.3. Instruments d'évaluation du retentissement psychologique de la douleur	54
3.2.2.3.1. Sur le plan dépressif	54
3.2.2.3.2. Sur le plan anxieux	57
3.2.2.3.3. Sur le plan d'autres facteurs de vulnérabilités psychologiques	58
3.2.2.4. Instruments d'évaluation du retentissement de la douleur sur la qualité de vie	62
3.2.2.5. Instruments d'évaluation globaux	65
3.2.2.6. Instruments d'évaluation de satisfaction	66
3.3. Indicateurs évaluant les prises en charge de groupe des fibromyalgies	67
3.3.1. Emploi des instruments d'évaluation dans la littérature : les études	67
3.3.2. Instruments d'évaluation utilisés	70
3.3.2.1. Instruments d'évaluation de l'intensité de la douleur, des caractéristiques de celle-ci et du recours au système de soin (médicament, appel, consultation)	70
3.3.2.2. Instruments d'évaluation du retentissement fonctionnel physique de la douleur	73
3.3.2.3. Instruments d'évaluation du retentissement psychologique de la douleur	77

3.3.2.3.1. Sur le plan dépressif.....	77
3.3.2.3.2. Sur le plan anxieux.....	77
3.3.2.4. Instruments d'évaluation du retentissement de la douleur sur la qualité de vie	80
3.3.2.5. Instruments d'évaluation globaux.....	82
3.3.2.6. Instruments d'évaluation de satisfaction	82
4. Discussion	83
4.1. Discussion générale.....	83
4.1.1. Recommandations nationales.....	84
4.1.2. Recommandations internationales	84
4.2. Application aux prises en charge de groupe proposées au CETD de Bordeaux.....	88
4.2.1. Prise en charge 1 : Groupe d'information sur les migraines et les CAM ,+/- Groupe de parole.....	88
4.2.1.1. Présentation de la prise en charge 1	88
4.2.1.2. Discussion sur les indicateurs pouvant être proposés pour la prise en charge 1	88
4.2.2. Prise en charge 2 : La création de masques	89
4.2.2.1. Présentation de la prise en charge 2	89
4.2.2.2. Discussion sur les indicateurs pouvant être proposés pour la prise en charge 2	89
4.3. Application en soins primaires.....	90
4.3.1. Les enjeux.....	90
4.3.2. Les indicateurs potentiels pour évaluer les prises en charge de groupe en soins primaires	91
5. Conclusion	93
6. Références bibliographiques.....	95
7. Annexes	111
Annexe 1a : Short Form-McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ).....	111
Annexe 1b : Questionnaire Douleur Saint-Antoine (QDSA) dans sa forme abrégée 15 items.....	112
Annexe 2a : Migraine Disability Assessment Scale (MIDAS) en anglais	113
Annexe 2b : Migraine Disability Assessment Scale (MIDAS) en français	114
Annexe 3 : Beck Depression Inventory-II (BDI-II) en anglais	115
Annexe 4a : Patient Health Questionnaire-9 items (PHQ-9) en anglais	116
Annexe 4b : Patient Health Questionnaire-9 items (PHQ-9) en français	117
Annexe 5a : State Trait Anxiety Inventory-State (STAI-S) suivie de State Trait Anxiety Inventory-trait (STAI-T) en anglais	118
Annexe 5b : State Trait Anxiety Inventory-State (STAI-A en français) suivie de State Trait Anxiety Inventory- trait (STAI-B) en français	120
Annexe 6a : Beck Anxiety Inventory (BAI) en anglais	122
Annexe 6b : Beck Anxiety Inventory (BAI) en français	123
Annexe 7a : Pain Catastrophizing Scale (PCS) en anglais	124
Annexe 7bis : Cotations de la Pain Catastrophizing Scale (PCS)	125
Annexe 7b : Pain Catastrophizing Scale (PCS) en français	126
Annexe 8 : Headache Management Self-Efficacy (HMSE) en anglais.....	127
Annexe 9a : Medical Outcomes Study-Short Form 36 items Health Survey (SF-36) en anglais	128
Annexe 9bis : Système de cotation de la Medical Outcomes Study-Short Form 36 items Health Survey (SF-36).....	129
Annexe 9b : Medical Outcomes Study-Short Form 36 items Health Survey (SF-36) en français	130
Annexe 10a : McGill Pain questionnaire en anglais.....	135
Annexe 10b : Questionnaire Douleur Saint-Antoine (QDSA)	136
Annexe 11a : Roland-Morris Disability Questionnaire (RDQ) en anglais	137
Annexe 11b : Roland-Morris Disability Questionnaire (RDQ) en français.....	138
Annexe 12a : Oswestry Disability Index (ODI) en anglais.....	139
Annexe 12b : Oswestry Disability Index (ODI) en français.....	140
Annexe 13 : Ito test.....	142
Annexe 14a : Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS) en anglais	143
Annexe 14b : Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS) en français	144
Annexe 15 : Sørensen test	145

Annexe 16 : Aberdeen Low Back Pain Scale en anglais.....	146
Annexe 17a : Pain Disability Index (PDI) en anglais.....	150
Annexe 17b : Pain Disability Index (PDI) en français.....	151
Annexe 18 : Waddell disability Index (WI) en anglais.....	152
Annexe 19a : Activities of Daily Living (ADL) en anglais.....	153
Annexe 19b : Activities of Daily Living (ADL) en français.....	154
Annexe 20a : Index de fatigabilité L5-S1, le positionnement des électrodes.....	155
Annexe 20b : Index de fatigabilité L5-S1, la pente MPF-SLOPE, décroissance moyenne du signal.....	156
Annexe 21 : Isoinertial back extension endurance test.....	157
Annexe 22 : Modified Von Korff Scale.....	158
Annexe 23a : Multidimensional Pain Inventory (MPI) en anglais.....	159
Annexe 23b : Multidimensional Pain Inventory (MPI) en français.....	166
Annexe 24a : Beck Depression Inventory (BDI) en anglais.....	168
Annexe 24b : Beck Depression Inventory (BDI) en français.....	170
Annexe 25 : Depression Anxiety and Stress Scale (DASS) en anglais.....	172
Annexe 26 : DEPRESSION Scale (DEPS) en anglais.....	175
Annexe 27a : Modified Somatic Perception Questionnaire (MSPQ) en anglais.....	176
Annexe 27b : Modified Zung Depression Index en anglais.....	177
Annexe 28 : Hopkins Symptoms Checklist (HSCL-25).....	178
Annexe 29a : Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) en anglais.....	180
Annexe 29b : Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) en français.....	181
Annexe 30a : Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK-17) en anglais.....	185
Annexe 30b : Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK-17) en français.....	186
Annexe 31a : Fear and Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) en anglais.....	187
Annexe 31b : Fear and Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) en français.....	188
Annexe 32 : Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ) en anglais.....	189
Annexe 33 : Chronic Pain Self-Efficacy Scale (CPSEQ) en anglais.....	190
Annexe 34 : Coping Strategies Questionnaire (CSQ) en français.....	192
Annexe 35 a : Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) en anglais.....	193
Annexe 35 b : Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) en français.....	195
Annexe 36a : Marital Adjustment Test (MAT) en anglais.....	198
Annexe 36b : Questionnaire d'Adaptation à la Vie Conjugale (QAVC) en français.....	200
Annexe 37a : Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS) en anglais.....	202
Annexe 37b : Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS) en français.....	203
Annexe 38a : Pain Coping Inventory (PCI) en anglais.....	204
Annexe 38b : Pain Coping Inventory (PCI) en français.....	207
Annexe 39 : Sense Of Coherence Questionnaire (SOCQ) en anglais.....	208
Annexe 40a : Dallas Pain Questionnaire en anglais.....	211
Annexe 40b : Dallas Pain Questionnaire en français.....	212
Annexe 41a : Euro-Quality of Life Health Index (EQ-5D) en anglais.....	217
Annexe 41b : Euro-Quality of Life Health Index (EQ-5D) en français.....	219
Annexe 42a : Medical Outcomes Study-Short Form Health Survey 12 items (SF-12) en anglais.....	221
Annexe 42b : Medical Outcomes Study-Short Form Health Survey 12 items (SF-12) en français.....	223
Annexe 43 : Psychological General Well-Being Index (PGWBI) en anglais.....	224
Annexe 44 : Short-Form Health and Labour Questionnaire (SF-HLQ) en anglais.....	229
Annexe 45a : World Health Organization Quality Of Life - BREF instrument (WHOQOL-BREF) en anglais.....	234
Annexe 45b : World Health Organization Quality Of Life - BREF instrument (WHOQOL-BREF) en français.....	237
Annexe 46a : Patient Global Impression of Change scale (PGIC) en anglais.....	239
Annexe 46b : Patient Global Impression of Change scale (PGIC) en français.....	240
Annexe 47 : Points douloureux de la fibromyalgie (tender points).....	241
Annexe 48a : Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) en anglais.....	242

Annexe 48bis : Cotation du Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)	244
Annexe 48b : Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) en français.....	247
Annexe 49a : Epworth Sleepiness Scale (ESS) en anglais	248
Annexe 49b : Epworth Sleepiness Scale (ESS) en français	249
Annexe 50a : Medical Outcome Study Sleep Scale (MOS Sleep Scale) en anglais	250
Annexe 50b : Medical Outcome Study Sleep Scale (MOS Sleep Scale) en français	252
Annexe 51 : Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) en anglais.....	253
Annexe 52a : Center for Epidemiological Studies-Depression scale (CES-D) en anglais	255
Annexe 52b : Center for Epidemiological Studies-Depression scale (CES-D) en français	256
Annexe 53 : Arthritis Self-Efficacy Scale en anglais.....	257
Annexe 54a : Freiburg Mindfulness Inventory (FMI) en anglais.....	259
Annexe 54b : Freiburg Mindfulness Inventory (FMI) en français	260
Annexe 55 : Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, form A (HGSHSA) en anglais..	261
Annexe 56 : Pain-Related Self-Statements scale (PRSS) en anglais	270
Annexe 57a : Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) en anglais.....	271
Annexe 57b : Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) en français.....	273
Annexe 58a : Measure Yourself Medical Outcome Profile (MYMOP) en anglais	274
Annexe 58a-bis : Measure Yourself Medical Outcome Profile-2 (MYMOP-2) en anglais	275
Annexe 59a : Brief Pain inventory (BPI) en anglais	276
Annexe 59b : Questionnaire concis sur les douleurs.....	278
8. Serment d’Hippocrate.....	280
9. Titre et résumé en anglais	281

Abréviations et acronymes

ACR : American College of Rheumatology
ACT : Acceptance and Commitment Therapy
ADL : Activities of Daily Living
AIMS : Arthritis Impact Measurement Scale
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Education en Santé
BAI : Beck Anxiety Inventory
BDI : Beck Depression Scale
BPI : Brief Pain Inventory
CAM : Céphalées chroniques par Abus Médicamenteux
CCQ : Céphalées Chroniques Quotidiennes
CES-D : Center for Epidemiological Studies-Depression scale
CETD : Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur
CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
CIM : Classification Internationale des Maladies
CINAHL : Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CISMeF : Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française
CSQ : Coping Strategies Questionnaire
DASS : Depression Anxiety and Stress Scale
DEPS : DEPRESSION Scale
DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
DRAM : Distress Risk Assessment Method
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EN : Echelle numérique
EQ-5D : Euro-Quality of Life Health Index
ESS : Epworth Sleepiness Scale
EULAR : EUROPEAN League Against Rheumatism
EVA : Echelle Visuelle Analogique
FABQ : Fear and Avoidance Beliefs Questionnaire
FFMQ : Five Facet Mindfulness Questionnaire
FIQ : Fibromyalgia Impact Questionnaire
FMI : Freiburg Mindfulness Inventory
Free living-PA : Free living-Physical Activity
GCQ : Giessen Complaint Questionnaire
HADS : Hospital Anxiety Depression Scale
HAS : Haute Autorité en Santé
HGSHSA : Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, form A
HMSE : Headache Management Self-Efficacy scale
HSCL-25 : Hopkins Symptoms CheckList-25 items
IASP : International Association for the Study of Pain
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
IHS : International Headache Society
IMMPACT : Initiative on Methods, Measurement, Pain Assessment in Clinical Trials
IPR : Inventory of Pain Regulation
MAAS : Mindfulness Attention Awareness Scale
MAT : Marital Adjustment Test
MBCT : Mindfulness-Based Cognitive Therapy
MBSR : Mindfulness-Based Stress Reduction

MFI : Multidimensional Fatigue Inventory
 MIDAS : Migraine Disability Assessment Scale
 min : minute
 MOS-SF36 ou SF36 : Medical Outcomes Study-Short Form Health Survey 36 items
 MOS-SF12 ou SF12 : Medical Outcomes Study-Short Form Health Survey 12 items
 MOS-Sleep Scale : Medical Outcomes Study-Sleep Scale
 MPI : Multidimensional Pain Inventory
 MSR : Maison de Santé Rurale
 MYMOP : Measure Yourself Medical Outcome Profile
 ODI : Oswestry Disability Index
 OMS : Organisation Mondiale de la Santé
 PASS : Pain Anxiety Symptom Scale
 PCI : Pain Coping Inventory
 PCS : Pain Catastrophizing Scale
 PDI : Pain Disability Index
 PGIC : Patient Global Impression of Change scale
 PGWBI : Psychological General Well-Being Index
 PHQ-9 : Patient Health Questionnaire-Short Form 9 items
 PILE test : Progressive Isoinertial Lifting Evaluation test
 POMS : Profile Of Mood States
 PPS : Pain Perception Scale
 PRSS : Pain-Related Self-Statements scale
 PSEQ : Pain Self-Efficacy Questionnaire
 PSQI : Pittsburgh Sleep Quality Index
 QBPDS : Quebec Back Pain Disability Scale
 RCT : Randomized Clinical Trial
 RDQ : Roland-Morris Disability Questionnaire
 RMQ : Roland-Morris Questionnaire
 RPS : Regional Pain Score
 SCL-90R : Symptoms CheckList-90 items Revised
 sec : seconde
 SF36 ou MOS-SF 36 : Medical Outcome Study-Short Form Health Survey 36 items
 SF12 ou MOS-SF12 : Medical Outcome Study-Short Form Health Survey 12 items
 SF-HLQ : Short Form-Health and Labour Questionnaire
 SF-MPQ : Short Form-McGill Pain Questionnaire
 SOCQ : Sense Of Coherence Questionnaire
 SOPA : Survey Of Pain Attitudes
 SS : Symptoms Severity scale score
 SSI : Somatic Symptoms Inventory
 SSQ : Stanford Sleep Questionnaire
 STAI : State Trait Anxiety Inventory
 TBS : Tübingen pain Behaviour Scale
 TCC : Thérapies Cognitivo-Comportementales
 TPI : Tender Point Index
 TSK : Tampa Scale of Kinesiophobia
 WI : Waddell disability Index
 WHOQOL-BREF : World Health Organization Quality Of Life-BREF instrument
 WPI : Widespread Pain Index

1. Introduction

1.1. Douleur chronique

1.1.1. Définition

Il est difficile de proposer une définition consensuelle de la douleur chronique tant son caractère multidimensionnel est complexe à synthétiser.

L'International Association for the Study of Pain (IASP) a décrit la douleur comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion » (1).

Cette première définition assez vague témoigne de la nature subjective de la douleur autant que de sa complexité. La douleur est une expérience individuelle qui interfère autant avec le domaine psychique et social du sujet souffrant qu'avec ses fonctions physiques. Il s'agit d'une construction multidimensionnelle où il est difficile de faire la part des signes objectifs – biologiques – de la maladie et celle de l'expérience subjective d'inconfort et de dysfonctionnement.

Le deuxième aspect de cette question concerne le caractère « chronique » de la douleur. Plusieurs définitions de la douleur chronique sont proposées dans la littérature médicale, les unes faisant surtout référence à la durée de la douleur, les autres insistant sur son caractère syndromique. La définition de l'IASP prend en compte à la fois la durée et le caractère approprié ou non de la douleur : la douleur chronique est une douleur qui persiste au-delà du délai habituel de cicatrisation (habituellement 3 mois).

La douleur chronique définie dans les recommandations de l'ANAES en 1999 (2) et reprise par l'HAS en 2008 (3), est un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte.

Il y a douleur chronique, quelle que soit sa topographie et son intensité, lorsque la douleur présente plusieurs des caractéristiques suivantes : persistance ou récurrence ; durée au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois ; réponse insuffisante au traitement ; détérioration significative et progressive, du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail. Les co-morbidités anxio-dépressives sont à dépister ; elles s'inscrivent souvent en conséquence de cette douleur chronique (4), (5).

Elle s'oppose à la douleur aiguë, intense et souvent brève ; celle que l'on ressent en se coupant le doigt, par exemple. La douleur aiguë donne un signal d'alerte et est donc bénéfique. Dans la douleur chronique, le signal douloureux a perdu sa fonction informative ; et la douleur, s'installant dans la chronicité, devient pathologie.

1.1.2. Prévalence

Selon une large étude américaine basée sur des questionnaires, la prévalence de la douleur chronique > 6 mois en 2010 était de 30,7 % (IC 95 %: 29,8-31,7%) (6). En France, la prévalence est estimée à 32,9 % en 2003 selon l'étude de Harstall (7) puis 31,7 % en 2004 selon l'étude STOPNEP (8). Elle augmente avec l'âge, touche majoritairement les femmes et concerne principalement les couches socio-professionnelles basses.

1.1.3. Politique gouvernementale et cadre juridique

Le ministère de la Santé a fait de la lutte contre la douleur une priorité, répondant avant tout à un « objectif humaniste, éthique et de dignité de l'homme » (9). En effet, les répercussions sur la vie des personnes atteintes et de leur famille peuvent être importantes, car la douleur chronique est source d'incapacité, de handicap, et affecte l'humeur, le sommeil, les rapports sociaux et la qualité de vie des patients. Les limitations d'activités professionnelles ou domestiques du fait de la douleur sont importantes chez 6 % des personnes de 25-64 ans, 15 % des 65-84 ans et 33 % des personnes de 85 ans et plus (10).

Les lois 95-116 du 4 février 1995 et 96-452 du 28 mai 1996 ont inscrit la prise en charge de la douleur à l'article L 710-3-1 du Code de la santé publique. Cet article précise que « les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent » et que « pour les établissements publics, ces moyens sont définis par le projet d'établissement ».

La lutte contre la douleur chronique au travers de la mise en place de structures spécialisées a fait l'objet en France de réglementations spécifiques de la part du ministère de la Santé depuis 1991. Avant cette date, des initiatives médicales de terrain ont développé les premières structures de prise en charge de la douleur chronique, sans l'appui de textes juridiques ; cette nouvelle activité étant alors, de façon à la fois surprenante et alarmante, peu reconnue (11).

Les douleurs chroniques font l'objet de différentes prises en charge notamment médicamenteuses et non médicamenteuses.

Parmi les prises en charge non médicamenteuses, nous allons nous intéresser aux prises en charge de groupe dans les domaines particuliers que sont les céphalées chroniques, les lombalgies chroniques et la fibromyalgie, et ce en raison de leur forte prévalence. Les prises en charge de groupe, apparues dans les années 90, sont en effet en plein essor car elles se révèlent être une alternative intéressante en terme de coût-efficacité.

1.2. Céphalées chroniques et prises en charge de groupe

Les céphalées chroniques regroupent les migraines, les céphalées chroniques quotidiennes (CCQ), les céphalées par abus médicamenteux (CAM).

1.2.1. Définitions et prévalences

Les migraines sont définies par l'International Headache Society (IHS) comme des céphalées survenant par crises selon les critères suivants :

A. > 5 crises ; B. Durée de 4 à 72h sans traitement ; C. Présence de 2 symptômes parmi : pulsatile, unilatérale, modérée à sévère, augmentée à l'effort ; D. Présence d'au moins 1 symptôme : nausée, vomissement, phonophobie, photophobie ; E. Examen clinique normal.

Lorsque les migraines sont accompagnées d'aura, les critères sont les suivants :

A. > 2 crises ; B. Présence d'au moins 3 des 4 caractéristiques suivantes : -Un ou plusieurs symptômes de l'aura sont totalement réversibles, -L'aura s'installe sur > 4 minutes et si elle

comporte plusieurs symptômes, ceux-ci se déroulent successivement sans excéder 60 minutes, -La céphalée suit l'aura avec un intervalle libre de 60 minutes au maximum mais peut survenir avant ou pendant l'aura ; C. L'examen clinique entre les crises est normal.

Leur prévalence est de 17 % dans la population adulte en France (12) avec une prédominance féminine (ratio 3/1).

Les céphalées chroniques quotidiennes sont des céphalées survenant > 15 jours par mois et > 4 heures par jour en l'absence de traitement, depuis > 3 mois, sans substratum lésionnel ou symptomatique. Il n'existe pas de définition donnée par l'IHS.

Leur prévalence est de 3 % dans la population adulte française (13).

Les céphalées par abus médicamenteux sont des céphalées chroniques répondant à des critères IHS précis et survenant dans un contexte de prise médicamenteuse régulière depuis > 3 mois. Elles sont présentes > 15 jours par mois si le sujet consomme des antalgiques non opioïdes (paracétamol, aspirine, anti-inflammatoires non stéroïdiens), > 10 jours par mois pour les autres traitements de crise (opioïdes, ergotés, triptans, spécialités antalgiques associant plusieurs principes actifs).

Leur prévalence est de 0,8 % dans la population française (14).

1.2.2. Types de prises en charge de groupe proposées aux patients céphalalgiques chroniques

Différentes prises en charge de groupe furent proposées aux patients céphalalgiques chroniques et évaluées : l'éducation thérapeutique et les thérapies comportementales.

L'éducation thérapeutique de groupe peut s'effectuer selon plusieurs modalités. Peuvent être explicités : les mécanismes biologiques sous-tendant la douleur, les recommandations de bon usage des médicaments, les conseils non-médicamenteux de gestion de la douleur.

Les thérapies comportementales furent initialement créées pour répondre à 2 buts principaux: utiliser une méthode scientifique d'analyse des problèmes de santé dits comportementaux et proposer un traitement sur la base de processus psychologiques identifiés, ainsi que développer des interventions bien spécifiques et validées de manière empirique.

Parmi les thérapies comportementales, on reconnaît celles de 1^{ère} génération : le rétro-contrôle (ou biofeedback) et la relaxation ; celles de 2^{ème} génération : les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et celles de 3^{ème} génération, parmi lesquelles la thérapie de l'acceptation et de l'engagement (Acceptance and Commitment Therapy, ACT) et les thérapies de pleine conscience (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT).

Les prises en charge comportementales, -de manière prédominante le rétrocontrôle (biofeedback), la relaxation, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)-, ont été utilisées dans la gestion des céphalées depuis une quarantaine d'années et ont fait la preuve de leur efficacité (15) (16), avec une réduction de la fréquence des migraines et des céphalées de tension de 30 à 50 % (17).

Le biofeedback en groupe augmente le rôle actif du patient dans la gestion de la douleur chronique, établissant ainsi de meilleures capacités de « coping », c'est-à-dire de meilleures capacités à faire face aux conséquences physiologiques et psychologiques de la douleur, l'aidant à obtenir un meilleur contrôle volontaire des fonctions corporelles (par exemple, la diminution des tensions musculaires) et à accentuer le sentiment d'auto-efficacité dans la gestion d'épisodes douloureux (15).

Considérant les méta-analyses jusqu'à aujourd'hui (18), les thérapies comportementales ont montré une supériorité dans la prise en charge des migraines sur différents groupes contrôles. De plus, aucune différence majeure d'efficacité n'a été démontrée dans les études comparant les thérapies comportementales et les médicaments pour cette pathologie.

Les TCC de groupe ont pour avantage de fournir aux patients céphalalgiques présentant un retentissement fonctionnel important, une intervention intensive sans l'augmentation correspondante du coût du service délivré. En effet, en groupe, davantage d'individus souffrant peuvent être traités avec des ressources plus modestes (par exemple, 10 patients, 15 heures de prises en charge) qu'avec une approche individuelle (10 patients, 100 heures de prises en charge). Malgré leur efficacité, très peu d'études ont évalué les TCC délivrées en groupe dans la prise en charge des céphalées chroniques.

La 3^{ème} vague des thérapies comportementales est particulièrement focalisée sur le contexte et les fonctions du phénomène psychologique, et tentent ainsi d'accentuer les stratégies de changement contextuelles et expérimentales. Plutôt que de se centrer sur le fait de changer des événements psychologiques directement, ces interventions cherchent à changer la fonction de ces événements et la relation de l'individu avec eux, à travers des stratégies comme la conscience, l'acceptation, la défusion cognitive*.

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) est basée sur la thérapie de la relation et décrite initialement par Hayes à la fin des années 80.

L'ACT est basée sur 2 domaines d'apprentissage clé : la conscience et l'acceptation d'une part, l'engagement et le changement de comportement d'autre part (19). Dans la première partie, il s'agit en effet, d'accepter pleinement ce qui arrive sans mécanisme de défense, de prendre de la distance avec ses événements de vie intérieure (sentiments, pensées, souvenirs) et ne pas les considérer comme obstacles à l'action (« cognitive defusion »), être en contact avec le moment présent et savoir s'observer. La 2^{ème} partie consiste, pour chacun, à déterminer les règles de vie guidant sa conduite et de s'engager à suivre ces règles en vue de l'aboutissement d'objectifs en accord avec ces règles. L'ACT a prouvé son efficacité en douleur chronique mais peu d'études portent sur les prises en charge de groupe par ACT (20).

L'utilisation de ces thérapies fait l'objet de recommandations en France. La relaxation, le rétrocontrôle (biofeedback) et les thérapies cognitives et comportementales de gestion du stress ont fait la preuve de leur efficacité (grade B) dans la prise en charge de la migraine (21). Pour les CCQ avec abus médicamenteux, il est recommandé la relaxation (grade C) et les prises en charge de type cognitivo-comportementale (grade B) : éducation au problème de l'abus d'antalgiques, auto-observation par la tenue d'un agenda, relaxation avec ou sans biofeedback, gestion du stress, gestion de l'utilisation des médicaments. Pour les CCQ sans abus d'antalgiques, les TCC sont recommandées (Grade B) (22). La modalité, individuelle ou en groupe, n'est pas précisée.

* La défusion cognitive est une forme particulière d'exposition aux stimuli verbaux de manière à percevoir une pensée pour ce qu'elle est, plutôt que pour ce qu'elle raconte, à percevoir les conceptions de soi-même et des autres comme des conceptions, les évaluations des autres et de soi-même comme des évaluations, etc, et par là, à ne plus considérer le contenu de ces cognitions « si sérieusement » ou comme dangereux, destructif, hostile ou mauvais.

1.3. Lombalgie chronique et prise en charge de groupe

1.3.1. Définition et prévalence

Les lombalgies chroniques sont des douleurs habituelles de la région lombaire évoluant depuis plus de 3 mois. Cette douleur peut s'accompagner d'une irradiation à la fesse, à la crête iliaque, voire à la cuisse et ne dépasse qu'exceptionnellement le genou selon la définition de l'ANAES (23).

La prévalence, estimée en 2009, des lombalgies de plus de 30 jours en France est de 10 %; celle des lombalgies de plus de six mois étant de 5 % (24).

1.3.2. Types de prises en charge de groupe proposées aux patients lombalgiques chroniques

Les prises en charge de groupe proposées pour les patients lombalgiques chroniques sont l'éducation thérapeutique type Ecole du dos (« Back School »), la méthode McKenzie, les thérapies cognitivo-comportementales, la méditation de pleine conscience (« mindfulness »), et le yoga. Sont aussi proposés : des exercices physiques en groupe, de la rééducation fonctionnelle, et des programmes multidisciplinaires de prise en charge.

L'éducation thérapeutique de groupe proposée repose notamment sur le concept d'Ecole du Dos (« Back school »). Ce fut un programme développé en Suède par Zachrisson-Forsell pour les patients atteints de lombalgies chroniques en 1969. Il s'agit d'une prise en charge éducative de groupe supervisée par un thérapeute médical ou paramédical basée sur 3 points clefs : 1/ l'information sur l'anatomie et la physiologie de la colonne vertébrale, 2/ l'utilisation correcte de la colonne et le rôle du mode de vie et des habitudes motrices, 3/ un programme d'exercice visant la réduction de la douleur et la rééducation du fonctionnement de la colonne vertébrale (25). Cette technique a montré un niveau de preuve modéré d'efficacité dans la prise en charge des lombalgies chroniques (25). L'éducation thérapeutique peut, depuis les années 2000, également porter sur la biologie de la douleur.

La méthode McKenzie, dite aussi thérapie diagnostique et mécanique, fut proposée par Robin McKenzie en 1981. Il propose un système de classification des lombalgies chroniques et une prise en charge particulière en fonction de cette classification. Cette méthode est basée sur 3 principes : 1/ l'évaluation (conduite en utilisant des postures soutenues et des mouvements répétés pour lesquels les symptômes lombaires sont classés en 3 syndromes : désordre, dysfonction, syndrome postural) ; 2/ des exercices interventionnels basés sur la préférence des patients ; 3/ la prévention éducationnelle visant à encourager les patients à l'utilisation de techniques d'auto-gestion pour maîtriser leurs symptômes (26). Cette méthode a montré un niveau de preuve limité dans l'efficacité des prises en charge des lombalgies chroniques (27).

Les TCC de groupe sont ciblées sur les croyances desservant le patient, et l'importance de l'investissement dans les loisirs, l'activité physique ou occupationnelle. Elles se présentent sous forme notamment de groupe de parole où l'on confronte ses croyances, ses craintes, où l'on apprend à mieux communiquer avec les professionnels de santé.

Les techniques de méditation de pleine conscience relèvent des médecines mettant en lien le

corps et l'esprit, et visent notamment à améliorer les capacités de l'esprit afin de mieux gérer les fonctions physiques et ses symptômes. Il s'agit d'un entraînement mental visant à calmer, vider son esprit dans le but d'atteindre un état « d'observation détachée » dans lequel le sujet est conscient de son environnement sans y accorder une attention particulière, selon la définition de l'Agency for Healthcare Research and Quality (28).

Le Yoga par ailleurs, est devenu particulièrement populaire et propose l'alternative intéressante d'exercices physiques combinés à des exercices de concentration mentale, pouvant faire l'objet d'une thérapie intéressante des lombalgies chroniques. La pratique du yoga se centre sur le contrôle des fonctions musculaires au travers de différentes postures. Par ailleurs, le sujet pratiquant le yoga est plus à même de continuer ces exercices dans la durée, dans la mesure où la pratique à domicile fait partie de cette discipline.

Les exercices physiques sont une stratégie très utilisée de prise en charge des lombalgies chroniques, dont l'efficacité a commencé à être prouvée en 1995 (29).

Les exercices proposés en groupe sont variés : étirements, exercices posturaux, exercices physiques de stabilisation de la colonne vertébrale avec notamment un renforcement de la musculature abdominale, des exercices de reconditionnement musculaire progressifs, de l'aérobic, des exercices de fitness, et même des exercices intensifs. Il existe néanmoins des imprécisions sur le mécanisme d'action. En effet, des bénéfices sont rapportés dès 4 à 5 séances alors que les bénéfices physiologiques sont clairement insuffisants à ce stade. Un mécanisme psychologique n'est donc pas exclu.

Les programmes multidisciplinaires de prise en charge de groupe comprennent traditionnellement un volet éducatif, un volet psycho-social, et un volet fonctionnel avec la pratique d'exercices physiques, et de la rééducation.

Selon les recommandations de l'ANAES datant de 2000 (23), la preuve de l'efficacité des écoles du dos ne comportant qu'un programme d'éducation n'est pas faite dans la lombalgie chronique (grade B). Leur association à des séances d'exercice physique a une efficacité antalgique à court terme (grade B).

Les thérapies comportementales associées à un autre traitement (exercice physique, kinésithérapie, etc.) semblent plus efficaces sur la douleur que ce même traitement seul (grade C). Aucune thérapie comportementale n'est supérieure à l'autre. L'approche de ces différentes thérapies, en groupe, n'est pas mentionnée par l'ANAES.

L'exercice physique est efficace à court terme dans le traitement à visée antalgique et fonctionnelle de la lombalgie chronique par rapport à l'absence de traitement ou à un placebo (grade B). Il est impossible de conclure sur l'éventuelle supériorité d'un type d'exercice par rapport à l'autre (flexion ou extension), les résultats des études existantes, de faible qualité, étant contradictoires.

Les prises en charge multidisciplinaires associant, dans des proportions qui restent à définir, des séances d'éducation et de conseils, des exercices physiques intensifs supervisés ou non par un kinésithérapeute à une prise en charge psychologique sont recommandées pour le traitement à visée antalgique, fonctionnelle et dans une moindre mesure pour le retour au travail des lombalgies chroniques (grade B).

Les recommandations européennes de prise en charge des lombalgies chroniques (2006) reconnaissent les exercices physiques comme traitement de première ligne, et suggèrent qu'une approche cognitivo-comportementale associée est intéressante. Elles soulignent également que les prises en charge de groupe sont attractives sur un plan coût-efficacité (30).

1.4. Fibromyalgie et prise en charge de groupe

1.4.1. Définition et prévalence

Le syndrome fibromyalgique ou fibromyalgie (ces deux termes sont utilisés indifféremment dans la littérature internationale) a été décrit en 1977 par deux auteurs canadiens, Smythe et Moldofsky.

Le rapport d'orientation de l'HAS en 2010 (31) définit la fibromyalgie comme une pathologie basée sur des douleurs diffuses persistantes ayant un effet sur les capacités fonctionnelles, en les amoindrissant de manière variable selon les personnes et dans le temps. Ces douleurs chroniques singulières sont : diffuses, persistantes, variables. Selon le moment, elles peuvent parfois prendre la forme d'une hyperalgésie ou d'une allodynie. Ce syndrome associe une fatigue souvent intense, des troubles du sommeil et des troubles cognitifs. D'autres manifestations peuvent être associées de façon variable. Plus de 40 % des patients fibromyalgiques ont un problème thyroïdien ou un syndrome de Sjögren primaire. Le syndrome fibromyalgique s'accompagne souvent de dysfonctionnement végétatif et est fréquemment associé au syndrome de l'intestin irritable, à la migraine ou à la tachycardie.

Selon les critères de 1990 du Collège américain de rhumatologie (American College of Rheumatology, ACR) (32), le syndrome fibromyalgique est défini comme une douleur évoluant depuis plus de 3 mois, étendue de part et d'autre de la ligne médiane, au dessus et en dessous de la taille. Au moins 11 des 18 points préalablement définis (Annexe 47) doivent être douloureux sous une pression digitale d'environ 4 kg/cm² ou blanchiment de l'ongle à la pression.

Ces premiers critères sont développés afin de réaliser des recherches physiopathologiques et thérapeutiques ; ce sont des critères de classification permettant l'étude de groupes de malades aussi homogènes que possible. Ils sont insuffisants dans la mesure où ils ne reconnaissent que les formes les plus sévères de fibromyalgie et ne permettent pas de mesurer le retentissement d'autres symptômes.

En mai 2010, sous l'égide de l'ACR, a été publiée une étude (33) visant, non pas à remplacer les critères diagnostiques établis en 1990, mais à proposer une méthode alternative de diagnostic.

Dans cette étude (33), Wolfe et al. ont conservé l'évaluation de la présence de la douleur, en abandonnant le repérage manuel des points douloureux au profit d'une auto-évaluation par le patient de l'existence ou non d'une douleur au cours de la semaine précédente au niveau de 19 sites* corporels définis, sans appréciation de son intensité (score allant de 0 à 19). C'est le score WPI (Widespread Pain Index). Il est combiné à un score de sévérité des symptômes (Symptom Severity scale score, SS) comportant : d'une part 3 symptômes les plus souvent rapportés dans la littérature en plus de la douleur et exclus jusqu'à présent des critères de l'ACR : la fatigue, la sensation de non-repos au réveil et l'existence de symptômes cognitifs (chacun de ces 3 symptômes est quantifié de 0 « pas de problème » à 3 « sévère »). D'autre part une longue liste de symptômes somatiques divers est quantifiée de 0 « pas de symptôme » à 3 « beaucoup de symptômes ».

Le score de sévérité des symptômes (SS) correspond à la somme de chacun de ces 4 scores (score final allant de 0 à 12).

* Ceinture scapulaire droite et gauche, bras et avant-bras droits et gauches, hanche droite et gauche, cuisse et jambe droites et gauches, mâchoire à droite et à gauche, thorax, abdomen, cou, partie supérieure et inférieure du dos.

Selon cette étude, un patient satisfait aux critères diagnostiques de fibromyalgie si les 3 conditions suivantes sont réunies :

1. Widespread pain index (WPI) ≥ 7 et Symptom Severity (SS) scale score ≥ 5 ou bien WPI entre 3 et 6 et SS scale score ≥ 9 ;
2. Présence des symptômes à même intensité depuis au moins 3 mois ;
3. Absence d'une autre maladie qui pourrait expliquer la douleur.

Selon cette étude, cette méthode diagnostique alternative, composée d'une combinaison de 2 scores, permet, sans requérir un examen clinique, d'identifier correctement 88,1 % des patients ayant une fibromyalgie diagnostiquée à l'aide des critères de 1990 de l'ACR.

Ces critères diagnostiques sont proposés comme « préliminaires » par les auteurs, qui concluent sur la nécessité d'en confirmer les performances. Il est à noter que l'utilisation de ces critères n'a pas encore été étudiée en médecine générale.

Malgré tous ces efforts pour la définir, la fibromyalgie, à la physiopathologie inconnue et aux traitements non fixés, a eu du mal à se faire reconnaître et il faut attendre 2007 pour que l'Académie nationale de Médecine l'identifie comme syndrome douloureux chronique autonome (34). Cette pathologie est reconnue sur le plan international depuis 2006, année où l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) lui attribua un code à la CIM10 parmi les maladies musculo-squelettiques et du tissu conjonctif. Elle était parallèlement dans la classification des maladies psychiatriques du DSM-IV au chapitre des troubles somatoformes. Elle a été retirée de la dernière publication du DSM, le DSM-V, en mai 2013.

La prévalence de la fibromyalgie en France, estimée en 2011 dans l'étude de Perrot et al., est de 1,6 % (IC 95 : 1,2-2%) (35). La prévalence en Europe de l'ouest (France, Italie, Allemagne, Espagne, Portugal), estimée en 2010, est comprise entre 2,9-4,7 % (36).

Ce syndrome touche préférentiellement les femmes de bas niveau socio-professionnel (37).

1.4.2. Types de prises en charge de groupe proposées aux patients fibromyalgiques

Les prises en charge de groupe proposées pour les patients fibromyalgiques sont les thérapies comportementales – de type opérant, relaxation par biofeedback, TCC, réduction du stress par la méditation de pleine conscience (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR), rééducation amygdalienne (« amygdala retraining ») -, l'hypnose, les exercices physiques en groupe, la balnéothérapie, les programmes de prise en charge multidisciplinaire (comprenant notamment une rééducation et une approche psychothérapique).

Les thérapies comportementales de type conditionnement opérant visent à augmenter le niveau d'activité à domicile et au travail, incluent les aidants principaux afin de réduire les comportements liés à la douleur, et ont pour objectif une gestion des médicaments antalgiques.

La relaxation par biofeedback entraîne une détente musculaire, plus ou moins importante, permettant au sujet d'améliorer le contrôle de ses douleurs.

Les thérapies cognitivo-comportementales de groupe pour la prise en charge des fibromyalgies, se déclinent selon plusieurs modalités comme l'éducation vis-à-vis de la maladie, l'entraînement à la relaxation, la thérapie de restructuration cognitive, l'établissement d'objectifs, de problèmes résolus, l'entraînement à la communication et à l'affirmation de soi, mais aussi la généralisation et le maintien des compétences acquises.

La technique de réduction du stress basée sur la méditation de pleine conscience (MBSR) fut initialement développée par Kabat-Zinn, en tant qu'intervention médicale comportementale pour les patients souffrant de maladies chroniques et de troubles liés au stress. Les premiers essais témoignant de l'efficacité de cette technique en douleurs chroniques datent du début des années 80 (38). Elle est au centre d'une attention particulière depuis les 15 dernières années. Il s'agit d'une combinaison de méditation assise, de hatha yoga et d'une technique centrée sur les perceptions corporelles appelée « bodyscan ». Les participants sont encouragés à maintenir leur conscience focalisée sur leur expérience immédiate avec une attitude d'ouverture, d'acceptation, d'absence de jugement, de curiosité et de compassion. Basée sur la tradition bouddhiste Vipassana, la MBSR promeut cette position décentrée de soi-même qui met à distance les événements cognitifs et affectifs d'une manière adaptative et peut réduire l'impact négatif des pensées et des sensations associées à la douleur chronique.

La technique de rééducation de l'amygdale puise ses racines théoriques dans le travail neurobiologique et empirique de LeDoux et d'autres neuro-scientifiques (39) (40). Leurs travaux montrent l'implication de l'amygdale dans les processus de conditionnement mis en jeu lorsque des situations aversives ou des événements traumatiques surviennent. En effet, l'amygdale a été particulièrement étudiée au sein du système neuro-biologique, générant des réponses de peur face à un environnement menaçant. Des recherches additionnelles ont suggéré que le mécanisme de conditionnement à la peur médié par l'amygdale est contrôlé par un réseau cortical supérieur incluant non seulement l'amygdale mais aussi l'insula, le cortex cingulaire antérieur, le cortex préfrontal médial et d'autres aires. La base de la rééducation de l'amygdale, en tant que méthode pour diminuer les symptômes de la fibromyalgie ou de la fatigue chronique est fondée sur la théorie de Gupta (41) selon laquelle le conditionnement à la peur d'une amygdale dysfonctionnelle est à la base des symptômes de ces maladies. Selon Gupta, suite à un stress psychologique ou à un traumatisme, éventuellement complété d'une infection virale et/ou d'un stress physiologique ou chimique, l'amygdale deviendrait hypersensible. L'hypersensibilisation chronique de l'amygdale aux sensations internes a pour conséquence une sur-activation chronique de la réponse de peur médiée par l'amygdale. La rééducation de l'amygdale comprend des techniques de TCC comme l'arrêt des pensées négatives, la restructuration cognitive, la visualisation d'un état de bonne santé mais aussi des conseils de gestion du stress par la respiration et par la méditation Vipassana qui augmente le niveau de conscience.

Les techniques d'hypnose en groupe sont aussi utilisées en fibromyalgies. L'hypnose est une « interaction sociale au cours de laquelle une personne désignée comme sujet, répond aux suggestions proposées par une 2^{ème} personne, désignée comme hypnotiseur, en vue d'expériences altérant les ressentis, la mémoire et l'action volontaire », selon Kihlstrom (42).

Les programmes multidisciplinaires en groupe, utilisés en fibromyalgie, sont de nature variable. Peuvent s'y associer : éducation thérapeutique, groupe de parole, rééducation fonctionnelle, balnéothérapie.

Il n'existe pas à ce jour de recommandation française pour la prise en charge des fibromyalgies, l'HAS n'ayant publié qu'un rapport d'orientation en 2010 (31).

Des recommandations européennes ont été rédigées en 2006 puis publiées par EULAR (European League Against Rheumatism) en 2008 (43). Les thérapies cognitives et comportementales peuvent être bénéfiques pour certains patients souffrant de fibromyalgie. D'autres thérapies telles la relaxation, la rééducation, la physiothérapie et le soutien psychologique peuvent être proposées,

adaptées aux besoins individuels des patients. Des programmes d'exercices individualisés incluant des exercices aérobies et de renforcement peuvent être bénéfiques pour certains patients souffrant de fibromyalgie. Le traitement en milieu aquatique chauffé avec ou sans exercices est efficace dans la fibromyalgie. Les prises en charge de groupe n'étaient pas mentionnées dans ces recommandations. Le niveau de preuve n'était pas précisé.

Bien qu'un large nombre d'études ait démontré l'utilité clinique des TCC en douleurs chroniques, beaucoup de questions restent sans réponse, telles que la durée du traitement, les modalités des TCC les plus efficaces, et les caractéristiques phénotypiques des patients obtenant une meilleure réponse thérapeutique (44).

1.5. Instruments d'évaluation

Les instruments utilisés pour évaluer la douleur et par là même, l'efficacité potentielle de prises en charge mises en place, sont des échelles de mesure.

Ces échelles de mesure sont unidimensionnelles si elles évaluent seulement un paramètre ; l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) par exemple, qui évalue la douleur. Elles peuvent être multidimensionnelles si plusieurs paramètres sont évalués, comme la Medical Outcome Study 36-item Short-Form Survey 36 (SF-36) évaluant les limitations des activités physiques, les limitations des activités quotidiennes, des activités sociales, la douleur, la santé mentale, la santé globale perçue.

Sont principalement utilisés des questionnaires ou des tests physiques pour évaluer les prises en charge de groupe en douleur chronique.

Les questionnaires d'évaluation de la douleur relèvent tous de l'auto-évaluation en prise en charge de groupe, même si certains d'entre-eux peuvent être hétéro-administrés.

Cette auto-évaluation, soit quantitative, soit qualitative, peut concerner l'intensité de la douleur, le retentissement fonctionnel physique, le retentissement psychologique, la qualité de vie, la satisfaction.

Les tests physiques relèvent toujours en revanche, de l'hétéro-évaluation.

Nous avons constaté précédemment une absence de recommandation concernant les prises en charge de groupe en douleurs chroniques alors que leur coût-efficacité paraît intéressant (30). Il semble donc souhaitable que des études randomisées contrôlées aux effectifs plus larges, multicentriques, puissent être publiées afin de confirmer le niveau de preuve correspondant aux prises en charge de groupe et ainsi étayer de nouvelles recommandations. Dans ce but, il paraît intéressant d'identifier les instruments d'évaluation de ces prises en charge, de manière à réaliser des études valides sur le plan international et à partir desquelles des méta-analyses peuvent être réalisées pour des recommandations de grade A.

1.6.Objectifs principal et secondaires

L'objectif principal de cette revue de la littérature est de recenser l'ensemble des instruments d'évaluation permettant d'évaluer les prises en charge de groupe des céphalées chroniques, des lombalgies chroniques et des fibromyalgies.

Les objectifs secondaires sont de déterminer les indicateurs les plus pertinents pour les 2 prises en charge de groupe mises en place au Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur (CETD) du CHU de Pellegrin à Bordeaux et de déterminer les instruments d'évaluation utiles en soins primaires.

2. Matériels et Méthodes

2.1.Méthodologie

Cette thèse est une revue systématique de la littérature des instruments évaluant l'efficacité des prises en charge de groupe des céphalées chroniques, des lombalgies chroniques, et des fibromyalgies, rapportées dans des études publiées de 1998 à 2013.

Les filtres utilisés lors de la recherche documentaire ont été : essais cliniques et revues de la littérature, chez l'humain, en langue anglaise ou française, du 1er janvier 1998 au 31 décembre 2013.

Les critères d'inclusion des études dans cette revue de la littérature sont : la randomisation et l'existence d'un groupe « contrôle ». Ces essais randomisés, contrôlés devaient porter sur les prises en charge de groupe soit des céphalées chroniques, soit des lombalgies chroniques, soit des fibromyalgies.

Les mots-clés MeSH* utilisés pour cette recherche ont été : « Group, support » ; « Patient education as a topic » ; « Therapy group » ; « Psychotherapy, group » ; « Pain measurement » ; « Assessment » ; « Chronic headache » ; « Migraine » ; « Chronic low back pain » ; « Fibromyalgia » ; « Chronic pain ». Ils ont été déterminés à partir du portail terminologique de santé du catalogue et index des sites médicaux de langue française (CISMeF).

Les populations exclues de cette revue de la littérature sont les personnes de moins de 18 ans et les populations non communicantes.

2.2.Base documentaire

Les sources d'informations consultées ont été : Pubmed, Cochrane Library, PsycInfo, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL).

* MeSH : Medical Subject Headings. Il s'agit d'un thésaurus biomédical de référence, outil d'indexation, de catalogue et d'interrogation des bases de données de la NLM (National Library of Medicine, Bethesda, USA), notamment MEDLINE/PubMed. L'INSERM le traduit chaque année à l'intention des utilisateurs francophones.

3. Résultats

Cinquante et une études ont été retenues et exploitées afin de déterminer les instruments d'évaluation utilisés.

Ces instruments sont regroupés par étude dans un tableau pour chaque douleur chronique (céphalées chroniques, lombalgies chroniques et fibromyalgies). Ils sont ensuite détaillés dans une seconde partie, où ils sont rangés par ordre de fréquence d'utilisation dans la littérature explorée, selon le plan décrit en début de thèse.

3.1. Instruments d'évaluation de l'efficacité des prises en charge de groupe des patients présentant des céphalées chroniques

3.1.1. Emploi des instruments d'évaluation dans la littérature : les études

Quatre essais cliniques contrôlés randomisés, évaluant les prises en charge de groupe des patients présentant des céphalées chroniques, ont été retenus (Tableau 1).

Tableau 1 : Résumé des études de prise en charge de groupe des céphalées chroniques incluses dans cette thèse

<i>Premier et dernier auteur</i>	<i>Journal, Année de publication</i>	<i>Type d'étude ; nombre de patients inclus (n)</i>	<i>Objectif principal</i>	<i>Instruments d'évaluation utilisés</i>
Matchar, Blumenfeld (45)	Headache, 2008	RCT ; n=614	Evaluer l'impact d'un programme coordonné de gestion des céphalées centré sur l'éducation en groupe par rapport au traitement habituel des céphalées chroniques	-Migraine Disability Assessment Scale (MIDAS)* -Patient Health Questionnaire Short Form (PHQ-9) -Short-Form Health Status Survey 36 items (SF-36) -Satisfaction (Likert à 5 points)
Mo'tamedi, Tavallaie (46)	Headache, 2012	Single-blind RCT ; n=30	Déterminer l'impact clinique d'une prise en charge par thérapie de l'Acceptation et de l'Engagement chez les céphalalgiques chroniques	-McGill Pain Questionnaire (MPQ) -Migraine Disability Assessment Scale (MIDAS) -State Trait Anxiety Index (STAI)
Rothrock, Zweifler (47)	Headache, 2006	Single-blind RCT ; n=100	Déterminer l'apport d'une prise en charge éducative lorsqu'ajoutée au traitement usuel des migraines	-Agenda des céphalées (Nombre de jour par mois avec céphalées, Intensité maximale, Utilisation de médicaments antalgiques, Abus d'antalgiques, Compliance vis à vis du traitement de fond, Recours au système de soin : appel, consultation non prévue) -Migraine Disability Assessment Scale (MIDAS)
Thorn , Tsui (48)	The Journal of Pain, 2007	RCT ; n=34	Evaluer l'efficacité d'une prise en charge par thérapie cognitivo-comportementale visant spécialement à	-Agenda des céphalées (Fréquence des céphalées, Intensité maximale – Likert à 11 points- ,

			réduire le catastrophisme des patients céphalalgiques chroniques	Intensité moyenne –Likert à 11 points-, Moyenne du caractère désagréable de la douleur –Likert à 11 points-, Médicaments utilisés -nom, posologie, fréquence-) -Beck Depression Inventory-II (BDI-II) -Beck Anxiety Inventory (BAI) -Pain Anxiety Symptom Scale (PASS) -Pain Catastrophizing Scale (PCS) -Headache Management Self Efficacy Scale (HMSE)
--	--	--	--	---

RCT : Randomized Controlled Trial

*critère principal d'évaluation

3.1.2. Instruments d'évaluation utilisés

3.1.2.1. Instruments d'évaluation de l'intensité de la douleur, des caractéristiques de celle-ci et du recours au système de soin (médicament, appel, consultation)

-Agenda des céphalées

Cet outil consiste à faire recueillir par le patient des paramètres pré-déterminés en lien avec ses céphalées, au fur et à mesure de leurs survenues. Ce recueil est quotidien comme dans l'étude de Rothrock (47) ou non précisé comme dans l'étude de Thorn (48).

Ces agendas répertorient donc, selon les études, différents outils unidimensionnels.

Parmi eux, la fréquence des céphalées est définie par le nombre de jour avec céphalée par mois dans l'étude de Rothrock (47). La modalité de recueil de cette donnée n'est pas détaillée dans l'étude de Thorn (48).

L'intensité maximale de ces céphalées est un critère retenu dans les 2 études ; non détaillé (47), évalué au moyen d'une échelle de Likert à 11 points allant de 0 (pas de douleur) à 10 (maximum de douleur envisageable) (48).

A partir de ces données, l'intensité moyenne des céphalées évaluée au moyen d'une échelle de Likert à 11 points allant de 0 (pas de douleur) à 10 (maximum de douleur envisageable) est déterminée et retenue comme critère (48).

La moyenne du caractère désagréable lié à la douleur, évaluée par échelle de Likert à 11 points allant de 0 (non désagréable) à 10 (caractère désagréable maximal) est également décrite (48).

Le recours aux médicaments antalgiques y est notifié, permettant de déterminer un autre outil d'évaluation : l'abus d'antalgique défini comme la consommation d'antalgiques > 3 fois par semaine pendant > 4 semaines (47).

La compliance avec le traitement prophylactique est évaluée grâce à l'agenda (47).

Le recours au système médical : nombre d'appels, de visites médicales non prévus liés aux céphalées est également retenu comme critère d'évaluation de la prise en charge (47).

-Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ) (Annexe 1a)

Il s'agit d'un auto-questionnaire multidimensionnel décrit par le québécois Melzack en 1987 (49). C'est en réalité la version courte du McGill Pain Questionnaire (50), décrite en 1975.

Le Short-Form McGill Pain Questionnaire évalue les caractéristiques de la douleur au moyen de 15 qualificatifs (11 qualificatifs sensoriels et 4 qualificatifs affectifs). A chaque qualificatif correspond

une intensité : nulle (0), faible (1), modérée (2), sévère (3).

Trois scores sont ainsi obtenus par sommation des valeurs numériques attribuées aux intensités correspondant aux qualificatifs : un score sensoriel, un score affectif et un score global.

Ce questionnaire inclut de surcroît une échelle visuelle analogique (EVA) et une intensité de la douleur présente (Present Pain Intensity: PPI) modalisée par une échelle de Likert* à 6 points où 0 (« pas de douleur »), 1 (« faible »), 2 (« inconfortable »), 3 (« stressante »), 4 (« horrible »), 5 (« insoutenable »).

Les résultats obtenus avec ce questionnaire ont une sensibilité comparable au McGill pain Questionnaire (49). Le SF-MPQ présente une cohérence interne élevée marquée par un coefficient de Cronbach* > 0,75 (51).

Le temps de passation est estimé entre 2 et 5 minutes.

Cet instrument est utilisé dans l'étude iranienne de Mo'tamedi et al. 2012 (46).

Il n'est pas retrouvé de version française validée du Short-Form McGill Pain Questionnaire alors que pour le McGill Pain Questionnaire dans sa version complète, il existe 3 versions en français canadien et le Questionnaire Douleur Saint-Antoine, équivalent français (52). Notons qu'en France, le Questionnaire Douleur Saint-Antoine (QDSA) sous sa forme abrégée de 15 items, peut être considéré comme un équivalent du SF-MPQ pour évaluer les caractéristiques de la douleur (52). (Annexe 1b)

3.1.2.2. *Instrument d'évaluation du retentissement fonctionnel physique de la douleur*

- Migraine Disability Assessment Scale (MIDAS) (Annexe 2a)

Il s'agit d'un auto-questionnaire multidimensionnel décrit par les américains Stewart et Lipton en 2001 (53).

Il mesure l'impact de l'expérience de céphalées récurrentes sur le fonctionnement normal et les répercussions adaptatives du sujet dans trois domaines : la vie professionnelle, la vie domestique, et les activités non professionnelles (sociales, loisirs).

Le patient répond à 5 questions, déterminant le nombre de jours au cours des 3 derniers mois, durant lesquels son activité a été diminuée à cause de la migraine. La somme du nombre de jours détermine la sévérité de l'invalidité liée à la douleur. Enfin, 2 questions permettent d'évaluer la fréquence et l'intensité des céphalées.

On détermine 4 grades : grade I, peu ou pas de sévérité (0 à 5 jours) ; grade II, sévérité discrète (6 à 10 jours) ; grade III, sévérité modérée (11 à 20 jours) et grade IV, sévérité importante (> 20 jours).

Ce questionnaire a été validé comme ayant une cohérence interne satisfaisante, hautement fiable et corrélé aux jugements des cliniciens. Le coefficient r de Pearson* de fidélité test-retest est de 0,8.

* Une échelle de Likert, du nom du psychologue américain Rensis Likert, est une échelle de mesure répandue dans les questionnaires psychométriques. La personne interrogée exprime son degré d'accord ou de désaccord vis-à-vis d'un énoncé proposé.

* Le coefficient alpha de Cronbach, est une statistique en psychométrie de mesure de la cohérence interne (ou consistance interne, internal consistency) des questions posées lors d'un test. Il évalue l'homogénéité des différents items constituant l'échelle. Cette mesure rend compte de la validité du construit. Sa valeur s'établit entre 0 et 1. L'American Psychological Association considère un questionnaire comme acceptable quand le coefficient alpha est au-dessus de 0,7.

* Le coefficient r de Pearson rend compte de la fidélité test-retest d'un questionnaire, encore appelée fiabilité test-retest, stabilité test-retest ou fidélité temporelle. La fidélité test-retest est la corrélation entre les scores obtenus entre 2 administrations du même test aux mêmes patients séparées par un intervalle de temps t. Toutes les conditions externes étant égales, la répétition d'une mesure doit donner le même résultat.

Il est utilisé dans trois des quatre études de prise en charge de groupe des patients présentant des céphalées chroniques de Matchar (45), de Mo'tamedi (46) et de Rothrock (47).

Une version française de ce questionnaire fut validée par Lantéri-Minet et al. en 2003 (54). (Annexe 2b)

3.1.2.3. Instruments d'évaluation du retentissement psychologique de la douleur

3.1.2.3.1. Sur le plan dépressif

-Beck Depression Inventory II (BDI-II) (Annexe 3)

Il s'agit d'un auto-questionnaire décrit initialement par l'équipe du psychiatre américain Beck en 1961 (55) pour évaluer la dépression.

L'édition de cette seconde version date de 1996 (56). Elle a été développée en réponse à l'Association Psychiatrique Américaine de la publication du Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM), 4^{ème} édition, qui a changé plusieurs des critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur et étendu la durée des symptômes à 2 semaines au lieu d'une dans la BDI.

Cet outil visant à évaluer la sévérité des symptômes dans les dépressions, co-morbidité fréquente des douleurs chroniques, comporte 21 items. Chaque item est composé de 4 choix (rangé de 0 à 3) reflétant le niveau de sévérité du symptôme décrit. Le score total est entre 0 et 63.

On retiendra qu'un score entre 0 et 13 est considéré comme normal ou dépression minime, qu'un score entre 14 et 19 correspond à dépression légère, qu'un score entre 20 et 28 correspond à une dépression modérée, qu'un score entre 29 à 63 correspond à une dépression sévère (57).

La BDI-II a une bonne cohérence interne avec un coefficient de Cronbach à 0,92 et une haute fiabilité test-retest avec un coefficient de Pearson à 0,93 (58).

Cet instrument d'évaluation est largement utilisé au niveau international du fait de son temps de passation restreint (entre 5 et 10 minutes), et du bas niveau de lecture requis (niveau 6^{ème}).

Il est utilisé dans l'étude de Thorn (48).

Il n'existe pas de version française retrouvée de la 2^{ème} édition de la BDI-II.

-Patient Health Questionnaire Short-Form (PHQ-9) (Annexe 4a)

Il s'agit d'un auto-questionnaire décrit par les américains Spitzer et al. en 2001 (59) pour évaluer la dépression.

Il est court, composé de 9 items, correspondant aux 9 critères de la dépression retenus dans le DSM-IV. A chaque critère correspond une intensité quantifiée par une échelle de Likert allant de 0 (« pas du tout ») à 3 (« presque tous les jours »). Le score est établi par sommation des valeurs numériques des échelles de Likert. Un score > 10 révèle un épisode dépressif majeur avec une sensibilité de 88 % et une spécificité de 88 % (59). Un score de 0 à 5 correspond à une dépression de faible intensité ; 5 à 10 d'intensité modérée ; 10 à 15 d'intensité modérément sévère ; de 15 à 20 d'intensité sévère.

La cohérence interne de cet outil est élevée avec un coefficient de Cronbach entre 0,86 et 0,89 tout comme la fidélité test-retest $r=0,84$ avec un intervalle de 48 heures entre deux passations.

Le temps de passation est de 5 à 10 minutes.

Il est utilisé dans l'étude américaine de Matchar (45).

Il existe une version française de ce questionnaire. (Annexe 4b)

3.1.2.3.2. Sur le plan anxieux

-State Trait Anxiety Inventory-Trait (STAI-T) (Annexe 5a)

Il s'agit d'un auto-questionnaire décrit par les américains Spielberger et al. en 1983 (60) pour évaluer les dispositions d'un individu à être anxieux.

Le State Trait Anxiety Inventory (inventaire d'anxiété trait-état, en français) -dont le STAI-T est issu-, comporte 40 items et évalue en effet 2 types d'anxiété au travers de 2 échelles : « state anxiety » ou l'anxiété de l'individu au moment de l'évaluation (STAI-S) et « trait anxiety » (STAI-T) qui évalue le tempérament anxieux habituel du sujet.

Le State Trait Anxiety Inventory-Trait comporte 20 items.

A chacun des 20 items correspond une échelle de Likert à 4 points allant de 1 (« presque jamais ») à 4 (« presque toujours »). Le score total étant obtenu par sommation des valeurs numériques de chaque item, plus le score est élevé, plus l'anxiété est grande.

La cohérence interne est élevée avec un coefficient de Cronbach à 0,92 (61) et une fidélité test-retest élevée, r étant compris entre 0,73 et 0,86 (62).

Il est utilisé dans l'étude de Mo'tamedi (46) seulement sous sa forme STAI-T.

Il existe une version française du STAI-T qui s'appelle STAI-B. (Annexe 5b)

-Beck Anxiety Inventory (BAI) (Annexe 6a)

Il s'agit d'un auto-questionnaire décrit par Beck et al. en 1988 (63) pour évaluer l'anxiété.

A chacun des 21 items correspond 4 choix de « pas du tout » (0) à « sévèrement » (3) que le patient attribue à la sévérité de la gêne ressentie vis à vis des différents symptômes anxieux correspondant aux critères d'anxiété du DSM III-R. Le score total obtenu par sommation des valeurs numériques obtenues pour chaque item est compris entre 0 et 63. Un score < 21 correspond à une anxiété faible ; entre 22 et 35 à une anxiété modérée et > 36 à une anxiété sévère.

Ce questionnaire a démontré une excellente cohérence interne avec un coefficient de Cronbach à 0,93 et une fidélité test-retest correcte, $r=0,67$.

Il est utilisé dans l'étude américaine de Thorn (48).

Il existe plusieurs versions françaises en circulation. Les propriétés psychométriques démontrées par la version de Freeston et al. en 1994 (64) rend cette version validée. (Annexe 6b)

-Pain Anxiety Symptom Scale (PASS) (exemplaire en anglais non disponible)

Il s'agit d'un auto-questionnaire multidimensionnel décrit par les américains McCracken et al. en 1992 (65) pour évaluer l'anxiété.

Les 40 items évaluent 4 composantes de l'anxiété liée à la douleur : l'évaluation craintive de la douleur (c'est-à-dire « Quand j'ai mal, j'ai peur que quelque chose de terrible se produise. »), l'anxiété cognitive (c'est-à-dire « Lors d'épisodes douloureux, il m'est difficile de penser à autre chose qu'à la douleur. »), l'anxiété physiologique (c'est-à-dire « La douleur semble m'écraser le cœur ou augmenter mon rythme cardiaque. »), et l'évitement (c'est-à-dire « J'évite de faire des activités importantes quand j'ai mal. »). Le patient indique dans quelle proportion chaque item lui correspond, utilisant une échelle de Likert à 7 points allant de 0 (« jamais ») à 6 (« toujours »).

L'auto-questionnaire PASS a montré une bonne cohérence interne avec un coefficient de Cronbach

entre 0,81 et 0,94.

Il est utilisé dans l'étude de Thorn (48).

Il n'existe pas de version française retrouvée de la PASS.

-Pain Catastrophizing Scale (PCS) (Annexe 7a)

Il s'agit d'un auto-questionnaire décrit par les canadiens Sullivan et al. en 1995 (66).

Composé de 13 items, il évalue la tendance au catastrophisme du patient lorsqu'il est confronté à un stimulus douloureux.

Le patient reçoit comme consigne d'indiquer sur une échelle de Likert à 5 points allant de 0 (« pas du tout ») à 4 (« tout le temps ») le degré de concordance entre son expérience de la douleur et chaque proposition du test. Le score total est compris entre 0 et 52. Il se décline en 3 sous-scores : rumination, exagération, impuissance (Annexe 7bis). Des recherches suggèrent que les patients obtenant un score total au dessus de 38 (le 80^{ème} percentile) sont particulièrement enclins à des difficultés d'adaptation et à des progrès limités au cours de la rééducation à la douleur (67).

Ce questionnaire a une forte cohérence interne avec un coefficient alpha de Cronbach à 0,91. Par ailleurs, la fidélité test-retest est élevée avec un intervalle de 6 semaines entre les 2 passations ($r=0,75$).

Le temps de passation ainsi que la détermination du score se fait en moins de 5 minutes.

Ce questionnaire est utilisé dans l'étude de Thorn (48).

Une version française est éditée par Sullivan lui-même. (Annexe 7b)

-Headache Management Self-Efficacy scale (HMSE) (Annexe 8)

Il s'agit d'un auto-questionnaire décrit par les canadiens French et al. en 2000 (68) visant à évaluer la confiance des patients à prévenir le début d'une crise céphalalgique et leur gestion des céphalées.

A chacun des 25 items concernant la gestion des céphalées correspond une échelle de Likert à 7 points allant de 1 (« pas du tout d'accord ») à 7 (« tout à fait d'accord »). Les valeurs numériques sont additionnées pour produire un score total. Plus élevé est le score, plus l'efficacité personnelle perçue est grande. Il est à rappeler que les items : 2, 6, 8, 11, 14, 16, 18, 20, 23 ont leur valeur numérique à inverser (7 correspond à 1, 6 correspond à 2, 5 à 3...).

La cohérence interne est très satisfaisante avec un coefficient de Cronbach à 0,90. Cependant, la fidélité test-retest n'est pas disponible.

Il est utilisé dans l'étude de Thorn (48).

Il n'existe pas de version française disponible.

3.1.2.4. Instrument d'évaluation du retentissement de la douleur sur la qualité de vie

-Medical Outcome Study 36-item Short-Form Survey 36 (MOS SF-36 ou SF-36) (Annexe 9a)

Il s'agit d'un questionnaire multidimensionnel décrit par les américains Ware et al. (69) en 1992 pour évaluer la qualité de vie de manière quantitative. Il peut être auto ou hétéro administré tant que l'administrateur est formé. Il dérive de la Medical Outcome Study qui contenait 149 items. L'échelle dérivée contient 36 items et une version courte en contient 12.

Il a été réalisé pour une utilisation clinique, de recherche mais aussi d'évaluation des politiques de santé.

Composée de 36 items, cette échelle évalue 8 domaines touchant à la santé : 1/ la limitation dans les activités physiques à cause de problèmes de santé physiques, 2/ la limitation des activités sociales

en raison de problèmes physiques ou émotionnels, 3/ la limitation dans les activités de la vie quotidienne à cause de problèmes de santé physiques, 4/ la douleur physique, 5/ la santé mentale globale (stress psychologique, bien-être), 6/ la limitation des activités de la vie quotidienne en raison de problèmes émotionnels, 7/ la vitalité (énergie, fatigue), 8/ la santé globale perçue.

Pour chacune, on obtient un score variant de 0 à 100, les scores tendant vers 100 indiquant une meilleure qualité de vie.

A partir de ces 8 échelles, il est possible de calculer 2 scores synthétiques qui ont été identifiés par analyse factorielle : un score agrégé de santé physique et un score agrégé de santé mentale. (Annexe 9 bis).

La cohérence interne est élevée avec un coefficient de Cronbach > 0,8 et une fidélité test-retest > 0,9 (70).

Le temps de passation est d'environ 5 à 10 minutes.

Il est utilisé dans l'étude de Matchar (45).

Il existe une version validée en français par Perneger en 1995 (71). (Annexe 9b)

3.1.2.5. Instruments d'évaluation de satisfaction

-Questionnaire de satisfaction

Une seule étude (45) utilise un questionnaire de satisfaction concernant la prise en charge proposée, sous forme d'échelle de Likert à 5 points allant de 1 (très satisfait) à 5 (très insatisfait).

3.2. Instruments d'évaluation de l'efficacité des prises en charge de groupe des patients présentant des lombalgies chroniques

3.2.1. Emploi des instruments d'évaluation dans la littérature : les études

Trente-trois essais cliniques contrôlés randomisés, évaluant les prises en charge de groupe des patients présentant des lombalgies chroniques ont été retenus. (Tableau 2)

Tableau 2 : Résumé des études de prise en charge de groupe des lombalgies chroniques incluses dans cette thèse

<i>Premier, dernier auteurs</i>	<i>Journal, Année de parution</i>	<i>Type d'étude ; nombre de patients inclus (n)</i>	<i>Objectif principal</i>	<i>Instruments d'évaluation utilisés</i>
Abbasi, Shams (72)	European Journal of Pain, 2012	Single-blind RCT ; n=36	Comparer l'efficacité de 3 prises en charge : 1/ un programme multidisciplinaire de groupe de gestion de la douleur où le patient est soutenu/accompagné par son époux/se, 2/ un programme multidisciplinaire de groupe de gestion de la douleur conventionnel (pas d'époux/se), 3/ un traitement médical habituel	-Echelle Visuelle Analogique (EVA)* -Roland-Morris Questionnaire (RMQ)* -Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK) -Pain Catastrophizing Scale (PCS) -Depression Anxiety and Stress Scale (DASS) -Marital Adjustment Test (MAT)
Albaladejo,	Spine, 2010	Single-blind	Comparer l'efficacité d'une	-Echelle Visuelle Analogique

Zamora (73)		RCT ; n=348	prise en charge de groupe éducative brève à la même prise en charge assortie d'une prise en charge par kinésithérapie brève	(EVA) -Roland-Morris Questionnaire (RMQ) -Coping Strategies Questionnaire (CSQ) -Medical Outcome Study Short-Form Health Survey (SF-12) -Satisfaction avec la prise en charge (Likert 5 points) -Patient's subjective assessment about the evolution of low back pain before and after treatment -Patient's subjective assessment about the evolution of a referred pain before and after treatment -Patient's subjective assessment about the evolution of disability before and after treatment -Effets secondaires potentiels: texte libre
Bendix, Ebbenhøj (74)	Spine, 2000	Single-blind RCT ; n=138	Comparer l'efficacité d'un programme de rééducation fonctionnelle de groupe (comprenant exercices physiques, posturaux, soutien psychologique) et d'un programme d'exercices physiques intensifs de groupe	-Echelle Visuelle Analogique (EVA) correspondant à la lombalgie -Echelle Visuelle Analogique (EVA) correspondant à la sciatgie -Recours au système de soin : nombre de visites chez un professionnel de santé un an après la prise en charge -Nombre de jour d'arrêt de travail un an après la prise en charge -Activities of Daily Living (ADL) -Evaluation globale des effets de la prise en charge sur la qualité de vie (Likert 5 points)
Cambron, Furner (75)	Journal of alternative and complementary medicine, 2006	RCT ; n=235	Comparer la douleur et l'incapacité durant l'année suivant 2 prises en charge différentes : 1/ Flexion, distraction (chiropraxie) et 2/ exercices physiques en groupe	-Echelle Visuelle Analogique (EVA) -Roland-Morris Questionnaire (RMQ)
Cox, Watt (76)	Complementary therapies in clinical practice, 2010	RCT ; n=20	Evaluer l'efficacité du yoga en groupe chez les patients lombalgiques chroniques	-Médicaments utilisés au cours des 4 semaines précédant la prise en charge -Roland-Morris Questionnaire (RMQ)* -Nombre de jours restés alité à cause des lombalgies au cours des 4 semaines précédant la prise en charge -Nombre de jours où l'activité a été restreinte au cours des 4 semaines précédant la prise en charge -Aberdeen Low back Pain Scale -Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ)

				<ul style="list-style-type: none"> -Medical Outcome Study Short-Form Health Survey (SF-12) -Euro Quality of Life Health Index (EQ-5D)
Critchley, Hurley (77)	Spine, 2007	Single-blind RCT ; n=212	Comparer l'efficacité et le coût-efficacité : d'une prise en charge par kinésithérapie individuelle, d'une prise en charge individuelle et en groupe de type « stabilisation spinale » (par musculation abdominale), et d'un programme de groupe de gestion de la douleur	<ul style="list-style-type: none"> -Echelle numérique d'intensité de la douleur (0-100) (EN) -Roland-Morris Questionnaire (RMQ)* -Nombre de jours non travaillés à cause des lombalgies au cours des 6 mois précédents (évaluation à 6, 12 et 18 mois après la prise en charge) -Euro Quality of Life Health Index (EQ-5D) -Satisfaction globale avec la prise en charge (Likert 7 points)
Dufour, Stender (78)	Spine, 2010	Single-blind RCT ; n=286	Comparer l'efficacité d'un programme de rééducation, multidisciplinaire, de groupe, biopsychosocial et d'une prise en charge individuelle, intensive, de renforcement des muscles dorsaux	<ul style="list-style-type: none"> -Echelle Visuelle Analogique (EVA) Le différentiel de l'EVA à 3 mois est le critère de jugement principal. -Prise d'antalgiques -Roland-Morris Questionnaire (RMQ) -Medical Outcome Study Short-Form Health Survey (SF-36) -Global perceived outcome (Likert 3 points)
Ferreira, Refshauge (79)	Pain, 2007	RCT ; n=240	Comparer l'efficacité d'une prise en charge de groupe par exercices physiques (renforcement, étirement), d'une prise en charge individuelle par exercices musculaires lents avec biofeedback par ultra-sons et d'une prise en charge par manipulation vertébrale (kinésithérapie)	<ul style="list-style-type: none"> -Echelle Visuelle Analogique (EVA) -Roland-Morris Questionnaire (RMQ) -Patient Specific Functional Scale* -Global Perceived Effect* (Likert 11 points)
Frost, Moser (80)	Pain, 1998	Single-blind RCT ; n=81	Evaluer l'efficacité à long terme d'un programme de fitness en groupe	<ul style="list-style-type: none"> -Oswestry Disability Index (ODI)
Geisser, Colwell (81)	Clinical Journal of Pain, 2005	Single-blind RCT ; n=72	Comparer l'efficacité d'un programme de massages et d'exercices spécifiques en groupe adaptés aux lombalgies (correction posturale, renforcement musculaire) à un programme d'aérobic en groupe	<ul style="list-style-type: none"> -Echelle Visuelle Analogique (EVA) -McGill Pain Questionnaire (MPQ) -Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS) -Multidimensional Pain Inventory (MPI) -Manual medicine screening evaluation -Satisfaction (5 domaines: pertinence des remarques du thérapeute sur l'état du patient, soulagement de la douleur, satisfaction globale avec la prise en charge, satisfaction globale avec le travail du

				thérapeute, croyance sur le caractère véritable de la prise en charge reçue)
Jousset, Richard (82)	Spine, 2004	RCT ; n=86	Comparer l'efficacité d'un programme de groupe de rééducation fonctionnelle à une prise en charge individuelle par exercice physique (3 heures par semaine)	-Echelle numérique (EN) -Recueil du traitement médicamenteux -Nombre de jours d'arrêt de travail au cours des 6 mois suivant la fin de la prise en charge* -Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS) -Fingertip to floor test -Sørensen test -Ito test -Endurance (kJ) -Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) -Dallas Pain Questionnaire -Qualité de vie depuis l'intervention (Likert 5 points)
Kääpä, Malmivaara (83)	Spine, 2006	RCT ; n=120	Evaluer l'efficacité d'un programme de rééducation multidisciplinaire de groupe par rapport à une prise en charge individuelle par kinésithérapie	-Echelle numérique (EN)* évaluant la lombalgie -Echelle numérique (EN)* évaluant la sciatalgie -Recours au système de soin (nombre total de consultations auprès de tout professionnel de santé) -Oswestry Disability Index (ODI)* -Subjective working capacity (Likert 11 points)* -Beliefs of working ability after 2 years (Likert 11 points) -Nombre de jours d'arrêt de travail en raison des lombalgies (0 ; 1-30 ; >30) -Depression Scale (DEPS) -General Well-Being after given back rehabilitation
Kankaanpää, Osmo (84)	Spine, 1999	RCT ; n=59	Evaluer l'efficacité d'une rééducation active de groupe sur la douleur, l'incapacité et la fatigabilité	-Echelle Visuelle Analogique (EVA) -Pain Disability Index (PDI) -Isoinertial back extension endurance test -Index L5-S1 lumbar muscle fatigability (calculé par EMG)
Lamb, Underwood (85)	Lancet, 2010	Multicentric, Single-blind RCT ; n=701	Evaluer l'efficacité d'une prise en charge par thérapie cognitivo-comportementale en plus des conseils délivrés pour une meilleure gestion de la douleur	-Roland-Morris Questionnaire (RMQ)* -Modified Von Korff scale* -Fear and Avoidance Belief Questionnaire (FABQ) -Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ) -Medical Outcome Study Short-Form Health Survey (SF-12) -Self rated benefit from the treatment -Satisfaction avec la prise en

				charge
Mannion, Dvorak (86)	Rheumatology, 2001	RCT ; n=148	Comparer l'efficacité d'une prise en charge individuelle par kinésithérapie, d'un reconditionnement musculaire par petits groupes, de cours d'aérobic en groupe	-Echelle Visuelle Analogique (EVA) -Durée de la lombalgie (en mois) -Fréquence de la lombalgie (jamais, parfois, souvent, permanent) -Roland-Morris Questionnaire (RMQ) -Fear and Avoidance Belief Questionnaire (FABQ) -Distress Risk Assessment Method (DRAM)
Maul, Krueger (87)	European Spine Journal, 2001	RCT ; n=183	Evaluer l'efficacité à long terme d'un entraînement physique supervisé de groupe en prévention secondaire des lombalgies chroniques	-Echelle numérique (EN) -Recours au système de soin : nombre de jours où un médicament antalgique a été consommé durant les 4 semaines précédant l'évaluation -Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ) -Fréquence et durée des lombalgies (Nordic Questionnaire) -Roland-Morris Questionnaire (RMQ) -Waddell Disability Index (WI) -Modified Progressive Isoinertial Lifting Evaluation (Modified PILE test) -Isokinetic trunk strength -Range of motion (inflexion, extension, side bending measured by an inclinometer) -Isometric muscular endurance (modified Sorensen test) -Aerobic capacity -Modified Psychological General Well-Being Questionnaire (PGWB) -Sense of Coherence Questionnaire (SCQ) -Evaluation de l'efficacité de la prise en charge sur le plan de la douleur (Likert 5 points), de la capacité fonctionnelle (Likert 3 points), de la satisfaction (Likert 4 points)
Moffett, Barber (88)	British Medical Journal, 1999	RCT ; n=187	Evaluer l'efficacité et le coût d'un programme d'exercices de groupe visant un retour à une activité normale (8 sessions d'1 heure sur 4 semaines) par rapport à une prise en charge standard en soins primaires	-Agenda de douleur : intensité de la douleur et pénibilité liée à la douleur collectée à l'entrée dans l'étude et 6 semaines après -Roland-Morris Questionnaire (RMQ)* -Aberdeen Back Pain Scale* -Fear and Avoidance Belief Questionnaire (FABQ) -Euro Quality of Life Health Index (EQ-5D)

Morone, Weiner (89)	Pain Medicine, 2009	RCT ; n=40	Evaluer l'impact sur la douleur, l'incapacité, le retentissement psychologique, d'une prise en charge de groupe par méditation de pleine conscience comparée à un programme éducatif contrôlé, en groupe	-Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ) -Roland-Morris Questionnaire (RMQ) -Chronic Pain Self Efficacy Scale -Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) -Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) -Short-Form Health Survey (SF-36) -Global Impression of Change (Likert 4 points)
Morone, Saraceni (90)	European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine, 2011	Single-blind RCT ; n=74	Evaluer l'efficacité d'un programme multidisciplinaire de groupe d'Ecole du dos (Back school)	-Echelle Visuelle Analogique (EVA) -Oswestry Disability Index (ODI) -Waddell Disability Index (WI) -Medical Outcome Study Short-Form Health Survey (SF-36)
Narciso Garcia, Pena Costa (91)	Physical Therapy, 2013	Single-blind RCT ; n=148	Comparer l'efficacité de deux prises en charge : l'Ecole du dos par rapport à la méthode McKenzie	-Echelle Numérique (EN)* -Roland-Morris Questionnaire (RMQ)* -Trunk flexion range of motion (measured by an inclinometer) -World Health Organization Quality of Life-Bref instrument (WHOQOL-BREF)
Roche, Fanello (92)	Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 2007	RCT ; n=152	Comparer l'efficacité d'un programme de rééducation fonctionnelle de groupe avec une prise en charge individuelle active, physique	-Echelle Visuelle Analogique (EVA) -Fingertip to floor distance -Sorensen test -Ito test -Dallas Pain Questionnaire
Roche-Leboucher, Richard (93)	Spine, 2011	RCT ; n=132	Comparer l'efficacité d'un programme de rééducation fonctionnelle de groupe avec une prise en charge par kinésithérapie ambulatoire	-Echelle Visuelle Analogique (EVA) -Réduction du nombre d'arrêts de travail entre l'année précédant et suivant la prise en charge * -Fingertip to floor distance -Sorensen test -Ito test -Progressive Isoinertial Lifting Evaluation test (PILE) -Dallas Pain Questionnaire
Ryan, Granat (94)	Physical Therapy, 2010	Single-blind RCT ; n=38	Evaluer l'efficacité d'une prise en charge éducatrice de groupe assortie de sessions d'exercices physiques comparée à une prise en charge éducatrice seule (groupe contrôle)	-Echelle numérique (EN)* -Roland-Morris Questionnaire (RMQ)* -Repeated Sit to stand test -Fifty foot walk test -Five minutes walk test -Free-living Physical Activity -Tampa Scale of Kinesiophobia- 13 items (TSK-13) -Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ)

Sherman, Deyo (95)	Archives of Internal Medicine, 2011	RCT ; n=228	Comparer l'efficacité d'une prise en charge de groupe par yoga, d'une prise en charge de groupe par étirements musculaires, et de la délivrance et utilisation du « Back Pain Helpbook »	-Roland-Morris Questionnaire (RMQ)* -Self-rated Symptoms Bothersomeness* -Activity restriction -Patient global rating of improvement -Satisfaction avec la prise en charge (Likert 5 points)
Smeets, Knottnerus (96)	BioMed Central Musculoskeletal Disorders, 2006	Single-blind RCT ; n=223	Comparer l'efficacité d'une prise en charge de rééducation fonctionnelle active, de groupe, 1/ à base d'exercices physiques, 2/ à base de thérapie cognitivo-comportementale, 3/ à base des deux	-Echelle Visuelle Analogique (EVA) -Pain Rating Index (from McGill Pain Questionnaire) -Patient Specific Complaints (PSC) -Roland-Morris Questionnaire (RMQ)* -Five minutes walking test -Fifty foot walking test -Five times sit to stand test -One minute stair climbing -Loaded forward reaching by holding a stick with a weight of 2.25 or 4.5 kg in front of the body at shoulder height and extend as far as possible -Progressive Isoinertial Lifting Evaluation (PILE) -Beck Depression Inventory (BDI) -Patient's global assessment of result (Likert 7 points) -Satisfaction avec la prise en charge (Likert 11 points)
Tavafian, Montazeri (97)	BioMed Central Musculoskeletal Disorders, 2007	Single-blind RCT ; n=102	Evaluer l'efficacité d'un programme multidisciplinaire d'éducation en groupe, type Ecole du dos (Back school)	-Medical Outcome Study Short-Form Health Survey (SF-36)*
Tavafian, Mohammad (98)	Clinical Journal of Pain, 2011	RCT ; n=197	Evaluer l'efficacité d'un programme multidisciplinaire de groupe associé à la prise d'un traitement oral par rapport à la prise du même traitement oral seul	-Roland-Morris Questionnaire (RMQ) -Quebeck Back Pain Disability Scale -Medical Outcome Study Short-Form Health Survey (SF-36)
Torstensen, Geijerstam (99)	Spine 1998	Multicentric, Single-blind RCT ; n=208	Evaluer l'efficacité et le coût d'une prise en charge médicale à base d'exercices physiques progressifs en groupe, d'une prise en charge par kinésithérapie conventionnelle individuelle, de plusieurs séances de marche hebdomadaire gérées par le patient	-Echelle Visuelle Analogique (EVA) permettant d'évaluer la lombalgie -Echelle Visuelle Analogique (EVA) permettant d'évaluer la sciatique -Oswestry Disability Index (ODI) -Reprise du travail et coût total évalués à 5 mois après inclusion -Satisfaction avec la prise en charge (Likert 4 points)
Unsgaard-Tøndel,	Physical Therapy, 2010	RCT ; n=109	Comparer l'efficacité d'une prise en charge individuelle	-Echelle numérique (EN)* -Oswestry Disability Index

Vasseljen (100)			par exercices physiques en utilisant les ultra-sons, à une prise en charge individuelle par exercices passifs avec écharpe, à une prise en charge de groupe par exercices physiques	(ODI) -Fingertip to floor test -Fear and Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ)
Van Der Roer, De Vet (101)	European Spine Journal, 2008	RCT ; n=114	Comparer l'efficacité d'entraînement intensif en groupe à une prise en charge individuelle par kinésithérapie	-Echelle numérique (EN)* -Roland-Morris Questionnaire (RMQ)* -Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK) -Pain Coping Inventory (PCI) -Pain Self Efficacy Questionnaire (PSEQ) -Short-Form Health and Labour Questionnaire* -Global Perceived Effect*
Vibe Fersum, Kvale (102)	European Journal of Pain, 2013	RCT ; n=121	Comparer l'efficacité d'une prise en charge de groupe par thérapie cognitivo-comportementale à une prise en charge traditionnelle par massage et exercices physiques	-Echelle numérique (EN)* -Recours au traitement médicamenteux -Oswestry Disability Index (ODI)* -Total lumbar Spine Range motion -Nombre de jour d'arrêt de travail au cours des 18 mois précédents -Hopkins Symptoms Checklist (HSCL-25) -Fear and Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) -Satisfaction avec la prise en charge (Likert 5 points)
Williams, Steinberg (103)	Pain, 2005	RCT ; n=60	Comparer l'efficacité de séances en groupe de Yoga Iyengar pendant 16 semaines à l'efficacité d'une prise en charge par éducation thérapeutique de même durée	-Short-Form McGill Questionnaire (SF-MGQ) -Pain medication usage -Range of motion -Pain Disability Index (PDI)* -Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK) -Chronic Pain Self-Efficacy Scale -Coping Strategies Questionnaire-Revised (CSQ-R) -Survey Of Pain Attitudes (SOPA)
Williams, Cooper (104)	Spine, 2009	Single-blind RCT ; n=90	Evaluer l'efficacité d'une prise en charge de groupe par Yoga Iyengar	-Echelle Visuelle Analogique (EVA)* -Self reported medication usage* -Oswestry Disability Index (ODI)* -Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*

RCT : Randomized Controlled Trial

EMG : ElectroMyoGraphie

*critère principal d'évaluation

3.2.2. Instruments d'évaluation utilisés

3.2.2.1. *Instruments d'évaluation de l'intensité de la douleur, des caractéristiques de celle-ci et du recours au système de soin (médicament, appel, consultation) pendant ou après l'étude*

-Echelle Visuelle Analogique (EVA)

Il s'agit d'un outil unidimensionnel qui permet au patient de placer un curseur sur une règle de 10 centimètres (cm), en fonction de l'intensité de sa douleur, où l'extrémité gauche correspond à une absence de douleur et l'extrémité droite au maximum de douleur envisageable. Au verso de cette règle correspondent des valeurs numériques d'intensité de la douleur graduées de 0 à 10.

La variation de cette échelle correspondant à un changement clinique minimale est de 1 cm (1 point).

Elle est utilisée dans l'étude d'Abbasi (72) pour mesurer la douleur moyenne de la semaine précédente, celle du jour, et celle attendue dans la semaine suivante. Dans l'étude d'Albaladejo (73) et de Bendix (74), elle mesure la douleur correspondant à la lombalgie et celle correspondant à la sciatalgie séparément à l'inclusion et au moment des suivis. Dans l'étude de Dufour (78), elle mesure la douleur moyenne ressentie au cours des 2 semaines précédant l'évaluation. Dans l'étude de Geisser (81), elle mesure la douleur moyenne ressentie au cours de la semaine précédant l'évaluation. Dans l'étude de Kankaanpää (84), elle mesure la douleur moyenne ressentie au cours des 6 semaines précédant l'évaluation. Dans l'étude de Roche-Leboucher (93), elle mesure la douleur moyenne des 24 dernières heures. Dans l'étude de Smeets (96), elle évalue la douleur moyenne ressentie en cours. Dans l'étude de Torstensen (99), elle mesure la douleur correspondant à la lombalgie et celle correspondant à la sciatalgie séparément à l'inclusion puis à un an ; une EVA de 20 cm est utilisée. Sur cette échelle, le 0 correspond à une douleur inchangée, ce qui est à droite correspond à une aggravation jusqu'à + 10 (« la pire douleur envisageable »). Ce qui est à gauche correspond à une amélioration, jusqu'à - 10 (« pas de douleur »). Dans l'étude de Williams de 2009 (104), elle évalue la douleur moyenne ressentie en cours.

Dans les études de Cambron (75), de Ferreira (79), de Mannion (86), de Morone de 2011 (90), et de Roche (92), le contenu de la mesure n'est pas détaillé.

-Echelle Numérique (EN)

Il s'agit d'un outil unidimensionnel correspondant à une échelle de Likert à 11 points où l'on demande au patient de coter sa douleur entre 0 (« absence de douleur ») et 10 (« douleur maximale envisageable »).

L'échelle numérique, comparée à l'EVA et à l'échelle verbale simple, est celle qui est la plus pertinente dans les différentes évaluations de douleur comme le montre l'étude de Hjermstad et al. (105).

La variation de cette échelle correspondant à un changement clinique minimal est de 1 point, comme celui de l'EVA (106).

Cette échelle est utilisée dans l'étude de Critchley (77) où elle évalue la douleur récente moyenne et s'étend de 0 à 100. Dans l'étude de Kääpä (83), elle mesure la douleur correspondant à la lombalgie et celle correspondant à la sciatalgie séparément à l'inclusion et au moment des suivis. Dans l'étude de Maul (87), elle mesure la douleur actuelle ainsi que la pire douleur et la moindre douleur ressentie au cours de la semaine précédant l'évaluation. Dans l'étude de Ryan (94), elle évalue la douleur moyenne en cours et s'étend de 0 à 100. Dans l'étude de Unsgaard-Tøndel (100), elle

mesure la douleur actuelle et est le critère de jugement principal. Elle est utilisée pour mesurer la douleur la plus intense ressentie au cours des 4 semaines précédant l'évaluation. Dans l'étude de Vibe Fersum (102), elle mesure la douleur moyenne ressentie au cours de la semaine précédant l'évaluation.

Dans les études de Jousset (82), de Narciso Garcia (91) et de Van Der Roer (101), le contenu de la mesure n'est pas détaillé.

-Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ) (Annexe 1a)

Voir supra, les céphalées chroniques, paragraphe 3.1.2.1.

Il est utilisé dans l'étude de Maul (87), de Morone de 2009 (89) et de Williams en 2005 (103).

-Durée et fréquence des lombalgies

Les modalités de recueil diffèrent selon les études.

La durée est recueillie en mois et la fréquence sous forme d'une échelle de Likert à 4 points allant de « jamais » à « permanent » dans l'étude de Mannion (86).

Elle est définie comme la fréquence des lombalgies au cours des 12 derniers mois, utilisant une échelle de Likert à 5 points où 1 (« 0 jour »), 2 (« entre 1 et 7 jours »), 3 (« entre 8 et 30 jours »), 4 (« > 30 jours »), 5 (« tous les jours ») dans l'étude de Maul (87). Il s'agit de la question sur la fréquence des lombalgies posée dans le Nordic Questionnaire.

-McGill Pain Questionnaire (MPQ) (Annexe 10a)

Il s'agit d'un auto-questionnaire multidimensionnel décrit par Melzack en 1975 (50). Cependant, il nécessite des instructions préalables délivrées par un administrateur.

Le McGill Pain Questionnaire mesure de manière quantitative, l'expérience subjective de la douleur.

Il est constitué de 20 groupes de qualificatifs sensoriels, affectifs et évaluatifs, décrivant la douleur.

Les qualificatifs, à l'intérieur de chaque groupe sont rangés par degré d'intensité croissante.

La somme des valeurs numériques attribuées selon la position du mot descriptif dans le groupe de mots, permet de déterminer un résultat appelé le « Pain Rating Index ».

Ce questionnaire inclut de surcroît une échelle visuelle analogique (EVA) et une intensité de la douleur présente (Present Pain Intensity: PPI) modalisée par une échelle de Likert à 6 points où 0 (« pas de douleur »), 1 (« faible »), 2 (« inconfortable »), 3 (« stressante »), 4 (« horrible »), 5 (« insoutenable »).

Le temps de passation est de 15 à 20 minutes.

Il est utilisé dans l'étude de Geisser (81), et de Smeets (96) pour la partie « Pain Rating Index ».

La version française acceptée du McGill Pain Questionnaire est le Questionnaire Douleur Saint-Antoine (QDSA) (52). (Annexe 10b)

-Agenda de douleur

L'étude de Moffett (88) recueille à l'inclusion et 6 semaines après, l'intensité de douleur des lombalgies chroniques et le degré de pénibilité ressentie, au cours de la semaine précédant l'évaluation. Les échelles utilisées ne sont pas détaillées.

-Patient Specific Complaints

Il s'agit pour le patient de déterminer 3 plaintes principales, de les décrire de manière spécifique et de coter leur sévérité sur une EVA (107).

Il est utilisé dans l'étude de Smeets (96).

-Recours au système de soin

Les modalités de recueils varient selon les études.

Dans l'étude de Bendix (74), ce recueil concerne la somme des visites chez l'ensemble des professionnels de santé un an après la prise en charge.

Dans l'étude de Cox (76), est simplement notifié si oui ou non le patient a eu recours à un traitement médicamenteux au cours des 4 semaines précédentes.

Dans l'étude de Dufour (78), un recueil de la prise d'antalgiques est réalisé régulièrement au cours de l'étude sans plus de précision sur les modalités.

Dans l'étude de Jousset (82), un recueil est effectué avec notification particulière des psychotropes et des hypnotiques.

Dans l'étude de Kääpä (83), ce recueil concerne la somme totale des visites chez le médecin, kinésithérapeute, infirmière ou tout autre professionnel de santé au cours des 12 derniers mois.

Dans l'étude de Maul (87), ce recueil concerne le nombre de jours où il a été consommé des antalgiques au cours de la semaine précédant l'évaluation.

Dans l'étude Vibe Fersum (102), ce recueil a lieu lors du suivi, c'est-à-dire une fois la prise en charge terminée, et est exclusivement centré sur le traitement médicamenteux : le patient a-t-il eu recours à la prise de médicaments ? Si oui, lesquels ? Quelles posologies ?

Dans l'étude de Williams de 2005 (103), le recueil des médicaments s'effectue sur les 3 mois précédant l'inclusion, puis à la fin de l'intervention, puis 3 mois après. Il y a 4 cotations : le traitement a augmenté, a diminué, est resté inchangé, a été arrêté.

Dans l'étude de Williams de 2009 (104), le recours aux médicaments est notifié et c'est son efficacité qui est cotée pour évaluer l'influence de la prise médicamenteuse sur l'intensité de la douleur : 1 étant considéré comme un échec (la douleur a augmenté ou est égale après la prise de médicament), 2 comme un succès (la douleur a diminué).

3.2.2.2. Instruments d'évaluation du retentissement fonctionnel et/ou physique de la douleur

-Roland-Morris Disability Questionnaire (RMQ ou RDQ) (Annexe 11a)

Il s'agit d'un auto-questionnaire multidimensionnel décrit et validé par Roland et Morris en 1983 (108) visant à évaluer l'incapacité physique d'un patient atteint de lombalgies chroniques.

Il est composé de 24 items et le patient coche les items qui correspondent à sa situation. Le score total s'étend de 0 à 24.

C'est l'un des questionnaires les plus utilisés pour évaluer les lombalgies, il est très fiable.

Il a possiblement un effet plafond (data de l'Oxfordshire Low Back Pain Trial).

Sa sensibilité varie en fonction de l'amplitude, avec une meilleure sensibilité pour une moyenne amplitude (plutôt que petite ou grande). Pour les petites et les grandes amplitudes, le RMQ est moins sensible aux changements à l'intérieur du groupe que l'échelle d'Aberdeen, mais meilleur pour détecter les différences entre les groupes.

La variation du test révélant un changement clinique est de 2 à 3 points (109).

Le temps de passation est de moins de 5 minutes.

Il est utilisé dans de multiples études : l'étude d'Abbasi (72), d'Albaladejo (73), de Cambron (75), de Cox (76), de Critchley (77), de Dufour (78), de Ferreira (79), de Lamb (85), de Mannion (86), de

Maul (87), de Moffett (88), de Morone de 2009 (89), de Narciso Garcia (91), de Ryan (94), de Sherman (95), de Smeets (96), de Tavafian en 2011 (98), et de Van Der Roer (101).

Une version française a été validée par Coste et al. en 1993 (110). (Annexe 11b)

-Nombre de jours d'arrêt de travail en lien avec les lombalgies chroniques

Les modalités de recueil diffèrent selon les études.

Dans l'étude de Bendix (74), ce nombre de jours est recueilli un an après la prise en charge.

Dans l'étude de Critchley (77), ce nombre de jours est recueilli au cours des 6 mois précédant l'évaluation, cette dernière ayant lieu à 6, 12 et 18 mois après la prise en charge.

Dans l'étude de Jousset (82), ce nombre de jours est recueilli au cours des 6 mois suivant la fin de la prise en charge.

Dans l'étude de Kääpä (83), ce nombre de jours est recueilli au cours des 12 derniers mois et les réponses sont réparties en 3 catégories : 0 jour d'arrêt de travail, entre 0 et 30 jours d'arrêt de travail, > 30 jours d'arrêt de travail.

Dans l'étude de Roche-Leboucher (93), c'est la réduction du nombre d'arrêts de travail entre l'année précédant et l'année suivant la prise en charge qui est utilisée comme outil d'évaluation.

Dans l'étude de Torstensen (99), c'est la reprise du travail évaluée 5 mois après l'inclusion qui est utilisée.

Dans l'étude de Vibe Fersum (102), ce nombre de jours est recueilli au cours des 18 derniers mois et les réponses sont réparties selon 3 catégories : 0 jour d'arrêt de travail ; entre 1 et 7 jours d'arrêt de travail ; > 7 jours d'arrêt de travail.

-Oswestry Disability Index (ODI) (Annexe 12a)

Il s'agit d'un auto-questionnaire multidimensionnel décrit et validé par Fairbank et al. en 1980 (111) visant à évaluer l'incapacité physique d'un patient atteint de lombalgies chroniques.

Il est composé de 10 sections comprenant l'intensité de la douleur, les soins, le soulèvement de charges, la marche, la position assise, la position debout, le sommeil, les relations sexuelles, la vie sociale, les voyages. Le sujet de chaque section est suivi par 6 propositions décrivant 6 scénarios potentiels de la vie du patient en lien avec le sujet, et gradués du moins au plus sévère. Le patient sélectionne la proposition correspondant le plus à son état. Chaque question est cotée au moyen d'une échelle : 0 étant la première proposition et 5 la dernière proposition, indiquant l'incapacité la plus sévère.

Le score total varie de 0 à 50 et est interprété comme pourcentage. L'index varie entre 0 et 100, 0 correspondant à aucune incapacité et 100 au maximum d'incapacité. De 0 à 20 %, l'incapacité est considérée comme minime, de 21 à 40 %, comme modérée, de 41 à 60 % comme sévère, de 61 à 80 % la lombalgie est considérée comme paralysante, de 81 à 100 %, le patient est soit alité, soit exagère ses symptômes.

La cohérence interne est élevée avec un coefficient de Cronbach entre 0,71 et 0,87 et une fiabilité test-retest à 0,99 avec un intervalle de passation de 24 heures.

La variation du test révélant un changement clinique minime est de 10 % (112).

Il existe plusieurs versions de ce questionnaire (112).

Il est utilisé dans les études de Frost (80), de Kääpä (83), de Morone de 2011 (90), de Unsgaard-Tøndel (100) dans une version modifiée (113), de Vibe Fersum (102), de Torstensen (99), et de Williams de 2009 (104).

Il existe une version française validée par Vogler et al. en 2008 (114). (Annexe 12b)

-Finger tip to floor test

Il s'agit de la distance en centimètre entre le bout des doigts et le sol chez un patient antéfléchi, jambes tendues. Cet outil a été évalué et validé notamment dans l'étude de Perret et al. (115).

Il existe une version modifiée de ce test (116) où le patient reproduit la même posture mais en haut d'un tabouret. Cette version a l'avantage de pouvoir mesurer l'amplitude de souplesse supplémentaire des individus pouvant toucher le sol avec leurs mains.

Il est utilisé dans différentes études : celle de Jousset (82), de Roche (92) dans sa version modifiée, de Roche-Leboucher (93), et de Unsgaard-Tøndel (100).

-Range of motion

ou degré d'amplitude

Dans l'étude de Maul (87), il s'agit d'un outil unidimensionnel décrit par Keeley et al. en 1986 (117) visant à mesurer le degré d'amplitude lombaire.

Un inclinomètre (EDI, Cybex, Lumex Inc.) est utilisé pour mesurer l'amplitude des mouvements de flexion et d'extension.

On définit au marqueur les points anatomiques de référence L5-S1 et T12-L1 par palpation. Après un échauffement de 3 flexions/extensions, et des mouvements d'inclinaisons latérales, la position des points de référence est mémorisée chez le sujet debout en position neutre. Ensuite les mouvements de flexion et d'extension sont réalisés après instructions et on règle l'inclinomètre sur les points de référence pour enregistrer leur position. La différence entre les points de référence en position neutre et en position de flexion maximale, donne l'amplitude de flexion lombaire du sujet, et ce respectivement pour l'extension. La mobilité totale du sujet est obtenue en additionnant les résultats de flexion et d'extension.

Dans l'étude de Narciso Garcia (91), l'amplitude de flexion du tronc est mesurée par un inclinomètre (Istituto Code de Pesquisa ICP. ICP Software Solution Pack. Rio de Janeiro, Brazil. 2008).

Dans l'étude de Vibe Fersum (102), il s'agit d'un outil unidimensionnel décrit par Mayer et al. En 1984 (118) visant à mesurer l'amplitude de mouvement de la colonne vertébrale lombaire au moyen de deux inclinomètres.

Ces mesures se font selon un protocole standardisé (119).

L'amplitude de mouvement réelle de la colonne lombaire est obtenue par soustraction de l'amplitude du mouvement du pelvis à l'amplitude de mouvement brut exprimée en degré entre la flexion et l'extension de la colonne.

Dans l'étude de Williams en 2005 (103), un inclinomètre (Saunders Digital Inclinometer) portable est utilisé. Les évaluations sont réalisées en position debout, incluant la flexion de la hanche, la flexion et l'extension lombaire ainsi que l'inclinaison lombaire droite et gauche. Les mesures ont été réalisées en tenant compte des erreurs de mesure communes identifiées par Mayer (120).

-Ito test (Annexe 13)

Il s'agit d'un outil unidimensionnel décrit par Ito en 1996 (121) visant à évaluer l'endurance des muscles lombaires du tronc.

Il correspond à la durée en seconde de contraction isométrique des muscles fléchisseurs du tronc.

Il est utilisé dans l'étude de Jousset (82), de Roche (92), et de Roche-Leboucher (93).

-Progressive Isoinertial Lifting Evaluation test (PILE test)

Il s'agit d'un outil unidimensionnel validé par Mayer et al. en 1988 (122) visant à évaluer les capacités à soulever une charge de manière répétée, aussi vite que possible.

Le matériel requis est une boîte de 75 cm de haut, avec des poids différents.

La procédure est la suivante : positionner le patient directement en face de la boîte, lui rappeler avant le début du test, la posture correcte à adopter afin de soulever un objet, lui énoncer qu'il doit soulever cette boîte 4 fois en 20 sec depuis le sol jusqu'à une table de 75 cm de haut et enfin enregistrer combien de fois cette procédure a été réalisée dans son entièreté.

Dans l'étude originale, le poids de départ (incluant le poids de la boîte) est de 3,6 kg pour les femmes et 5,85 kg pour les hommes. Après chaque cycle de soulèvement, le poids est augmenté de 2,25 kg pour les femmes et de 4,5 kg pour les hommes.

Le test prend fin quand le patient ne peut plus soulever la boîte 4 fois en 20 sec, ou quand il décide d'arrêter à cause de la fatigue ou de la douleur, ou quand la fréquence cardiaque excède 85 % de sa fréquence maximale, ou quand le poids maximal soulevé dans des conditions de sécurité est atteint (60 % du poids), ou quand le médecin détermine que le soulèvement est risqué.

Il est utilisé dans les études de Jousset (82), de Roche-Leboucher (93), et de Smeets (96).

-Modified Progressive Isoinertial Lifting Evaluation test (Modified PILE test)

La version modifiée du PILE test comprend 2 niveaux de soulèvement. Le soulèvement inférieur de la boîte (hauteur 28 cm, largeur et profondeur 33 cm) est réalisé du sol à la taille (75cm) avec retour au sol à une fréquence de 4 cycles de soulèvements par 20 sec.

Le soulèvement supérieur est réalisé de manière similaire, la boîte étant cette fois soulevée de la taille aux épaules (135 cm), avec retour à la taille. Les conditions d'arrêt sont les mêmes que celles du PILE test.

Les poids utilisés sont de 4 kg pour les femmes initialement avec des augmentations de 2,5 kg, et 6,5 kg initialement pour les hommes avec des augmentations de 5kg.

Pour chacun des deux niveaux de soulèvement, le poids maximal soulevé est enregistré. L'index « lifting » utilisé dans l'étude de Maul et al. correspond à la moyenne des résultats obtenus entre le soulèvement dit supérieur et celui dit inférieur.

Il est utilisé dans l'étude de Maul (87).

-Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS) (Annexe 14a)

Il s'agit d'un auto-questionnaire multidimensionnel décrit et validé par Kopec en 1995 (124) visant à évaluer les répercussions physiques des lombalgies chroniques.

Il est composé de 20 items évaluant l'importance des difficultés à réaliser des activités de la vie quotidienne, comme se lever du lit, marcher quelques km, ou faire son lit. A chacun de ces items correspond une échelle de Likert à 6 points, allant de 0 (« pas difficile du tout ») à 5 (« impossible à réaliser »). Le score total est obtenu en sommant les valeurs numériques déterminées à chaque item et s'étend de 0 à 100.

La cohérence interne est particulièrement élevée avec un coefficient de Cronbach à 0,95 et une stabilité test-retest très satisfaisante de 0,93.

Les preuves de son indication en lombalgie chronique ont été largement démontrées (Grade B) (125).

Le temps de passation est d'environ 5 minutes.

Il est utilisé dans les études de Geisser (81), et de Jousset (82) et de Tavafian en 2011 (98).

La version française de ce questionnaire est une version originale, développée en même temps que la version anglaise. (Annexe 14b)

-Sørensen test (Annexe 15)

Il s'agit d'un outil unidimensionnel décrit par Biering-Sørensen et al. en 1984 (126) visant à évaluer l'endurance des muscles lombaires du tronc.

Il correspond à la durée en secondes (sec) de contraction isométrique des muscles extenseurs du tronc.

Il est utilisé dans les études de Jousset (82), de Roche (92), et de Roche-Leboucher (93).

-Aberdeen Low Back Pain Scale (Annexe 16)

Il s'agit d'un outil décrit et validé par Ruta et al. en 1994 (127).

Il est composé de 19 questions cotées selon des réponses dont la gradation va du moins au plus sévère. Ces questions évaluent, au cours des 2 semaines précédentes, le nombre de jours où la douleur est présente, le nombre de médicaments antalgiques consommés, les circonstances aggravantes et calmantes de la douleur, la localisation précise d'une potentielle douleur irradiante, la présence d'une faiblesse musculaire ou d'une perte de sensibilité, l'interférence de la douleur avec : le sommeil, la position assise, debout, la marche, les activités quotidiennes, les loisirs, la toilette, la vie sexuelle et enfin elles évaluent la nécessité d'alitement. Pour la 4^{ème} question, le score se calcule comme suit : 4 - (nombre d'activités soulageant la douleur). Le score s'étend de 0 à 100. Un score élevé correspond à une plus grande sévérité de la lombalgie.

La cohérence interne est élevée avec un coefficient de Cronbach à 0,8 et la stabilité test-retest très satisfaisante avec un coefficient de Pearson à 0,94 (127).

Le temps de passation est estimé entre 5 et 10 minutes.

Il est utilisé dans les études de Cox (76), et de Moffett (88).

Il n'existe pas de version française retrouvée.

-Fifty foot walk test

Il s'agit d'un test unidimensionnel décrit et validé par Simmonds et al. en 1998 (128) consistant à marcher sur une distance de 50 pieds (environ 15 m).

Plus le temps requis est court (en sec), meilleure est la performance.

Il est utilisé dans les études de Ryan (94), et de Smeets (96).

-Five minutes walk test

Il s'agit d'un test unidimensionnel décrit et validé par Simmonds et al. en 1998 (128) consistant à marcher aussi loin que possible entre deux marqueurs éloignés de 30 m.

Il est utilisé dans l'étude de Ryan (94), et de Smeets (96).

-Pain Disability Index (PDI) (Annexe 17a)

Il s'agit d'un auto-questionnaire multidimensionnel décrit et validé par Pollard et al. en 1984 (129).

Il est constitué de 7 questions concernant l'incapacité dans la vie quotidienne et les loisirs : retentissement des douleurs sur la vie de famille, la vie domestique, les loisirs, les activités sociales, le travail, les rapports sexuels, le soin porté à soi-même. Pour chaque question, le patient sélectionne un nombre de 0 (« pas d'incapacité ») à 10 (« incapacité totale »), décrivant son propre niveau d'incapacité. Le score s'étend de 0 à 70 ; plus le score est élevé, plus l'incapacité est grande.

Il est utilisé dans l'étude de Kankaanpää (84) et de Williams en 2005 (103).

Il existe une version française validée (130) en français canadien. (Annexe 17b)

-Repeated sit to stand test

Il s'agit d'un test unidimensionnel décrit et validé par Simmonds et al. en 1998 (128) consistant à passer de la position assise à la position debout 5 fois.

Plus le temps requis est court (en sec), meilleure est la performance.

Il est utilisé dans les études de Ryan (94), et de Smeets (96).

-Waddell disability Index (WI) (Annexe 18)

Il s'agit d'un auto-questionnaire multidimensionnel décrit et validé par Waddell et al. en 1984 (131) visant à évaluer l'incapacité résultant de lombalgies chroniques.

Il comprend 9 paramètres : la douleur ressentie en position assise, pendant les transports, en position debout, en marchant, en soulevant des poids, ainsi que le besoin, à cause de la douleur, d'enlever ou de mettre des chaussures, les troubles du sommeil, les limitations dans la vie quotidienne, les limitations dans la vie sexuelle. Le score maximal est de 9 points. Un score > 5 indique une incapacité significative.

Il existe plusieurs versions de ce questionnaire.

Il est utilisé dans les études de Maul (87) dans une de ses versions modifiées et de Morone de 2011 (90).

Il n'existe pas de version française retrouvée.

-Activities of Daily Living assessment (ADL) (Annexe 19a)

Il s'agit d'une échelle multidimensionnelle, dite échelle d'autonomie de Katz, utilisée pour évaluer l'autonomie fonctionnelle d'un sujet et évaluer les aides à mettre en place.

Elle comprend 7 questions concernant la capacité du sujet à effectuer ses besoins, à se nourrir, à s'habiller, à s'entretenir (coiffure, linge), à se déplacer, à prendre son bain, à être responsable quant aux médicaments qu'il prend.

Il existe plusieurs versions avec des variations sur les points attribués aux items et sur les items eux-mêmes.

Il est utilisé dans l'étude de Bendix (74).

Il existe plusieurs versions françaises. (Annexe 19b)

-Activity restriction

La restriction d'activité utilisée dans l'étude de Sherman (95) regroupe le nombre de jours au cours desquels l'activité a été restreinte ainsi que le nombre de jours resté alité, ceci au cours des 4 semaines précédant l'évaluation, et la perte d'un travail à cause des lombalgies chroniques.

-Aerobic capacity

Il s'agit d'un outil unidimensionnel décrit par Pollock en 1984 (132) visant à mesurer la capacité aérobique du sujet.

Le sujet doit monter sur une boîte de 30 cm de haut, selon un métronome à une fréquence de 24 fois par minute. Au bout de 3 min, on arrête le test et on mesure la fréquence cardiaque du sujet en position assise, pendant encore une minute. Puis sont déterminées les fréquences cardiaques moyennes après 30, 60 et 180 sec du début du test.

Il est utilisé dans l'étude de Maul (87).

-Endurance

Cet outil, en kJ, est utilisé dans l'étude de Jousset (82) sans précision des modalités d'obtention de

cette valeur.

Dans l'étude de Roche et al. (92), l'endurance est mesurée en KJ également, au cours d'un test avec cyclo-ergomètre. Le test est limité à 85 % de la fréquence cardiaque maximale mesurée lors d'un précédent test.

-Free-living Physical Activity (Free-living PA)

Il s'agit d'un outil unidimensionnel pour l'individu présentant des troubles musculo-squelettiques, décrit et validé par Bussmann et al. en 1998 (133) et Walker et al. en 1998 (134), visant à mesurer le nombre de pas effectués au cours d'une semaine.

Le comptage des pas s'effectue grâce à la machine activPAL! activity monitor (PAL Technologies Ltd; Glasgow, Scotland). Cette machine a en effet prouvé sa validité chez l'individu bien portant (135) et chez l'individu présentant une lombalgie chronique (136).

Il est utilisé dans l'étude de Ryan (94).

-Index L5-S1 de fatigabilité des muscles lombaires (Annexe 20a)

Il s'agit d'un outil unidimensionnel, décrit dans l'étude de Kankaanpää (84).

Il est déterminé par électromyogramme. Les électrodes sont placées au niveau des muscles paraspinaux L5-S1, à 2 cm de part et d'autre de la colonne vertébrale.

Un système d'électromyographe bipolaire (MC-1M; DBC International Ltd, Vantaa, Finland, and Mega Electronics Ltd, Kuopio, Finland) est utilisé pour enregistrer les signaux électromyographiques de manière continue. Le signal électromyographique initial est enregistré à la fréquence d'échantillonnage de 1000 Hertz (Hz), puis est filtré à une fréquence analogique (entre 7 et 500 Hz), amplifié, converti en signal numérique et sauvegardé dans un ordinateur pour des analyses ultérieures.

La fréquence de la puissance spectrale moyenne (Spectral Mean Power Frequency, MPF) est déterminée en utilisant les algorithmes de transformation de Fourier. La MPF est définie comme la moyenne pondérée des points formés par un seul spectre. Grâce à la courbe représentant l'évolution relative de la MPF au cours du temps, il est possible de mesurer la pente (MPFSLOPE), comme pourcentage de changement par minute (Annexe 20b). Les données MPFSLOPE accumulées, calculées en faisant la moyenne du point gauche et droit pour chaque MPFSLOPE, ont été utilisées comme index de la fatigabilité des muscles lombaires L5-S1.

Il est utilisé dans l'étude de Kankaanpää (84).

-Isoinertial back extension endurance test (Annexe 21)

Il s'agit d'un outil unidimensionnel, décrit dans l'étude de Kankaanpää (84) visant à évaluer l'endurance des muscles du tronc.

Le patient est assis sur un appareil spécifiquement élaboré pour le travail et la mesure des muscles extenseurs du dos (DBC110; DBC International, Vantaa, Finland) sur lequel est fixé un mécanisme qui restreint les mouvements en dessous de L3. Une charge est placée au niveau de la pile de poids (devant l'individu) et le mécanisme de résistance crée une résistance variable, simulant la puissance naturelle des muscles extenseurs du dos (le niveau de la charge augmente à mesure que l'angle de flexion augmente). Le niveau de charge est calculé sur la base de la masse musculaire située au dessus de la crête iliaque de l'individu (Upper Boddy Mass, UBM) comme suit :

$UBM = (0,6 \times \text{poids (kg)}) \times (0,4 \times \text{hauteur (m)})$. Ce calcul part du principe que 60 % du poids et 40 % de la taille se situe au dessus de la crête iliaque. Le calcul final de la charge (kg) = $UBM \times 0,82$.

Avant le test, le patient reçoit des instructions précises pour réaliser le test correctement et peut s'échauffer. Pendant le test d'endurance, le patient réalise des extensions répétitives contre la barre, à raison de 30 répétitions par minute, contrôlées par un métronome émettant des signaux audiovisuels. L'amplitude du mouvement est ajustée entre 25° de flexion et 5° d'extension. Le test dure 90 sec ou jusqu'à la limite de l'endurance du sujet.

Il est utilisé dans l'étude de Kankaanpää (84).

-Isokinetic trunk strength

Il s'agit d'un outil unidimensionnel décrit par Mayer en 1985 (137) visant à mesurer la force des muscles du tronc.

Cette force est exprimée en couple de pointe en Newton-mètres (Nm) et enregistrée aux vitesses de 60, 120, 150°/sec en utilisant Cybex TEF Modular Component isokinetic dynamometer from Lumex Inc., Ronkonkoma, NY (137).

Le patient est donc debout dans cette machine, attaché au niveau du sacrum et de la jonction dorso-lombaire. Il doit réaliser des mouvements de flexion et d'extension contre résistance à 3 vitesses angulaires différentes (60, 120, 150°/sec). Un premier essai avec des efforts sous-maximaux est réalisé pour que le patient s'habitue à l'appareil et c'est seulement au cours de la session suivante que les données sont enregistrées. L'index « Isokinetic strength » est établi à partir de la moyenne de 6 couples de pointe enregistrés aux trois niveaux de vitesses angulaires sus-citées, mesurées en flexion et en extension.

Il est utilisé dans l'étude de Maul (87).

-Isometric muscular endurance

Il s'agit d'un outil multidimensionnel utilisant la version modifiée du Sørensen Test (126) visant à mesurer l'endurance musculaire du tronc en extension. Il mesure aussi cette même endurance en flexion du tronc, en position accroupie, et l'endurance musculaire du membre supérieur et de la ceinture scapulaire.

L'endurance musculaire du tronc en extension est mesurée en plaçant le sujet en décubitus ventral, les membres inférieurs attachés à la table d'examen, le tronc ne reposant sur aucun support, les bras en abduction (Annexe 15 : Sørensen test). Le temps maximal de maintien de la position horizontale du tronc luttant contre la pesanteur est de 120 sec. Le temps d'endurance (en sec) est le temps pendant lequel le sujet est capable de maintenir cette position.

Il est à noter que dans l'étude de Maul et al. (87), plus de la moitié (53%) des individus ont atteint la limite de 120 sec. Ceci a donc réduit les résultats du test, non pris en compte au final.

L'endurance musculaire du tronc en flexion est mesurée en plaçant le sujet en décubitus dorsal, le pelvis et les 10 cm de colonne lombaire au dessus de la crête iliaque positionnée sur un coussin dur en mousse de 8 cm d'épaisseur. Les jambes sont placées dans une boîte formant ainsi un angle de 90° avec les cuisses. Ses bras sont pliés sur sa poitrine. Le sujet doit soulever son buste de quelques cm et maintenir cette position sans soutien de la partie supérieure du dos pendant au maximum 120 sec. Le temps d'endurance est calculé en sec.

L'endurance musculaire du membre supérieur et de la ceinture scapulaire est calculée comme le temps maximal durant lequel le sujet peut porter un poids de 6 livres (environ 2,7 kg) dans chaque main, les bras à l'horizontale, les coudes formant un angle de 90°. Le test s'arrête au bout de 180 sec.

L'endurance musculaire est aussi calculée en position accroupie, à 90° de flexion avec les hanches et les genoux. Le temps limite est de 120 sec.

Il est utilisé dans l'étude de Maul (87).

-Loaded forward reaching by holding a stick with a weight of 2.25 or 4.5 kg in front of the body at shoulder height and extend as far as possible (cm)

Ce test consiste à porter devant soi un bâton d'un poids de 2,25 ou 4,5 kg à hauteur d'épaule et d'étendre sa colonne autant que possible.

Il est utilisé dans l'étude de Smeets (96).

-Manual medicine screening evaluation

Il s'agit de la notification lors de l'examen clinique, par l'inspection et la palpation, des asymétries musculaires au niveau du dos et de la restriction de certains mouvements dans certaines postures.

Elle est basée sur l'ouvrage de Greenman (138).

Elle est utilisée dans l'étude de Geisser (81).

-Modified Von Korff scale (Annexe 22)

Il s'agit d'un auto-questionnaire multidimensionnel initialement décrit et validé par Von Korff et al. en 1992 (139) puis modifié en 1999 par Underwood (140).

Il évalue 2 dimensions : la douleur et l'incapacité associées aux lombalgies au cours des 4 semaines précédentes. Il comprend 6 items auxquels correspondent pour chacun une échelle de Likert à 11 points allant de 0 (« pas de douleur/ pas d'incapacité ») à 10 (« douleur maximale/ incapacité maximale»). Les 3 premiers items relatifs à l'incapacité évaluent l'interférence de la douleur avec les activités de la vie quotidienne, les loisirs, la capacité de travail. La moyenne des scores de ces 3 items donne le score d'incapacité. Les 3 derniers items évaluent la pire des douleurs ressentie, la douleur moyenne, le niveau de douleur de la lombalgie ce jour. La moyenne obtenue à ces 3 items définit le score de douleur. Chacun des scores est ensuite multiplié par 10 pour avoir un score variant entre 0 et 100.

La cohérence interne est élevée avec un coefficient de Cronbach à 0,91. La stabilité test-retest est bonne avec un coefficient de Pearson à 0,81 (140).

Il est utilisé dans les étude de Lamb (85).

Il n'existe pas de version française.

-Multidimensional Pain Index (MPI) (Annexe 23a)

Il s'agit d'un auto-questionnaire multidimensionnel décrit et validé par Kerns et al. en 1985 (141) visant à évaluer les répercussions des lombalgies chroniques dans la vie du patient.

Cet outil comporte 52 items répartis en 3 domaines : la douleur et ses répercussions, la réponse de l'aidant principal aux douleurs exprimées, les activités du patient.

A chaque item correspond une échelle de Likert à 7 points. La somme des valeurs numériques attribuées à chaque item donne le score total.

La cohérence interne est élevée avec un coefficient de Cronbach compris entre 0,7 et 0,9 et la stabilité test-retest est satisfaisante, le coefficient de Pearson étant compris entre 0,62 et 0,91(141).

Une sous-échelle d'interférence a été décrite. Elle contient 9 items qui évaluent la perception de l'importance de l'interférence de la douleur avec la vie personnelle, incluant la vie de famille, les relations maritales, le travail, l'activité socio-récréationnelle ainsi que la satisfaction du niveau de fonctionnement dans chacun de ces domaines. La cohérence interne de cette échelle est estimée à 0,90 et sa stabilité test-retest à 0,86 (141).

Elle est calculée comme suit : (Question 2+3+4+8+9+13+14+17+19) / 9.

Le temps de passation du questionnaire est d'environ 20 minutes.

Les avantages de ce questionnaire sont sa clarté, sa relative brièveté et ses propriétés psychométriques stables démontrées en douleur chronique (142), notamment en ce qui concerne les lombalgies chroniques, les céphalées et les fibromyalgies.

Seule la sous-échelle d'interférence est utilisée dans l'étude de Geisser (81). Cette sous-échelle compterait 11 items mais ceux-ci ne sont pas détaillés.

Il existe une version française canadienne validée par le canadien Laliberté et al. en 2008 (143). (Annexe 23b)

-Nombre de jours passés alité en raison de lombalgies

Ce nombre de jours est recueilli au cours d'une période de 4 semaines précédant l'évaluation dans l'étude de Cox (76).

-Nombre de jours au cours desquels une activité a été restreinte en raison de lombalgies

Ce nombre de jours est recueilli au cours d'une période de 4 semaines précédant l'évaluation dans l'étude de Cox (76).

-One minute stair climbing

Ce test consiste à monter des marches pendant une minute. Est retenu le nombre de marches.

Il est utilisé dans l'étude de Smeets (96).

-Patient Specific Functional Scale

Il s'agit d'un questionnaire décrit et validé par Westaway en 1998 (144).

Le patient doit lister précisément 3 activités qu'il a du mal à réaliser à cause de ses lombalgies et coter le niveau de difficulté de chaque activité de 1 (« impossible à réaliser ») à 10 (« possible à réaliser comme avant d'avoir la pathologie en cours »). Le score des 3 activités est sommé, donnant un score total entre 3 et 30. Pendant le suivi, le patient doit coter à nouveau les 3 mêmes activités.

Il est utilisé dans l'étude de Ferreira (79).

-Patient's subjective assessment about the evolution of disability before and after treatment

Il s'agit d'une évaluation subjective de l'évolution de l'incapacité liée à la lombalgie avant et après la prise en charge.

On demande au patient de choisir : l'incapacité a disparu, a diminué, est égale, a augmenté, non applicable (pas d'incapacité préalable).

Elle est utilisée dans l'étude d'Albaladejo (73).

-Self-rated symptom bothersomeness

Il s'agit d'un outil décrit et validé par Sherman en 2009 (145).

C'est une auto-évaluation de la gêne liée à la douleur au moyen d'une échelle de Likert allant de 0 (« pas du tout de gêne ») à 10 (« gêne extrême »).

Cet outil est hautement corrélé à l'intensité de la douleur (145).

Il est utilisé dans l'étude de Sherman (95).

-Subjective working capacity

Il s'agit d'une auto-estimation de la capacité du patient à travailler.

On utilise pour se faire une échelle de Likert allant de 0 à 10.

Elle est utilisée dans l'étude de Kääpä (83) au début de la prise en charge et 2 ans après la prise en charge.

3.2.2.3. *Instruments d'évaluation du retentissement psychologique de la douleur*

3.2.2.3.1. Sur le plan dépressif

-Beck Depression Inventory (BDI) (Annexe 24a)

Il s'agit d'un auto-questionnaire décrit et validé par Beck et al. en 1961 (55) visant à identifier la présence de symptômes dépressifs et à en évaluer la sévérité chez l'individu de plus de 13 ans.

L'échelle Beck Depression Inventory (BDI) comprend 21 items : tristesse ; pessimisme envers l'avenir ; sentiment d'échec ; manque de satisfaction/plaisir ; sentiment de faute, de peine, de haine à l'égard de soi-même, de reproche à l'égard de soi-même ; idées suicidaires ; crise de larmes ; irritabilité ; intérêt social ; indécision ; image corporelle ; travail ; troubles du sommeil ; fatigue ; appétit ; perte de poids ; attention à l'égard de sa santé et libido.

Ces items ont en premier lieu été identifiés à partir de la pratique clinique de l'auteur mais sont congruents avec la littérature. Une valeur numérique allant de 0 à 3 est donnée à chaque proposition afin d'évaluer la sévérité du symptôme.

Le score total est obtenu par l'addition des scores de chaque item. Un score < 10 est considéré comme normal, entre 10 et 18 désigne une dépression légère, entre 19 et 29 désigne une dépression modérée, et > 30 une dépression sévère (146).

Sa sensibilité est de 0,84 et sa spécificité de 0,81.

La variation du score du test correspondant à un changement clinique ne connaît pas de consensus (soit moins de 10 points, soit changement de catégorie de dépression, soit moins de 5 points..).

Le temps de passation est de moins de 10 minutes.

Les avantages du BDI sont certainement la consistance interne élevée - Cronbach > 0,75 - et la validité de contenu (147). La convergence élevée avec d'autres échelles de dépression est également un atout. En revanche, le BDI connaît un nombre de limites : l'instabilité des scores lors de courts intervalles de temps, les résultats différents en termes d'analyse factorielle et la validité discriminatoire restreinte vis-à-vis des troubles anxieux. Le BDI ne fait pas de distinction entre les différentes formes de dépression.

Cependant, compte tenu des nombreuses études (valides) relatives à l'échelle et de sa disponibilité dans différentes langues, le BDI est devenu un standard parmi les échelles de dépression et est mondialement utilisé.

Il est utilisé dans l'étude de Smeets (96).

Une première traduction a été effectuée par Delay et al. en 1963 (148) puis par Pichot et al. en 1964. L'échelle a par la suite été modifiée par Beck en 1978. La version française classiquement utilisée, a été validée en 1986 par Cottraux (149). (Annexe 24b)

-Beck Depression Inventory-II (BDI-II) (Annexe 3)

Voir supra les céphalées chroniques, paragraphe 3.1.2.4.

Il est utilisé dans l'étude de Williams de 2009 (104).

-Depression Anxiety and Stress Scale (DASS) (Annexe 25)

Il s'agit d'un auto-questionnaire décrit et validé par Lovibond et al. en 1995 (150).

La DASS est composée de 42 items répartis en 3 sous-échelles mesurant la dépression, l'anxiété et le stress. Chacune est composée de 14 items.

Chaque proposition contenue dans l'item se réfère à la semaine précédente et lui correspond une échelle de Likert à 4 points allant de 0 (« ne s'applique pas à moi ») à 3 (« s'applique complètement à moi »).

Le score de la sous-échelle de la dépression est obtenu par sommation des valeurs numériques obtenues aux items : 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, 24, 26, 31, 34, 37, 38, 42. Un score entre 10 et 13 marque une dépression légère, entre 14 et 20 une dépression modérée et > 21 une dépression sévère.

Le score de la sous-échelle de l'anxiété est obtenu par sommation des valeurs numériques obtenues aux items : 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, 23, 25, 28, 30, 36, 40, 41. Un score entre 8 et 9 marque une anxiété légère, entre 10 et 14 une anxiété modérée et > 15 une anxiété sévère.

Le score de la sous-échelle du stress est obtenu par sommation des valeurs numériques obtenues aux items : 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, 22, 27, 29, 32, 33, 35, 39. Un score entre 15 et 18 marque un niveau de stress léger, entre 19 et 25 un niveau de stress modéré et > 26 un niveau de stress sévère.

La validité et fiabilité du test sont bien établies avec une cohérence interne élevée. Les coefficients de Cronbach sont respectivement de 0,84, 0,91 et 0,90 pour l'anxiété, la dépression et le stress (151).

Le temps de passation est de 5 à 10 minutes.

Il est utilisé dans l'étude d'Abbasi (72).

Il n'existe pas de version française retrouvée.

-Depression Scale (DEPS) (Annexe 26)

Il s'agit un auto-questionnaire finnois décrit et validé par Salokangas et al. en 1995 (152) visant à identifier les symptômes de la dépression.

Il est composé de 10 items. A chaque item correspond une échelle de Likert allant de 0 (« pas du tout ») à 3 (« extrêmement »).

Le score total varie de 0 à 30.

Pour un score supérieur à 9/10, un sujet est considéré comme dépressif. La sensibilité est de 84 % et la spécificité de 72 % (153). La cohérence interne est élevée avec un coefficient de Cronbach à 0,88 (152).

Son grand avantage est sa brièveté. En revanche, il n'est pas discriminant pour déterminer la sévérité de la dépression.

Il est utilisé dans l'étude de Kääpä (83).

Il n'existe pas de version française retrouvée.

-Distress Risk Assessment Method (DRAM) (Annexe 27a et 27b)

Il s'agit de la combinaison du Modified Somatic Perception Questionnaire (MSPQ) décrit et validé par Main en 1983 initialement (154) et du Questionnaire modifié de Zung décrit et validé initialement par Zung en 1964 (155).

La combinaison de ces 2 questionnaires a été validée par Main et al. en 1992 (156) et recommandée pour l'évaluation psychologique des patients lombalgiques chroniques (157).

Le MSPQ (Annexe 27a) est constitué de 22 items concernant des perceptions corporelles particulières (sentir son cœur battre, avoir la bouche sèche..) dans la semaine précédant l'évaluation.

Le Questionnaire modifié de Zung (Annexe 27b) en comporte 23 abordant les symptômes en lien avec la dépression dans la semaine précédant l'évaluation. A chacun des items de ces deux questionnaires correspond une échelle de Likert à 4 points allant de 0 (« rarement ») à 3 (« très souvent »). Certains items du MSPQ ne sont pas cotés (1, 4, 5, 6, 10, 12, 15, 17, 22) et certains items du Questionnaire modifié de Zung sont cotés de manière inversée (2, 6, 7, 12, 14, 16, 18, 20, 21, 23).

Un score modifié de Zung < 17 est considéré comme normal. Un score modifié de Zung entre 17 et 33 et un MSPQ < 12 considèrent la personne à risque. Un score modifié de Zung > 33 rend compte d'un état perturbé du patient sur le versant dépressif. Un score modifié de Zung entre 17 et 33 et un MSPQ > 12 rend compte d'un état perturbé du patient sur le plan de ses perceptions somatiques.

La sensibilité de ce test est de 84 % chez l'homme et 85 % chez la femme. La spécificité de ce test est de 91 % chez l'homme et de 96 % chez la femme (157).

Il est utilisé dans l'étude de Mannion (86).

Il n'existe pas de version française retrouvée.

-Hopkins Symptoms Checklist (HSCL-25) (Annexe 28)

Il s'agit d'un auto-questionnaire multidimensionnel, originellement développé en 1949 par l'équipe américaine de Parloff et al. à l'université John Hopkins (158) pour mesurer les changements cliniques chez des patients suivant une psychothérapie.

La forme originale contenait 41 items. Il y a eu beaucoup de modifications de ce questionnaire et des versions contenant de 25 à 90 items sont retrouvées dans la littérature.

Nous nous intéresserons à la version contenant 25 items, décrite et validée par Derogatis et al. en 1974 (159), version utilisée dans l'étude de Vibe Fersum (102).

L'HSCL-25 est composé de 25 items répartis en 2 catégories : anxiété (10 items) et dépression (15 items). A chacun des items, correspond une échelle de Likert à 4 point allant de 1 (« pas du tout ») à 4 (« extrêmement »).

Deux scores sont calculés : le score total obtenu par sommation des 25 items, et le score de dépression obtenu par sommation des 15 derniers items. Le score de la dépression est davantage corrélé au diagnostic d'épisode dépressif majeur, comme défini par le DSM-IV.

Il est utilisé dans Vibe Fersum (48).

Il n'existe pas de version française retrouvée.

-Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) (Annexe 29a)

Il s'agit d'un auto-questionnaire multidimensionnel décrit et validé par Zigmond et Snaith en 1983 (160) afin d'évaluer le niveau d'anxiété et de dépression chez les patients hospitalisés.

Cet outil fut initialement développé pour fournir aux médecins et aux scientifiques un outil pratique et fiable afin d'identifier et de quantifier les 2 troubles psychiatriques les plus fréquents, l'anxiété et la dépression, chez des patients hospitalisés.

Il est composé de 14 items, 7 concernant l'anxiété, 7 la dépression, chacun coté par une échelle de Likert à 4 points (de 0 à 3). On réalise la somme des valeurs numériques pour l'anxiété (maximum 21 points) et pour la dépression (maximum 21 points). Un résultat entre 8 et 10 révèle un trouble anxieux ou dépressif probable alors qu'un score > 10 révèle un trouble anxieux ou dépressif certain.

La cohérence interne est élevée avec un coefficient de Cronbach pour l'anxiété entre 0,80 et 0,93, et pour la dépression, entre 0,81 et 0,90. La stabilité test-retest est satisfaisante aussi bien pour l'anxiété : 0,84 que pour la dépression : 0,85, ce pour un intervalle temps entre les 2 tests de moins de 2 semaines (161).

Le temps de passation est compris entre 2 et 6 minutes.

L'échelle est brève et bien acceptée. Elle est particulièrement sensible pour détecter les troubles psychiatriques modérés, évitant ainsi un « effet plancher », qui est fréquemment observé avec les questionnaires psychiatriques adressés aux patients somatiques.

Il est utilisé dans l'étude de Jousset (82).

Il existe plusieurs versions françaises. La référence est celle validée par Lépine (162), (163). (Annexe 29b)

3.2.2.3.2. Sur le plan anxieux

-Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK) (Annexe 30a)

Il s'agit d'un auto-questionnaire multidimensionnel décrit et validé par Kori et al. en 1990 (164). Ce rapport n'est pas publié.

L'échelle originale contenant 17 items a été publiée plus tard avec la permission des auteurs par Vlaeyen et al. en 1995 (165). Il y a eu depuis 2 versions modifiées : la TSK-13 comportant 13 items (166) et la TSK révisée en comportant 12 (167). Ni l'une ni l'autre n'ont été publiées bien que ces versions soient décrites dans la littérature.

Cette échelle, basée sur la théorie des comportements d'évitement, tente de mesurer la peur du mouvement, la peur de la blessure potentielle, ou la peur d'une nouvelle blessure. La kinesiophobie est décrite par Kori et al. comme « la crainte irrationnelle et débilitante d'un mouvement physique et d'une activité, résultant d'un sentiment de vulnérabilité vis à vis d'une blessure douloureuse ou d'une nouvelle blessure ».

Validée chez les lombalgiques chroniques (165), cette échelle comprend 17 items répartis en 2 catégories : l'attention ciblée du patient sur le contexte somatique de la douleur (« J'ai quelque chose de grave, mon corps me le dit.») et l'évitement de certaines activités. A chaque item correspond une échelle de Likert à 4 points allant de 1 (« pas du tout d'accord ») à 4 (« tout à fait d'accord »). Le score total, entre 17 et 68, s'obtient en additionnant les valeurs correspondant aux items sauf pour les items 4, 8, 12, 16. Pour ceux ci, il faut en effet inverser le score avant d'additionner. Plus le score est élevé, plus la kinésiophobie est grande.

La cohérence interne est élevée avec un coefficient de Cronbach à 0,84 (168).

Le temps de passation est de 5 minutes.

Il est utilisé dans les études d'Abbasi sous sa forme originale (72), de Ryan sous sa forme de 13 items (94), de Van Der Roer sous sa version originale (101) et de Williams en 2005 sous sa forme originale (103).

Il existe une version en français canadien à 17 items, validée en 2002 par French et al. (169). (Annexe 30b)

-Depression Anxiety and Stress Scale (DASS) (Annexe 25)

Voir supra la DASS dans les lombalgies chroniques, paragraphe 3.2.2.3.1.

En effet, ce questionnaire évaluant à la fois la dépression et l'anxiété chez le sujet hospitalisé, il trouve sa place dans 2 sous-parties du retentissement psychologique du patient lombalgique chronique.

Il est utilisé dans l'étude d'Abbasi (72).

-Hopkins Symptoms Checklist (HSCL-25) (Annexe 28)

Voir l'HSCL-25 dans les lombalgies chroniques, paragraphe 3.2.2.3.1.

En effet, ce questionnaire évaluant à la fois la dépression et l'anxiété chez le sujet hospitalisé, il trouve sa place dans 2 sous-parties du retentissement psychologique du patient lombalgique chronique.

Il est utilisé dans l'étude de Vibe Fersum (102).

-Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) (Annexe 29a)

Voir l'HADS dans les lombalgies chroniques, paragraphe 3.2.2.3.1.

En effet, ce questionnaire évaluant à la fois la dépression et l'anxiété chez le sujet hospitalisé, il trouve sa place dans 2 sous-parties du retentissement psychologique du patient lombalgique chronique.

Il est utilisé dans l'étude de Jousset (82).

3.2.2.3.3. Sur le plan d'autres facteurs de vulnérabilités psychologiques

-Fear and Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) (Annexe 31a)

Il s'agit d'un auto-questionnaire multidimensionnel décrit et validé par Waddell en 1993 (170). Il est basé sur les théories comportementales de peur et d'évitement et est centré sur les croyances du patient.

Il comporte 16 items répartis en 2 échelles : une échelle de retentissement relatives aux croyances des lombalgies : sur le travail (échelle 1), sur l'activité physique (échelle 2).

A chacun des items, correspond une échelle de Likert à 7 points allant de 0 (« pas du tout d'accord ») à 6 (« complètement d'accord »). Le score de l'échelle 1 se calcule en additionnant les valeurs numériques obtenues aux items : 6, 7, 9, 10, 11, 12, 15. Le score de l'échelle 2 se calcule en additionnant les valeurs numériques obtenues aux items : 2, 3, 4, 5.

La cohérence interne est élevée avec un coefficient de Cronbach à 0,88 pour l'échelle 1 et 0,77 pour l'échelle 2. La stabilité test-retest est satisfaisante pour l'échelle 1 avec un coefficient de Pearson à 0,95 et pour l'échelle 2 avec un coefficient de Pearson à 0,88 (170).

Il est utilisé dans les études de Lamb (85), de Mannion (86), de Moffett (88), de Unsgaard-Tøndel (100), et de Vibe Fersum (102).

Il existe une version française validée (171). (Annexe 31b)

-Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ) (Annexe 32)

Il s'agit d'un auto-questionnaire décrit et validé par Nicholas en 1989 (172) mesurant les croyances du patient quant à sa capacité à réaliser certaines activités et fonctions malgré sa douleur.

A chacun des 10 items, correspond une échelle de Likert à 7 points (0-6) que le patient utilise pour coter son niveau de confiance quant à la réalisation de l'activité citée. Un plus grand score correspondant à une meilleure efficacité pressentie par le patient.

La cohérence interne est élevée avec un coefficient de Cronbach à 0,92 et une fiabilité test-retest satisfaisante à 0,73 (173).

Il est utilisé dans les études de Cox (76), de Lamb (85), de Ryan (94) et de Van Der Roer (101).

Il existe une version française non disponible, en cours de validation (174).

-Chronic Pain Self-Efficacy Scale (Annexe 33)

Il s'agit d'un auto-questionnaire décrit et validé par Anderson et al. en 1995 (175) visant à mesurer l'auto-efficacité ressentie par le patient pour faire face à sa douleur chronique.

Il comprend 22 items répartis en 3 catégories : le sentiment d'auto-efficacité par rapport à la gestion de la douleur (5 items), le sentiment d'auto-efficacité du patient quant à ses fonctions physiques (9 items), et le sentiment d'auto-efficacité du patient quant à sa gestion des symptômes (8 items).

A chaque item correspond une échelle de Likert à 10 point allant de 10 (« très incertain ») à 100 (« pleinement certain »).

Le score total est obtenu en additionnant les valeurs numériques correspondant à chaque item. Un score élevé correspond à un meilleur sentiment d'auto-efficacité.

La cohérence interne est élevée avec un coefficient de Cronbach à 0,87 (176).

Il est utilisé dans l'étude de Morone de 2009 (89) et de Williams en 2005 (103).

Il n'existe pas de version française retrouvée.

-Coping Strategies Questionnaire (CSQ) (exemplaire non disponible)

Il s'agit d'un auto-questionnaire décrit et validé par Rosenstiel en 1983 (177) validé chez les patients lombalgiques chroniques et fibromyalgiques.

Il vise à détecter les stratégies cognitives et comportementales mises en place par le patient pour lutter contre la douleur.

Dans sa version originale, le Coping Strategies Questionnaire comporte 50 items, répartis en 8 échelles de chacune 6 items. Les 6 échelles cognitives abordent les stratégies d'ignorance de la douleur, de réinterprétation de la douleur, de distraction, d'auto-encouragements, de catastrophisme, et de prière/espoir. Les 2 échelles comportementales concernent le degré d'augmentation de l'activité et l'augmentation des comportements en lien avec la douleur. Chaque item est coté au moyen d'une échelle de Likert à 7 points allant de 0 (« je ne fais jamais cela ») à 6 (« je fais toujours cela »). Chaque sous-échelle a un score entre 0 et 36. A cela s'ajoutent 2 items cotés de manière identique : le contrôle que le patient pense avoir sur sa douleur et sa capacité à réduire sa douleur.

Il existe de nombreuses versions du CSQ.

La cohérence interne est globalement satisfaisante avec un coefficient de Cronbach compris entre 0,71 et 0,85, sauf pour l'échelle d'augmentation des comportements douloureux où il est de 0,28 (177). La fiabilité test-retest est comprise entre 0,68 et 0,91, avec un intervalle temps de 1 jour entre 2 passations de test (178).

Le temps de passation est de 5 minutes.

Il est utilisé dans l'étude d'Albaladejo (73) et de Williams en 2005 (103) sous sa forme modifiée.

Il existe une version française validée par Irachabal et al. en 2008 (179) (Annexe 34, gracieusement fournie par l'auteur). Elle diffère de la version originale en ce qu'elle comporte uniquement 21 items répartis en 5 échelles : distraction (items 2, 10, 11, 19, 20), dramatisation (items 3, 9, 15, 18), ignorance (items 6, 7, 8, 14, 16), réinterprétation (items 1, 5, 13, 21), prière (items 4, 12, 17). A chaque item correspond une échelle de Likert allant de 1 (« jamais ») à 4 (« très souvent »).

-Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) (Annexe 35a)

Il s'agit d'un auto-questionnaire multidimensionnel décrit et validé par Baer et al. en 2008 (180) visant à évaluer le niveau de conscience du sujet selon 5 axes.

Il est composé de 39 items répartis en 5 sous-échelles qui évaluent l'observation, la description, l'action en pleine conscience, l'absence de jugement vis-à-vis de ses expériences intérieures, l'absence de réaction du sujet vis-à-vis de ses expériences intérieures.

Les items sont répartis comme suit : Observation (1, 6, 11, 15, 20, 26, 31, 36), Description (2, 7, 12R, 16R, 22R, 27, 32, 37), Action en pleine conscience (5R, 8R, 13R, 18R, 23R, 28R, 34R, 38R), Absence de jugement (3R, 10R, 14R, 17R, 25R, 30R, 35R, 39R), Absence de réaction (4, 9, 19, 21, 24, 29, 33).

A chaque item correspond une échelle de Likert à 5 points allant de 1 (« jamais ou très rarement ») à 5 (« très souvent ou toujours »). Le score total se calcule en additionnant les valeurs numériques obtenues pour chaque item, en inversant le score des items notés R.

La cohérence interne est élevée avec un coefficient de Cronbach compris entre 0,72 et 0,92 (180).

Il est utilisé dans l'étude de Morone de 2009 (89).

Il existe une version française validée en 2011 par Heeren et al. (181). (Annexe 35b)

-Marital Adjustment Test (MAT) (Annexe 36a)

Il s'agit d'un auto-questionnaire décrit et validé par Locke et al. en 1959 (182).

L'adaptation conjugale désigne la capacité d'un époux et d'une épouse à tenir compte l'un de l'autre à un temps donné.

Cette échelle est utilisée pour mesurer la satisfaction qu'a le patient de sa vie maritale.

Elle est composée de 15 items. Le premier énoncé est un indice général de la satisfaction maritale indiqué sur une échelle allant de «très malheureux» à «parfaitement heureux». Les 8 énoncés subséquents se réfèrent à des sphères de la relation conjugale telles l'organisation budgétaire, les loisirs, les marques d'affection, les amis, les relations sexuelles, etc. Le patient est invité à indiquer ses réponses sur une échelle de Likert allant de 5 («toujours en accord») à 0 («toujours en désaccord»). Les 6 derniers énoncés, quant à eux, se rapportent à différentes situations ou perceptions de la relation qui complètent le portrait global de la satisfaction conjugale.

Chaque item a un choix de valeurs numériques qui lui est propre. Le score total s'obtient par l'addition de la totalité de ces valeurs. Un score > 100 indique une bonne relation de couple, alors qu'un score < 100 indique des difficultés conjugales à différents degrés (80-100 : difficultés marquées, < 80 : difficultés très sérieuses).

La cohérence interne est élevée avec un coefficient de Cronbach initialement évalué à 0,9 (182). La stabilité test-retest est élevée, évaluée à un mois à 0,82 chez les hommes et 0,84 chez les femmes.

Il est utilisé dans l'étude d'Abbasi (72).

Une version française a été réalisée en 1985 par Wright et Sabourin et s'intitule le questionnaire d'adaptation à la vie conjugale (QAVC). (Annexe 36b)

-Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) (Annexe 37a)

Il s'agit d'un auto-questionnaire décrit et validé par Brown et al. en 2003 (183) visant à mesurer l'attention et la conscience dans l'expérience du moment présent dans la vie quotidienne.

Il est composé de 15 items. A chacun correspond une échelle de Likert à 6 points allant de 1 (« presque toujours ») à 6 (« presque jamais »).

Le score total est obtenu en faisant la somme des valeurs numériques, puis en divisant par 9. On obtient ainsi le score, sur 10, de l'aptitude du patient à la pleine conscience, score d'autant plus élevé que l'aptitude est grande.

La cohérence interne est élevée avec un coefficient de Cronbach à 0,81 et la stabilité test-retest satisfaisante avec un coefficient de Pearson à 0,81 (183).

Par ailleurs, l'étude de Brown et al. montre que la MAAS est corrélée à différentes mesures de bien-être, confirmant ainsi qu'un niveau de conscience plus élevé est lié à un bien-être ressenti plus important.

Il est utilisé dans l'étude de Morone de 2009 (89).

Il existe une version française validée par Jermann et al. (184). (Annexe 37b)

-Pain Catastrophizing Scale (PCS) (Annexe 7a)

Voir supra les céphalées chroniques, paragraphe 3.1.2.3.

Il est utilisé dans l'étude d'Abbasi (72).

-Pain Coping Inventory (PCI) (Annexe 38a)

Il s'agit d'un auto-questionnaire décrit en 1996 et validé par Kraaimaat et al. en 2003 (185).

Il est composé de 34 items répartis en 6 échelles identifiant les stratégies mises en place contre la douleur par le sujet. Ces 6 échelles abordent la transformation de la douleur, la distraction, la réduction des contraintes, l'isolement, l'inquiétude, le repos.

A chaque item correspond une échelle de Likert à 4 points allant de 1 (« presque jamais ») à 4 (« très souvent »).

La cohérence interne est comprise entre 0,62 et 0,79. La stabilité test-retest est satisfaisante, variant entre 0,67 et 0,82, exceptée pour l'échelle de réduction des demandes où elle est de 0,43. Elle est établie sur un intervalle temps de 6 mois entre 2 passations de test (185).

Il est utilisé dans l'étude de Van Der Roer (101).

Il existe une version française validée par Perrot et al. (186). (Annexe 38b gracieusement fournie par l'auteur)

-Sense Of Coherence Questionnaire (SOCQ) (Annexe 39)

Il s'agit d'un auto-questionnaire multidimensionnel décrit et validé par Antonovsky en 1987 (187).

Il est composé de 29 items répartis en 3 sous-échelles : la compréhension, le sens et la gestion vis à vis des événements de vie.

A chacun des items correspond une échelle de Likert à 7 points. Le score total est obtenu par sommation des valeurs numériques correspondant à chaque item (en faisant attention d'inverser les scores des items notés R). Un score élevé correspond à un degré de cohérence perçue plus élevé.

La cohérence interne est élevée avec un coefficient de Cronbach compris entre 0,7 et 0,95. La fiabilité test-retest est satisfaisante, comprise entre 0,69 et 0,78 (188).

Ce questionnaire est traduit dans de nombreuses langues.

Il est utilisé dans l'étude de Maul (87).

Il existe une version française traduite directement par le Dr Antonovsky et validée par Gana (189). (exemplaire non retrouvé)

-Survey Of Pain Attitudes (SOPA) (exemplaire n'appartenant pas au domaine public)

Il s'agit d'un auto-questionnaire initialement décrit et validé par Jensen et Karoly en 1987 (190) évaluant les croyances associées aux douleurs chroniques.

Il est composé de 57 items évaluant 7 domaines associés à la douleur : le contrôle, l'incapacité, le préjudice, la sollicitude, l'émotion, les médicaments et le recours au système de soin. A chaque item correspond une échelle de Likert à 5 points (0-4). Un score élevé indique une augmentation des croyances ou des attitudes influençant négativement la douleur chronique et l'incapacité, à l'exception des sous-échelles du contrôle et de l'émotion.

La cohérence interne est déterminée par un coefficient de Cronbach variant de 0,65 à 0,82. La fiabilité test-retest est moyenne : 0,67-0,7 (191).

Le temps de passation est estimé entre 10 et 15 minutes.
Il est utilisé dans l'étude de Williams en 2005 (103).
Il n'existe pas de version française retrouvée.

3.2.2.4. *Instruments d'évaluation du retentissement de la douleur sur la qualité de vie*

-Short-Form Health Survey (SF-36) (Annexe 9a)

Voir supra dans la partie céphalées chroniques, paragraphe 3.1.2.5.

Il est utilisé dans les études de Dufour (78), dans les 2 études de Morone (89), (90), et dans les 2 études de Tavafian (97), (98).

-Dallas Pain Questionnaire (Annexe 40a)

Il s'agit d'un outil multidimensionnel décrit et validé par Lawlis et al. en 1989 (192) visant à évaluer les répercussions de la douleur sur la qualité de vie.

Il comprend 16 items répartis en 4 grandes catégories. A chaque item correspond une échelle de Likert à 6 points allant de 0 à 5 et correspondant à un pourcentage.

Pour calculer le score de la 1^{ère} catégorie, à savoir les répercussions de la douleur sur les activités quotidiennes, il faut sommer les pourcentages obtenus aux items de 1 à 7 et multiplier par 3. Pour le score de la 2^{ème} catégorie, à savoir l'impact de la douleur sur le travail et les loisirs, il faut sommer les pourcentages obtenus aux questions 8, 9 et 10 et multiplier par 5. Le score de la 3^{ème} catégorie, à savoir l'impact des douleurs sur l'anxiété et la dépression, s'obtient par sommation des pourcentages obtenus aux questions 11, 12, 13, puis par la multiplication par 5 du résultat. Enfin, le dernier score révélant l'impact des douleurs sur la vie sociale, s'obtient par sommation des pourcentages obtenus aux questions 14, 15 et 16, puis par la multiplication par 5 du résultat.

Il est utilisé dans les études de Jousset (82), de Roche (92), et de Roche-Leboucher (93).

Il existe une version française validée en 1998 par Marty et al. (193). (Annexe 40b)

-Euro Quality of Life Health Index (EQ-5D) (Annexe 41a)

Il s'agit d'un auto-questionnaire multidimensionnel développé par le groupe Euro-QoL, réuni initialement en 1987 pour évaluer la faisabilité d'un instrument développé en commun, non spécifique d'une maladie particulière, visant à décrire et quantifier la qualité de vie relative à la santé. Ce questionnaire est dans le domaine public depuis 1990 (194) validé par Brooks en 1996 (195). Il est utilisé chez les patients lombalgiques chroniques (196), aussi bien en hospitalisation qu'en soins primaires (197).

L'EQ-5D comporte 5 items évaluant la mobilité, les soins portés à soi-même, les activités habituelles, la douleur/ inconfort, l'anxiété/ dépression, assortis d'une EVA allant de 0 (« pire état de santé imaginable ») à 100 (« meilleur état de santé imaginable »). Chaque item comporte 3 choix de niveaux d'intensité : 1 (« pas de problème »), 2 (« quelques problèmes »), 3 (« problèmes sévères »). Le résultat se présente sous la forme d'un profil de 5 chiffres consécutifs. Il existe un tableau de conversion permettant de transformer le score à 5 chiffres en un score entre 0 (« la mort ») et 1 (« le meilleur état de santé possible »).

La stabilité test-retest est satisfaisante avec un coefficient de Pearson compris entre 0,73 et 0,78.

Le temps de passation est de moins de 5 minutes.

C'est un test très utilisé, qui existe dans plus de 40 langues.

Il est utilisé dans les études de Cox (76), Critchley (77), et de Moffett (88).

Il existe une version française validée. (Annexe 41b)

-Short-Form Health Survey (SF-12) (Annexe 42a)

Il s'agit d'un questionnaire multidimensionnel décrit par les américains Ware et al. (69) en 1992 pour évaluer la qualité de vie de manière quantitative. Il peut être auto ou hétéro administré tant que l'administrateur est formé. Il dérive de la Medical Outcome Study qui contenait 149 items. L'échelle dérivée contient 36 items (SF-36) et une version courte en contient 12 (SF-12), validée par Ware et al. en 1996 (198). Nous allons nous intéresser à la forme abrégée SF-12.

Composée de 12 items, cette échelle évalue 8 domaines touchant à la santé : 1/ la limitation dans les activités physiques à cause de problèmes de santé physique (2 items), 2/ la limitation des activités sociales en raison de problèmes physiques ou émotionnels (1 item), 3/ la limitation dans les activités de la vie quotidienne à cause de problèmes de santé physique (2 items), 4/ la douleur physique (1 item), 5/ la santé mentale globale (stress psychologique, bien-être) (2 items), 6/ la limitation des activités de la vie quotidienne en raison de problèmes émotionnels (2 items), 7/ la vitalité (énergie, fatigue) (1 item), 8/ la santé globale perçue (1 item).

Certains items ont besoin d'être ré-indicés avant le calcul du score, qui se réalise en additionnant les valeurs numériques obtenues aux différents items. Il s'agit ensuite de les transformer en une échelle de 0 à 100. Le score peut se calculer de manière informatisée.

A partir de ces 8 échelles, il est possible de calculer 2 scores synthétiques qui ont été identifiés par analyse factorielle : un score agrégé de santé physique et un score agrégé de santé mentale, chacun allant de 0 à 100, les scores tendant vers 100 indiquant une meilleure qualité de vie.

La cohérence interne est élevée avec un coefficient de Cronbach $> 0,82$ et $> 0,75$ pour respectivement le score de santé physique et celui de santé mentale (199). La fiabilité test-retest est satisfaisante, évaluée à 0,89 et 0,76 pour respectivement le score de santé physique et celui de santé mentale (198).

Le temps de passation est de moins de 3 minutes.

Il est utilisé dans les études d'Albaladejo (73), de Cox (76), et de Lamb (85).

Il existe une version française validée par Gandek et al. en 1998 (200). (Annexe 42b)

-Overall assessment about the treatment's influence on one's quality of life

ou évaluation globale de l'effet de la prise en charge sur la qualité de vie.

L'étude de Bendix (74) utilise une échelle de Likert à 5 points allant de 1 (« ma qualité de vie s'est beaucoup améliorée ») à 5 (« ma qualité de vie s'est beaucoup détériorée »).

L'étude de Jousset (82) utilise une échelle de Likert à 5 points pour évaluer la qualité de vie après la prise en charge, allant de « bien meilleure » à « bien pire ». Les bornes numériques ne sont pas précisées.

-Psychological General Well-Being Index (PGWBI) (Annexe 43)

Il s'agit d'un auto-questionnaire multidimensionnel décrit et validé dans sa forme originale par Dupuy et al. en 1984 (201). Ce questionnaire était déjà utilisé aux Etats-Unis depuis les années 70 dans les études nationales de santé (US National Health Examination Survey).

Il vise à mesurer la représentation du patient de ses états affectifs et émotionnels reflétant un état de bien-être perçu plus ou moins grand.

Il est composé de 22 items qui mesurent 6 composantes du bien-être psychologique, comme l'anxiété, la dépression, le bien-être positif, la maîtrise de soi, la santé générale et la vitalité.

A chaque item correspond une échelle de Likert à 6 points (0-5) permettant au patient de coter

l'intensité ou la fréquence d'un événement sur une période de 1 mois précédant l'évaluation.

La sous-échelle de l'anxiété comprend les items 5, 8, 17, 19, 22 ; son score varie de 0 à 25. La sous-échelle de la dépression comprend les items 3, 7, 11 ; son score varie de 1 à 15. La sous-échelle du bien-être positif comprend les items 1, 9, 15, 20 ; son score varie de 0 à 20. La sous-échelle de la maîtrise de soi comprend les items 4, 14, 18 ; son score varie de 0 à 15. La sous-échelle de la santé générale comprend les items 2, 10, 13 ; son score varie de 0 à 15. La sous-échelle de la vitalité comprend les items 6, 12, 16, 21 ; son score varie de 0 à 20.

Le score total est obtenu par addition des différentes sous-échelles, il varie de 0 à 110. Pour des raisons de maniabilité et de comparaison entre études, c'est l'index qui est utilisé. L'index est égal au score total divisé par 22 et multiplié par 100.

La cohérence interne est élevée avec un coefficient de Cronbach à 0,94.

Le temps de passation est de 5 à 10 minutes.

C'est un questionnaire largement utilisé sur le plan international, traduit dans plus de 30 langues.

Il est utilisé dans l'étude de Maul (87) dans sa version modifiée.

Il existe une version française validée. (exemplaire non retrouvé)

-Questionnaire de bien-être global après retour de rééducation

Il s'agit d'un questionnaire décrit comme comportant 8 propositions, auxquelles correspond une échelle de Likert à 4 points. Le score s'étend de 0 (« excellent ») à 32 (« médiocre »).

Il est utilisé dans l'étude de Kääpä (83) sans autre description ni référence.

-Short-Form Health and Labour Questionnaire (SF-HLQ) (Annexe 44)

Il s'agit d'un auto-questionnaire décrit et validé par Van Roijen et al. en 1996 (202) visant à la collecte de données pour évaluer la perte de productivité en lien avec un problème de santé chez des patients payés ou non pour leur travail.

Il comporte 11 items concernant l'évaluation de 3 domaines : l'absentéisme d'un travail pour lequel le patient est payé (items 1 et 2), la perte d'activité sans absentéisme d'un travail pour lequel le patient est payé (items 3, 4, 5 et 7) et la gêne à la réalisation d'un travail, payé ou non (items 3, 6, et 10).

Un livre d'indication par item est disponible pour obtenir le score total.

Il est utilisé dans l'étude de Van Der Roer (101).

Il n'existe pas de version française retrouvée.

-World Health Organization Quality Of Life-Bref Instrument (WHOQOL-BREF) (Annexe 45a)

Le projet de l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS), initié en 1991, était de développer un instrument d'évaluation de la qualité de vie, international et trans-culturel. Il fut validé en 1998 (203) sous sa forme complète le WHOQOL-100 et sous sa forme abrégée le WHOQOL-BREF. Nous nous intéresserons ici au WHOQOL-BREF, celui utilisé dans l'étude de Narciso Garcia.

Composé de 26 items, il évalue 4 dimensions, la santé physique (7 items), la santé mentale (6 items), les relations sociales (3 items) et l'environnement (8 items). A cela s'ajoutent 2 items de graduation de la perception globale de la santé et de la qualité de vie. A chaque item correspond une échelle de Likert à 5 points allant de 1 (« pas du tout ») à 5 (« extrêmement »).

Chaque dimension a un score variant de 0 à 100. Un tableau de conversion est nécessaire pour calculer le score global.

La cohérence interne est bonne avec un coefficient de Cronbach $> 0,65$ et une validité démontrée

(204).

Il est utilisé dans l'étude de Narciso Garcia (91).

Il existe une version française validée par Baumann en 2010 (205). (Annexe 45b)

3.2.2.5. *Instruments d'évaluation globaux*

-Global Perceived Effect

Il s'agit de l'effet global perçu ou résultat perçu après la prise en charge.

Les modalités de recueil diffèrent selon les études.

L'étude de Dufour (78) utilise une échelle de Likert à 3 points.

L'étude de Ferreira (79) utilise une échelle de Likert à 11 points allant de -5 (« largement pire ») à +5 (« complètement rétabli »).

L'étude de Van Der Roer (101) utilise une échelle de Likert à 6 points allant de « bien pire » à « complètement rétabli ».

-Patient Global Assessment

Il s'agit de l'évaluation globale de l'efficacité de la prise en charge.

Les modalités de recueil diffèrent selon les études.

Dans l'étude de Maul (87), cette évaluation aborde 3 domaines. L'efficacité au niveau de la douleur est cotée par une échelle de Likert à 5 points allant de 1 (« pas de douleur ») à 5 (« beaucoup plus de douleur »). L'efficacité au niveau de la capacité physique est cotée par une échelle de Likert à 3 points allant de 1 (« s'est améliorée ») à 3 (« s'est empirée »). L'évaluation de la satisfaction concernant la prise en charge est cotée par une échelle de Likert à 4 points allant de 1 (« très bonne ») à 4 (« très mauvaise »).

Dans l'étude de Smeets (96), le patient doit évaluer son état au moyen d'une échelle de Likert à 7 points allant de 1 (« franche aggravation ») à 7 (« complètement rétabli »).

-Bénéfice apporté par le traitement, coté par le patient

Cet outil est utilisé mais non détaillé dans l'étude de Lamb (85).

-Patient Global Impression of Change scale (PGIC) (Annexe 46a)

Il s'agit de l'impression globale du changement clinique perçu par le patient.

Il est composé d'un seul item auquel correspond une échelle de Likert à 7 points allant de « ma situation s'est nettement dégradée » à « ma situation s'est beaucoup améliorée ».

C'est l'opportunité pour le patient d'intégrer sur une seule échelle l'intégralité des différents aspects de sa prise en charge.

Une version française traduite, non validée, existe. (Annexe 46b)

Dans l'étude de Morone de 2009 (89), recours est fait à l'impression globale de changement clinique perçue par le patient à l'issue de la prise en charge. Néanmoins, il ne s'agit pas de l'échelle PGIC ; elle est cotée au moyen d'une échelle de Likert à 4 points allant de « ma situation s'est beaucoup améliorée » à « ma situation s'est empirée de façon minimale ».

-Patient's subjective assessment about the evolution of low back pain before and after treatment

ou évaluation subjective de l'évolution de l'intensité de la lombalgie avant et après la prise en charge

Il s'agit d'une question simple : on demande au patient si la douleur a disparu, a diminué, est égale, a augmenté.

Elle est utilisée dans l'étude d'Albaladejo (73).

-Patient's subjective assessment about the evolution of a referred pain before and after treatment

ou évaluation subjective de l'évolution d'une douleur référée* avant et après la prise en charge

Il s'agit d'une question simple : on demande au patient si la douleur a disparu, a diminué, est égale, a augmenté, inapplicable (si pas de douleur référée).

Elle est utilisée dans l'étude d'Albaladejo (73).

3.2.2.6. Instruments d'évaluation de satisfaction

-Questionnaire de satisfaction

Les modalités de recueil diffèrent selon les études.

Rappelons qu'une question sur la satisfaction globale de la prise en charge est recommandée en tant qu'outil standardisé d'évaluation dans les études de recherches en lombalgies chroniques par le International Low Back Pain Forum.

Dans l'étude d'Albaladejo (73), il s'agit d'un questionnaire de satisfaction sur la prise en charge. Le patient doit choisir entre : très satisfait, satisfait, neutre, insatisfait, très insatisfait.

Dans l'étude de Critchley (77), il s'agit d'un questionnaire de satisfaction sur la prise en charge sous forme d'une échelle de Likert à 7 points allant de 1 (« extrêmement insatisfait ») à 7 (« extrêmement satisfait »).

Dans l'étude de Geisser (81), il s'agit de 5 questions sur la prise en charge. Les 4 premières utilisent une échelle de Likert à 7 points, de « complètement insatisfait » à « complètement satisfait » : 1/ satisfaction concernant les remarques faites par le thérapeute à l'égard de l'état du patient, 2/ satisfaction concernant le soulagement de la douleur à l'issue de la thérapie, 3/ satisfaction globale concernant la prise en charge, 4/ satisfaction globale concernant le thérapeute.

La dernière question invite le patient à se positionner entre « en complet désaccord » et « totalement d'accord » par rapport à la phrase : « Je crois avoir reçu un véritable traitement de la part du thérapeute ».

Les modalités sont non précisées dans l'étude de Lamb (85) comme dans l'étude de Sherman (95).

Dans l'étude de Torstensen (99), il s'agit d'un questionnaire de satisfaction sur la prise en charge et correspond à une échelle de Likert allant de 1 (« complètement satisfait ») à 4 (« complètement insatisfait »).

Dans l'étude de Vibe Fersum (102), il s'agit d'un questionnaire de satisfaction sur la prise en charge et correspond à une échelle de Likert allant de 1 (« satisfait ») à 5 (« non satisfait »).

* Une douleur référée correspond à l'irradiation métamérique issue de la corne postérieure d'un segment médullaire, sur laquelle converge des influx nociceptifs de diverse origine, musculaire, tendineuse, ligamentaire dans le cas des lombalgies, sans atteinte de la structure nerveuse conductrice centrifuge. L'origine de ces influx est mal interprétée par le cortex pariétal, car celui-ci, s'il possède une reconnaissance (somatotopie) précise pour la peau et les articulations, ne reconnaît que très mal les influx d'origine musculaire. Ainsi, contrairement à la douleur rapportée qui est l'expression d'une souffrance d'un élément nerveux (compression, traction, inflammation), la douleur référée est l'expression d'un trouble fonctionnel. Elle emprunte les voies de conduction nerveuse, sans que celles-ci soient pour autant le siège d'une pathologie propre.

-Effets indésirables potentiels de la prise en charge

Ils sont recueillis sous forme de texte libre dans l'étude d'Albaladejo (73).

3.3. Indicateurs évaluant les prises en charge de groupe des fibromyalgies

3.3.1. Emploi des instruments d'évaluation dans la littérature : les études

Quatorze essais cliniques contrôlés randomisés, évaluant les prises en charge de groupe des patients présentant des fibromyalgies ont été retenus (Tableau 3).

Tableau 3 : Résumé des études de prise en charge de groupe des fibromyalgies incluses dans cette thèse

<i>Premier auteur, dernier auteur</i>	<i>Journal, Année de publication</i>	<i>Type d'étude, nombre de patients inclus (n)</i>	<i>Objectif principal</i>	<i>Outils d'évaluation utilisés</i>
Astin, Forsys (206)	Journal of Rheumatology, 2003	RCT ; n=128	Evaluer l'efficacité à court et long terme d'une prise en charge de groupe par méditation de pleine conscience assortie de mouvements de Qigong ; le groupe contrôle bénéficiant d'une prise en charge éducative et de soutien	-Number of tender point* -Total myalgic score* -Recours au système de soin (médicaments utilisés et thérapies suivies)* -Six minute walk time test* -Beck Depression Inventory (BDI)* -Coping Strategies Questionnaire (CSQ) -Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)* -Subscale of Medical Outcome Study- Short-Form Health Survey 36 (SF-36)*
Buckelew, Kay (207)	Arthritis Care and Research, 1998	Single-blind RCT ; n=119	Comparer l'efficacité d'une prise en charge par relaxation de type biofeedback, d'une prise en charge par des exercices physiques, et d'une prise en charge de groupe associant les 2. Ces prises en charge sont individuelles pendant 6 semaines et en groupe pendant 2 ans.	-Echelle Visuelle Analogique (EVA) -Tender Point Index (TPI) -Physician's rating of disease severity -Pain Behaviour Observation Method -Myalgic scores -Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS) (physical activity subscale) -Symptoms Checklist- 90 items revised (SCL-90R) -Arthritis Self-Efficacy Scale -Sommeil : 4 questions non standardisées -Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D)
Castel, Rull (208)	European Journal of Pain, 2007	RCT ; n=55	Comparer les effets de 2 prises en charge de groupe par hypnose, l'une utilisant des suggestions antalgiques et l'autre utilisant des suggestions de relaxation.	-Echelle Visuelle Analogique (EVA) -McGill Pain Questionnaire (MPQ)

			Comparer les effets d'une prise en charge de groupe de type relaxation et d'une prise en charge de groupe par hypnose utilisant des suggestions de relaxation.	
Castel, Rull (209)	Contemporary Hypnosis, 2009	RCT ; n=47	Comparer l'efficacité d'une prise en charge de groupe par thérapie cognitivo-comportementale seule à une prise en charge de groupe par thérapie cognitivo-comportementale associée à l'hypnose	-Echelle numérique (EN) -McGill Pain Questionnaire (MPQ) -Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A -Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)
Castel, Rull (210)	Journal of Pain, 2012	Single-blind RCT ; n=93	Comparer l'efficacité d'une prise en charge de groupe par thérapie cognitivo-comportementale multidimensionnelle et d'une prise en charge de groupe par thérapie cognitivo-comportementale multidimensionnelle associée à l'hypnose	-Echelle numérique (EN) -Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) -Coping Strategies Questionnaire (CSQ) (subscale of catastrophizing) -Medical Outcome Study Sleep Scale (MOS Sleep scale) -Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)
Cedraschi, Visher (211)	Annals of the Rheumatic Diseases, 2004	RCT ; n=164	Evaluer l'efficacité d'un programme multidisciplinaire de groupe basé sur l'auto-gestion, l'éducation et la réalisation d'exercices physiques	-Number of Tender Point -Myalgic Score -Regional Pain Score Diagram (RPS) -Psychological General Well-Being Index (PGWB) -Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) -Medical Outcome Study Short-Form Health Survey (SF-36) -Clinical global Impression (Likert 5 point) -Satisfaction (4 échelles)
Grossman, Kesper (212)	Psychotherapy and Psychosomatics, 2007	Quasi-randomized CT ; n=58	Evaluer l'efficacité d'une prise en charge de groupe de réduction du stress basée sur la pleine conscience (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR) et bénéfice à 3 ans	-Echelle Visuelle Analogique (EVA)* -Pain Perception Scale* -Inventory of Pain regulation* -13 items Somatic Symptoms Inventory -Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)* -Quality of Life of the Chronically Ill*
Lera, Salamero (213)	Journal of Psychosomatic Research, 2009	Single-blind RCT ; n=83	Comparer l'efficacité de 2 prises en charge multidisciplinaires, l'une associée à une prise en charge de type thérapie cognitivo-comportementale, l'autre non	-Number of Tender Point -Symptoms Checklist- 90 items Revised (SCL-90R) -Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) -Medical Outcome Study Short-Form Health Survey (SF-36)
Schmidt, Walach (214)	Pain, 2011	Single-blind RCT ;	Evaluer l'efficacité d'une prise en charge de groupe de	-Pain Perception Scale -Agenda (traitement pris,

		n=177	réduction du stress basée sur la pleine conscience (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR) sur la qualité de vie des patients fibromyalgiques	posologies) -Degree of impairment over the past 2 weeks -Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) -Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D) -State Trait Anxiety Inventory (STAI) -Freiburg Mindfulness Inventory (FMI) -Giessen Complaint Questionnaire (GCQ) -Quality of Life of the Chronically Ill* -Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)
Sephton, Studts (215)	Arthritis and Rheumatism, 2003	RCT ; n=91	Evaluer l'efficacité d'une prise en charge de groupe de réduction du stress basée sur la pleine conscience (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR) sur les symptômes dépressifs des patients fibromyalgiques	-Echelle Visuelle Analogique (EVA) -Stanford Sleep Questionnaire -Beck Depression Scale (BDI) -Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)
Thieme, Flor (216)	Arthritis and Rheumatism, 2003	RCT ; n=61	Evaluer l'efficacité d'une prise en charge de groupe reposant sur un modèle comportemental opérant	-Agenda de la douleur (activité physique, sommeil, médicaments) -Number of Tender Point -Tübingen Pain Behaviour Scale -Multidimensional Pain Inventory (MPI)
Thieme, Turk (217)	Arthritis Research and Therapy, 2006	RCT ; n=125	Comparer l'efficacité d'une prise en charge de groupe reposant sur un modèle comportemental opérant et une prise en charge de groupe reposant sur un modèle cognitivo-comportemental	-Echelle Numérique (EN) correspondant à chaque point douloureux à la pression -Recours au système de soin (médicaments et visites médicales 12 mois avant et 12 mois après l'intervention) -Number of Tender Point -Tübingen Pain Behaviour Scale -Multidimensional Pain Inventory (MPI) -Pain- Related Self-Statements Scale (PRSS) (subscales active coping and catastrophising) -Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) -Satisfaction (Likert 7 points)
Tomas-Carus, Ortega-Alonso (218)	Journal of Rehabilitation Medicine, 2008	Single-blind RCT ; n=30	Evaluer la faisabilité d'une prise en charge de groupe chez des femmes fibromyalgiques par exercices physiques supervisés pendant 8 mois en eau chaude et son efficacité sur la santé mentale et sur la forme physique de ces patientes	-Canadian Aerobic Fitness Test -Hand-grip strength -10-metre walking -10-stairs climbing test -Sit-and-reach test -Blind 1-leg stance -State Trait Anxiety Inventory

				(STAI) -Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)
Toussaint, Wahner-Roedler (219)	Explore, 2012	Single-blind RCT ; n=44	Evaluer l'efficacité d'une approche corps-esprit de type rééducation de l'amygdale, réalisée en groupe, sur la fibromyalgie et la fatigue chronique	-Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) -Epworth Sleepiness scale (ESS) -Measure Yourself Medical Outcome Profile (MYMOP) -Medical Outcome Study Short-Form Health Survey (SF-36) -Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)

RCT : Randomized Controlled Trial

*Critère principal d'évaluation

3.3.2. Instruments d'évaluation utilisés

3.3.2.1. Instruments d'évaluation de l'intensité de la douleur, des caractéristiques de celle-ci et du recours au système de soin (médicament, appel, consultation)

-Tender Point Index (TPI)

Il s'agit d'un instrument d'hétéro-évaluation de la douleur.

L'index des points musculaires sensibles consiste à mesurer la réaction comportementale du sujet à l'examen des points sensibles reconnus dans la fibromyalgie (Annexe 47). A la pression de chaque point sensible pour une force de 4kg/cm², la réaction du patient est cotée sur une échelle de Likert à 5 points allant de 0 (« pas de douleur ») à 4 (« patient intouchable, se retire avant la palpation »), selon le protocole de Wolfe et al. (32).

Le TPI est calculé pour chaque patient de manière à obtenir un score moyen par site.

Il est utilisé dans les études de Buckelew (207), et de Cedraschi (211).

Les études qui suivent tiennent compte des points sensibles de la fibromyalgie mais ne suivent pas strictement la mesure du TPI.

Dans l'étude d'Astin (206), seul le nombre de points douloureux testés dans la fibromyalgie est recueilli.

Dans l'étude de Lera (213), un examinateur imprime une force de 4kg/cm² sur chacun des 18 points sensibles. Si le point est douloureux, il est considéré comme positif et noté 1. Le score s'étend de 0 à 18. Il s'agit d'un autre protocole décrit par Wolfe et al. (32).

Dans l'étude de Thieme de 2003 (216), les points sensibles sont évalués mais les modalités ne sont pas précisées.

Dans l'étude de Thieme de 2006 (217), l'EN est recueillie pour chaque point sensible reconnu dans la fibromyalgie (32), s'avérant douloureux à la palpation. Les valeurs numériques obtenues pour chaque point sont ensuite additionnées.

-Echelle Visuelle Analogique (EVA)

Voir supra, les lombalgies chroniques, paragraphe 3.2.2.1.

Elle est utilisée dans les études de Buckelew (207) et Castel de 2007 (208) sans précision des modalités de recueil. Dans l'étude de Grossman (212), elle évalue l'intensité de la douleur au cours

des 2 semaines précédant l'évaluation. Dans l'étude de Sephton (215), elle évalue l'intensité de la douleur au cours de la semaine précédente, suivant un score de 0 à 100.

-Myalgic scores

Les scores myalgiques sont obtenus à partir de l'examen des points sensibles de la fibromyalgie. Il existe plusieurs façons de les mesurer.

Dans l'étude d'Astin (206), le score myalgique total est obtenu en faisant la somme des scores de tension douloureuse pour chacun des 18 points décrits selon les critères ACR de la fibromyalgie. Le score de chaque site varie de 0 à 3, pour un score myalgique total variant de 0 à 54; un score plus élevé indiquant une douleur plus grande.

Dans les études de Buckelew (207), et de Cedraschi (211), le score myalgique est calculé en additionnant les valeurs obtenues au dolorimètre (1,54cm² cork; Chatillon Instruments, Kew Gardens, NY) pour chacun de 6 sites du côté droit du sujet, comme décrit dans l'étude de Wolfe et al. (32). Ces 6 sites sont l'occiput droit à la zone d'insertion du muscle sous-occipital droit, le trapèze droit à la moitié de sa partie supérieure, le muscle paravertébral droit à 3 cm latéralement de la ligne médiane à mi hauteur par rapport à la scapula, la 2^{ème} jonction chondro-costale droite, l'épicondyle latéral droit, à 2cm de distance en distalité, et le panicule adipeux au niveau de la partie médiale de l'interligne articulaire du genou droit.

Les valeurs du dolorimètre pour chaque site varient de 0 à 9 ; les scores myalgiques de 0 à 54.

-Agenda de douleur

Différentes modalités de recueil sont retenues selon les études.

Dans l'étude de Schmidt (214), l'agenda est utilisé pour recueillir les données sur les traitements pris, leur posologie, l'heure de leurs prises par rapport aux exercices (méditation ou relaxation) donnés à faire chez soi durant 4 périodes d'une semaine pendant la phase interventionnelle puis 8 semaines après la prise en charge.

Dans l'étude de Thieme de 2003 (216), l'agenda est utilisé pour recueillir les données sur les traitements pris au cours de l'étude, mais aussi l'activité physique, et la qualité du sommeil. Il est utilisé tout au long de l'étude.

-Echelle numérique (EN)

Voir supra, les lombalgies chroniques, paragraphe 3.2.2.1.

Dans les études de Castel de 2009 (209) et 2012 (210), l'EN est recueillie auprès du patient de manière à caractériser l'intensité de la pire douleur ressentie, de la moindre douleur ressentie, de la douleur moyenne ressentie durant la semaine précédant l'évaluation. A partir de ces 3 valeurs, une moyenne est ensuite calculée et a montré une grande fiabilité (220) (191).

-McGill Pain Questionnaire (MPQ) (Annexe 10a)

Voir supra, les lombalgies chroniques, paragraphe 3.2.2.1.

Il est utilisé dans l'étude de Castel de 2007 (208), et de 2009 (209).

-Pain Perception Scale (PPS) (exemplaire non disponible)

Il s'agit d'un auto-questionnaire multidimensionnel allemand décrit et validé par Geissner en 1995 (221) visant à évaluer la douleur ressentie. Le papier de validation est également en langue allemande.

Ce questionnaire est composé de 24 items évaluant la perception de la douleur en incluant l'abord

sensitif, affectif, cognitif et comportemental. Il y a 2 sous-échelles : une sensitive (14 items) et une affective (10 items). La perception de la douleur s'évalue au cours des 2 semaines précédant l'évaluation.

Il est utilisé dans les études de Grossman (212), et de Schmidt (214).

Il n'existe pas de version française retrouvée.

-Tübingen pain Behaviour Scale (TBS) (exemplaire non retrouvé)

Il s'agit d'une échelle d'hétéro-évaluation de la douleur décrite et validée par Flor et al. en 1991 (222).

La Tübingen pain Behaviour Scale sert à coter la présence de comportements douloureux pendant une tâche (grognements, ralentissement des mouvements..) sur une échelle de Likert à 3 points (0= aucun ; 1= parfois ; 2= toujours). La fréquence des occurrences de chaque comportement douloureux est cotée par 2 examinateurs différents. Ceci est réalisé sur des temps de 10 sec durant une période de 8 minutes. Le score total est calculé en additionnant chaque fréquence des différents comportements douloureux observés pendant la tâche.

Cette échelle est utilisée dans l'étude de Thieme de 2003 (216).

Dans l'étude de Thieme de 2006 (217), les comportements douloureux sont observés au cours de la tâche standardisée de laver une fenêtre, les patients étant filmés.

Il n'a pas été retrouvé de version française.

-Giessen Complaint Questionnaire (GCQ) (exemplaire non retrouvé)

Il s'agit d'un auto-questionnaire décrit et validé dans le livre allemand de Brähler et al. en 1983 (223).

Il vise à identifier 57 symptômes et leur degré de sévérité ; ceux-ci sont combinés en différentes échelles. L'échelle de « niveau global de plainte » est composée de 24 items.

Il est utilisé dans l'étude de Schmidt (214).

-Pain behavior observation Method

Il s'agit d'une méthode d'hétéro-évaluation de la douleur décrite et validée par Keefe et al. en 1982 (224), notamment chez les patients lombalgiques chroniques.

Chaque patient est filmé pendant 10 minutes pendant qu'il réalise une séquence standardisée de mouvements, composée de périodes d'1 et 2 minutes où il est assis puis debout, et de 2 périodes d'1 minute où il s'allonge et marche.

L'ordre des séquences est randomisé. Deux entraîneurs indépendants, n'étant pas au courant des prises en charge des patients, cotent la vidéo selon des comportements douloureux spécifiques comme se protéger, s'arc-bouter, se frotter, grimacer, soupirer, s'étirer.

Il est utilisé dans l'étude de Buckelew (207).

-Physician's rating of disease severity

Il s'agit d'une hétéro-évaluation de la douleur consistant à la cotation de la sévérité de la maladie du patient, par le médecin.

Après avoir réalisé l'examen des 18 points sensibles de la fibromyalgie, le médecin est amené à coter la sévérité de la maladie sur une échelle de 10 cm dont les extrémités sont « absente » et « très sévère ».

Il est utilisé dans l'étude de Buckelew (207).

-Recours au système de soin

Différentes modalités de recours sont retenues selon les études, ainsi que différentes modalités de recueil.

Dans l'étude d'Astin (206), le recours au système de soin correspond au recueil des médicaments utilisés et aux thérapies alternatives complémentaires suivies, dans les 6 mois précédant l'inclusion, puis après le début de l'intervention, à 8, 16 et 24 semaines.

Dans l'étude de Schmidt (214), il correspond aux médicaments pris par le patient durant l'étude, avec posologie, notifiée dans un agenda.

Dans l'étude de Thieme de 2003 (216), il correspond à la prise médicamenteuse notifiée dans un agenda.

Dans l'étude de Thieme de 2006 (217), il correspond à la prise médicamenteuse et aux visites médicales au cours des 12 mois précédant et suivant l'intervention. Ces données sont recueillies au moyen des registres médicaux de la clinique.

3.3.2.2. Instruments d'évaluation du retentissement fonctionnel physique de la douleur

3.3.2.2.1. Sur le plan des activités physiques

-Multidimensional Pain Inventory (MPI) (Annexe 23a)

Voir supra, les lombalgies chroniques, paragraphe 3.2.2.2.

Il est utilisé dans les 2 études de Thieme (2003 (216) et 2006 (217)).

-Blind 1-leg stance test

L'équilibre postural est évalué par le test de la position debout sur une jambe, les yeux fermés, test décrit et validé par Berg en 1989 (225). Le patient est donc debout, en équilibre sur une jambe, l'autre jambe pliée avec son pied dans sa main, les yeux fermés. Chaque fois que le patient perd l'équilibre, échappe sa jambe et touche le sol avec la jambe supposée sans appui, ou utilise des moyens de sécurité pour maintenir sa posture, le chronomètre est arrêté. Après chaque pause, la même procédure recommence jusqu'à ce que 30 sec soient atteintes dans la position souhaitée. Le nombre d'essais pour réussir à maintenir la position 30 sec est considérée comme un résultat.

Il est utilisé dans l'étude Tomas-Carus (218).

-Degree of impairment

Il est utilisé dans l'étude de Schmidt (214) : on demande au patient de coter son degré de handicap au cours des 2 semaines précédant l'évaluation au moyen d'une EVA.

-Canadian Aerobic Fitness Test

Il s'agit d'un test décrit et validé par Weller et al. en 1992 (226) et utilisé pour estimer le débit maximal d'oxygène consommé (VO₂max). Il est progressif, et sous-maximal quant à l'effort cardiaque. Le patient doit monter et descendre 2 marches (40,6 cm), à un rythme déterminé selon son âge et son poids.

L'activité est réalisée selon 6 cycles de vitesse : un pied sur la marche du milieu, les 2 sur la marche du haut, un pied sur la marche du milieu et les deux pieds au sol.

Le patient commence par s'échauffer pendant 3 minutes. Après cela, 3 séquences de 3 minutes

s'enchainent à des vitesses différentes. La fréquence cardiaque du patient est monitorée (Polar Accurex Plus, Kempele Finland) pour ne pas dépasser la fréquence cardiaque maximale. Si la fréquence cardiaque est dans des valeurs normales après la 1^{ère} séquence, le sujet peut entamer la 2^{ème} en augmentant la vitesse, et de même pour la 3^{ème}. La VO₂ max est ensuite estimée à partir de la performance au test, de la fréquence cardiaque, de l'âge et du genre, puis considérée comme résultat.

Il est utilisé dans l'étude de Tomas-Carus (218).

-Hand-grip strength

La force de saisie manuelle est décrite par Nordenskiöl en 1993 (227) , démontrée comme diminuée chez les patients fibromyalgiques.

Elle est évaluée au niveau des 2 mains à l'aide d'un dynamomètre (TKK, Tokyo, Japan) et considérée comme un résultat.

Elle est utilisée dans l'étude de Tomas-Carus (218).

-Regional Pain Score (RPS)

Il est demandé au patient de coter sa douleur de 0 (« pas de douleur ») à 5 (« douleur insupportable ») sur chacune des 21 régions d'un corps représenté sur un dessin.

Ce score a été évalué et validé en fibromyalgie (228) avec une sensibilité à 75 % et une spécificité à 74 %.

Il est utilisé dans l'étude de Cedraschi (211).

-Six minute walk time test

Il s'agit d'une mesure objective. On demande au sujet de marcher aussi vite que possible pendant 6 minutes. La mesure de la distance parcourue est enregistrée en pied.

Il est utilisé dans l'étude d'Astin (206).

-Les 3 tests suivants évaluent la forme physique dans l'étude de Tomas-Carus (218).

Le meilleur résultat issu de ces 3 tests est gardé comme résultat pour l'étude.

10-metre walking

Il s'agit de marcher le plus vite possible sur 10 m. Le temps est mesuré en seconde.

10-stairs climbing test

Il s'agit d'un test développé par Valkeinen en 2004 (229).

Il faut monter 10 marches, puis faire la même chose avec un poids de 5 kg dans chaque main. Le temps est mesuré en seconde.

Sit-and-reach test

Ce test est décrit et validé par Wells en 1952 (230) et évalue la flexion du tronc. Est enregistrée la distance en cm entre l'extrémité des doigts et le sol, dans la position initiale debout et la position finale penchée en avant.

-13 items Somatic Symptoms Inventory (SSI) (exemplaire non retrouvé)

Il s'agit d'un auto-questionnaire allemand décrit par Egle en 1993 (231) dans un ouvrage en langue allemande.

Il sert à évaluer l'intensité des symptômes physiques au cours des 2 semaines précédant l'évaluation. Ces items concernent les troubles du sommeil, les difficultés de concentration, les symptômes urinaires, la sueur excessive, le tremblement des membres, les céphalées, les plaintes circulatoires,

respiratoires, gastro-intestinales, thoraciques et cutanées. Chacun d'entre eux est évalué par le patient au moyen d'une échelle de Likert à 5 points allant de 1 (« Je ne suis pas du tout gêné(e). ») à 5 (« Je suis vraiment très gêné(e). »).

Il est utilisé dans l'étude de Grossman (212).

Il n'existe pas de version française retrouvée.

3.3.2.2.2. Sur le plan de la fatigue et du sommeil

-Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (Annexe 48a)

Il s'agit d'un auto-questionnaire multidimensionnel décrit et validé par Buysse et al. en 1989 (232) visant à évaluer la qualité du sommeil.

Il est composé de 19 items destinés au patient et de 5 items destinés à la personne partageant son lit (s'il y en a une). Seules les questions renseignées par le patient entrent dans le calcul du score. Le PSQI évalue 7 composantes du sommeil : la qualité du sommeil subjective ressentie par le patient, la latence de la survenue du sommeil, le temps de sommeil, l'efficacité du sommeil habituel, les troubles du sommeil, l'utilisation de somnifères, et les dysfonctions au cours de la journée. A chaque item correspond une échelle de Likert à 4 points allant de 0 (« pas de difficulté ») à 3 (« difficulté sévère »). Le score de chacune des 7 sous-échelles est additionné pour donner un score total variant de 0 à 21. Un score élevé marque une mauvaise qualité de sommeil (Annexe 48a- bis).

La sensibilité de ce test est de 89,6 % et sa spécificité de 86,5 % (232).

La cohérence interne est élevée avec un coefficient de Cronbach à 0,83. La stabilité test-retest est satisfaisante avec un coefficient de Pearson compris entre 0,65 et 0,84 (232).

Le temps de passation varie entre 5 et 10 minutes.

Il s'avère donc que le PSQI est un instrument fiable, discriminant, et facile d'utilisation pour les cliniciens et chercheurs.

Il est utilisé dans les études de Castel de 2012 (210), et de Schmidt (214).

Il existe une version française validée par Ait-Aoudia et al. en 2013 (233). (Annexe 48b)

-Epworth Sleepiness Scale (ESS) (Annexe 49a)

Il s'agit d'un auto-questionnaire décrit et validé par Johns en 1991 (234) afin de mesurer la somnolence moyenne au cours de la journée.

Le patient doit coter 8 situations au cours desquelles il est susceptible de s'endormir. A chaque situation correspond une échelle de Likert à 4 points allant de 0 (« aucun risque de m'assoupir ») à 3 (« Il y a de fortes chances pour que je m'assoupisse »). Les valeurs obtenues pour chaque situation sont alors sommées ; un score > 9 indiquant la nécessité d'un recours médical.

La cohérence interne est élevée avec un coefficient de Cronbach à 0,88. La stabilité test-retest est satisfaisante avec un coefficient de Pearson à 0,82 pour un intervalle temps de passation de 5 mois (235).

Il est utilisé dans l'étude de Toussaint (219).

Il existe une version française validée par Kaminska et al. en 2010 (236). (Annexe 49b)

-Medical Outcomes Study (MOS) Sleep Scale (Annexe 50a)

Il s'agit d'un auto-questionnaire décrit et validé par Hays et al. en 1992 (237) visant à évaluer la qualité et la durée du sommeil.

Ce questionnaire est validé chez les patients fibromyalgiques (238).

Il est composé de 12 items étudiant le sommeil au cours des 4 semaines précédant l'évaluation. Six

sous-échelles le composent: les troubles au cours du sommeil (4 items), le ronflement (1 item), le réveil avec le souffle court ou avec céphalée (1 item), la quantité de sommeil (1 item), le sommeil optimal (1 item), la satisfaction de son sommeil (1 item), la somnolence en journée (3 items).

A chaque item correspond une échelle de Likert à 5 points sauf pour la question 2 où il est demandé le nombre d'heures dormies. Un score élevé dénote une mauvaise qualité de sommeil.

La cohérence interne est satisfaisante avec un coefficient de Cronbach compris entre 0,64 et 0,87; tout comme la stabilité test-retest avec un coefficient de Pearson compris entre 0,79 et 0,91 (239).

Le temps de passation est compris entre 3 et 5 minutes.

Il est utilisé dans l'étude de Castel de 2012 (210), seulement pour les dimensions de quantité de sommeil et de troubles du sommeil.

Il existe une version traduite en français, à priori non validée. (Annexe 50b)

-Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) (Annexe 51)

Il s'agit d'un auto-questionnaire multidimensionnel décrit et validé par Smets en 1995 (240).

Il est composé de 20 items évaluant les différents aspects de l'asthénie. Ces items sont répartis en 5 sous-échelles de 4 items, chacune traitant de : la fatigue générale (items 1, 5, 12, 16), la fatigue physique (2, 8, 14, 20), la fatigue mentale (7, 11, 13, 19), du bas niveau de motivation en lien avec la fatigue (4, 9, 15, 18) et du bas niveau d'activité en lien avec la fatigue (3, 6, 10, 17).

A chaque item correspond une échelle de Likert à 5 points allant de 1 (« oui, c'est vrai ») à 5 (« non, ce n'est pas vrai »). Avant de sommer les valeurs numériques de chaque item, les items : 2, 5, 9, 10, 13, 14, 16, 17, 18, 19 sont à coter de manière inversée (5=1, 4=2..). Le score varie entre 4 et 20 pour chaque sous-échelle, un score plus élevé évoquant un niveau de fatigue plus grand.

La cohérence interne est élevée avec un coefficient de Cronbach à 0,85. La fiabilité test-retest est satisfaisante pour chaque dimension : Fatigue générale (r=0.83), Fatigue Physique (r=0.87), Fatigue Mentale (r=0.74), Réduction de Motivation (r=0.80), Réduction d'Activité (r=0.84) (240).

Il est utilisé dans l'étude de Toussaint (219).

Il existe une version française validée par Gentile et al. en 2003 (241). (exemplaire non retrouvé)

-Sommeil

Dans l'étude de Buckelew (207), le sommeil est évalué au moyen de 4 questions concernant la difficulté à s'endormir, la fréquence des réveils nocturnes, la fatigue au réveil, la mauvaise qualité du sommeil. A chacune correspond une échelle de Likert à 4 points allant de 0 (« jamais ») à 3 (« presque toujours »). Il ne s'agit pas d'un outil standardisé.

-Stanford Sleep Questionnaire (SSQ)

Il s'agit d'un auto-questionnaire utilisé dans l'étude de Sephton (215).

Il est décrit comme composé d'items évaluant la capacité à s'endormir, les réveils nocturnes, le réveil matinal, la propension à s'endormir durant la journée. A chaque item correspond une échelle de Likert à 4 points.

La référence citée par Sephton pour le Stanford Sleep Questionnaire est celle de Douglass et al.(242). Cependant dans cette publication, aucune mention n'est faite du Stanford Sleep Questionnaire. Dans cette même publication, il est question d'un questionnaire appelé le "Sleep Disorders Questionnaire", dont la description ne semble pas correspondre au SSQ. En effet, le Sleep Disorders Questionnaire est utilisé pour diagnostiquer les apnées du sommeil, la narcolepsie, les troubles du sommeil d'origine psychiatrique et les myoclonies et utilise une échelle de Likert à 5 points.

Je n'ai pas retrouvé mention du Stanford Sleep Questionnaire dans la littérature.

3.3.2.3. *Instruments d'évaluation du retentissement psychologique de la douleur*

3.3.2.3.1. Sur le plan dépressif

-Beck Depression Inventory (BDI) (Annexe 24a)

Voir supra, les lombalgies chroniques, paragraphe 3.2.2.3.

Il est utilisé dans l'étude d'Astin (206) et de Sephton (215).

-Center for Epidemiological Studies-Depression scale (CES-D) (Annexe 52a)

Il s'agit d'un auto-questionnaire unidimensionnel décrit et validé par Radloff en 1977 (243) pour identifier les symptômes dépressifs au cours de la semaine précédant l'évaluation.

Il est composé de 20 items. A chaque item correspond une échelle de Likert à 4 points allant de 0 (« < 1 jour ») à 3 (5 à 7 jours »). Avant d'additionner les valeurs numériques obtenues, la cotation des items suivants doit être inversée : 4, 8, 12, 16. Le score total varie entre 0 et 60, reflète des symptômes mais aussi de la fréquence de leur occurrence. Un score total > 16 signe un état dépressif.

La sensibilité varie entre 74 et 94 % et la spécificité entre 59 et 86 % (244).

La cohérence interne est élevée avec un coefficient de Cronbach > 0,85. La stabilité test-retest est de respectivement 0,51 ; 0,67 et 0,49 pour des intervalles de passation de 2 semaines, 4 semaines et 12 mois (243). La fidélité test-retest est donc moyennement satisfaisante mais s'explique en partie par le fait que le CES-D est conçu pour mesurer le niveau actualisé de la symptomatologie dépressive ; symptomatologie dépressive pouvant varier au cours du temps.

Le temps de passation est de 10 minutes.

Il est utilisé dans les études de Buckelew (207) et de Schmidt (214).

Il existe une version française validée en 1989 par Fuhrer et al. (245). La sensibilité de la version française est de 76 % et sa spécificité de 71 %. (Annexe 52b)

-Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) (Annexe 29a)

Voir supra, les lombalgies chroniques, paragraphe 3.2.2.3.

Cette échelle est utilisée dans les études de Castel de 2012 (210) et de Grossman (212).

3.3.2.3.2. Sur le plan anxieux

-Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) (Annexe 29a)

Voir supra, les lombalgies chroniques, paragraphe 3.2.2.3.

Cette échelle est utilisée dans les études de Castel de 2012 (210) et de Grossman (212).

-State Trait Anxiety Inventory (STAI) (Annexe 5a)

Voir supra, les lombalgies chroniques, paragraphe 3.2.2.3.

Ce questionnaire est utilisé dans les études de Schmidt (214) et de Tomas-Carus (218).

3.3.2.3.3. Sur le plan d'autres facteurs de vulnérabilités psychologiques

-Coping Strategies Questionnaire (CSQ) (Annexe 34)

Voir supra, les lombalgies chroniques, paragraphe 3.2.2.3.

Ce questionnaire est utilisé dans l'étude d'Astin (206). Seule la sous-échelle du catastrophisme est utilisée dans l'étude de Castel 2012 (210).

-Symptoms Checklist-90 items Revised (SCL-90R) (exemplaire n'appartenant pas au domaine public)

Il s'agit d'un auto-questionnaire décrit et validé par Derogatis initialement en 1973 pour évaluer les patients psychiatriques. La version utilisée dans les études de prise en charge de groupe est la version révisée en 1977 (246).

Il est composé de 90 items répartis en 9 dimensions : la somatisation (12 items), les troubles obsessionnels-compulsifs (10 items), la sensibilité interpersonnelle (9 items), la dépression (13 items), l'anxiété (10 items), l'hostilité (6 items), l'anxiété phobique (7 items), les idéations paranoïdes (6 items) et la psychose (10 items). A chaque item correspond une échelle de Likert à 4 points allant de 0 (« pas du tout ») à 4 (« extrêmement »). Le score total combine l'information du nombre de symptômes identifiés et leur intensité ; un score élevé dénotant une pathologie plus sévère.

Il existe également 3 scores décrits : le Global Severity Index (GSI), le plus utilisé, qui est la valeur moyenne des réponses aux 90 items. Le Positive Symptom Distress Index (PSDI) est la moyenne des scores > 0 obtenus aux items. Le Positive Symptoms Total (PST) est le nombre d'items cotés au-dessus de 0 (247).

La cohérence interne est élevée avec un coefficient de Cronbach compris entre 0,77 et 0,90 (248). La stabilité test-retest est comprise entre 0,78 et 0,90 avec un intervalle de passation de 1 semaine (247).

Le temps de passation est de 12 à 15 minutes.

Le SCL-90R est un test adéquat pour mesurer la santé mentale et l'évolution des symptômes dépressifs (249).

C'est le Global Severity Index qui est utilisé dans les études de Buckelew (207) et de Lera (213).

Il existe une version française traduite, à priori non validée. (exemplaire non retrouvé)

-Arthritis Self-Efficacy Scale (Annexe 53)

Il s'agit d'un auto-questionnaire décrit et validé par Lorig et al. en 1989 (250) visant à évaluer le sentiment d'efficacité personnelle dans différents domaines.

Il est composé de 20 items répartis en 3 sous-échelles : l'auto-efficacité fonctionnelle ressentie par le patient (9 items), l'auto-efficacité dans sa gestion de la douleur (5 items) et l'auto-efficacité quant au contrôle des symptômes associés (6 items). A chaque item correspond une échelle de Likert à 10 points allant de 1 (« très incertain ») à 10 (« très certain »). Chaque sous-échelle a un score variant de 0 à 10 en faisant la moyenne des valeurs numériques obtenues.

La cohérence interne est élevée avec un coefficient de Cronbach respectivement à 0,90 ; 0,75 et 0,87 pour la sous-échelle fonctionnelle, de gestion de la douleur, et de gestion des autres symptômes. La stabilité test-retest est très satisfaisante avec un coefficient de Pearson respectivement à 0,80 ; 0,87 et 0,90 pour la sous-échelle fonctionnelle, de gestion de la douleur, et de gestion des autres symptômes (250).

Le temps de passation est de moins de 10 minutes.

Il est utilisé dans l'étude de Buckelew (207).

Il n'existe pas de version française retrouvée.

-Freiburg Mindfulness Inventory (FMI) (Annexe 54a)

Il s'agit d'un auto-questionnaire décrit par Buchheld et Walach en 2002 (251) et validé par Walach et al. en 2006 (252) visant à évaluer le niveau de conscience d'un sujet vis-à-vis de lui-même et du moment présent.

Il est composé à l'origine de 30 items, la version abrégée en contient 14. A chaque item correspond une échelle de Likert à 4 points allant de 1 « rarement » à 4 « presque toujours ». Le score total est calculé en additionnant les valeurs numériques obtenues pour chaque item, en prenant soin au préalable, de coter l'item 13 de manière inversée.

La cohérence interne est élevée avec un coefficient de Cronbach à 0,86 (252).

Il est utilisé dans l'étude de Schmidt (214) sous sa forme abrégée.

Il existe une version française de la forme abrégée, validée en 2010 par Trousselard et al. (253). (Annexe 54b, gracieusement fournie par l'auteur).

-Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, form A (HGSHSA) (Annexe 55)

Il s'agit d'un test d'hypnose décrit et validé par Shor et al. en 1962 (254) afin d'évaluer la susceptibilité du patient à l'hypnose réalisée en groupe.

Il est composé de 12 items de difficulté croissante, comportant à la fois des tâches motrices et cognitives, les tâches motrices étant plus simples. La phase d'induction dure 7 minutes. Puis la phase principale se déroule comme suit : 1/ la tête tombe (3min 30sec), 2/ les yeux se ferment (15 min 25sec), 3/ la main gauche s'abaisse (5min 5sec), 4/ le bras droit s'immobilise (2min 55sec), 5/ le doigt se bloque (1min 40sec), 6/ le bras gauche se rigidifie (2min 25sec), 7/ les mains bougent ensemble (1min 45sec), 8/ la tête est incapable de dire non (1min 25sec), 9/ phase d'hallucination (1min 30sec), 10/ les yeux ne peuvent plus s'ouvrir (catalepsie) (2min), 11/ phase de suggestion post-hypnotique de toucher sa cheville gauche (3min 35sec), 12/ phase d'amnésie (cotée à la fin). Un fascicule cacheté est alors donné au patient : sur la page 2, il doit noter ses premiers souvenirs des différents items de manière non détaillée (3 min). Un item est coté + si l'item est énoncé de manière fidèle à l'énonciation de l'hypnotiseur. L'instruction donnée au patient est de se souvenir du plus grand nombre de mouvements physiques induits au cours de la séance d'hypnose. A la page 3, le patient est autorisé à se rappeler tout ce qui s'est passé et à l'écrire (2 min).

L'amnésie est cotée + si le patient se souvient < 4/9 des mouvements induits par l'hypnose (items 3 à 11) avant le signal donné.

Le score moyen est de 5/12.

La cohérence interne est modérée avec un coefficient de Cronbach à 0,58 (255).

Le temps de passation est d'environ 45 minutes. Si la phase d'induction et le calcul du score sont inclus, il s'étend à 70 minutes.

Il est utilisé dans l'étude de Castel 2009 (209).

Il n'existe pas de version française.

-Inventory of Pain Regulation (IPR)

Il s'agit d'un auto-questionnaire décrit et validé par Schermelleh-Engel en 1995 (256) dans son ouvrage en langue allemande.

Il est composé de 56 items qui évaluent les capacités de « coping » chez les douloureux chroniques,

en particulier la compétence, la résignation, l'évitement, la dépression liée à la douleur, l'anxiété liée à la douleur et l'intensité de la douleur.

Il est utilisé dans l'étude de Grossman (212).

Il n'existe à priori ni version anglaise, ni version française validées.

-Pain-Related Self-Statements scale (PRSS) (Annexe 56)

Il s'agit d'un auto-questionnaire décrit et validé par Flor et al. en 1993 (257).

Il est composé de 32 items qui évaluent différents aspects des capacités cognitives de « coping » du patient, liés à des situations particulières.

Seuls 18 items sont conservés ; ceux ayant la plus grande cohérence interne (257). Ils sont répartis en 2 sous-échelles de 9 items chacune : le « coping » (items 2, 4, 7, 9, 10, 13, 14, 15, 16) et le catastrophisme (items 1, 3, 5, 6, 8, 11, 12, 17, 18). A chaque item correspond une échelle de Likert à 6 points allant de 0 (« presque jamais ») à 5 (« presque toujours »). Un score élevé à l'échelle de catastrophisme ou dramatisation indique un degré de catastrophisme plus grand. Un score élevé à la sous-échelle de « coping » révèle de plus grandes capacités à faire face.

La cohérence de ces sous-échelles est élevée avec un coefficient de Cronbach compris entre 0,88 et 0,92. La stabilité test-retest est satisfaisante avec respectivement un coefficient de Pearson compris entre 0,86 et 0,87 et 0,77 et 0,84 pour les sous-échelles de « coping » et de catastrophisme (257).

Seules les sous-échelles validées de « coping » et de catastrophisme sont utilisées dans l'étude de Thieme de 2006 (217).

Il n'existe pas de version française retrouvée.

3.3.2.4. Instruments d'évaluation du retentissement de la douleur sur la qualité de vie

-Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) (Annexe 57a)

Il s'agit d'un auto-questionnaire multidimensionnel décrit et validé par Burckhardt et al. en 1991 (258).

Il est composé de 10 items mesurant le fonctionnement physique, les capacités de travail, l'interférence des symptômes au travail, la dépression, l'anxiété, le sommeil, la douleur, la rigidité, l'asthénie et le bien-être.

L'item 1 varie de 0 (« toujours ») à 3 (« jamais »). La moyenne des questions de l'item 1 est calculée puis est multipliée par 3,3.

Les items 2 et 3 varient de 0 à 7. Pour la question 2, il faut noter 7 – le chiffre annoncé par le patient et pour la question 3, on note directement le chiffre annoncé. Pour les 2, on multiplie par 1,43.

Les items 4 à 10 varient de 0 à 100. Le score global varie donc de 0 à 100, un score plus élevé évoquant une maladie au retentissement plus sévère.

La stabilité test-retest est satisfaisante avec un coefficient de Pearson compris entre 0,56 et 0,95 avec un intervalle de passation d'une semaine (258). La cohérence interne n'est pas disponible dans l'étude originale. La validité du construit est néanmoins démontrée.

Le temps de passation est de 5 minutes.

Il est utilisé dans les études d'Astin (206), de Castel de 2009 (209), de 2012 (210), de Cedraschi (211), de Lera (213), de Schmidt (214), de Sephton (215), de Thieme en 2006 (217), de Tomas-Carus (218) et de Toussaint (219).

Il existe une version validée en français par Perrot et al. en 2003 (259). (Annexe 57b)

-Short-Form Health Survey (SF-36) (Annexe 9a)

Voir supra, les céphalées chroniques, paragraphe 3.2.2.4.

Ce questionnaire est utilisé dans les études de Cedraschi (211), de Lera (213), et de Toussaint (219). Seule la sous-échelle correspondant à la douleur est utilisée dans l'étude d'Astin (206).

-Quality of life for the Chronically Ill (exemplaire non disponible)

Il s'agit d'un auto-questionnaire décrit et validé dans le livre de Siegrist et al. en 1996 (260) en langue allemande.

Il est composé de 40 items qui évaluent 6 dimensions de la qualité de vie des 7 derniers jours : les capacités fonctionnelles générales, la capacité à ressentir de la joie et à se détendre, les affects positifs, les affects négatifs, la capacité à maintenir et développer des contacts sociaux et le sentiment de connexion sociale.

Il est utilisé dans les études de Grossman (212), et de Schmidt (214).

Il n'existe à priori ni version anglaise, ni version française de cet instrument.

-Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS) (exemplaire non trouvé)

Il s'agit d'un auto-questionnaire décrit et validé par Meenan en 1980 (261) visant à mesurer l'impact d'une pathologie rhumatismale sur l'état de santé.

L'AIMS composé de 45 items, étudie 9 variables de l'état de santé, en 9 sous-échelles. Ces sous-échelles sont : la mobilité, l'activité physique (marcher, se pencher, porter des paquets), la dextérité, l'activité domestique (gestion de l'argent, et des médicaments, ménage), les activités sociales, les activités quotidiennes, la douleur, la dépression, et l'anxiété. Le score de chaque sous-échelle s'étend de 0 à 10 et le score total de 0 à 60. Il s'obtient en additionnant les scores des sous-échelles suivantes : mobilité, activités physiques, activités domestiques, dextérité, douleur et dépression.

La cohérence interne est satisfaisante avec un coefficient de Cronbach $> 0,6$ pour chacune des 9 sous-échelles. La stabilité test-retest sur un intervalle de 2 semaines est satisfaisante avec un coefficient de Pearson $> 0,8$ (262).

La sous-échelle de l'activité physique a prouvé une cohérence interne élevée et est validée dans la fibromyalgie (263).

Le temps de passation est de 15 minutes.

Il existe plusieurs versions de cette échelle : celle décrite ci-dessus, une version abrégée, une version étendue (AIMS-2), une version pour les enfants, et une version pour les sujets âgés.

Seule la sous-échelle de l'activité physique de l'AIMS est utilisée dans l'étude de Buckelew (207).

Je n'ai retrouvé que la version de l'AIMS-2 validée en français (264).

-Measure Yourself Medical Outcome Profile (MYMOP) (Annexe 58a)

Il s'agit d'un auto-questionnaire décrit et validé par Paterson en 1996 (265) utilisé en soins primaires. Il évalue l'évolution des symptômes d'un patient au cours du temps, sans spécificité de sa pathologie.

Il est composé de 4 items visant à évaluer 2 des symptômes jugés les plus importants par le patient, l'incapacité liée à une activité jugée la plus importante par le patient, et le degré de sévérité associé à celle-ci. Ceci est complété par une échelle évaluant le bien-être global ressenti par le patient. A chaque item correspond une échelle de Likert à 7 points allant de 1 (« aussi bien que cela pourrait être ») à 7 (« aussi mal que cela pourrait être »). Le score total est la moyenne des réponses obtenues aux différents items.

Il existe une version révisée, MYMOP-2 (Annexe 58a-bis), présentant les 4 mêmes items, mais

renseignant en outre des précisions quant au premier symptôme évoqué : date de début, prise de médicament (fréquence, posologie).

La cohérence interne et la stabilité test-retest ne sont pas disponibles mais la validité du construit a été démontrée (265).

L'acceptabilité est élevée et le temps de passation restreint à quelques minutes. Il est néanmoins judicieux d'être auprès du patient pour l'encourager à « choisir » les symptômes et l'activité qui le gênent le plus.

Il est utilisé dans l'étude de Toussaint (219) dans sa version révisée MYMOP-2. (Annexe 58a-bis)

Il n'existe pas de version française retrouvée.

-Psychological General Well-Being Index (PGWBI) (Annexe 43)

Voir supra, les lombalgies, paragraphe 3.2.2.4.

Il est utilisé dans l'étude de Cedraschi (211).

3.3.2.5. Instruments d'évaluation globaux

-Assessment of 3 goals

Dans l'étude de Schmidt (214), il est demandé au patient de définir 3 buts thérapeutiques en début de prise en charge. Ces 3 buts sont évalués à la fin, et le patient doit coter chacun d'entre eux entre - 5 (« pas du tout atteint ») à +5 (« atteint au delà de ce que j'avais imaginé »), en passant par 0 (« atteint »).

-Clinical global impression

Dans l'étude de Cedraschi (211), l'impression clinique globale est cotée au moyen d'une échelle de Likert à 5 points allant de 1 (« très bonne ») à 5 (« très mauvaise »).

3.3.2.6. Instruments d'évaluation de satisfaction

-Questionnaire de satisfaction

Les modalités de recueil varient selon les études.

Dans l'étude de Cedraschi (211), l'évaluation de la satisfaction du patient porte sur 4 domaines : satisfaction avec la prise en charge physique, satisfaction avec la prise en charge des symptômes, satisfaction avec la prise en charge psycho-sociale, et satisfaction avec l'information fournie. Chacune de ces quatre questions sont cotées au moyen d'une échelle de Likert à 5 point allant de 1 (« très insatisfait ») à 5 (« très satisfait »).

Dans l'étude de Thieme de 2006 (217), l'évaluation de la satisfaction concerne la prise en charge globale et est réalisée au moyen d'une échelle de Likert allant de 0 (« pas du tout satisfait ») à 6 (« complètement satisfait »).

4. Discussion

4.1. Discussion générale

Plusieurs essais randomisés contrôlés, avec des effectifs importants, évaluant les prises en charge de groupe ont fait la preuve d'une efficacité significativement supérieure au traitement standard aussi bien pour une prise en charge multidisciplinaire de groupe (45), que pour une prise en charge de groupe par exercices physiques (88), que pour une prise en charge psychothérapeutique par TCC de groupe (85). Néanmoins, certains ne retrouvent pas de différence significative entre la prise en charge de groupe et le traitement standard (96), (98). A notre connaissance, aucune publication ne rapporte une infériorité d'efficacité des prises en charge de groupe comparativement au traitement de référence.

Le contexte actuel de crise économique et de réduction budgétaire des dépenses de santé place les stratégies coût-efficacité au cœur des critères d'évaluation des prises en charge. Les programmes de gestion de la douleur proposés à un groupe sont une alternative de choix dans le traitement des douleurs chroniques (266). De plus, les études coût-efficacité sont en leur faveur ; on note une diminution du recours aux consultations de soins primaires, aux consultations d'urgence, aux consultations spécialisées et une diminution de la consommation de médicaments (267), (268). Par ailleurs, des économies peuvent être réalisées sur le plan des indemnités maladies, des remplacements professionnels des patients en arrêt de travail, des impôts sur le revenu (267) dans la mesure où ces programmes de gestion de la douleur sont centrés sur le retour au travail. Enfin, le groupe permet de réduire les délais de prise en charge des centres spécialisés.

Dans ce contexte, il semble donc aussi intéressant que nécessaire de développer et d'évaluer ce mode de prise en charge dans les centres de la douleur. Pour ce faire, nous avons besoin d'instruments validés, fiables et recommandés de manière internationale. Ces évaluations permettraient la promotion de ce type de prise en charge non pas uniquement pour des arguments médico-économiques, mais bien dans l'éventualité où l'efficacité est prouvée.

Ce travail original s'inscrit dans cette perspective, de part l'actualité économique mais aussi de part le sujet et la méthode employée. En effet, je n'ai pas retrouvé dans mes recherches bibliographiques de revue de la littérature traitant de ce sujet. Cette thèse a été pensée comme pouvant servir de référence à des travaux ultérieurs sur les instruments d'évaluation dont l'hétérogénéité peut dérouter ; la présentation s'est ainsi voulue didactique. Enfin, les mots MeSH choisis ont couvert un grand champ de recherche, pas strictement limité à « therapy group » mais incluant également « patient education as a topic », « group support », et « psychotherapy group », ce qui garantit une inclusion d'études plus large.

Parmi les limites de la méthodologie de ce travail, on compte le biais de publication. En effet, certains instruments d'évaluation ne sont peut-être pas représentés s'ils sont utilisés dans des études aux résultats peu probants qui peuvent ainsi ne pas être publiés. Par ailleurs, cette revue de la littérature ne prend pas en compte les publications antérieures à 1998.

Parmi les limites des résultats de cette thèse, on note l'accessibilité des instruments d'évaluation. Parfois, ils ne sont pas retrouvés, ou n'appartiennent pas au domaine public, d'autres fois encore, ils

ne sont pas disponibles en français, ou pas validés. En outre, les instruments d'évaluation utilisés dans la littérature explorée ne sont pas spécifiquement conçus et validés pour les prises en charge de groupe.

Comme nous pouvons le constater dans ce travail de thèse, les instruments d'évaluation répertoriés au cours de ces 15 dernières années sont particulièrement hétérogènes, aussi bien pour évaluer les prises en charge de groupe des céphalées chroniques, des lombalgies chroniques que des fibromyalgies. Ils sont en moyenne au nombre de 4 à 5 par étude, et évaluent de manière alternative soit l'incapacité, la qualité de vie et la satisfaction par exemple, ou bien l'intensité de la douleur, la déficience et le retentissement psychologique. Il semble que chaque équipe de recherche détermine ses instruments selon ses habitudes professionnelles et les habitudes de son pays. Tout cela rend la comparaison d'efficacité des prises en charge malaisée dans la littérature internationale. L'utilisation standardisée d'instruments d'évaluation facilite le développement de protocole de recherche, encourage le développement de projets multi-centriques au sein desquels les différents centres utilisent les mêmes outils, assure une base pour déterminer les résultats comme significatifs sur le plan clinique, en plus de la compilation des données et de la comparaison des études.

Je vais donc proposer les instruments d'évaluation qui me semblent les plus pertinents en fonction des différentes pathologies et selon le mode d'exercice : en centres spécialisés contre la douleur ou en soins primaires. Nous retiendrons parmi les critères de sélection du choix de ces instruments, les recommandations nationales et internationales, la validation des outils, leurs qualités métrologiques (fiabilité, validité, acceptabilité), leur simplicité, leur brièveté conditionnant leur acceptabilité, et leur disponibilité en langue française.

4.1.1. Recommandations nationales

Dans ses recommandations de bonnes pratiques professionnelles de prise en charge de la douleur chronique (3), l'HAS reconnaît en 2008 la nécessité d'évaluation de l'impact émotionnel de la douleur, des pensées et croyances, du niveau d'activité, de l'utilisation du système de soins et celle du statut professionnel en pratique standard ; et ce, d'après les recommandations britanniques de 2006, destinées aux professionnels exerçant dans les programmes de prise en charge de la douleur chronique (269). Cependant ces recommandations ne précisent pas les outils d'évaluation disponibles et validés que pourraient utiliser les professionnels.

Dans le cadre de la recherche clinique, l'HAS fait référence aux recommandations IMMPACT (Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials) (270). Les critères de jugement recommandés pour la mesure de l'efficacité du traitement de la douleur sont 1/ la douleur (intensité, soulagement), 2/ le fonctionnement physique lié à la douleur, 3/ le fonctionnement affectif (dépression, anxiété), 4/ le niveau d'amélioration et la satisfaction des patients à l'égard de la prise en charge, 5/ les symptômes, les effets secondaires et 6/ la disposition du patient vis-à-vis de la prise en charge. L'HAS stipulait alors dans ses recommandations qu'aucun outil n'était proposé par ce groupe d'experts, se référant à la publication de Turk et al. datant de 2003 (270).

4.1.2. Recommandations internationales

Depuis, Dworkin et al. ont publié de nouvelles recommandations IMMPACT en 2005 (271) et 2008 (272). Le groupe américain « Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials (IMMPACT) », constitué de 35 individus en 2005 provenant d'universités, d'agences gouvernementales, d'associations de patients, et d'industries pharmaceutiques, a donc déterminé les

principaux outils de recherche clinique permettant d'évaluer la douleur dans les essais cliniques en visant le consensus (271). Il n'est pas précisé si ces recommandations concernent les prises en charge individuelles et/ou en groupe.

Puis en 2008, pour plusieurs instruments d'évaluation, le groupe IMMPACT a cherché à établir l'amplitude de variation des scores correspondant à un changement cliniquement important au cours d'essais thérapeutiques de prise en charge de la douleur chronique (272). Ces instruments d'évaluation concernent les 6 domaines cibles sus-cités d'évaluation de la douleur chronique.

Pour évaluer l'intensité de la douleur, les recommandations IMMPACT retiennent l'EN, dont une variation de 1 à 2 points traduit un changement clinique minimale (106).

Pour évaluer le fonctionnement physique, 2 auto-questionnaires sont recommandés : le Multidimensional Pain Inventory (MPI), utilisé 3 fois dans la littérature étudiée dans cette thèse et le Brief Pain Inventory (BPI), également appelé questionnaire concis sur les douleurs en français (Annexe 59b), non utilisé dans les essais répertoriés dans cette thèse. Le MPI est recommandé pour sa brièveté, sa clarté, ses propriétés psychométriques fiables et les nombreuses traductions existantes. Une variation de score de 0,6 point traduit un changement clinique notable. Le BPI, initialement décrit pour évaluer les douleurs cancéreuses, traduit un changement clinique minimale pour une variation de score d'au moins 1 point. La plus utilisée est la forme courte de 9 items. (Annexe 59a)

Pour évaluer le retentissement psychologique, sont recommandés le Beck Depression Inventory (BDI), régulièrement utilisé, et le Profile Of Mood States (POMS), non retrouvé dans la littérature des 15 dernières années sur les prises en charge de groupe en douleurs chroniques. En effet, le POMS est un instrument d'évaluation largement utilisé dans les essais pharmacologiques (273), (274). Les recommandations proposent une variation de 5 points du score total du BDI pour un changement clinique important (275) même si d'autres seuils peuvent se discuter (changement de catégorie de sévérité de dépression ou score < 10). Les études manquent pour déterminer la variation de score du POMS correspondant à un changement clinique notable ; elle serait autour de 10 à 15 points sur le score total (272).

Pour évaluer l'impression globale d'amélioration de la douleur par le patient, il est recommandé d'utiliser la Patient Global Impression of Change scale (PGIC), mentionnée seulement une fois dans la littérature explorée par cette thèse. Cette échelle rend compte de l'opportunité d'intégrer une évaluation globale ; la réponse portant sur le traitement, le soulagement de la douleur, l'amélioration de l'activité et les effets secondaires. La variation « amélioration minimale » correspond à un changement clinique minimale.

Dworkin et al. recommandent qu'au moins 2 de ces approches parmi l'intensité de la douleur, le retentissement fonctionnel, le retentissement psychologique et l'impression d'amélioration (PGIC), soient utilisées afin d'évaluer l'importance clinique de l'amélioration ou de la détérioration de la douleur chronique au cours d'essais cliniques thérapeutiques.

L'évaluation de la satisfaction est conseillée mais nul outil n'est recommandé. Le recueil des symptômes et des effets indésirables est conseillé de manière informelle sur papier libre. Quant à la disposition du patient vis-à-vis de la prise en charge, des informations détaillées sur le recrutement du patient et son évolution au cours de l'essai doivent être notifiées.

En revanche, les recommandations IMMPACT ne font pas mention de l'évaluation des craintes liées à la douleur, des évitements, de la dramatisation, des capacités à faire face (ou

« coping ») et de la qualité de vie. On observe néanmoins dans la littérature de ces 15 dernières années que ces domaines sont particulièrement étudiés, notamment pour les lombalgies chroniques et la fibromyalgie. Là encore, les questionnaires d'évaluation sont multiples, se recoupent et ne sont pas toujours validés ou disponibles en langue française. Parmi ceux utilisés, certains semblent faire référence.

Tout d'abord, le Fear and Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) est un instrument intéressant car pratique, bref (16 items) et disponible en langue française. Il explore les croyances liées à la peur de la douleur et aux conduites d'évitement du mouvement, qui sont classiques chez les patients douloureux chroniques. En effet, il a été démontré qu'une mobilité restreinte liée à une conduite d'évitement, notamment chez les patients lombalgiques chroniques, entraînait une diminution du seuil de la douleur et de sa tolérance (276) et ainsi un maintien des douleurs chroniques (277). Ces conduites d'évitement sont un facteur pronostic dans l'évolution des lombalgies chroniques, comme récemment démontré (278). Les prises en charge pluridisciplinaires de groupe, ayant largement recours aux TCC, sont un moyen efficace de modifier l'appréhension des patients, et ainsi diminuer potentiellement ces conduites d'évitement. Le FABQ, dans la mesure où il se révèle prédictif de l'incapacité du patient (279), me semble pertinent à retenir dans le cadre de cette évaluation.

D'autre part, le degré de catastrophisme ou de dramatisation quant à la douleur ressentie, est démontré comme positivement corrélé et prédictif de l'intensité de la douleur (66), (280), et de l'incapacité résultante (281). En effet, l'augmentation de la vigilance envers la douleur augmente l'intensité de la douleur et cette hypervigilance dépend de la dramatisation (282). Ceci a d'ailleurs été corrélé à l'activité cérébrale ; la dramatisation, indépendamment de l'influence de la dépression, est associée de manière significative à une augmentation d'activité des aires cérébrales liées à l'anticipation de la douleur (cortex médio-frontal, cervelet), à l'attention envers la douleur (cortex cingulaire antérieur, cortex préfrontal dorso-latéral), aux aspects émotionnels de la douleur (claustrum) et aux contrôles moteurs (283). Il paraît intéressant de quantifier la dramatisation au vu des progrès apportés par les prises en charge de groupe par TCC pour la diminuer.

Le questionnaire Pain Catastrophizing Scale (PCS), bref (13 items) et validé, m'apparaît être un outil de choix (66). La sous-échelle du Coping Strategies Questionnaire (CSQ) est aussi largement utilisée (283) même si elle est parfois controversée pour rendre compte de la dramatisation (284). On peut également avoir recours au CSQ dans son intégralité car il permet en outre d'évaluer les capacités de coping du sujet. L'outil, validé, ne contient que 21 items en français contre 50 en anglais. Les capacités de contrôle et de diminution de la douleur sont corrélées à une meilleure adaptation à la douleur chronique tandis que le catastrophisme et l'espoir/prière à une moins bonne adaptation (285). Le Pain Coping Inventory (PCI) existe également pour mesurer les ressources de coping d'un sujet mais il est plus long et ne contient pas de sous-échelle de dramatisation (185).

Enfin, il me semble important d'évaluer la qualité de vie de l'individu souffrant de douleur chronique. La référence en la matière est le SF-36, même s'il s'adresse à une population tout venant (69), (286), (287). Cependant, le SF-36 peut s'avérer long en tant qu'outil d'inclusion ou de suivi clinique. Le SF-12, forme raccourcie du SF-36, est alors un bon compromis lorsque l'évaluation de la qualité de vie n'est pas le seul paramètre d'évaluation de l'étude (286).

On note que les indicateurs retenus par les recommandations IMMPACT sont généraux, en ce sens qu'ils évaluent tout type de douleur chronique. Il existe en outre, des indicateurs spécifiques du type de douleur à évaluer pouvant s'avérer complémentaires.

En ce qui concerne les céphalées, on retient particulièrement l'agenda, très utilisé en clinique

mais aussi en recherche, comme dans la littérature ici étudiée. Dans l'agenda, le patient peut recueillir la fréquence des céphalées, leur intensité (EN), leur durée, ainsi que le recours aux médicaments antalgiques de crise. Ce dernier paramètre permet notamment de détecter l'abus d'antalgiques. L'agenda permet un recueil du 1^{er} domaine cible d'évaluation de Dworkin et al. : l'intensité de la douleur.

Le questionnaire MIDAS est également pertinent dans l'évaluation du retentissement fonctionnel des céphalées. Il est facile d'utilisation car bref et clair ; il est traduit en français. Par ailleurs, les scores obtenus sont hautement corrélés aux jugements des médecins évaluant la douleur, l'incapacité et la nécessité de traitement, suggérant fortement son utilité clinique (288).

En ce qui concerne les lombalgies chroniques, les scores obtenus avec le Roland-Morris Disability Questionnaire (RDQ) sont bien corrélés aux scores obtenus avec d'autres outils de mesure du retentissement fonctionnel, comme l'Oswestry Disability Index (ODI) et la Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS) (289). Le RDQ présente une bonne validité de construit, une bonne cohérence interne, une bonne stabilité et une bonne sensibilité. D'après la validation de Roland et Morris, ce questionnaire est à choisir préférentiellement lorsque des variations rapides de douleur ou des changements rapides de réponse au traitement sont à évaluer (289).

L'ODI est un questionnaire mesurant l'impact fonctionnel, particulièrement utilisé en clinique et en France. Validé, il est rapide à remplir. L'ODI est recommandé pour les patients atteints d'une incapacité sévère persistante alors que le RDQ est davantage adapté aux patients présentant une incapacité légère à modérée (290). En outre l'ODI, contrairement au RDQ, permet aussi d'évaluer le retentissement social et sexuel.

Le QBPDS est un instrument permettant d'évaluer l'incapacité physique et le sommeil. Cependant, elle n'évalue ni la douleur contrairement à l'ODI et du RDQ, ni l'aspect social, ni la vie sexuelle, contrairement à l'ODI. La validité du construit est satisfaisante (289). Il a une haute stabilité et une sensibilité comparable à celle de l'ODI et du RDQ (124). Il est disponible en français mais peu traduit à travers le monde d'où son usage restreint dans la littérature.

En ce qui concerne les fibromyalgies, le Tender Point Index (TPI) semble demeurer un indicateur spécifique de choix mais seulement utilisé en recherche.

En pratique clinique, le recours à un instrument multidimensionnel et pratique est nécessaire. On note sur le plan du retentissement fonctionnel physique spécifique de la fibromyalgie, l'insomnie et la sensation de non repos. Ces 2 composantes sont prises en compte dans le Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), questionnaire spécifique et incontournable des fibromyalgies. Il rend compte de la diversité du retentissement de la fibromyalgie. Il évalue également le retentissement physique et psychique. Il possède une bonne validité de construit. Cet outil à la fois destiné à la pratique clinique et à la recherche, possède en outre une excellente sensibilité aux changements (291). La variation traduisant un changement clinique minime est de 14 points (292). Disponible dans de nombreuses langues, il est rapide à remplir et ainsi largement utilisé dans la littérature scientifique (258).

4.2. Application aux prises en charge de groupe proposées au CETD de Bordeaux

4.2.1. Prise en charge 1 : Groupe d'information sur les migraines et les CAM ,+/- Groupe de parole

4.2.1.1. Présentation de la prise en charge 1

Il s'agit d'un groupe d'information pluridisciplinaire portant sur les migraines et Céphalées par Abus Médicamenteux (CAM), suivi d'un groupe de parole dont la participation est laissée au choix du patient. Cette prise en charge devrait être mise en place à la fin de l'année 2014.

Les intervenants seront un médecin neurologue, une infirmière douleur et une psychologue.

La durée de l'intervention est de 1h30 et le groupe se réunirait 2 fois par an.

Le déroulement de l'intervention est décrit ci-après. Tout d'abord, le médecin et l'infirmière présentent la migraine et les CAM ainsi que les moyens médicamenteux et non-médicamenteux pour améliorer l'état migraineux. Ensuite, la psychologue décrit les aspects psycho-sociaux de la douleur, les mécanismes psychologiques de l'abus médicamenteux et les moyens psychothérapeutiques pour y faire face.

A l'issue de ce groupe d'information des documents explicatifs sont remis au patient afin d'améliorer leur prise en charge. Un groupe de parole autour de la migraine et des céphalées par abus médicamenteux est proposé en complément aux patients désirant un accompagnement plus soutenu.

Ce groupe de parole est animé principalement par la psychologue ; le médecin neurologue et l'infirmière douleur interviendront à deux reprises.

La capacité d'accueil initiale du CETD sera de 2 groupes à raison de 5 sessions d'une durée d'1h00, par an.

La 1^{ère} session a pour objectif la définition du cadre et des règles du groupe, la présentation des participants, les attentes vis-à-vis du groupe et la reprise du groupe d'information. La 2^{ème} session aura pour sujet l'impact de la migraine sur la vie familiale, sociale et professionnelle. La 3^{ème} session approfondira le discours médical, les traitements médicamenteux et non médicamenteux (intervention du médecin neurologue et de l'infirmière douleur). La 4^{ème} session visera le partage des expériences de l'abus médicamenteux et abordera la question du sevrage (participation du médecin neurologue et de l'infirmière douleur). La 5^{ème} session, enfin, clôturera le groupe de parole, et permettra d'échanger sur le ressenti et les objectifs de chacun.

4.2.1.2. Discussion sur les indicateurs pouvant être proposés pour la prise en charge 1

Les instruments d'évaluation pourraient être rassemblés au sein d'un livret, distribué à l'issue de chaque session.

Après ce travail de recherche et de synthèse, l'utilisation de questionnaires spécifiques des céphalées me paraît essentiel. Parmi eux, l'agenda des céphalées est particulièrement adapté. En

plus du recueil quotidien de l'intensité de la douleur (EN) sur la période d'intérêt, il évalue le recours aux antalgiques. Cette donnée est intéressante dans le contexte des CAM. Par ailleurs, le MIDAS questionnaire évaluant le retentissement des céphalées est judicieux pour quantifier l'incapacité du sujet. Le livret d'évaluation de la prise en charge pourrait se poursuivre par le questionnaire rapide de qualité de vie SF-12, d'autant qu'il permet de prendre en compte le retentissement psychologique au travers d'une évaluation de l'anxiété et de la dépression. La question portant sur l'impression globale de changement (PGIC) me semble avoir toute sa place par son acceptabilité et sa pertinence à la fois en recherche et en clinique. Enfin, une question sur la satisfaction de la prise en charge est souhaitable. Ne disposant pas d'outil recommandé, nous pouvons proposer une échelle de Likert à 4 points (1 : pas du tout satisfait, 4 : complètement satisfait).

De cette manière, les recommandations de Dworkin sont respectées avec le recours à l'EN et à la PGIC, mais aussi l'évaluation de la satisfaction.

4.2.2. Prise en charge 2 : La création de masques

4.2.2.1. *Présentation de la prise en charge 2*

Cette prise en charge d'art-thérapie est basée sur la réalisation de masques, dont le but est de figurer tour à tour les émotions du présent (la douleur), celles du passé, du futur, et du noyau identitaire. Elle débutera à la fin de l'année 2014.

Il est mis à disposition des patients du matériel d'arts plastiques comprenant de la peinture, des supports, des crayons, des feutres, de l'encre, etc.

Le déroulement de l'atelier s'articule en 3 temps : accueil des participants, temps de création et temps de discussion.

La psychologue, le psychiatre et l'IDE encadreront 4 séances de 2h30, sur une période de 6 mois.

Cette prise en charge s'adresse à tout patient atteint de douleur chronique, à raison de 7 participants maximum par groupe.

Les critères d'exclusion comprennent toute personne souffrant de douleur aiguë, de trouble de la personnalité ou de psychose non stabilisée.

4.2.2.2. *Discussion sur les indicateurs pouvant être proposés pour la prise en charge 2*

Cette prise en charge s'adressant à tout douloureux chronique, les instruments d'évaluation spécifiques de pathologies ne seront pas privilégiés. Les instruments d'évaluation pourraient être rassemblés au sein d'un livret, distribué à l'issue de chaque session.

Afin de répondre aux recommandations IMMPACT, une mesure de l'intensité de la douleur (EN) ainsi que du retentissement fonctionnel au moyen du BPI, s'adaptant à tout type de douleurs, me paraissent essentiels. Bien qu'absente des recommandations internationales, la SF-12 permettrait d'évaluer la qualité de vie, ainsi que la composante anxieuse et dépressive comme vu précédemment. Notons que si une évaluation plus poussée du retentissement psychologique est nécessaire, la BDI peut être proposée, conformément aux recommandations IMMPACT. Pour finir, la PGIC et l'évaluation de la satisfaction, comme citées précédemment, permettront de compléter l'évaluation de la prise en charge.

4.3. Application en soins primaires

4.3.1. Les enjeux

On entend par « soins primaires » la notion de premier recours médical pour le patient. En effet, les médecins généralistes sont en général les premiers interlocuteurs du patient douloureux. Les prises en charge de groupe ne sont pas courantes en soins primaires en France comme à l'étranger.

La littérature portant sur leur faisabilité et leur coût-efficacité est quasi-inexistante.

Une recherche dans les bases de données PubMed et CISMef avec pour mots-clefs MeSH « Therapy group » AND « primary care » ne permet pas de retrouver d'article pertinent. La base de données CINAHL recensant davantage les prises en charge paramédicales, fournit 2 résultats ad hoc. La publication canadienne récente d'Angeles et al. d'un essai randomisé, contrôlé, évalue la faisabilité de mise en place d'un programme interdisciplinaire de prise en charge de groupe de douleurs chroniques en soins primaires (293). Elle conclut à une efficacité qui demande à être confirmée par de plus amples études. Dans un autre domaine, la publication de Pericàs-Beltran et al. d'un essai randomisé non contrôlé, évalue l'efficacité d'une prise en charge de groupe dispensée par des infirmières en soins primaires, visant le sevrage tabagique et concluant à son efficacité (294).

Aucune recommandation de haut grade ne vient soutenir l'intérêt d'une prise en charge de groupe de patients douloureux chroniques en soins primaires.

Et pourtant, on imagine facilement l'intérêt de leur mise en place en raison de la forte prévalence des douleurs chroniques en Médecine générale. Pour mémoire, la prévalence des douleurs chroniques toutes causes confondues en France a été estimée à 31,7 % en 2004. Des données canadiennes récentes recensent 18,9 % de douleurs chroniques non cancéreuses au sein de la population générale (293). Un médecin généraliste voit en moyenne 45 patients douloureux chroniques par mois ; 83 % consultant pour des douleurs non cancéreuses (295). Les prises en charge de groupe multidisciplinaires visent particulièrement le traitement de ces douleurs chroniques non cancéreuses en soins primaires dans la mesure où les douleurs cancéreuses font en général l'objet de prises en charge hospitalières spécialisées (293). Les prises en charge de groupe des douleurs chroniques non cancéreuses répondraient par conséquent à une demande réelle de soin en médecine générale.

Par ailleurs, les délais d'attente de consultations spécialisées au sein des Centres anti-douleur sont souvent conséquents. Les céphalées, les lombalgies et les fibromyalgies sont les douleurs chroniques associées au risque le plus élevé d'un délai d'attente de plus de 3 mois pour une consultation spécialisée, contrairement aux douleurs cancéreuses (11). Ceci laisse le médecin généraliste en première ligne, face à des patients ayant un recours accru au système de soin du fait de leur syndrome douloureux chronique mal équilibré (11). La mise en œuvre de prise en charge de groupe en soins primaires permettrait, comme cela a été démontré pour les prises en charge de groupe dans les Centres de la douleur (30), d'optimiser le temps médical dédié à ces pathologies et d'améliorer leurs prises en charge. En effet, les prises en charge de groupe offrirait des propositions thérapeutiques alternatives comme la psycho-éducation, les groupes de parole, et la mise en place de TCC de groupe, en complément d'une prise en charge pharmacologique. Ces

alternatives ne peuvent pas être proposées par le médecin généraliste en consultation individuelle. De plus, la mise en place de prise en charge de groupe pluridisciplinaire par le médecin généraliste permettrait un accès à ce type de prise en charge sur l'ensemble du territoire. Les centres spécialisés de la douleur couvrant un bassin de population souvent très large ne sont en effet pas toujours à portée géographique des patients, rendant des prises en charge régulières parfois problématiques.

En terme de faisabilité, le contexte actuel se prête à une réflexion sur la mise en place de ce type de prises en charge. La mise en œuvre de prises en charge de groupe pluridisciplinaires des patients douloureux chroniques pourrait s'inscrire dans la démarche actuelle de création de Maisons de Santé Rurales (MSR) et de regroupement des professionnels de santé, -médecins, infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes-, comme cela tend à s'instaurer pour d'autres pathologies chroniques fréquentes en population générale telles que le diabète ou l'obésité. A titre d'exemple, la MSR de La Réole fait partie des lieux sélectionnés par l'Agence Régionale de Santé pour monter des prises en charge de groupe d'éducation thérapeutique en tant que projets expérimentaux. Ces ateliers ont débuté en mai 2014 et traitent notamment du diabète, de la prévention primaire des maladies cardiovasculaires et de la préparation à la perte de poids.

Sur le plan pratique, les MSR présentent souvent une pièce dédiée aux réunions entre des différents professionnels de santé. Ces locaux peuvent être un lieu adéquat d'accueil des groupes de patients. Un médecin spécialisé en douleur pourrait y monter un projet de prise en charge de groupe à l'aide de différents professionnels volontaires dans le but d'autonomiser rapidement la structure.

4.3.2. Les indicateurs potentiels pour évaluer les prises en charge de groupe en soins primaires

Les instruments d'évaluation pouvant être proposés en soins primaires ne diffèrent pas fondamentalement de ceux des centres spécialisés. En effet, les critères de choix sont la validité, le caractère bref pour favoriser l'acceptabilité, les auto-questionnaires visant une économie du temps médical d'évaluation, et bien sûr la disponibilité en langue française. Les instruments d'évaluation doivent répondre aux mêmes exigences de recommandations de manière à favoriser des études et des publications de qualité.

Les prises en charge pluridisciplinaires de groupe seront spécifiques de la douleur si l'on vise la psycho-éducation et les groupes de parole dans la mesure où il est plus réalisable d'aborder un seul type de douleur.

Nous proposerons ici les instruments d'évaluation des prises en charge de groupe en soins primaires des douleurs chroniques traitées dans cette thèse : les céphalées chroniques, les lombalgies chroniques et les fibromyalgies.

En ce qui concerne les céphalées chroniques, les indicateurs retenus dans la discussion de la prise en charge 1 du CETD (4.2.1.2.) sont superposables à ceux que l'on peut proposer en soins primaires. Pour mémoire, il s'agit de l'EN, de l'agenda des céphalées, du MIDAS, de la SF-12, de la PGIC et d'une question de satisfaction. Notons que l'EQ-5D peut être substitué au SF-12 pour mesurer la qualité de vie puisqu'un item évalue également la composante psychique, qu'il est plus court (5 items) et qu'il est utilisé en soins primaires (197). Le nombre total de questions proposées au patient est de 22 avec le SF-12, 15 avec l'EQ-5D (agenda non compté).

En ce qui concerne les lombalgies chroniques, la mesure de l'intensité de la douleur par l'EN

et la mesure du retentissement fonctionnel paraissent incontournables. Dans le contexte des soins primaires, le RDQ semble le plus adapté puisque spécifique des patients présentant une incapacité légère à modérée (289). Il n'évalue pas le retentissement social ni sexuel en revanche (287). Pour évaluer la qualité de vie, l'EQ-5D peut être un instrument de choix car comme nous l'avons vu plus haut, il est bref et permet d'évaluer le retentissement psychologique. La PGIC et la question de satisfaction sont essentielles, s'inscrivant dans les recommandations IMMPACT. Le nombre total de questions proposées au patient dans ce cas est de 33.

En ce qui concerne les fibromyalgies, le FIQ est un outil pertinent car au-delà de l'évaluation de l'intensité de la douleur, il évalue le retentissement fonctionnel physique ainsi que la qualité de vie. Il dépiste une souffrance psychologique sur 3 items. Le cas échéant, la BDI peut être proposée au vu de la fréquence de la co-morbidité anxiété-dépression. La PGIC et la question de satisfaction sont intéressantes car s'appliquant à tout type de douleur et sont recommandées. Le nombre total de questions proposées au patient dans ce cas est de 12 (BDI non comptée).

Cependant, en attendant le développement des prises en charges de groupe en soins primaires, la consultation individuelle ambulatoire est toujours de mise.

Ce travail de thèse me permet de suggérer un questionnaire par douleur à distribuer en fin de consultation et à remplir par le patient à son domicile. Pour les céphalées chroniques, il s'agit du MIDAS, en seulement 7 questions, complété de l'agenda des céphalées que le médecin généraliste utilise déjà en routine. Pour les lombalgies chroniques, il s'agit du RDQ en 24 items. Enfin, pour les fibromyalgies, il s'agit du FIQ en 10 items.

Si une composante psychologique semble au premier plan, la BDI est l'échelle recommandée (21 items).

Ces questionnaires multidimensionnels rendent compte de l'évolution de manière substantielle des douleurs chroniques au fur et à mesure des consultations, pour laquelle les outils font défaut en médecine générale.

5. Conclusion

La douleur chronique est une affection fréquente et invalidante, aux conséquences multidimensionnelles sur la vie au quotidien. Il n'est pas facile de l'évaluer car de multiples paramètres sont intriqués. Ceci se traduit par une hétérogénéité importante des outils d'évaluation, notamment concernant les prises en charge de groupe des céphalées chroniques, des lombalgies chroniques et des fibromyalgies traitées dans cette revue de la littérature.

Il est en effet recensé, de 1998 à 2013, 122 outils différents évaluant des prises en charge de groupe au cours des 51 essais cliniques randomisés contrôlés retenus.

Or, dans le contexte de crise économique que nous traversons, une bonne évaluation des prises en charge de groupe apparaît comme une priorité, tant leur rapport coût-efficacité semble en leur faveur comparativement à des prises en charges individuelles: réduction des consultations générales et spécialisées, réduction de la consommation de médicaments et retour au travail plus rapide. Néanmoins, peu d'études à ce jour ont évalué leur efficacité ; ces études avaient des effectifs réduits et des outils d'évaluation très hétérogènes. Des études coût-efficacité supplémentaires seraient par ailleurs nécessaires pour confirmer les bénéfices financiers de ces prises en charge. L'harmonisation des outils utilisés permettrait une compilation des données, une comparaison des études, et faciliterait l'élaboration de protocoles de recherche comme de recommandations de bonne pratique.

Les centres anti-douleur semblent un lieu privilégié pour la mise en place et l'évaluation des prises en charge de groupe, bénéficiant du personnel pluridisciplinaire et spécialisé médical (neurologue, rhumatologue, psychiatre) et paramédical (infirmières, psychologues, kinésithérapeutes).

Les outils proposés en synthèse dans la discussion suivent les dernières recommandations internationales de 2008 et répondent aux critères de validation, de qualités métrologiques, de brièveté et de disponibilité en langue française.

Rappelons que ces outils sont au service des dimensions qu'ils évaluent, au nombre de 4 selon les recommandations internationales. Il s'agit de l'intensité de la douleur mesurée par l'Echelle Numérique (EN), du retentissement fonctionnel physique mesuré par le Brief Pain Inventory (BPI), du retentissement psychologique mesuré par la Beck Depression Inventory (BDI), et l'impression globale de changement ressentie par le patient mesurée par la Patient Global Impression of Change (PGIC). Il est recommandé l'évaluation de 2 de ces dimensions au minimum.

Les recommandations internationales ne retiennent pas d'autres dimensions, qui sont pourtant fréquemment prises en compte dans les études.

En effet, si l'évaluation de l'évolution des craintes et des croyances du patient s'avère pertinente comme par exemple au sein des prises en charge de groupe par thérapie cognitivo-comportementales, il est conseillé d'avoir recours au Fear and Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ, 16 items). Le rapport à la dramatisation que le patient entretient avec sa maladie peut être évalué simplement à l'aide du Pain Catastrophizing Scale (PCS, 13 items). Le développement des capacités à faire face à la douleur s'évalue avec le Coping Strategies Questionnaire (CSQ, 21 items). Enfin, la qualité de vie s'évalue avec la Medical Outcome Study-Short Form Health Survey 12 items (SF-12), outil complet puisqu'il permet d'évaluer le retentissement physique, psychique mais aussi les conséquences sur les activités sociales et sexuelles.

Qu'il s'agisse d'une prise en charge en centre anti-douleur ou en soins primaires, il semble

intéressant de coupler les outils proposés dans les recommandations internationales à certains outils phares, spécifiques d'un type de douleur. On retient à ce titre l'agenda des céphalées et le Migraine Disability Assessment Scale (MIDAS) pour l'évaluation des céphalées chroniques, le Roland-Morris Disability Questionnaire (RDQ) ou l'Oswestry Disability Index (ODI) pour l'évaluation des lombalgies chroniques et le Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) pour l'évaluation des fibromyalgies.

L'Oswestry Disability Index (ODI) est davantage réservé à une utilisation en centre anti-douleur dans la mesure où il est plus précis dans l'évaluation des lombalgies à incapacité sévère. Il évalue en outre le retentissement social et sexuel.

Pour une utilisation en soins primaires, on retiendra davantage le Roland-Morris Disability Questionnaire (RDQ), plus spécifique des lombalgies entraînant une incapacité modérée. Si une évaluation de la qualité de vie est nécessaire, l'Euro-Quality of Life Health Index (EQ-5D, 5 items) peut aisément remplacer la Medical Outcome Study-Short Form Health Survey 12 items (SF-12), étant plus bref et ayant fait la preuve de sa pertinence en soins primaires.

Les prises en charge de groupe en douleur chronique sont plus que jamais d'actualité, et leur développement doit se multiplier aussi bien dans les centres spécialisés en douleur qu'en soins primaires.

Au-delà du bénéfice financier escompté, ce type de prise en charge permet au patient de rencontrer l'autre souffrant, d'échanger avec lui, de rompre la solitude et de bénéficier de thérapeutiques non médicamenteuses.

6. Références bibliographiques

1. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Force on taxonomy of the international association for the study of pain. IASP. Seattle; 1994.
2. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. ANAES; 1999.
3. Haute Autorité en Santé. Douleur chronique: reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et l'orienter. HAS; 2008.
4. Fishbain DA. The association of chronic pain and suicide. *Semin Clin Neuropsychiatry*. 1999;4(3):221–7.
5. Dickens C, McGowan L, Clark-Carter D, Creed F. Depression in rheumatoid arthritis: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosom Med*. 2002;64(1):52–60.
6. Johannes CB, Le TK, Zhou X, Johnston JA, Dworkin RH. The prevalence of chronic pain in United States adults: results of an Internet-based survey. *J Pain Off J Am Pain Soc*. 2010;11(11):1230–9.
7. Harstall C, Ospina M. How prevalent is chronic pain? [Pain Clinical Updates]. *IASP Newsl*. 2003;11(2):1–4.
8. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*. 2008;136(3):380–7.
9. Ministère de la Santé et de la Solidarité. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. Paris: Ministère de la Santé et de la Solidarité; 2006.
10. Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France - Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. Paris: DRESS; 2008 p. 142–3.
11. Haute Autorité en Santé. Douleur chronique: les aspects organisationnels. Le point de vue des structures spécialisées. HAS; 2009.
12. Henry P, Auray JP, Gaudin AF, Dartigues JF, Duru G, Lantéri-Minet M, et al. Prevalence and clinical characteristics of migraine in France. *Neurology*. 2002;59(2):232–7.
13. Lantéri-Minet M, Auray J-P, El Hasnaoui A, Dartigues J-F, Duru G, Henry P, et al. Prevalence and description of chronic daily headache in the general population in France. *Pain*. 2003;102(1-2):143–9.
14. Lantéri-Minet M. [Headache associated with mis-use of analgesics]. *Rev Neurol (Paris)*. 2005;161(6-7):725–8.
15. Kropp P, Gerber WD, Keinath-Specht A, Kopal T, Niederberger U. Behavioral treatment in migraine. Cognitive-behavioral therapy and blood-volume-pulse biofeedback: a cross-over study with a two-year follow-up. *Funct Neurol*. 1997;12(1):17–24.
16. Nash JM, Park ER, Walker BB, Gordon N, Nicholson RA. Cognitive-Behavioral Group Treatment for Disabling Headache. *Pain Med*. 2004;5(2):178–86.
17. Rains JC, Penzien DB, McCrory DC, Gray RN. Behavioral headache treatment: history, review of the empirical literature, and methodological critique. *Headache J Head Face Pain*. 2005;45(s2):S92–S109.
18. Andrasik F. What does the evidence show? Efficacy of behavioural treatments for recurrent headaches in adults. *Neurol Sci Off J Ital Neurol Soc Ital Soc Clin Neurophysiol*. 2007;28 Suppl 2:S70–77.
19. Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behav Ther*. 2004;(35):639–65.
20. Veehof MM, Oskam M-J, Schreurs KMG, Bohlmeijer ET. Acceptance-based interventions for the treatment of

- chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2011;152(3):533–42.
21. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et l'enfant- Aspects cliniques et économiques. ANAES; 2002.
 22. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Céphalée Chronique Quotidienne: diagnostic, rôle de l'abus médicamenteux et prise en charge. ANAES; 2004.
 23. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgies chroniques. ANAES; 2000.
 24. Rossignol M, Rozenberg S, Leclerc A. Epidemiology of low back pain: what's new? *Jt Bone Spine Rev Rhum*. 2009;76(6):608–13.
 25. Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Bombardier C, Koes BW. Back schools for nonspecific low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine*. 2005;30(19):2153–63.
 26. McKenzie R, May S. *The Lumbar Spine Mechanical Diagnosis and Therapy*. Spinal Publications. Waikanae; New Zealand; 2003.
 27. Machado LAC, de Souza M von S, Ferreira PH, Ferreira ML. The McKenzie method for low back pain: a systematic review of the literature with a meta-analysis approach. *Spine*. 2006;31(9):E254–262.
 28. Ospina M, Bond T, Karkhaneh M. *Meditation Practices for Health: State of the Research*. Rockville, MD: Agency for Healthcare research and Quality; 2007 p. 10. Report No.: 155.
 29. Frost H, Moffett JAK, Moser JS, Fairbank JC. Randomised controlled trial for evaluation of fitness programme for patients with chronic low back pain. *BMJ*. 1995;310(6973):151.
 30. Airaksinen O, Brox JJ, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klüber-Moffett J, Kovacs F, et al. Chapter 4 European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*. 2006;15(S2):s192–s300.
 31. Haute Autorité en Santé. *Syndrome fibromyalgique de l'adulte*. France: HAS; 2010.
 32. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum*. 1990;33(2):160–72.
 33. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M-A, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res*. 2010;62(5):600–10.
 34. Menkès C, Godeau P. *La fibromyalgie*. Académie Nationale de Médecine; 2007 p. 143–8. Report No.: 1.
 35. Perrot S, Vicaut E, Servant D, Ravaud P. Prevalence of fibromyalgia in France: a multi-step study research combining national screening and clinical confirmation: The DEFI study (Determination of Epidemiology of Fibromyalgia). *BMC Musculoskelet Disord*. 2011;12(1):224.
 36. Branco JC, Bannwarth B, Failde I, Abello Carbonell J, Blotman F, Spaeth M, et al. Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries. *Semin Arthritis Rheum*. 2010;39(6):448–53.
 37. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum*. 1995;38(1):19–28.
 38. Kabat-Zinn J, Lipworth L, Burney R. The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *J Behav Med*. 1985;8(2):163–90.
 39. Ehrlich I, Humeau Y, Grenier F, Ciocchi S, Herry C, Lüthi A. Amygdala inhibitory circuits and the control of fear memory. *Neuron*. 2009;62(6):757–71.

40. Paré D, Quirk GJ, Ledoux JE. New Vistas on Amygdala Networks in Conditioned Fear. *J Neurophysiol.* 2004;92(1):1–9.
41. Gupta A. Unconscious amygdalar fear conditioning in a subset of chronic fatigue syndrome patients. *Med Hypotheses.* 2002;59(6):727–35.
42. Kihlstrom J. Hypnosis. *Annu Rev Psychol.* 1985;(36):385–418.
43. Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, Blotman F, Branco JC, Buskila D, et al. EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis.* 2008;67(4):536–41.
44. Wall and Melzack's Textbook of Pain. Sixth edition. Philadelphia: Stephen B. McMahon, Martin Koltzenburg, Irene Tracey, Dennis C. Turk;
45. Matchar DB, Harpole L, Samsa GP, Jurgelski A, Lipton RB, Silberstein SD, et al. The Headache Management Trial: A Randomized Study of Coordinated Care. *Headache J Head Face Pain.* 2008;48(9):1294–310.
46. Mo'tamedi H, Rezaeiaram P, Tavallaie A. The Effectiveness of a Group-Based Acceptance and Commitment Additive Therapy on Rehabilitation of Female Outpatients With Chronic Headache: Preliminary Findings Reducing 3 Dimensions of Headache Impact. *Headache J Head Face Pain.* 2012;52(7):1106–19.
47. Rothrock JF, Parada VA, Sims C, Key K, Walters NS, Zweifler RM. The Impact of Intensive Patient Education on Clinical Outcome in a Clinic-Based Migraine Population. *Headache J Head Face Pain.* 2006;46(5):726–31.
48. Thorn BE, Pence LB, Ward LC, Kilgo G, Clements KL, Cross TH, et al. A randomized clinical trial of targeted cognitive behavioral treatment to reduce catastrophizing in chronic headache sufferers. *J Pain Off J Am Pain Soc.* 2007;8(12):938–49.
49. Melzack R. The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain.* 1987;30(2):191–7.
50. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain.* 1975;1(3):277–99.
51. Melzack R, Katz J. "The McGill Pain Questionnaire: Appraisal and current status." *Handbook of Pain Measurement.* 2nd edition. Guilford Press; 2001. p. 35–52.
52. Boureau F, Luu M, Doubrère JF. Comparative study of the validity of four French McGill Pain Questionnaire (MPQ) versions. *Pain.* 1992;50(1):59–65.
53. Stewart WF, Lipton RB, Dowson AJ, Sawyer J. Development and testing of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire to assess headache-related disability. *Neurology.* 2001;56(6 Suppl 1):S20–28.
54. Lanteri-Minet M, Alchaar H, Besson G. The migraine disability assessment (MIDAS) questionnaire: reliability of the French version. *Cephalalgia.* 2003;23:750.
55. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961;4:561–71.
56. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II Manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
57. Osman A, Barrios FX, Gutierrez PM, Williams JE, Bailey J. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II in nonclinical adolescent samples. *J Clin Psychol.* 2008;64(1):83–102.
58. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess.* 1996;67(3):588–97.
59. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606–13.
60. Spielberger, C.D., Gorsuch RL, Luschene RE, Vagg RK, Jacobs GA. State-Trait Anxiety Inventory for Adults.

Consulting Psychologists. Palo Alto;

61. Spielberger CD, Gorsuch RL, Vagg RK, Jacobs GA. State-Trait Anxiety Inventory for Adults. 1983.
62. Spielberger CD. Manual for the State Trait Anxiety Inventory STAI (Form Y). Mind Garden. Palo Alto; 1983.
63. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(6):893–7.
64. Freeston MH, Ladouceur R, Thibodeau N, Gagnon F, Rhéaume J. [The Beck Anxiety Inventory. Psychometric properties of a French translation]. *L'Encéphale*. 1994;20(1):47–55.
65. McCracken LM, Zayfert C, Gross RT. The Pain Anxiety Symptoms Scale: development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain*. 1992;50(1):67–73.
66. Sullivan MJ, Bishop SR, Pivik J. The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychol Assess*. 1995;7(4):524.
67. Sullivan MJ, Stanish W, Waite H, Sullivan M, Tripp DA. Catastrophizing, pain, and disability in patients with soft-tissue injuries. *Pain*. 1998;77(3):253–60.
68. French DJ, Holroyd KA, Pinell C, Malinoski PT, O'Donnell F, Hill KR. Perceived self-efficacy and headache-related disability. *Headache*. 2000;40(8):647–56.
69. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473–83.
70. Ware JE Jr, Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *J Clin Epidemiol*. 1998;51(11):903–12.
71. Perneger TV, Leplège A, Etter JF, Rougemont A. Validation of a French-language version of the MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) in young healthy adults. *J Clin Epidemiol*. 1995;48(8):1051–60.
72. Abbasi M, Dehghani M, Keefe FJ, Jafari H, Behtash H, Shams J. Spouse-assisted training in pain coping skills and the outcome of multidisciplinary pain management for chronic low back pain treatment: a 1-year randomized controlled trial. *Eur J Pain Lond Engl*. 2012;16(7):1033–43.
73. Albaladejo C, Kovacs FM, Royuela A, del Pino R, Zamora J, Spanish Back Pain Research Network. The efficacy of a short education program and a short physiotherapy program for treating low back pain in primary care: a cluster randomized trial. *Spine*. 2010;35(5):483–96.
74. Bendix AF, Bendix T, Labriola M, Boekgaard P. Functional restoration for chronic low back pain. Two-year follow-up of two randomized clinical trials. *Spine*. 1998;23(6):717–25.
75. Cambron JA, Gudavalli MR, Hedeker D, McGregor M, Jedlicka J, Keenum M, et al. One-year follow-up of a randomized clinical trial comparing flexion distraction with an exercise program for chronic low-back pain. *J Altern Complement Med N Y N*. 2006;12(7):659–68.
76. Cox H, Tilbrook H, Aplin J, Semlyen A, Torgerson D, Trehwela A, et al. A randomised controlled trial of yoga for the treatment of chronic low back pain: results of a pilot study. *Complement Ther Clin Pract*. 2010;16(4):187–93.
77. Critchley DJ, Ratcliffe J, Noonan S, Jones RH, Hurley MV. Effectiveness and cost-effectiveness of three types of physiotherapy used to reduce chronic low back pain disability: a pragmatic randomized trial with economic evaluation. *Spine*. 2007;32(14):1474–81.
78. Dufour N, Thamsborg G, Oefeldt A, Lundsgaard C, Stender S. Treatment of chronic low back pain: a randomized, clinical trial comparing group-based multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation and intensive individual therapist-assisted back muscle strengthening exercises. *Spine*. 2010;35(5):469–76.

79. Ferreira ML, Ferreira PH, Latimer J, Herbert RD, Hodges PW, Jennings MD, et al. Comparison of general exercise, motor control exercise and spinal manipulative therapy for chronic low back pain: A randomized trial. *Pain*. 2007;131(1-2):31–7.
80. Frost H, Lamb SE, Kluber Moffett JA, Fairbank JC, Moser JS. A fitness programme for patients with chronic low back pain: 2-year follow-up of a randomised controlled trial. *Pain*. 1998;75(2-3):273–9.
81. Geisser ME, Wiggert EA, Haig AJ, Colwell MO. A randomized controlled trial of manual therapy and specific adjuvant exercise for chronic low back pain. *Clin J Pain*. 2005;21(6):463–70.
82. Jousset N, Fanello S, Bontoux L, Dubus V, Billabert C, Vielle B, et al. Effects of functional restoration versus 3 hours per week physical therapy: a randomized controlled study. *Spine*. 2004;29(5):487–93.
83. Kääpä EH, Frantsi K, Sarna S, Malmivaara A. Multidisciplinary group rehabilitation versus individual physiotherapy for chronic nonspecific low back pain: a randomized trial. *Spine*. 2006;31(4):371–6.
84. Kankaanpää M, Taimela S, Airaksinen O, Hänninen O. The efficacy of active rehabilitation in chronic low back pain. Effect on pain intensity, self-experienced disability, and lumbar fatigability. *Spine*. 1999;24(10):1034–42.
85. Lamb SE, Hansen Z, Lall R, Castelnuovo E, Withers EJ, Nichols V, et al. Group cognitive behavioural treatment for low-back pain in primary care: a randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Lancet*. 2010;375(9718):916–23.
86. Mannion AF, Müntener M, Taimela S, Dvorak J. Comparison of three active therapies for chronic low back pain: results of a randomized clinical trial with one-year follow-up. *Rheumatol Oxf Engl*. 2001;40(7):772–8.
87. Maul I, Laubli T, Oliveri M, Krueger H. Long-term effects of supervised physical training in secondary prevention of low back pain. *Eur Spine J*. 2005;14(6):599–611.
88. Moffett JK, Torgerson D, Bell-Syer S, Jackson D, Llewlyn-Phillips H, Farrin A, et al. Randomised controlled trial of exercise for low back pain: clinical outcomes, costs, and preferences. *BMJ*. 1999;319(7205):279.
89. Morone NE, Rollman BL, Moore CG, Qin L, Weiner DK. A Mind-Body Program for Older Adults with Chronic Low Back Pain: Results of a Pilot Study. *Pain Med Malden Mass*. 2009;10(8):1395–407.
90. Morone G, Paolucci T, Alcuri MR, Vulpiani MC, Matano A, Bureca I, et al. Quality of life improved by multidisciplinary back school program in patients with chronic non-specific low back pain: a single blind randomized controlled trial. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2011;47(4):533–41.
91. Narciso Garcia Alessandra, Costa L, Menezes, Tatiane, Francine, Navarro Cyrillo Fábio, Alqualo Costa Renata, et al. Effectiveness of Back School Versus McKenzie Exercises in Patients With Chronic Nonspecific Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial. *Phys Ther*. 2013;93(6):729–47.
92. Roche G, Ponthieux A, Parot-Shinkel E, Jousset N, Bontoux L, Dubus V, et al. Comparison of a functional restoration program with active individual physical therapy for patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil*. 2007;88(10):1229–35.
93. Roche-Leboucher G, Petit-Lemanac'h A, Bontoux L, Dubus-Bausière V, Parot-Shinkel E, Fanello S, et al. Multidisciplinary intensive functional restoration versus outpatient active physiotherapy in chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Spine*. 2011;36(26):2235–42.
94. Ryan CG, Gray HG, Newton M, Granat MH. Pain biology education and exercise classes compared to pain biology education alone for individuals with chronic low back pain: A pilot randomised controlled trial. *Man Ther*. 2010;15(4):382–7.
95. Sherman KJ, Cherkin DC, Wellman RD, Cook AJ, Hawkes RJ, Delaney K, et al. A Randomized Trial Comparing Yoga, Stretching, and a Self-care Book for Chronic Low Back Pain. *Arch Intern Med*. 2011;171(22):2019–26.

96. Smeets RJEM, Vlaeyen JWS, Hidding A, Kester ADM, van der Heijden GJMG, van Geel ACM, et al. Active rehabilitation for chronic low back pain: cognitive-behavioral, physical, or both? First direct post-treatment results from a randomized controlled trial [ISRCTN22714229]. *BMC Musculoskelet Disord.* 2006;7:5.
97. Tavafian SS, Jamshidi A, Mohammad K, Montazeri A. Low back pain education and short term quality of life: a randomized trial. *BMC Musculoskelet Disord.* 2007;8:21.
98. Tavafian SS, Jamshidi AR, Mohammad K. Treatment of chronic low back pain: a randomized clinical trial comparing multidisciplinary group-based rehabilitation program and oral drug treatment with oral drug treatment alone. *Clin J Pain.* 2011;27(9):811–8.
99. Torstensen TA, Meen HD, Ljunggren AE, Odland E, Mowinckel P, Geijerstam S. Efficiency and costs of medical exercise therapy, conventional physiotherapy, and self-exercise in patients with chronic low back pain. A pragmatic, randomized, single-blinded, controlled trial with 1-year follow-up. *Spine.* 1998;23(23):2616–24.
100. Unsgaard-Tøndel M, Fladmark AM, Salvesen Ø, Vasseljen O. Motor Control Exercises, Sling Exercises, and General Exercises for Patients With Chronic Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial With 1-Year Follow-up. *Phys Ther.* 2010;90(10):1426–40.
101. Van der Roer N, van Tulder M, Barendse J, Knol D, van Mechelen W, de Vet H. Intensive group training protocol versus guideline physiotherapy for patients with chronic low back pain: a randomised controlled trial. *Eur Spine J.* 2008;17(9):1193–200.
102. Vibe Fersum K, O’Sullivan P, Skouen JS, Smith A, Kvåle A. Efficacy of classification-based cognitive functional therapy in patients with non-specific chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Eur J Pain Lond Engl.* 2013;17(6):916–28.
103. Williams KA, Petronis J, Smith D, Goodrich D, Wu J, Ravi N, et al. Effect of Iyengar yoga therapy for chronic low back pain. *Pain.* 2005;115(1-2):107–17.
104. Williams K, Abildso C, Steinberg L, Doyle E, Epstein B, Smith D, et al. Evaluation of the effectiveness and efficacy of Iyengar yoga therapy on chronic low back pain. *Spine.* 2009;34(19):2066–76.
105. Hjermstad MJ, Fayers PM, Haugen DF, Caraceni A, Hanks GW, Loge JH, et al. Studies Comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for Assessment of Pain Intensity in Adults: A Systematic Literature Review. *J Pain Symptom Manage.* 2011;41(6):1073–93.
106. Farrar JT, Young JP Jr, LaMoreaux L, Werth JL, Poole RM. Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. *Pain.* 2001;94(2):149–58.
107. Beurskens AJ, de Vet HC, Köke AJ, Lindeman E, van der Heijden GJ, Regtop W, et al. A patient-specific approach for measuring functional status in low back pain. *J Manipulative Physiol Ther.* 1999;22(3):144–8.
108. Roland M, Morris R. A study of the natural history of back pain. Part I: development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain. *Spine.* 1983;8(2):141–4.
109. Bombardier C, Hayden J, Beaton DE. Minimal clinically important difference. Low back pain: outcome measures. *J Rheumatol.* 2001;28(2):431–8.
110. Coste J, Le Parc JM, Berge E, Delecoeuillerie G, Paolaggi JB. [French validation of a disability rating scale for the evaluation of low back pain (EIFEL questionnaire)]. *Rev Rhum Ed Fr* 1993. 1993;60(5):335–41.
111. Fairbank JC, Couper J, Davies JB, O’Brien JP. The Oswestry low back pain disability questionnaire. *Physiotherapy.* 1980;66(8):271–3.
112. Fairbank JC, Pynsent PB. The Oswestry Disability Index. *Spine.* 2000;25(22):2940–2952; discussion 2952.
113. Baker D, Pynsent P, Fairbank J. The Oswestry Disability Index revised: its reliability, repeatability and validity, and a comparison with the St Thomas Disability Index. *Back Pain New Approaches to Rehabilitation and Education.* Manchester University Press. Manchester, United Kingdom: Roland MO, Jenner JR; 1990. p. 175–81.

114. Vogler D, Paillex R, Norberg M, de Goumoëns P, Cabri J. [Cross-cultural validation of the Oswestry disability index in French]. *Ann Réadapt Médecine Phys Rev Sci Société Fr Rééduc Fonct Réadapt Médecine Phys*. 2008;51(5):379–85.
115. Perret C, Poiraudeau S, Fermanian J, Colau MM, Benhamou MA, Revel M. Validity, reliability, and responsiveness of the fingertip-to-floor test. *Arch Phys Med Rehabil*. 2001;82(11):1566–70.
116. Gauvin MG, Riddle DL, Rothstein JM. Reliability of clinical measurements of forward bending using the modified fingertip-to-floor method. *Phys Ther*. 1990;70(7):443–7.
117. Keeley J, Mayer TG, Cox R, Gatchel RJ, Smith J, Mooney V. Quantification of lumbar function. Part 5: Reliability of range-of-motion measures in the sagittal plane and an in vivo torso rotation measurement technique. *Spine*. 1986;11(1):31–5.
118. Mayer TG, Tencer AF, Kristoferson S, Mooney V. Use of noninvasive techniques for quantification of spinal range-of-motion in normal subjects and chronic low-back dysfunction patients. *Spine*. 1984;9(6):588–95.
119. Adams MA, Dolan P, Marx C, Hutton WC. An electronic inclinometer technique for measuring lumbar curvature. *Clin Biomech Bristol Avon*. 1986;1(3):130–4.
120. Mayer TG, Kondraske G, Beals SB, Gatchel RJ. Spinal range of motion. Accuracy and sources of error with inclinometric measurement. *Spine*. 1997;22(17):1976–84.
121. Ito T, Shirado O, Suzuki H, Takahashi M, Kaneda K, Strax TE. Lumbar trunk muscle endurance testing: an inexpensive alternative to a machine for evaluation. *Arch Phys Med Rehabil*. 1996;77(1):75–9.
122. Mayer TG, Barnes D, Nichols G, Kishino ND, Coval K, Piel B, et al. Progressive isoinertial lifting evaluation. II. A comparison with isokinetic lifting in a disabled chronic low-back pain industrial population. *Spine*. 1988;13(9):998–1002.
123. Mayer TG, Barnes D, Kishino ND, Nichols G, Gatchel RJ, Mayer H, et al. Progressive isoinertial lifting evaluation. I. A standardized protocol and normative database. *Spine*. 1988;13(9):993–7.
124. Kopec JA, Esdaile JM, Abrahamowicz M, Abenhaim L, Wood-Dauphinee S, Lamping DL, et al. The Quebec Back Pain Disability Scale. Measurement properties. *Spine*. 1995;20(3):341–52.
125. Calmels P, Béthoux F, Condemine A, Fayolle-Minon I. [Low back pain disability assessment tools]. *Ann Réadapt Médecine Phys Rev Sci Société Fr Rééduc Fonct Réadapt Médecine Phys*. 2005;48(6):288–97.
126. Biering-Sørensen F. Physical measurements as risk indicators for low-back trouble over a one-year period. *Spine*. 1984;9(2):106–19.
127. Ruta DA, Garratt AM, Wardlaw D, Russell IT. Developing a valid and reliable measure of health outcome for patients with low back pain. *Spine*. 1994;19(17):1887–96.
128. Simmonds MJ, Olson SL, Jones S, Hussein T, Lee CE, Novy D, et al. Psychometric characteristics and clinical usefulness of physical performance tests in patients with low back pain. *Spine*. 1998;23(22):2412–21.
129. Pollard CA. Preliminary validity study of the pain disability index. *Percept Mot Skills*. 1984;59(3):974.
130. Gauthier N, Thibault P, Adams H, Sullivan MJL. Validation of a French-Canadian version of the Pain Disability Index. *Pain Res Manag J Can Pain Soc J Société Can Pour Trait Douleur*. 2008;13(4):327–33.
131. Waddell G, Main CJ. Assessment of severity in low-back disorders. *Spine*. 1984;9(2):204–8.
132. Pollock M, Wilmore J, Fox S. Exercise in health and disease. Evaluation and prescription for prevention and rehabilitation. Saunders. Philadelphia; 1984.
133. Bussmann JB, Stam HJ. Techniques for measurement and assessment of mobility in rehabilitation: a theoretical approach. *Clin Rehabil*. 1998;12(6):455–64.

134. Walker DJ, Heslop PS, Kay LJ, Chandler C. Spontaneous ambulatory activity as a quantifiable outcome measure for osteoarthritis of the knee. *Br J Rheumatol*. 1998;37(9):969–71.
135. Grant PM, Ryan CG, Tigbe WW, Granat MH. The validation of a novel activity monitor in the measurement of posture and motion during everyday activities. *Br J Sports Med*. 2006;40(12):992–7.
136. Ryan CG, Grant PM, Dall PM, Gray H, Newton M, Granat MH. Individuals with chronic low back pain have a lower level, and an altered pattern, of physical activity compared with matched controls: an observational study. *Aust J Physiother*. 2009;55(1):53–8.
137. Mayer TG, Smith SS, Keeley J, Mooney V. Quantification of lumbar function. Part 2: Sagittal plane trunk strength in chronic low-back pain patients. *Spine*. 1985;10(8):765–72.
138. Geenman P. Principles of manual medicine. 2nd edition. Baltimore: Williams and Wilkins; 1996.
139. Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ, Dworkin SF. Grading the severity of chronic pain. *Pain*. 1992;50(2):133–49.
140. Underwood MR, Barnett AG, Vickers MR. Evaluation of two time-specific back pain outcome measures. *Spine*. 1999;24(11):1104–12.
141. Kerns RD, Turk DC, Rudy TE. The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*. 1985;23(4):345–56.
142. Bergström, Jensen, Linton, Nygren. A psychometric evaluation of the Swedish version of the Multidimensional Pain Inventory (MPI-S): a gender differentiated evaluation. *Eur J Pain Lond Engl*. 1999;3(3):261–73.
143. Laliberté S, Lamoureux J, Sullivan MJL, Miller J-M, Charron J, Bouthillier D. French translation of the Multidimensional Pain Inventory: L'inventaire multidimensionnel de la douleur. *Pain Res Manag J Can Pain Soc J Société Can Pour Trait Douleur*. 2008;13(6):497–505.
144. Westaway MD, Stratford PW, Binkley JM. The patient-specific functional scale: validation of its use in persons with neck dysfunction. *J Orthop Sports Phys Ther*. 1998;27(5):331–8.
145. Sherman KJ, Hawkes RJ, Ichikawa L, Cherkin DC, Deyo RA, Avins AL, et al. Comparing recruitment strategies in a study of acupuncture for chronic back pain. *BMC Med Res Methodol*. 2009;9:69.
146. Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1993.
147. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*. 1988;8(1):77–100.
148. Delay J, Pichot P, Lempérière T, Mirouze R. [The nosology of depressive states. Relation between etiology and semeiology. Results of Beck's questionnaire]. *L'Encéphale*. 1963;52:497–504.
149. Cottraux J. Evaluation clinique et psychométrique des états dépressifs. Neuilly-sur-Seine; 76 p.
150. Lovibond S, Lovibond P. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (DASS). Kensington, New South Wales: University of New South Wales: Psychology Foundation Monograph; 1995.
151. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*. 1995;33(3):335–43.
152. Salokangas RK, Poutanen O, Stengård E. Screening for depression in primary care. Development and validation of the Depression Scale, a screening instrument for depression. *Acta Psychiatr Scand*. 1995;92(1):10–6.
153. Poutanen O, Koivisto A-M, Kääriä S, Salokangas RKR. The validity of the Depression Scale (DEPS) to assess the severity of depression in primary care patients. *Fam Pract*. 2010;27(5):527–34.

154. Main CJ. The Modified Somatic Perception Questionnaire (MSPQ). *J Psychosom Res.* 1983;27(6):503–14.
155. Zung W. A self-rated depression scale. *Arch Gen Psychiat.* 1964;(32):63–70.
156. Main CJ, Wood PL, Hollis S, Spanswick CC, Waddell G. The Distress and Risk Assessment Method. A simple patient classification to identify distress and evaluate the risk of poor outcome. *Spine.* 1992;17(1):42–52.
157. Greenough CG, Fraser RD. Comparison of eight psychometric instruments in unselected patients with back pain. *Spine.* 1991;16(9):1068–74.
158. Parloff MB, Kelman HC, Frank JD. Comfort, effectiveness, and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy. *Am J Psychiatry.* 1954;111(5):343–52.
159. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL). A measure of primary symptom dimensions. *Mod Probl Pharmacopsychiatry.* 1974;7(0):79–110.
160. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361–70.
161. Herrmann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale--a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res.* 1997;42(1):17–41.
162. Lépine JP, Godchau M, Brun P, Lempérière T. [Evaluation of anxiety and depression among patients hospitalized on an internal medicine service]. *Ann Méd-Psychol.* 1985;143(2):175–89.
163. Lépine JP, Godchau M, Brun P. Anxiety and depression in inpatients. *Lancet.* 1985;2(8469-70):1425–6.
164. Kori S, Miller R, Todd D. Kinesiophobia: a new view of chronic pain behaviour. *Pain Management.* 1990;35–42.
165. Vlaeyen JW, Kole-Snijders AM, Boeren RG, van Eek H. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain.* 1995;62(3):363–72.
166. Carter-Sand S, Clark M, Gironda R. Validity of the Abbreviated Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK) subscales. (unpublished study); 2003.
167. Cohen B, Clark M, Gironda R. Assessing Fear of (re) injury among chronic pain patients: Revision of the Tampa Scale of Kinesiophobia. (unpublished). Poster presentation presented at: 22nd Annual Meeting of the American Pain Society; 2003; Chicago, IL.
168. French DJ, France CR, Vigneau F, French JA, Evans RT. Fear of movement/(re)injury in chronic pain: A psychometric assessment of the original English version of the Tampa scale for kinesiophobia (TSK). *Pain.* 2007;127(1–2):42–51.
169. French DJ, Roach PJ, Mayes S. Peur du mouvement chez des accidentés du travail: L'Échelle de Kinésiophobie de Tampa (EKT). = Fear of movement in injured workers: The Tampa Scale of Kinesiophobia. *Can J Behav Sci Can Sci Comport.* 2002;34(1):28–33.
170. Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain.* 1993;52(2):157–68.
171. Chaory K, Fayad F, Rannou F, Lefèvre-Colau M-M, Fermanian J, Revel M, et al. Validation of the French version of the fear avoidance belief questionnaire. *Spine.* 2004;29(8):908–13.
172. Nicholas M. Self-efficacy and chronic pain. Annual Conference of the British Psychological Society British Psychological society; 1989; United kingdom.
173. Nicholas MK. The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. *Eur J Pain.* 2007;11(2):153–63.
174. Aguerre C, Bridou M, Le Gall A, Morel-Fatio M, Vannier I. Examen de la structure factorielle et de la validité de critère de la version française du PSEQ, un questionnaire évaluant le sentiment d'auto-efficacité envers la

douleur. 7ème Congrès de Psychologie de la Santé de langue Française.; 2012; Lille, France.

175. Anderson KO, Dowds BN, Pelletz RE, Edwards WT, Peeters-Asdourian C. Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain. *Pain*. 1995;63(1):77–84.

176. Rudy TE, Weiner DK, Lieber SJ, Slaboda J, Boston JR. The impact of chronic low back pain on older adults: a comparative study of patients and controls. *Pain*. 2007;131(3):293–301.

177. Rosenstiel AK, Keefe FJ. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*. 1983;17(1):33–44.

178. Main CJ, Waddell G. A comparison of cognitive measures in low back pain: statistical structure and clinical validity at initial assessment. *Pain*. 1991;46(3):287–98.

179. Irachabal S, Koleck M, Rasclé N, Bruchon-Schweitzer M. [Pain coping strategies: French adaptation of the coping strategies questionnaire (CSQ-F)]. *L'Encéphale*. 2008;34(1):47–53.

180. Baer RA, Smith GT, Lykins E, Button D, Krietemeyer J, Sauer S, et al. Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*. 2008;15(3):329–42.

181. Heeren A, Douilliez C, Peschard V, Debrauwere L, Philippot P. Cross-cultural validity of the Five Facets Mindfulness Questionnaire: Adaptation and validation in a French-speaking sample. *Eur Rev Appl Psychol Eur Psychol Appliquée*. 2011;61(3):147–51.

182. Locke H, Wallace K. Short marital adjustment and prediction tests: their reliability and validity. *Marriage Fam Living*. 1959;(21):251–5.

183. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 2003;84(4):822–48.

184. Jermann F, Billieux J, Larøi F, d'Argembeau A, Bondolfi G, Zermatten A, et al. Mindful Attention Awareness Scale (MAAS): Psychometric properties of the French translation and exploration of its relations with emotion regulation strategies. *Psychol Assess*. 2009;21(4):506–14.

185. Kraaijmaat FW, Evers AWM. Pain-coping strategies in chronic pain patients: psychometric characteristics of the pain-coping inventory (PCI). *Int J Behav Med*. 2003;10(4):343–63.

186. Perrot S, Poiraudéau S, Kabir M, Bertin P, Sichere P, Serrie A, et al. Active or passive pain coping strategies in hip and knee osteoarthritis? Results of a national survey of 4,719 patients in a primary care setting. *Arthritis Rheum*. 2008;59(11):1555–62.

187. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.

188. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61(11):938–44.

189. Gana K, Garnier S. Latent structure of the sense of coherence scale in a French sample. *Personal Individ Differ*. 2001;31(7):1079–90.

190. Jensen MP, Karoly P, Huger R. The development and preliminary validation of an instrument to assess patients' attitudes toward pain. *J Psychosom Res*. 1987;31(3):393–400.

191. Jensen MP, Turner JA, Romano JM, Fisher LD. Comparative reliability and validity of chronic pain intensity measures. *Pain*. 1999;83(2):157–62.

192. Lawlis GF, Cuencas R, Selby D, McCoy CE. The development of the Dallas Pain Questionnaire. An assessment of the impact of spinal pain on behavior. *Spine*. 1989;14(5):511–6.

193. Marty M, Blotman F, Avouac B, Rozenberg S, Valat JP. Validation of the French version of the Dallas Pain

Questionnaire in chronic low back pain patients. *Rev Rhum Engl Ed.* 1998;65(2):126–34.

194. EuroQol Group. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy Amst Neth.* 1990;16(3):199–208.

195. Brooks R. EuroQol: the current state of play. *Health Policy Amst Neth.* 1996;37(1):53–72.

196. Deyo RA, Battie M, Beurskens AJ, Bombardier C, Croft P, Koes B, et al. Outcome measures for low back pain research. A proposal for standardized use. *Spine.* 1998;23(18):2003–13.

197. Kovacs FM, Fernandez C, Cordero A, Muriel A, Gonzalez-Lujan L, Gil del Real MT. Non-specific low back pain in primary care in the Spanish National Health Service: a prospective study on clinical outcomes and determinants of management. *BMC Health Serv Res.* 2006;6:57.

198. Ware J Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care.* 1996;34(3):220–33.

199. Luo X, George ML, Kakouras I, Edwards CL, Pietrobon R, Richardson W, et al. Reliability, validity, and responsiveness of the short form 12-item survey (SF-12) in patients with back pain. *Spine.* 2003;28(15):1739–45.

200. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol.* 1998;51(11):1171–8.

201. Dupuy H. The Psychological general Well-Being (PGWB) Index. Assessment of Quality of Life in clinical trials of cardiovascular therapies. Wenger NK, Mattson ME, Furberg CD, Elinson J. *Le Jacq;* 1984. p. 170–83.

202. Van Roijen L, Essink-Bot ML, Koopmanschap MA, Bonsel G, Rutten FF. Labor and health status in economic evaluation of health care. The Health and Labor Questionnaire. *Int J Technol Assess Health Care.* 1996;12(3):405–15.

203. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1982. 1998;46(12):1569–85.

204. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med.* 1998;28(3):551–8.

205. Baumann C, Erpelding M-L, Régat S, Collin J-F, Briançon S. The WHOQOL-BREF questionnaire: French adult population norms for the physical health, psychological health and social relationship dimensions. *Rev Dépidémiologie Santé Publique.* 2010;58(1):33–9.

206. Astin JA, Berman BM, Bausell B, Lee W-L, Hochberg M, Forsys KL. The efficacy of mindfulness meditation plus Qigong movement therapy in the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial. *J Rheumatol.* 2003;30(10):2257–62.

207. Buckelew SP, Conway R, Parker J, Deuser WE, Read J, Witty TE, et al. Biofeedback/relaxation training and exercise interventions for fibromyalgia: a prospective trial. *Arthritis Rheum.* 1998;11(3):196–209.

208. Castel A, Pérez M, Sala J, Padrol A, Rull M. Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: comparison between hypnosis and relaxation. *Eur J Pain Lond Engl.* 2007;11(4):463–8.

209. Castel A, Salvat M, Sala J, Rull M. Cognitive-behavioural group treatment with hypnosis: a randomized pilot trial in fibromyalgia. *Contemp Hypn.* 2009;26(1):48–59.

210. Castel A, Cascón R, Padrol A, Sala J, Rull M. Multicomponent cognitive-behavioral group therapy with hypnosis for the treatment of fibromyalgia: long-term outcome. *J Pain Off J Am Pain Soc.* 2012;13(3):255–65.

211. Cedraschi C, Desmeules J, Rapiti E, Baumgartner E, Cohen P, Finckh A, et al. Fibromyalgia: a randomised, controlled trial of a treatment programme based on self management. *Ann Rheum Dis.* 2004;63(3):290–6.

212. Grossman P, Tiefenthaler-Gilmer U, Raysz A, Kesper U. Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychother Psychosom.* 2007;76(4):226–33.
213. Lera S, Gelman SM, López MJ, Abenoza M, Zorrilla JG, Castro-Fornieles J, et al. Multidisciplinary treatment of fibromyalgia: does cognitive behavior therapy increase the response to treatment? *J Psychosom Res.* 2009;67(5):433–41.
214. Schmidt S, Grossman P, Schwarzer B, Jena S, Naumann J, Walach H. Treating fibromyalgia with mindfulness-based stress reduction: results from a 3-armed randomized controlled trial. *Pain.* 2011;152(2):361–9.
215. Sephton SE, Salmon P, Weissbecker I, Ulmer C, Floyd A, Hoover K, et al. Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: results of a randomized clinical trial. *Arthritis Rheum.* 2007;57(1):77–85.
216. Thieme K, Gromnica-Ihle E, Flor H. Operant behavioral treatment of fibromyalgia: A controlled study. *Arthritis Rheum.* 2003;49(3):314–20.
217. Thieme K, Flor H, Turk DC. Psychological pain treatment in fibromyalgia syndrome: efficacy of operant behavioural and cognitive behavioural treatments. *Arthritis Res Ther.* 2006;8(4):R121.
218. Tomas-Carus P, Gusi N, Häkkinen A, Häkkinen K, Leal A, Ortega-Alonso A. Eight months of physical training in warm water improves physical and mental health in women with fibromyalgia: A randomized controlled trial. *J Rehabil Med.* 2008;40(4):248–52.
219. Toussaint LL, Whipple MO, Abboud LL, Vincent A, Wahner-Roedler DL. A mind-body technique for symptoms related to fibromyalgia and chronic fatigue. *Explore N Y N.* 2012;8(2):92–8.
220. Dworkin RH, Siegfried RN. Are all those pain ratings necessary? *Pain.* 1994;58(2):279–80.
221. Geissner E. [The Pain Perception Scale--a differentiated and change-sensitive scale for assessing chronic and acute pain]. *Rehabil.* 1995;34(4):XXXV–XLIII.
222. Flor H. *Psychobiology of pain [Psychobiologie des Schmerzes]*. Bern: Huber; 1991.
223. Brähler E, Scheer J. *Der Gießener Beschwerdebogen (GEB)*. Bern: Hans Huber; 1983.
224. Keefe FJ, Block AR. Development of an observation method for assessing pain behavior in chronic low back pain patients. *Behav Ther.* 1982 Sep;13(4):363–75.
225. Berg K, Wood-Dauphinee S, Williams J, Gayton D. Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument. *Physiother Can.* 1989 Nov;41(6):304–11.
226. Weller IM, Thomas SG, Cox MH, Corey PN. A study to validate the Canadian Aerobic Fitness Test. *Can J Public Health Rev Can Santé Publique.* 1992 Apr;83(2):120–4.
227. Nordenskiöld UM, Grimby G. Grip force in patients with rheumatoid arthritis and fibromyalgia and in healthy subjects. A study with the Grippit instrument. *Scand J Rheumatol.* 1993;22(1):14–9.
228. Finckh A, Morabia A, Deluze C, Vischer T. Validation of questionnaire-based response criteria of treatment efficacy in the fibromyalgia syndrome. *Arthritis Care Res Off J Arthritis Health Prof Assoc.* 1998;11(2):116–23.
229. Valkeinen H, Alen M, Hannonen P, Häkkinen A, Airaksinen O, Häkkinen K. Changes in knee extension and flexion force, EMG and functional capacity during strength training in older females with fibromyalgia and healthy controls. *Rheumatol Oxf Engl.* 2004;43(2):225–8.
230. Wells K, Dillon E. The sit and reach - a test of back and leg flexibility. *Res Quart.* 1952;(23):115–8.
231. Egle U. *Strukturierte biographische Anamnese für Schmerzpatienten. Der Schmerzranke Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psycho-sozialer Sicht.* Schattauer.

Stuttgart: Hoffmann SO; 1993. p. 617–59.

232. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989;28(2):193–213.
233. Ait-Aoudia M, Levy PP, Bui E, Insana S, de Fouchier C, Germain A, et al. Validation of the French version of the Pittsburgh Sleep Quality Index Addendum for posttraumatic stress disorder. *Eur J Psychotraumatology.* 2013;4.
234. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep.* 1991;14(6):540–5.
235. Johns MW. Reliability and factor analysis of the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep.* 1992;15(4):376–81.
236. Kaminska M, Jobin V, Mayer P, Amyot R, Perraton-Brillon M, Bellemare F. The Epworth Sleepiness Scale: self-administration versus administration by the physician, and validation of a French version. *Can Respir J J Can Thorac Soc.* 2010;17(2):e27–34.
237. Hays R, Steward A. Sleep measures. *Measuring Functioning and Well-Being: The Medical Out-Comes Study Approach.* Duke University Press. Durham, NC: Ware JE; 1992. p. 235–59.
238. Martin S, Chandran A, Zografos L, Zlateva G. Evaluation of the impact of fibromyalgia on patients' sleep and the content validity of two sleep scales. *Health Qual Life Outcomes.* 2009;7:64.
239. Rejas J, Ribera MV, Ruiz M, Masramón X. Psychometric properties of the MOS (Medical Outcomes Study) Sleep Scale in patients with neuropathic pain. *Eur J Pain Lond Engl.* 2007;11(3):329–40.
240. Smets EM, Garssen B, Bonke B, De Haes JC. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *J Psychosom Res.* 1995;39(3):315–25.
241. Gentile S, Delarozzière JC, Favre F, Sambuc R, San Marco JL. Validation of the French “multidimensional fatigue inventory” (MFI 20). *Eur J Cancer Care (Engl).* 2003;12(1):58–64.
242. Douglass AB, Bornstein R, Nino-Murcia G, Keenan S, Miles L, Zarcone VP Jr, et al. The Sleep Disorders Questionnaire. I: Creation and multivariate structure of SDQ. *Sleep.* 1994;17(2):160–7.
243. Radloff LS. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas.* 1977;1(3):385–401.
244. Weissman MM, Sholomskas D, Pottenger M, Prusoff BA, Locke BZ. Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: a validation study. *Am J Epidemiol.* 1977;106(3):203–14.
245. Fuhrer R, Rouillon F. La version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale). Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation. *Eur Psychiatry.* 1989;4(3):163–6.
246. Derogatis LR. SCL-90-R administration, scoring, and procedures manual. 2nd ed. *Clinical Psychometric Research.* Towson (MD); 1977.
247. Derogatis LR. SCL-90-R Administration, Scoring & Procedures Manual-II. *Clinical Psychometric Research.* Towson, MD; 1983. p. 14–5.
248. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 1976;128:280–9.
249. Derogatis LR. Symptom Checklist-90-Revised. *Handbook of psychiatric measures.* American Psychiatric Association; 2000. p. 81–4.
250. Lorig K, Chastain RL, Ung E, Shoor S, Holman HR. Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis Rheum.* 1989;32(1):37–44.
251. Buchheld N, Walach H. Achtsamkeit in Vipassana-Meditation und Psychotherapie: Die Entwicklung des

- “Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit.” *Z Für Klin Psychol Psychiatr Psychother.* 2002;50(2):153–72.
252. Walach H, Buchheld N, Buttenmüller V, Kleinknecht N, Schmidt S. Measuring mindfulness—the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personal Individ Differ.* 2006;40(8):1543–55.
253. Trousselard M, Steiler D, Raphel C, Cian C, Duymedjian R, Claverie D, et al. Validation of a French version of the Freiburg Mindfulness Inventory - short version: relationships between mindfulness and stress in an adult population. *Biopsychosoc Med.* 2010;4(1):8.
254. Shor R, Orne E. Harvard Group Scale for Hypnotic Suggestibility, form A. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1962.
255. Piesbergen C, Burkhard. An investigation of the factor structure of the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A (HGSHS:A). *Contemp Hypn John Wiley Sons Inc.* 2006;23(2):59–71.
256. Schermelleh-Engel K. Fragebogen zur Schmerzregulation (FSR). Handanweisung. Swets. Frankfurt; 1995.
257. Flor H, Behle DJ, Birbaumer N. Assessment of pain-related cognitions in chronic pain patients. *Behav Res Ther.* 1993;31(1):63–73.
258. Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *J Rheumatol.* 1991;18(5):728–33.
259. Perrot S, Dumont D, Guillemin F, Pouchot J, Coste J, French Group for Quality of Life Research. Quality of life in women with fibromyalgia syndrome: validation of the QIF, the French version of the fibromyalgia impact questionnaire. *J Rheumatol.* 2003;30(5):1054–9.
260. Siegrist J, Broer M, Junge A. Profil der lebensqualität chronischer kranker. Manual. Göttingen: Beltz Test; 1996.
261. Meenan RF, Gertman PM, Mason JH. Measuring health status in arthritis. The arthritis impact measurement scales. *Arthritis Rheum.* 1980;23(2):146–52.
262. Carr A. Adult Measures of Quality of Life: The Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS/AIMS2), Disease Repercussion Profile (DRP), EuroQoL, Nottingham Health Profile (NHP), Patient Generated Index (PGI), Quality of Well-Being Scale (QWB), RAQoL, Short Form-36 (SF-36), Sickness Impact Profile (SIP), SIP-RA, and World Health Organization’s Quality of Life Instruments (WHOQoL, WHOQoL-100, WHOQoL-Bref). *Arthritis Care Res.* 2003;49(S5):S113–S133.
263. Buckelew SP, Murray SE, Hewett JE, Johnson J, Huyser B. Self-efficacy, pain, and physical activity among fibromyalgia subjects. *Arthritis Care Res Off J Arthritis Health Prof Assoc.* 1995;8(1):43–50.
264. Pouchot J, Guillemin F, Coste J, Brégeon C, Sany J. Validity, reliability, and sensitivity to change of a French version of the arthritis impact measurement scales 2 (AIMS2) in patients with rheumatoid arthritis treated with methotrexate. *J Rheumatol.* 1996;23(1):52–60.
265. Paterson C. Measuring outcomes in primary care: a patient generated measure, MYMOP, compared with the SF-36 health survey. *BMJ.* 1996;312(7037):1016–20.
266. British Pain Society. Guidelines for Pain Management Programmes for adults. British Pain Society; 2013 Nov.
267. Turk DC. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of treatments for patients with chronic pain. *Clin J Pain.* 2002;18(6) :355-365.
268. Stack C, Pang D, Barker E, Kothari S, Woolfenden A. Opiate reduction following Pain Management Programme. *Br J Pain.* 2013;7(2):Supplement 1, 67.
269. British Pain Society. Recommended guidelines for pain management programmes for adults. London: British Pain Society; 2006.

270. Turk DC, Dworkin RH, Allen RR, Bellamy N, Brandenburg N, Carr DB, et al. Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*. 2003;106(3):337–45.
271. Dworkin RH, Turk DC, Farrar JT, Haythornthwaite JA, Jensen MP, Katz NP, et al. Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*. 2005;113(1-2):9–19.
272. Dworkin RH, Turk DC, Wyrwich KW, Beaton D, Cleeland CS, Farrar JT, et al. Interpreting the clinical importance of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *J Pain*. 2008;9(2):105–21.
273. Rowbotham M, Harden N, Stacey B, Bernstein P, Magnus-Miller L. Gabapentin for the treatment of postherpetic neuralgia: a randomized controlled trial. *JAMA J Am Med Assoc*. 1998;280(21):1837–42.
274. Raja SN, Haythornthwaite JA, Pappagallo M, Clark MR, Trivison TG, Sabeen S, et al. Opioids versus antidepressants in postherpetic neuralgia: a randomized, placebo-controlled trial. *Neurology*. 2002;59(7):1015–21.
275. Vlaeyen JW, Haazen IW, Schuerman JA, Kole-Snijders AM, van Eek H. Behavioural rehabilitation of chronic low back pain: comparison of an operant treatment, an operant-cognitive treatment and an operant-respondent treatment. *Br J Clin Psychol Br Psychol Soc*. 1995;34 (Pt 1):95–118.
276. Pope MH, Rosen JC, Wilder DG, Frymoyer JW. The relation between biomechanical and psychological factors in patients with low-back pain. *Spine*. 1980;5(2):173–8.
277. Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*. 2000;85(3):317–32.
278. Wertli MM, Rasmussen-Barr E, Weiser S, Bachmann LM, Brunner F. The role of fear avoidance beliefs as a prognostic factor for outcome in patients with nonspecific low back pain: a systematic review. *Spine J*. 2014;14(5):816–836.e4.
279. Crombez G, Vlaeyen JWS, Heuts PHTG, Lysens R. Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*. 1999;80(1–2):329–39.
280. Severeijns R, Vlaeyen JW, van den Hout MA, Weber WE. Pain catastrophizing predicts pain intensity, disability, and psychological distress independent of the level of physical impairment. *Clin J Pain*. 2001;17(2):165–72.
281. Picavet HSJ, Vlaeyen JWS, Schouten JSAG. Pain Catastrophizing and Kinesiophobia: Predictors of Chronic Low Back Pain. *Am J Epidemiol*. 2002;156(11):1028–34.
282. Goubert L, Crombez G, Van Damme S. The role of neuroticism, pain catastrophizing and pain-related fear in vigilance to pain: a structural equations approach. *Pain*. 2004;107(3):234–41.
283. Gracely RH, Geisser ME, Giesecke T, Grant M a. B, Petzke F, Williams DA, et al. Pain catastrophizing and neural responses to pain among persons with fibromyalgia. *Brain*. 2004;127(4):835–43.
284. Hirsh AT, George SZ, Riley JL, Robinson ME. An evaluation of the measurement of pain catastrophizing by the coping strategies questionnaire. *Eur J Pain*. 2007;11(1):75–75.
285. Geisser ME, Robinson ME, Henson CD. The Coping Strategies Questionnaire and chronic pain adjustment: a conceptual and empirical reanalysis. *Clin J Pain*. 1994;10(2):98–106.
286. Bombardier C. Outcome assessments in the evaluation of treatment of spinal disorders: summary and general recommendations. *Spine*. 2000;25(24):3100–3.
287. Davidson M, Keating JL. A comparison of five low back disability questionnaires: reliability and responsiveness. *Phys Ther*. 2002;82(1):8–24.
288. Lipton RB, Stewart WF, Sawyer J, Edmeads JG. Clinical utility of an instrument assessing migraine disability: the Migraine Disability Assessment (MIDAS) questionnaire. *Headache*. 2001;41(9):854–61.

289. Longo UG, Loppini M, Denaro L, Maffulli N, Denaro V. Rating scales for low back pain. *Br Med Bull*. 2010;94:81–144.
290. Roland M, Fairbank J. The Roland–Morris disability questionnaire and the Oswestry disability questionnaire. *Spine*. 2000;25(24):3115–24.
291. Bennett R. The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses. *Clin Exp Rheumatol*. 2005;23(5 Suppl 39):S154–162.
292. Bennett RM, Bushmakin AG, Cappelleri JC, Zlateva G, Sadosky AB. Minimal clinically important difference in the fibromyalgia impact questionnaire. *J Rheumatol*. 2009;36(6):1304–11.
293. Angeles RN, Guenter D, McCarthy L, Bauer M, Wolfson M, Chacon M, et al. Group interprofessional chronic pain management in the primary care setting: a pilot study of feasibility and effectiveness in a family health team in Ontario. *Pain Res Manag J Can Pain Soc J Société Can Pour Trait Douleur*. 2013;18(5):237–42.
294. Pericàs-Beltran J, Girauta-Reus H, Bennasar-Veny M, González-Torrente S. Nurses intervention to quit smoking developed in primary care [Spanish]. *Metas Enferm*. 2007 Jun;10(5):20–4.
295. Morley-Forster PK, Clark AJ, Speechley M, Moulin DE. Attitudes toward opioid use for chronic pain: a Canadian physician survey. *Pain Res Manag J Can Pain Soc J Société Can Pour Trait Douleur*. 2003;8(4):189–94.

7. Annexes

Annexe 1a : Short Form-McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ)

SHORT-FORM MCGILL PAIN QUESTIONNAIRE
RONALD MELZACK

PATIENT'S NAME: _____ DATE: _____

	NONE	MILD	MODERATE	SEVERE
THROBBING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
SHOOTING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
STABBING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
SHARP	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
CRAMPING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
GNAWING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
HOT-BURNING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
ACHING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
HEAVY	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
TENDER	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
SPLITTING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
TIRING-EXHAUSTING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
SICKENING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
FEARFUL	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
PUNISHING-CRUEL	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____

NO PAIN

P P I

NO PAIN |-----| WORST POSSIBLE PAIN

0	NO PAIN	_____
1	MILD	_____
2	DISCOMFORTING	_____
3	DISTRESSING	_____
4	HORRIBLE	_____
5	EXCRUCIATING	_____

© R. Melzack, 1984

Annexe 1b : Questionnaire Douleur Saint-Antoine (QDSA) dans sa forme abrégée 15 items

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire une douleur. Pour préciser le type de douleur que vous ressentez, au moment présent, répondez en mettant une croix pour la réponse correcte.

	0 absent non	1 faible un peu	2 modéré modérément	3 fort beaucoup	4 extrêmement fort extrêmement
Elancements	/--/	/--/	/--/	/--/	/--/
Pénétrante	/--/	/--/	/--/	/--/	/--/
Coups de poignard	/--/	/--/	/--/	/--/	/--/
En étau	/--/	/--/	/--/	/--/	/--/
Tiraillement	/--/	/--/	/--/	/--/	/--/
Brûlure	/--/	/--/	/--/	/--/	/--/
Fourmillements	/--/	/--/	/--/	/--/	/--/
Lourdeur	/--/	/--/	/--/	/--/	/--/
Epuisante	/--/	/--/	/--/	/--/	/--/
Angoissante	/--/	/--/	/--/	/--/	/--/
Obsédante	/--/	/--/	/--/	/--/	/--/
Insupportable	/--/	/--/	/--/	/--/	/--/
Enervante	/--/	/--/	/--/	/--/	/--/
Exaspérante	/--/	/--/	/--/	/--/	/--/
Déprimante	/--/	/--/	/--/	/--/	/--/

Annexe 2a : Migraine Disability Assessment Scale (MIDAS) en anglais

INSTRUCTIONS

Please answer the following questions about ALL of the headaches you have had over the last 3 months. Select your answer in the box next to each question. Select zero if you did not have the activity in the last 3 months.

- _____ 1. On how many days in the last 3 months did you miss work or school because of your headaches?
- _____ 2. How many days in the last 3 months was your productivity at work or school reduced by half or more because of your headaches? (Do not include days you counted in question 1 where you missed work or school.)
- _____ 3. On how many days in the last 3 months did you not do household work (such as housework, home repairs and maintenance, shopping, caring for children and relatives) because of your headaches?
- _____ 4. How many days in the last 3 months was your productivity in household work reduced by half or more because of your headaches? (Do not include days you counted in question 3 where you did not do household work.)
- _____ 5. On how many days in the last 3 months did you miss family, social or leisure activities because of your headaches?
- _____ Total (Questions 1-5)
-

- _____ A. On how many days in the last 3 months did you have a headache? (If a headache lasted more than 1 day, count each day.)
- _____ B. On a scale of 0 - 10, on average how painful were these headaches? (where 0 = no pain at all, and 10 = pain as bad as it can be.)

Annexe 2b : Migraine Disability Assessment Scale (MIDAS) en français

QUESTIONNAIRE MIDAS (MIgraine Disability Assessment)

Son intérêt : évaluer le handicap fonctionnel dû aux céphalées ou à la migraine, en mesurant l'intensité des symptômes, leur impact sur la vie quotidienne, pour déterminer d'emblée le médicament dont la puissance est la plus appropriée.

Il peut être renseigné par le patient lui-même.

QUESTIONNAIRE MIDAS

Durant les 3 derniers mois, en raison de vos céphalées/migraines :

		JOURS
1	Combien de jours avez-vous manqué le travail (ou l'école) ?	
2	Pendant combien d'autres jours avez-vous eu une productivité de travail réduite de plus de 50% ?	
3	Pendant combien de jours n'avez-vous pas pu faire vos activités ménagères habituelles ?	
4	Pendant combien de jours votre productivité en tâches ménagères était réduite de plus de 50% ?	
5	Pendant combien de jours avez-vous manqué à vos activités familiales, sociales ou de loisirs ?	
TOTAL		

Annexe 3 : Beck Depression Inventory-II (BDI-II) en anglais

Instructions: This questionnaire consists of 21 groups of statements. Please read each group of statements carefully, and then pick out the **one statement** in each group that best describes the way you have been feeling during the **past two weeks, including today**. Circle the number beside the statement you have picked. If several statements in the group seem to apply equally well, circle the highest number for that group. Be sure that you do not choose more than one statement for any group, including Item 16 (Changes in Sleeping Pattern) or Item 18 (Changes in Appetite).

<p>1. Sadness</p> <p>0 I do not feel sad.</p> <p>1 I feel sad much of the time.</p> <p>2 I am sad all the time.</p> <p>3 I am so sad or unhappy that I can't stand it.</p> <p>2. Pessimism</p> <p>0 I am not discouraged about my future.</p> <p>1 I feel more discouraged about my future than I used to be.</p> <p>2 I do not expect things to work out for me.</p> <p>3 I feel my future is hopeless and will only get worse.</p> <p>3. Past Failure</p> <p>0 I do not feel like a failure.</p> <p>1 I have failed more than I should have.</p> <p>2 As I look back, I see a lot of failures.</p> <p>3 I feel I am a total failure as a person.</p> <p>4. Loss of Pleasure</p> <p>0 I get as much pleasure as I ever did from the things I enjoy.</p> <p>1 I don't enjoy things as much as I used to.</p> <p>2 I get very little pleasure from the things I used to enjoy.</p> <p>3 I can't get any pleasure from the things I used to enjoy.</p> <p>5. Guilty Feelings</p> <p>0 I don't feel particularly guilty.</p> <p>1 I feel guilty over many things I have done or should have done.</p> <p>2 I feel quite guilty most of the time.</p> <p>3 I feel guilty all of the time.</p>	<p>6. Punishment Feelings</p> <p>0 I don't feel I am being punished.</p> <p>1 I feel I may be punished.</p> <p>2 I expect to be punished.</p> <p>3 I feel I am being punished.</p> <p>7. Self-Dislike</p> <p>0 I feel the same about myself as ever.</p> <p>1 I have lost confidence in myself.</p> <p>2 I am disappointed in myself.</p> <p>3 I dislike myself.</p> <p>8. Self-Criticalness</p> <p>0 I don't criticize or blame myself more than usual.</p> <p>1 I am more critical of myself than I used to be.</p> <p>2 I criticize myself for all of my faults.</p> <p>3 I blame myself for everything bad that happens.</p> <p>9. Suicidal Thoughts or Wishes</p> <p>0 I don't have any thoughts of killing myself.</p> <p>1 I have thoughts of killing myself, but I would not carry them out.</p> <p>2 I would like to kill myself.</p> <p>3 I would kill myself if I had the chance.</p> <p>10. Crying</p> <p>0 I don't cry anymore than I used to.</p> <p>1 I cry more than I used to.</p> <p>2 I cry over every little thing.</p> <p>3 I feel like crying, but I can't.</p>
--	--

Annexe 4a : Patient Health Questionnaire-9 items (PHQ-9) en anglais

Nine-symptom Checklist

Name _____ Date _____

Over the *last 2 weeks*, how often have you been bothered by any of the following problems?

	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3
3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	0	1	2	3
4. Feeling tired or having little energy	0	1	2	3
5. Poor appetite or overeating	0	1	2	3
6. Feeling bad about yourself—or that you are a failure or have let yourself or your family down	0	1	2	3
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	0	1	2	3
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed? Or the opposite—being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	0	1	2	3
9. Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way	0	1	2	3

(For office coding: Total Score _____ = _____ + _____ + _____)

If you checked off *any* problems, how *difficult* have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?

Not difficult at all Somewhat difficult Very difficult Extremely difficult

Annexe 4b : Patient Health Questionnaire-9 items (PHQ-9) en français

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?

(Utilisez un « ✓ » pour indiquer votre réponse)

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de sept jours	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses	0	1	2	3
2. Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou trop dormir	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie	0	1	2	3
5. Peu d'appétit ou trop manger	0	1	2	3
6. Mauvaise perception de vous-même — ou vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	0	1	2	3
7. Difficultés à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou au contraire — vous êtes si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude	0	1	2	3
9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Si vous avez coché au moins un des problèmes nommés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante : dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile(s) votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

Pas du tout
difficile(s)

Plutôt
difficile(s)

Très
difficile(s)

Extrêmement
difficile(s)

Annexe 5a : State Trait Anxiety Inventory-State (STAI-S) suivie de State Trait Anxiety Inventory-trait (STAI-T) en anglais

Please provide the following information:

Name _____ Date _____ S _____

Age _____ Gender (Circle) **M** **F** T _____

DIRECTIONS:

A number of statements which people have used to describe themselves are given below. Read each statement and then circle the appropriate number to the right of the statement to indicate how you feel *right* now, that is, *at this moment*. There are no right or wrong answers. Do not spend too much time on any one statement but give the answer which seems to describe your present feelings best.

NOT AT ALL
 SOMEWHAT
 MODERATELY SO
 VERY MUCH SO

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. I feel calm..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. I feel secure | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. I am tense | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. I feel strained | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. I feel at ease | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. I feel upset | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. I am presently worrying over possible misfortunes | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. I feel satisfied | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. I feel frightened | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. I feel comfortable | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. I feel self-confident..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. I feel nervous | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. I am jittery | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. I feel indecisive..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. I am relaxed | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. I feel content | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. I am worried | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. I feel confused..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. I feel steady..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. I feel pleasant..... | 1 | 2 | 3 | 4 |

Name _____ Date _____

DIRECTIONS

A number of statements which people have used to describe themselves are given below. Read each statement and then circle the appropriate number to the right of the statement to indicate how you *generally* feel. There are no right or wrong answers. Do not spend too much time on any one statement but give the answer which seems to describe how you generally feel.

ALMOST NEVER
SOMETIMES
OFTEN
ALMOST ALWAYS

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 21. I feel pleasant..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. I feel nervous and restless | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. I feel satisfied with myself..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. I wish I could be as happy as others seem to be | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. I feel like a failure | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. I feel rested | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. I am "calm, cool, and collected"..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. I feel that difficulties are piling up so that I cannot overcome them..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. I worry too much over something that really doesn't matter..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. I am happy | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. I have disturbing thoughts | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. I lack self-confidence..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. I feel secure | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. I make decisions easily | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. I feel inadequate..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. I am content | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Some unimportant thought runs through my mind and bothers me | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. I take disappointments so keenly that I can't put them out of my mind | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. I am a steady person..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. I get in a state of tension or turmoil as I think over my recent concerns and interests | 1 | 2 | 3 | 4 |

Annexe 6a : Beck Anxiety Inventory (BAI) en anglais

Below is a list of common symptoms of anxiety. Please carefully read each item in the list. Indicate how much you have been bothered by that symptom during the past month, including today, by circling the number in the corresponding space in the column next to each symptom.

	Not At All	Mildly but it didn't bother me much.	Moderately - it wasn't pleasant at times	Severely – it bothered me a lot
Numbness or tingling	0	1	2	3
Feeling hot	0	1	2	3
Wobbliness in legs	0	1	2	3
Unable to relax	0	1	2	3
Fear of worst happening	0	1	2	3
Dizzy or lightheaded	0	1	2	3
Heart pounding/racing	0	1	2	3
Unsteady	0	1	2	3
Terrified or afraid	0	1	2	3
Nervous	0	1	2	3
Feeling of choking	0	1	2	3
Hands trembling	0	1	2	3
Shaky / unsteady	0	1	2	3
Fear of losing control	0	1	2	3
Difficulty in breathing	0	1	2	3
Fear of dying	0	1	2	3
Scared	0	1	2	3
Indigestion	0	1	2	3
Faint / lightheaded	0	1	2	3
Face flushed	0	1	2	3
Hot/cold sweats	0	1	2	3
Column Sum				

Annexe 6b : Beck Anxiety Inventory (BAI) en français

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en inscrivant un X dans la colonne appropriée, à quel degré vous avez été affecté(e) par chacun de ces symptômes au cours de la dernière semaine, aujourd'hui inclus.

		Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé	Modérément C'était très déplaisant mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
1.	sensations d'engourdissement ou de picotement				
2.	bouffées de chaleur				
3.	"jambes molles", tremblements dans les jambes				
4.	incapacité de se détendre				
5.	crainte que le pire ne survienne				
6.	étourdissement ou vertige, désorientation				
7.	battements cardiaques marqués				
8.	mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements				
9.	terrifié(e)				
10.	nervosité				
11.	sensation d'étouffement				
12.	tremblement de mains				
13.	tremblements, chancelant(e)				
14.	crainte de perdre le contrôle				
15.	respiration difficile				
16.	peur de mourir				
17.	sensation de peur, "avoir la frousse"				
18.	indigestion ou malaise abdominal				
19.	sensation de défaillance ou d'évanouissement				
20.	rougissement du visage				
21.	transpiration (non associée à la chaleur)				

Annexe 7a : Pain Catastrophizing Scale (PCS) en anglais

	Not at all	To a slight degree	To a moderate degree	To a great degree	All the time
I worry all the time about whether the pain will end	0	1	2	3	4
I feel I can't go on	0	1	2	3	4
It's terrible and I think it's never going to get any better	0	1	2	3	4
It's awful and I feel that it overwhelms me	0	1	2	3	4
I feel I can't stand it anymore	0	1	2	3	4
I become afraid that the pain will get worse	0	1	2	3	4
I keep thinking of other painful events	0	1	2	3	4
I anxiously want the pain to go away	0	1	2	3	4
I can't seem to keep it out of my mind	0	1	2	3	4
I keep thinking about how much it hurts	0	1	2	3	4
I keep thinking about how badly I want the pain to stop	0	1	2	3	4
There's nothing I can do to reduce the intensity of the pain	0	1	2	3	4
I wonder whether something serious may happen	0	1	2	3	4

Annexe 7bis : Cotations de la Pain Catastrophizing Scale (PCS)

Pain Catastrophizing Scale Scoring Information

Sullivan, Bishop & Pivik, 1995

Name:	Age:	Gender:	Date:
-----	-----	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	-----

Rumination	Questions:	Score
	8	
Mean 10.1	9	
Standard Deviation 4.3	10	
	11	
	Total	
Magnification		
	6	
Mean 4.8	7	
Standard Deviation 2.8	13	
	Total	
Helplessness		
	1	
	2	
Mean 13.3	3	
Standard Deviation 4.3	4	
	5	
	12	
	Total	
OVERALL	TOTAL	
Total Mean 28.2		
Total Standard Deviation 12.3		

Annexe 7b : Pain Catastrophizing Scale (PCS) en français

Nom: _____ Age: _____ Sexe: _____ Date: _____

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 modéré **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*

Annexe 8 : Headache Management Self-Efficacy (HMSE) en anglais

Instructions: You will find below a number of statements related to headaches. Please read each statement carefully and indicate how much you agree or disagree with the statement by circling a number next to it. Use the following scale as a guide:

	Strongly Disagree	Moderately Disagree	Slightly Disagree	Neither Agree or Disagree	Slightly Agree	Moderately Agree	Strongly Agree
	1	2	3	4	5	6	7
1)							
2)							
3)							
4)							
5)							
6)							
7)							
8)							
9)							
10)							
11)							
12)							
13)							
14)							
15)							
16)							
17)							
18)							
19)							
20)							
21)							
22)							
23)							
24)							
25)							

Annexe 9a : Medical Outcomes Study-Short Form 36 items Health Survey (SF-36) en anglais

Label	SF-36 QUESTIONS
GH1	1. In general, would you say your health is:
HT	2. Compared to one year ago , how would you rate your health in general now ?
	3. The following items are about activities you might do during a typical day. Does your health now limit you in these activities? Is so, how much?
PF01	a. Vigorous activities , such as running, lifting heavy objects, participating in strenuous sports
PF02	b. Moderate activities , such as moving a table, pushing a vacuum cleaner, bowling, or playing golf
PF03	c. Lifting or carrying groceries
PF04	d. Climbing several flights of stairs
PF05	e. Climbing one flight of stairs
PF06	f. Bending, kneeling, or stooping
PF07	g. Walking more than a mile
PF08	h. Walking several blocks
PF09	i. Walking one block
PF10	j. Bathing or dressing yourself
	4. During the past 4 weeks , have you had any of the following problems with your work or other regular daily activities as a result of your physical health ?
RP1	a. Cut down on the amount of time you spent on work or other activities
RP2	b. Accomplished less than you would like
RP3	c. Were limited in the kind of work or other activities.
RP4	d. Had difficulty performing the work or other activities (for example, it took extra effort)
	5. During the past 4 weeks , have you had any of the following problems with your work or other regular daily activities as a result of any emotional problems (such as feeling depressed or anxious)
RE1	a. Cut down on the amount of time you spent on work or other activities
RE2	b. Accomplished less than you would like
RE3	c. Didn't do work or other activities as carefully as usual
SF1	6. During the past 4 weeks , to what extent has your physical health or emotional problems interfered with your normal social activities with family, friends, neighbors, or groups?
BP1	7. How much bodily pain have you had during the past 4 weeks ?
BP2	8. During the past 4 weeks , how much did pain interfere with your normal work (including both work outside the home and housework)?
	9. These questions are about how you feel and how things have been with you during the past 4 weeks . For each question, please give the one answer that comes closest to the way you have been feeling. How much of the time during the past 4 weeks —
VT1	a. Did you feel full of pep?
MH1	b. Have you been a very nervous person?
MH2	c. Have you felt so down in the dumps that nothing could cheer you up?
MH3	d. Have you felt calm and peaceful?
VT2	e. Did you have a lot of energy?
MH4	f. Have you felt downhearted and blue?
VT3	g. Did you feel worn out?
MH5	h. Have you been a happy person?
VT4	i. Did you feel tired?
SF2	10. During the past 4 weeks , how much of the time has your physical health or emotional problems interfered with your social activities (like visiting with friends, relatives, etc.)?
	11. How TRUE or FALSE is each of the following statements for you?
GH2	a. I seem to get sick a little easier than other people
GH3	b. I am as healthy as anybody I know
GH4	c. I expect my health to get worse
GH5	d. My health is excellent

SF-36 RESPONSE CHOICES

1. Excellent, Very good, Good, Fair, Poor
2. Much better now than one year ago, Somewhat better now than one year ago, About the same as one year ago, Somewhat worse now than one year ago, Much worse now than one year ago
3. Yes, limited a lot; Yes, limited a little; No, not limited at all
4. & 5. Yes, No
6. Not at all, Slightly, Moderately, Quite a bit, Extremely
7. None, Very mild, Mild, Moderate, Severe, Very severe
8. Not at all, A little bit, Moderately, Quite a bit, Extremely
9. All of the time, Most of the time, A good bit of the time, Some of the time, A little of the time, None of the time
10. All of the time, Most of the time, Some of the time, A little of the time, None of the time
11. Definitely true, Mostly true, Don't know, Mostly false, Definitely false

Annexe 9bis : Système de cotation de la Medical Outcomes Study-Short Form 36 items Health Survey (SF-36)

Numéro de la question	Réponse donnée	Note obtenue (sur 100)	Numéro de la question	Réponse donnée	Note obtenue (sur 100)
1, 2, 6, 8, 11b et 11d	1	100 points	9b, 9c, 9f, 9g et 9i	1	0 point
	2	75 points		2	20 points
	3	50 points		3	40 points
	4	25 points		4	60 points
	5	0 point		5	80 points
3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3gh, 3i et 3j	1	0 point		6	100 points
4a, 4b, 4c, 4d, 5a, 5b et 5c	2	50 points	10, 11a et 11c	1	0 point
	3	100 points		2	25 points
7, 9a, 9d, 9e et 9h	1	0 point		3	50 points
	2	100 points		4	75 points
7, 9a, 9d, 9e et 9h	1	100 points		5	100 points
	2	80 points			
	3	60 points			
	4	40 points			
	5	20 points			
	6	0 point			

Dimension	Calcul du score	Dimension	Calcul du score
PF = Fonctionnement physique	Somme des notes obtenues aux items 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i et 3j divisée par 10	VT = Vitalité	Somme des notes obtenues aux items 9a, 9e, 9g et 9i divisée par 4
RP = Limitation physique	Somme des notes obtenues aux items 4a, 4b, 4c et 4d divisée par 4	SF = Fonctionnement social	Somme des notes obtenues aux items 6 et 10 divisée par 2
BP = Douleur physique	Somme des notes obtenues aux items 7 et 8 divisée par 2	RE = Limitation émotionnelle	Somme des notes obtenues aux items 5a, 5b et 5c divisée par 3
GH = Santé générale	Somme des notes obtenues aux items 1, 2, 11a, 11b, 11c et 11d divisée par 6	MH = Santé mentale	Somme des notes obtenues aux items 9b, 9c, 9d, 9f et 9h divisée par 5
Score physique	Somme des scores obtenus aux 4 dimensions ci-dessus divisée par 4	Score Mental	Somme des scores obtenus aux 4 dimensions ci-dessus divisée par 4

Annexe 9b : Medical Outcomes Study-Short Form 36 items Health Survey (SF-36) en français

1/ **D**ans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

- 1 : excellente.
- 2 : très bonne.
- 3 : bonne.
- 4 : médiocre.
- 5 : mauvaise.

2/ **P**ar rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé actuel ?

- 1 : bien meilleur que l'an dernier.
- 2 : plutôt meilleur.
- 3 : a peu près pareil.
- 4 : plutôt moins bon.
- 5 : beaucoup moins bon.

- 3/ **V**oici la liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours.
 Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité en raison de votre état de santé actuel :

Listes d'activités	OUI beaucoup limité(e)	OUI peu limité(e)	NON pas du tout limité(e)
A Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport...	1	2	3
B Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
C Soulever et porter les courses	1	2	3
D Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3
E Monter un étage par l'escalier	1	2	3
F Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
G Marcher plus d'un kilomètre à pied	1	2	3
H Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3
I Marcher une centaine de mètres	1	2	3
J Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

- 4/ **A**u cours de ces quatre dernières semaines, et en raison de votre état physique

	OUI	NON
A Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	1	2
B Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	1	2
C Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?	1	2
D Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ? (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)	1	2

5/ **A**u cours de ces quatre dernières semaines,
et en raison de votre état émotionnel
[comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)]

	OUI	NON
A		
Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou activités habituelles ?	1	2
B		
Avez-vous accompli moins de choses que vous ne l'auriez souhaité ?	1	2
C		
Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?	1	2

6/ **A**u cours de ces quatre dernières semaines,
dans quelle mesure votre état de santé, physique
ou émotionnel vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale
et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis
ou vos connaissances ?

- 1 : pas du tout.
- 2 : un petit peu.
- 3 : moyennement.
- 4 : beaucoup.
- 5 : énormément.

7/ **A**u cours de ces quatre dernières semaines,
quelle a été l'intensité de vos douleurs (physiques) ?

- 1 : nulle. 2 : très faible. 3 : faible.
- 4 : moyenne. 5 : grande. 6 : très grande.

8/ **A**u cours de ces quatre dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?

1 : pas du tout. 2 : un petit peu. 3 : moyennement.

4 : beaucoup. 5 : énormément.

9/ **L**es questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces quatre dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée.

Au cours de ces quatre dernières semaines y a-t-il eu des moments où :

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
A						
Vous vous êtes senti(e) dynamique ?	1	2	3	4	5	6
B						
Vous vous êtes senti(e) très nerveux(se) ?	1	2	3	4	5	6
C						
Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	1	2	3	4	5	6
D						
Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?	1	2	3	4	5	6
E						
Vous vous êtes senti(e) débordant d'énergie ?	1	2	3	4	5	6
F						
Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?	1	2	3	4	5	6
G						
Vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ?	1	2	3	4	5	6
H						
Vous vous êtes senti(e) heureux(se) ?	1	2	3	4	5	6
I						
Vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ?	1	2	3	4	5	6

10/ **A**u cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnant vous a gêné(e) dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille et vos connaissances ?

1 : en permanence.

2 : une bonne partie du temps.

3 : de temps en temps.

4 : rarement.

5 : jamais.

11/ **I**ndiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :

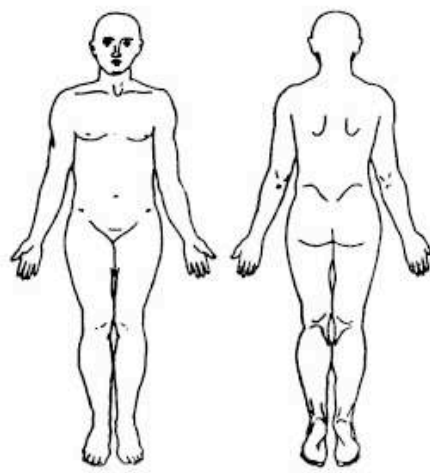
	Totalement vrai	Plutôt vrai	Je ne sais pas	Plutôt fausse	Totalement fausse
A					
Je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
B					
Je me porte aussi bien que n'importe qui	1	2	3	4	5
C					
Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	1	2	3	4	5
D					
Je suis en excellente santé	1	2	3	4	5

Annexe 10a : McGill Pain questionnaire en anglais

McGill Pain Questionnaire

Patient's Name _____ Date _____ Time _____ am/pm

PRI: S _____ A _____ E _____ M _____ PRI(T) _____ PPI _____
 (1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

<p>1 FLICKERING QUIVERING PULSING THROBBING BEATING POUNDING</p>	<p>11 TIRING EXHAUSTING</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">BRIEF _____</td> <td style="width: 33%;">RHYTHMIC _____</td> <td style="width: 33%;">CONTINUOUS _____</td> </tr> <tr> <td>MOMENTARY _____</td> <td>PERIODIC _____</td> <td>STEADY _____</td> </tr> <tr> <td>TRANSIENT _____</td> <td>INTERMITTENT _____</td> <td>CONSTANT _____</td> </tr> </table>	BRIEF _____	RHYTHMIC _____	CONTINUOUS _____	MOMENTARY _____	PERIODIC _____	STEADY _____	TRANSIENT _____	INTERMITTENT _____	CONSTANT _____
BRIEF _____	RHYTHMIC _____		CONTINUOUS _____								
MOMENTARY _____	PERIODIC _____	STEADY _____									
TRANSIENT _____	INTERMITTENT _____	CONSTANT _____									
<p>2 JUMPING FLASHING SHOOTING</p>	<p>12 SICKENING SUFFOCATING</p>										
<p>3 PRICKING BORING DRILLING STABBING LANCINATING</p>	<p>13 FEARFUL FRIGHTFUL TERRIFYING</p>										
<p>4 SHARP CUTTING LACERATING</p>	<p>14 PUNISHING GRUELLING CRUEL VICIOUS KILLING</p>										
<p>5 PINCHING PRESSING GNAWING CRAMPING CRUSHING</p>	<p>15 WRETCHED BLINDING</p>	<table border="1" style="width: 80%; margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">E = EXTERNAL</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I = INTERNAL</td> </tr> </table>	E = EXTERNAL	I = INTERNAL							
E = EXTERNAL											
I = INTERNAL											
<p>6 TUGGING PULLING WRENCHING</p>	<p>16 ANNOYING TROUBLESOME MISERABLE INTENSE UNBEARABLE</p>										
<p>7 HOT BURNING SCALDING SEARING</p>	<p>17 SPREADING RADIATING PENETRATING PIERCING</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>COMMENTS:</p> </div>									
<p>8 TINGLING ITCHY SMARTING STINGING</p>	<p>18 TIGHT NUMB DRAWING SQUEEZING TEARING</p>										
<p>9 DULL SORE HURTING ACHING HEAVY</p>	<p>19 COOL COLD FREEZING</p>										
<p>10 TENDER TAUT RASPING SPLITTING</p>	<p>20 NAGGING NAUSEATING AGONIZING DREADFUL TORTURING</p>										
	<p>PPI</p>										
	<p>0 NO PAIN 1 MILD 2 DISCOMFORTING 3 DISTRESSING 4 HORRIBLE 5 EXCRUCIATING</p>										

Annexe 10b : Questionnaire Douleur Saint-Antoine (QDSA)

	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"/>
Élancements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En 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"/>
Suppliciante	<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"/>
O			
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"/>

Annexe 11a : Roland-Morris Disability Questionnaire (RDQ) en anglais

The Roland-Morris Disability Questionnaire

When your back hurts, you may find it difficult to do some of the things you normally do.

This list contains sentences that people have used to describe themselves when they have back pain. When you read them, you may find that some stand out because they describe you *today*.

As you read the list, think of yourself *today*. When you read a sentence that describes you today, put a tick against it. If the sentence does not describe you, then leave the space blank and go on to the next one. Remember, only tick the sentence if you are sure it describes you today.

1. I stay at home most of the time because of my back.
2. I change position frequently to try and get my back comfortable.
3. I walk more slowly than usual because of my back.
4. Because of my back I am not doing any of the jobs that I usually do around the house.
5. Because of my back, I use a handrail to get upstairs.
6. Because of my back, I lie down to rest more often.
7. Because of my back, I have to hold on to something to get out of an easy chair.
8. Because of my back, I try to get other people to do things for me.
9. I get dressed more slowly than usual because of my back.
10. I only stand for short periods of time because of my back.
11. Because of my back, I try not to bend or kneel down.
12. I find it difficult to get out of a chair because of my back.
13. My back is painful almost all the time.
14. I find it difficult to turn over in bed because of my back.
15. My appetite is not very good because of my back pain.
16. I have trouble putting on my socks (or stockings) because of the pain in my back.
17. I only walk short distances because of my back.
18. I sleep less well because of my back.
19. Because of my back pain, I get dressed with help from someone else.
20. I sit down for most of the day because of my back.
21. I avoid heavy jobs around the house because of my back.
22. Because of my back pain, I am more irritable and bad tempered with people than usual.
23. Because of my back, I go upstairs more slowly than usual.
24. I stay in bed most of the time because of my back.

Annexe 11b : Roland-Morris Disability Questionnaire (RDQ) en français

QUESTIONNAIRE DE ROLAND-MORRIS

NOM, Prénom : -----
Date :-----

Une liste de phrases vous est proposée sur la page suivante.

Ces phrases décrivent certaines difficultés à effectuer une activité physique quotidienne directement en rapport avec votre douleur lombaire.

Lisez ces phrases une par une avec attention en ayant bien à l'esprit l'état dans lequel vous êtes *aujourd'hui* à cause de votre douleur lombaire.

Quand vous lirez une phrase qui correspond bien à une difficulté qui vous affecte *aujourd'hui*, cochez-là.

Dans le cas contraire, laissez un blanc et passez à la phrase suivante.....

Souvenez-vous bien de ne cocher que les phrases qui s'appliquent à vous-même *aujourd'hui*.

1. Je reste pratiquement tout le temps à la maison à cause de mon dos
2. Je change souvent de position pour soulager mon dos
3. Je marche plus lentement que d'habitude à cause de mon dos
4. À cause de mon dos, je n'effectue aucune des tâches que j'ai l'habitude de faire à la maison
5. À cause de mon dos, je m'aide de la rampe pour monter les escaliers
6. À cause de mon dos, je m'allonge plus souvent pour me reposer
7. À cause de mon dos, je suis obligé (e) de prendre un appui pour sortir d'un fauteuil
8. À cause de mon dos, j'essaie d'obtenir que d'autres fassent des choses à ma place
9. À cause de mon dos, je m'habille plus lentement que d'habitude
10. Je ne reste debout que de courts moments à cause de mon dos
11. À cause de mon dos, j'essaie de ne pas me baisser ni de m'agenouiller
12. À cause de mon dos, j'ai du mal à me lever d'une chaise
13. À j'ai mal au dos la plupart du temps
14. À cause de mon dos, j'ai des difficultés à me retourner dans mon lit
15. J'ai moins d'appétit à cause de mon mal de dos
16. À cause de mon mal de dos, j'ai du mal à mettre mes chaussettes (ou bas/collant)
17. Je ne peux marcher que sur de courtes distances à cause de mon mal de dos
18. Je dors moins à cause de mon mal de dos
19. À cause de mon dos, quelqu'un m'aide pour m'habiller
20. À cause de mon dos, je reste assis (e) la plus grande partie de la journée
21. À cause de mon dos, j'évite de faire de gros travaux à la maison
22. À cause de mon mal de dos, je suis plus irritable que d'habitude et de mauvaise humeur avec les gens
23. À cause de mon dos, je monte les escaliers plus lentement que d'habitude
24. À cause de mon dos, je reste au lit la plupart du temps

SCORE /24 /100

Annexe 12a : Oswestry Disability Index (ODI) en anglais

This questionnaire has been designed to give the doctor information as to how your pain has affected your ability to manage in every day life. Please circle in each section only one statement which most closely applies to you.

Section 1: Pain Intensity

- 1 The pain comes and goes and is very mild.
- 2 The pain is mild and does not vary much.
- 3 The pain comes and goes and is moderate.
- 4 The pain is moderate and does not vary much.
- 5 The pain comes and goes and is severe.
- 6 The pain is severe and does not vary much.

Section 2: Personal Care (Washing, Dressing, etc.)

- 1 I would not have to change my way of washing or dressing in order to avoid pain.
- 2 I do not normally change my way of washing or dressing even though it causes some pain.
- 3 Washing and dressing increase the pain, but I manage not to change my way of doing it.
- 4 Washing and dressing increase the pain and I find it necessary to change my way of doing it.
- 5 Because of the pain, I am unable to do some washing and dressing without help.
- 6 Because of the pain, I am unable to do any washing and dressing without help.

Section 3: Lifting

- 1 I can lift heavy weights without extra pain.
- 2 I can lift heavy weights but it gives extra pain.
- 3 Pain prevents me from lifting heavy weights off the floor.
- 4 Pain prevents me from lifting heavy weights off the floor, but I can manage if they are conveniently positioned, e.g., on a table.
- 5 Pain prevents me from lifting heavy weights, but I can manage light to medium weights if they are conveniently positioned.
- 6 I can only lift very light weights at the most.

Section 4: Walking

- 1 I have no pain walking.
- 2 I have some pain walking but it does not increase with distance.
- 3 I cannot walk more than one mile without increasing pain.
- 4 I cannot walk more than 1/2 mile without increasing pain.
- 5 I cannot walk more than 1/4 mile without increasing pain.
- 6 I cannot walk at all without increasing pain.

Section 5: Sitting

- 1 I can sit in any chair as long as I like without pain.
- 2 I can sit only in my favorite chair as long as I like.
- 3 Pain prevents me from sitting more than 1 hour.
- 4 Pain prevents me from sitting more than 1/2 hour.
- 5 Pain prevents me from sitting for more than 10 min.
- 6 I avoid sitting because it increases pain immediately.

Section 6: Standing

- 1 I can stand as long as I want without pain.
- 2 I have some pain on standing, but it does not increase with time.
- 3 I cannot stand for longer than one hour without increasing pain.
- 4 I cannot stand for longer than 1/2 hour without increasing pain.
- 5 I cannot stand for longer than 10 min. without increasing pain.
- 6 I avoid standing, because it increases the pain immediately.

Section 7: Sleeping

- 1 I have no pain in bed.
- 2 I have pain in bed but it does not prevent me from sleeping well.
- 3 Because of pain, my normal night's sleep is reduced by less than 1/4.
- 4 Because of pain, my normal night's sleep is reduced by less than 1/2.
- 5 Because of pain, my normal night's sleep is reduced by less than 3/4.
- 6 Pain prevents me from sleeping at all.

Section 8: Social Life

- 1 My social life is normal and gives me no extra pain.
- 2 My social life is normal, but increases the degree of pain.
- 3 Pain has no significant effect on my social life apart from limiting my more energetic interests, e.g., dancing, etc.
- 4 Pain has restricted my social life and I do not go out very often.
- 5 Pain has restricted my social life to my home.
- 6 I have hardly any social life because of the pain.

Section 9: Traveling

- 1 I have no pain while traveling.
- 2 I have some pain while traveling, but none of my usual forms of travel make it any worse.
- 3 I have extra pain while traveling, but it does not compel me to seek alternative forms of travel.
- 4 I have extra pain while traveling which compels me to seek alternative forms of travel.
- 5 Pain restricts all forms of travel.
- 6 Pain prevents all forms of travel except that done lying down.

Section 10: Changing Degree of Pain

- 1 My pain is rapidly getting better.
- 2 My pain fluctuates, but overall is definitely getting better.
- 3 My pain seems to be getting better, but improvement is slow.
- 4 My pain is neither getting better nor getting worse.
- 5 My pain is gradually getting worse.
- 6 My pain is rapidly worsening.

Patient Signature _____

Date: _____

Doctor's Signature _____

Score: _____

Annexe 12b : Oswestry Disability Index (ODI) en français

Prière de remplir ce questionnaire. Il a été élaboré dans le but de connaître l'impact de votre problème de dos sur vos capacités à réaliser vos activités de la vie quotidienne. Veuillez répondre à chaque section.

Désignez dans chaque section une seule réponse, celle qui décrit au mieux votre état de ce jour.

Section 1 – Intensité de la douleur

- En ce moment, je ne ressens aucune douleur.
- En ce moment, j'ai des douleurs très légères.
- En ce moment, j'ai des douleurs modérées.
- En ce moment, j'ai des douleurs assez intenses.
- En ce moment, j'ai des douleurs très intenses.
- En ce moment, les douleurs sont les pires que l'on puisse imaginer.

Section 2 – Soins personnels (se laver, s'habiller, etc.)

- Je peux effectuer normalement mes soins personnels sans douleurs supplémentaires.
- Je peux effectuer normalement mes soins personnels, mais c'est très douloureux.
- Je dois effectuer mes soins personnels avec précaution et lenteur, et je ressens des douleurs.
- J'ai besoin d'aide pour les soins personnels, mais j'arrive encore à effectuer la plus grande partie de ceux-ci seul(e).
- J'ai besoin d'aide tous les jours pour la plupart de mes soins personnels. Je ne peux plus m'habiller, je me lave avec difficulté et je reste au lit.

Section 3 – Soulever des charges

- Je peux soulever des charges lourdes sans augmentation des douleurs.
- Je peux soulever des charges lourdes, mais cela occasionne une augmentation des douleurs.
- Les douleurs m'empêchent de soulever de lourdes charges depuis le sol, mais cela reste possible si elles sont sur un endroit approprié. (par ex : sur une table) Les douleurs m'empêchent de soulever des charges lourdes, mais je peux en soulever de légères à modérées si elles sont sur un endroit approprié. Je ne peux soulever que de très légères charges.
- Je ne peux rien soulever, ni porter du tout.

Section 4 – Marche

- Les douleurs ne m'empêchent pas de marcher, quelle que soit la distance.
- Les douleurs m'empêchent de marcher au-delà d'un km.
- Les douleurs m'empêchent de marcher au-delà de 250 m.
- Les douleurs m'empêchent de marcher au-delà de 100 m.
- Je ne peux marcher qu'avec une canne ou des béquilles.
- Je reste au lit la plupart du temps et dois me traîner jusqu'aux toilettes.

Section 5 – Position assise

- Je peux rester assis(e) aussi longtemps que je le désire sur n'importe quel siège.
- Je peux rester assis(e) aussi longtemps que je le désire sur mon siège favori.
- Les douleurs m'empêchent de rester assis(e) plus d'une heure.
- Les douleurs m'empêchent de rester assis(e) plus d'une demi-heure.
- Les douleurs m'empêchent de rester assis(e) plus de dix minutes.

Les douleurs m'empêchent toute position assise.

Section 6 – Position debout

Je peux rester debout aussi longtemps que je le désire sans douleur supplémentaire.

Je peux rester debout aussi longtemps que je le désire, mais cela occasionne des douleurs supplémentaires.

Les douleurs m'empêchent de rester debout plus d'une heure.

Les douleurs m'empêchent de rester debout plus d'une demi-heure.

Les douleurs m'empêchent de rester debout plus de dix minutes. Les douleurs m'empêchent de me tenir debout.

Section 7 – Sommeil

Mon sommeil n'est jamais perturbé par les douleurs.

Mon sommeil est parfois perturbé par les douleurs.

A cause des douleurs, je dors moins de six heures.

A cause des douleurs, je dors moins de quatre heures.

A cause des douleurs, je dors moins de deux heures.

Les douleurs m'empêchent totalement de dormir.

Section 8 – Vie sexuelle (si présente)

Ma vie sexuelle est normale et n'occasionne pas de douleurs supplémentaires.

Ma vie sexuelle est normale, mais occasionne parfois quelques douleurs supplémentaires.

Ma vie sexuelle est presque normale, mais très douloureuse.

Ma vie sexuelle est fortement réduite à cause des douleurs.

Ma vie sexuelle est presque inexistante à cause des douleurs.

Les douleurs m'empêchent toute vie sexuelle.

Section 9 – Vie sociale

Ma vie sociale est normale et n'occasionne pas de douleurs supplémentaires.

Ma vie sociale est normale, mais elle augmente l'intensité des douleurs.

Les douleurs n'ont pas de répercussion significative sur ma vie sociale, excepté une limitation lors de mes activités physiques. (par ex : le sport, etc.)

Les douleurs limitent ma vie sociale et je ne sors plus aussi souvent.

Les douleurs limitent ma vie sociale à mon foyer.

Je n'ai pas de vie sociale à cause des douleurs.

Section 10 – Voyage

Je peux voyager partout sans douleur.

Je peux voyager partout, mais cela occasionne une augmentation des douleurs.

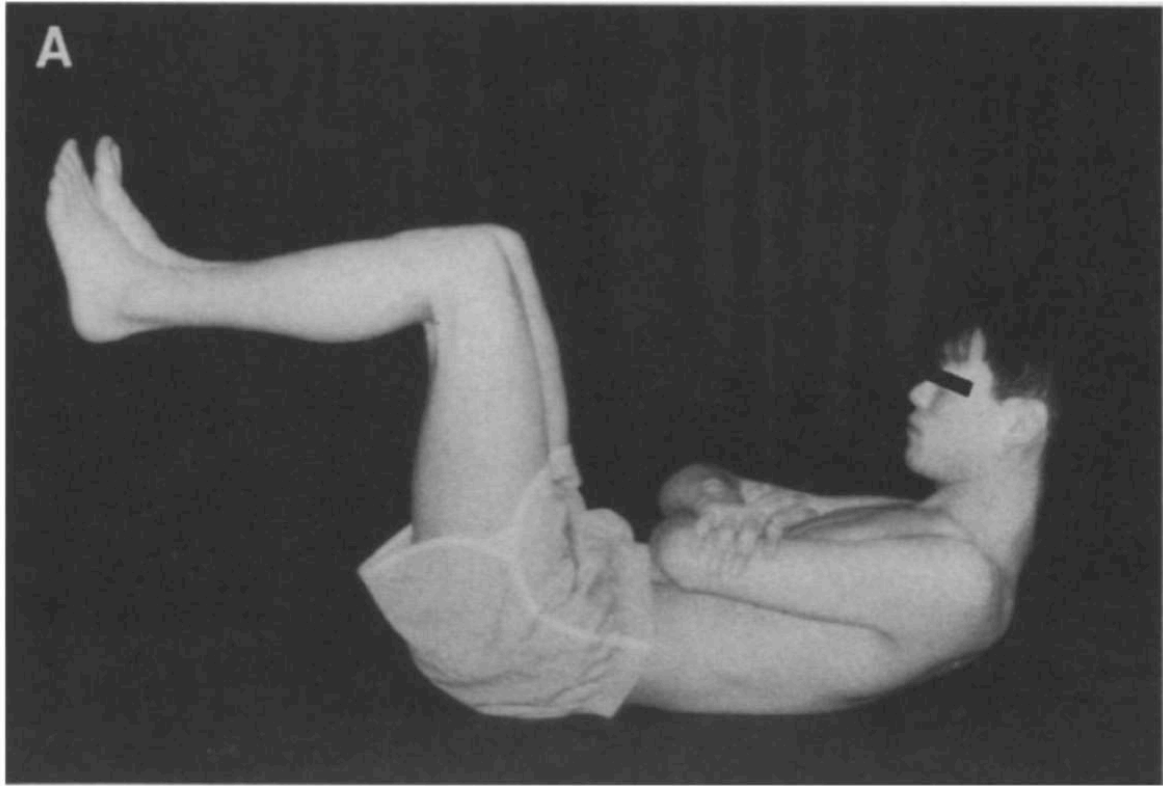
Les douleurs sont bien présentes, mais je peux effectuer un trajet de plus de deux heures.

Les douleurs m'empêchent tout trajet de plus d'une heure.

Les douleurs ne me permettent que de courts trajets nécessaires de moins de 30 minutes.

Les douleurs m'empêchent tout trajet, sauf pour recevoir un traitement.

Annexe 13 : Ito test



Annexe 14a : Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDs) en anglais

This questionnaire is about the way your back pain is affecting your daily life. People with back problems may find it difficult to perform some of their daily activities. We would like to know if you find it difficult to perform any of the activities listed below, because of your back. For each activity there is a scale of 0 to 5. Please choose one response option for each activity (do not skip any activities) and circle the corresponding number.

Today, do you find it difficult to perform the following activities because of your back?

		0 Not difficult at all	1 Minimally difficult	2 Somewhat difficult	3 Fairly difficult	4 Very difficult	5 Unable to do
1	Get out of bed	0	1	2	3	4	5
2	Sleep through the night	0	1	2	3	4	5
3	Turn over in bed	0	1	2	3	4	5
4	Ride in a car	0	1	2	3	4	5
5	Stand up for 20-30 minutes	0	1	2	3	4	5
6	Sit in a chair for several hours	0	1	2	3	4	5
7	Climb one flight of stairs	0	1	2	3	4	5
8	Walk a few blocks (300-400 m)	0	1	2	3	4	5
9	Walk several kilometres	0	1	2	3	4	5
10	Reach up to high shelves	0	1	2	3	4	5
11	Throw a ball	0	1	2	3	4	5
12	Run one block (about 100m)	0	1	2	3	4	5
13	Take food out of the refrigerator	0	1	2	3	4	5
14	Make your bed	0	1	2	3	4	5
15	Put on socks (pantyhose)	0	1	2	3	4	5
16	Bend over to clean the bathtub	0	1	2	3	4	5
17	Move a chair	0	1	2	3	4	5
18	Pull or push heavy doors	0	1	2	3	4	5
19	Carry two bags of groceries	0	1	2	3	4	5
20	Lift and carry a heavy suitcase	0	1	2	3	4	5

Annexe 14b : Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS) en français

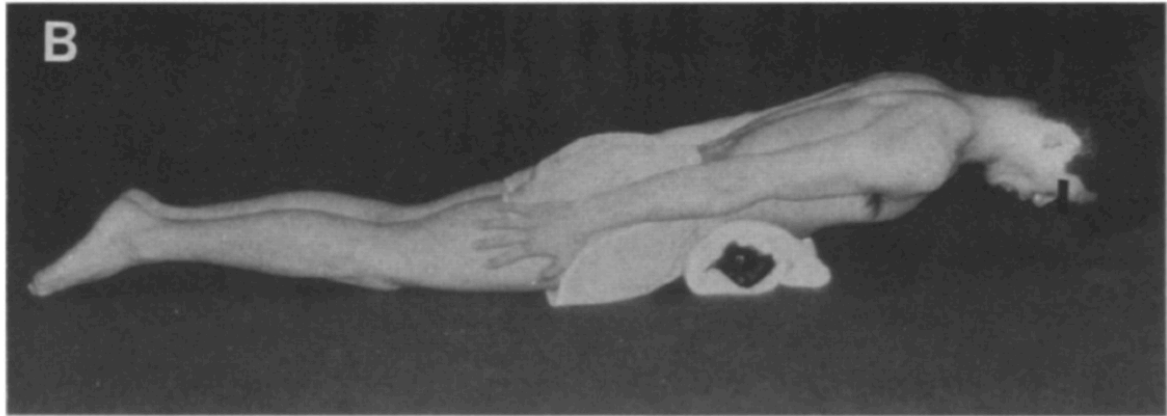
Note au clinicien : ce questionnaire a une valeur comparative, c'est-à-dire que le pointage obtenu au cours d'une consultation doit être comparé à celui de la consultation précédente afin d'observer l'évolution de l'incapacité.

Ce questionnaire porte sur la façon dont votre douleur au dos affecte votre vie de tous les jours. Les personnes souffrant de maux de dos trouvent parfois difficile d'entreprendre certaines activités quotidiennes. **AUJOURD'HUI**, éprouvez de la difficulté à accomplir les tâches énumérées ci-dessous **en raison de votre dos**. Encercliez un chiffre de 0 à 5 qui correspond le mieux à chacune des activités.

	Aucune difficulté	Très peu difficile	Un peu difficile	Difficile	Très difficile	Incapable
1. Sortir du lit.	0	1	2	3	4	5
2. Dormir toute la nuit.	0	1	2	3	4	5
3. Vous retourner dans le lit.	0	1	2	3	4	5
4. Vous promener en voiture.	0	1	2	3	4	5
5. Rester debout pendant 20 à 30 minutes.	0	1	2	3	4	5
6. Rester assis sur une chaise pendant plusieurs heures.	0	1	2	3	4	5
7. Monter un étage d'escalier.	0	1	2	3	4	5
8. Marcher quelques coins de rue.	0	1	2	3	4	5
9. Marcher plusieurs kilomètres.	0	1	2	3	4	5
10. Atteindre un objet sur une tablette élevée.	0	1	2	3	4	5
11. Lancer une balle.	0	1	2	3	4	5
12. Courir un coin de rue.	0	1	2	3	4	5
13. Sortir des aliments du réfrigérateur.	0	1	2	3	4	5
14. Faire votre lit.	0	1	2	3	4	5
15. Mettre vos chaussettes ou vos bas.	0	1	2	3	4	5
16. Vous pencher pour laver le bain.	0	1	2	3	4	5
17. Déplacer une chaise.	0	1	2	3	4	5
18. Tirer ou pousser des portes lourdes.	0	1	2	3	4	5
19. Transporter deux sacs d'épicerie.	0	1	2	3	4	5
20. Soulever et transporter une grosse valise.	0	1	2	3	4	5

Calcul du pointage : additionner toutes les lignes. Total possible sur 100: _____

Annexe 15 : Sørensen test



Annexe 16 : Aberdeen Low Back Pain Scale en anglais

Overview:

Ruta et al all used a questionnaire to measure outcome in patients with low back pain. This can be used for initial evaluation of the patient and to monitor the effectiveness of any interventions. The authors are from the University of Aberdeen and the Aberdeen Royal Infirmary in Scotland.

Question	Response	Points
In the past 2 weeks how many days did you suffer pain in the back or leg(s)?	none at all	0
	between 1 and 5 days	1
	between 6 and 10 days	2
	for more than 10 days	3
On the worst day during the past 2 weeks how many painkilling tablets did you take?	none at all	0
	less than 4 tablets	1
	between 4 and 8 tablets	2
	between 9 and 12 tablets	3
Is the pain made worse by any of the following?	more than 12 tablets	4
	coughing	+1
	sneezing	+1
	sitting	+1
	standing	+1
	bending	+1
Do any of the following movements ease the pain?	walking	+1
	lying down	see below
	sitting down	see below
	standing	see below
In your right leg do you have any pain in the following areas?	walking	see below
	pain in the buttock	+1

	pain in the thigh	+1
	pain in the shin or calf	+1
	pain in the foot or ankle	+1
In your left leg do you have any pain in the following areas?	pain in the buttock	+1
	pain in the thigh	+1
	pain in the shin or calf	+1
	pain in the foot or ankle	+1
Do you have any loss of feeling in your legs?	no	0
	yes just one leg	1
	yes both legs	2
In your right leg do you have any weakness or loss of power in the following areas?	hip	+1
	knee	+1
	ankle	+1
	foot	+1
In your left leg do you have any weakness or loss of power in the following areas?	hip	+1
	knee	+1
	ankle	+1
	foot	+1
If you were to try and bend forward without bending your knees how far down do you think you could bend before the pain stopped you?	I could touch the floor.	0
	I could touch my ankles with the tips of my fingers.	1
	I could touch my knees with the tips of my fingers.	2
	I could touch my mid thighs with the tips of my fingers.	3
	I couldn't bend forward at all.	4

On the worst night during the last 2 weeks how badly was your sleep affected by the pain?	not affected at all	0
	I didn't lose any sleep but needed tablets	1
	it prevented me from sleeping but I slept for more than 4 hours	2
	I only had 2-4 hours of sleep	3
	I had less than 2 hours of sleep	4
On the worst day during the last 2 weeks did the pain interfere with your ability to sit down?	I was able to sit in any chair for as long as I liked	0
	I could only sit in my favorite chair as long as I liked	1
	pain prevented me from sitting more than 1 hour	2
	pain prevented me from sitting more than 30 minutes	3
	pain prevented me from sitting more than 15 minutes	4
	pain prevented me from sitting at all	5
On the worst day during the last 2 weeks did the pain interfere with your ability to stand?	I could stand as long as I wanted without extra pain	0
	I could stand as long as I wanted but it gave me extra pain	1
	pain prevented me from standing more than 1 hour	2
	pain prevented me from standing more than 30 minutes	3
	pain prevented me from standing more than 15 minutes	4
	pain prevented me from standing at all	5
On the worst day during the last 2 weeks did the pain interfere with your ability to walk?	pain did not prevent me walking any distance	0
	pain prevents me walking more than 1 mile	1

	pain prevents me walking more than 1/2 mile	2
	pain prevents me walking more than 1/4 mile	3
	I can walk but less than 1/4 mile	4
	I was unable to walk at all	5
In the last 2 weeks did the pain prevent you from carrying out your work housework and other daily activities?	no not at all	0
	I could continue with my work but my work suffered	1
	yes for one day	2
	yes for 2-6 days	3
	yes for 7 days or more	4
In the last 2 weeks for how many days have you had to stay in bed because of the pain?	none at all	0
	between 1 and 5 days	1
	between 6 and 10 days	2
	for more than 10 days	3
In the last 2 weeks has your sex life been affected by your pain?	not affected by the pain	0
	mildly affected by the pain	1
	moderately affected by the pain	2
	pain prevents any sex life at all	3
	does not apply	NA
In the last 2 weeks have your leisure activities been affected by your pain?	not affected by the pain	0
	mildly affected by the pain	1
	moderately affected by the pain	2
	severely affected by the pain	3
	pain prevents any social life at all	4
In the past 2 weeks has the pain	not at all	0

interfered with your ability to look after yourself (e.g. washing dressing etc.)		
	because of the pain I needed some help looking after myself	1
	because of the pain I needed a lot of help looking after myself	2
	because of the pain I could not look after myself at all	3

Annexe 17a : Pain Disability Index (PDI) en anglais

Pain Disability Index: The rating scales below are designed to measure the degree to which aspects of your life are disrupted by chronic pain. In other words, we would like to know how much pain is preventing you from doing what you would normally do or from doing it as well as you normally would. Respond to each category indicating the overall impact of pain in your life, not just when pain is at its worst.

For each of the 7 categories of life activity listed, please circle the number on the scale that describes the level of disability you typically experience. A score of 0 means no disability at all, and a score of 10 signifies that all of the activities in which you would normally be involved have been totally disrupted or prevented by your pain.

Family/Home Responsibilities: This category refers to activities of the home or family. It includes chores or duties performed around the house (e.g. yard work) and errands or favors for other family members (e.g. driving the children to school).

No Disability 0 __ . 1 __ . 2 __ . 3 __ . 4 __ . 5 __ . 6 __ . 7 __ . 8 __ . 9 __ . 10 __ . Worst Disability

Recreation: This disability includes hobbies, sports, and other similar leisure time activities.

No Disability 0 __ . 1 __ . 2 __ . 3 __ . 4 __ . 5 __ . 6 __ . 7 __ . 8 __ . 9 __ . 10 __ . Worst Disability

Social Activity: This category refers to activities, which involve participation with friends and acquaintances other than family members. It includes parties, theater, concerts, dining out, and other social functions.

No Disability 0 __ . 1 __ . 2 __ . 3 __ . 4 __ . 5 __ . 6 __ . 7 __ . 8 __ . 9 __ . 10 __ . Worst Disability

Occupation: This category refers to activities that are part of or directly related to one's job. This includes non-paying jobs as well, such as that of a housewife or volunteer.

No Disability 0 __ . 1 __ . 2 __ . 3 __ . 4 __ . 5 __ . 6 __ . 7 __ . 8 __ . 9 __ . 10 __ . Worst Disability

Sexual Behavior: This category refers to the frequency and quality of one's sex life.

No Disability 0 __ . 1 __ . 2 __ . 3 __ . 4 __ . 5 __ . 6 __ . 7 __ . 8 __ . 9 __ . 10 __ . Worst Disability

Self Care: This category includes activities, which involve personal maintenance and independent daily living (e.g. taking a shower, driving, getting dressed, etc.)

No Disability 0 __ . 1 __ . 2 __ . 3 __ . 4 __ . 5 __ . 6 __ . 7 __ . 8 __ . 9 __ . 10 __ . Worst Disability

Life-Support Activities: This category refers to basic life supporting behaviors such as eating, sleeping and breathing.

No Disability 0 __ . 1 __ . 2 __ . 3 __ . 4 __ . 5 __ . 6 __ . 7 __ . 8 __ . 9 __ . 10 __ . Worst Disability

Signature _____ Please Print _____

Date _____

Annexe 17b : Pain Disability Index (PDI) en français

1. Famille / Responsabilités domestiques

Cette catégorie fait allusion aux activités liées à la maison ou à la famille. Elle inclut les tâches ménagères ou les travaux exécutés autour de la maison (par exemple le jardinage) et des commissions ou les services effectués pour des membres de la famille (par exemple conduire les enfants à l'école).

2. Loisirs

Cette catégorie inclut les passe-temps, le sport et les autres loisirs.

3. Activités sociales

Cette catégorie fait allusion aux activités qui impliquent la participation des amis et des connaissances différents des membres de la famille. La catégorie inclut les fêtes, le théâtre, les concerts, dîner au restaurant ainsi que les autres fonctions sociales.

4. Profession

Cette catégorie fait allusion aux activités qui font partie ou sont directement liées à son travail. Cela inclut aussi des activités non rémunérées comme celui d'un travailleur au foyer ou le bénévolat.

5. Activités sexuelles

Cette catégorie fait allusion à la fréquence et à la qualité de sa vie sexuelle.

6. Autonomie

Cette catégorie inclut les activités liées à sa capacité de répondre soi-même à ses besoins personnels et à ses soins quotidiens (par exemple se doucher, s'habiller, etc.)

7. Activités de soutien vital

Cette catégorie fait allusion aux besoins fondamentaux comme manger, dormir et respirer.

Annexe 18 : Waddell disability Index (WI) en anglais

Questions:

- (1) Help required or avoid heavy lifting (30-40 pound suitcase child 3-4 years old)
- (2) Sitting generally limited to less than one half hour
- (3) Travelling in a car or bus generally limited to less than one half hour
- (4) Standing in 1 place generally limited to less than one half hour.
- (5) Walking generally limited to less than one half hour.
- (6) Sleep disturbed regularly by low back pain (i.e. 2 times per week)
- (7) Regularly miss or curtail social activities (excluding sports)
- (8) Diminished frequency of sexual activity
- (9) Help regularly required with footwear (tights socks tying laces etc.)

Response	Points
Yes	1
No	0

Annexe 19a : Activities of Daily Living (ADL) en anglais

Instructions: Write in the appropriate value number on the score lines provided to the right of the responses. Add the value numbers to obtain total score.

	<u>Value No.</u>
1. TOILET	
4 Cares for self at toilet completely, no incontinence	
3 Needs to be reminded, or needs help in cleaning self, or has rare (weekly at most) accidents	
2 Soiling or wetting while asleep, more than once a week	
1 Soiling or wetting while awake, more than once a week	
0 No control of bowels or bladder	_____
2. FEEDING	
4 Eats without assistance	
3 Eats with minor assistance at meal times, with help preparing food or with help in cleaning up after meals	
2 Feeds self with moderate assistance and is untidy	
1 Requires extensive assistance for all meals	
0 Does not feed self at all and resists efforts of others to feed him	_____
3. DRESSING	
4 Dresses, undresses and selects clothes from own wardrobe	
3 Dresses and undresses self, with minor assistance	
2 Needs moderate assistance in dressing or selection of clothes	
1 Needs major assistance in dressing but cooperated with efforts of other to help	
0 Completely unable to dress self and resists efforts of others to help	_____
4. GROOMING (neatness, hair, nails, hands, face, clothing)	
4 Always neatly dressed and well-groomed, without assistance	
3 Grooms self adequately, with occasional minor assistance, e.g., in shaving	
2 Needs moderate and regular assistance or supervision in grooming	
1 Needs major assistance in dressing but cooperates with efforts of others to help	
0 Actively negates all efforts to others to maintain grooming	_____
5. PHYSICAL AMBULATION	
4 Goes about grounds or city	
3 Ambulates within residence or about one block distant	
2 Ambulates with assistance of (check one): ___ another person, ___ railing, ___ cane, ___ walker, or ___ wheelchair: ___ gets in and out without help ___ needs help in getting in and out	
1 Sits unsupported in chair or wheelchair, but cannot propel self without help	
0 Bedridden more than half the time	_____
6. BATHING	
4 Bathes self (tub, shower, sponge bath) without help	
3 Bathes self, with help in getting in and out of tub	
2 Washes face and hands only, but cannot bathe rest of body	
1 Does not wash self but is cooperative with those who bathe him	
0 Does not bathe at all	_____
7. RESPONSIBILITY FOR OWN MEDICATION	
2 Is responsible for taking medication in correct dosages at correct time	
1 Takes responsibility if medication is prepared in advance in separate dosages	
0 Does not try to wash self, and resists efforts to keep him clean	_____

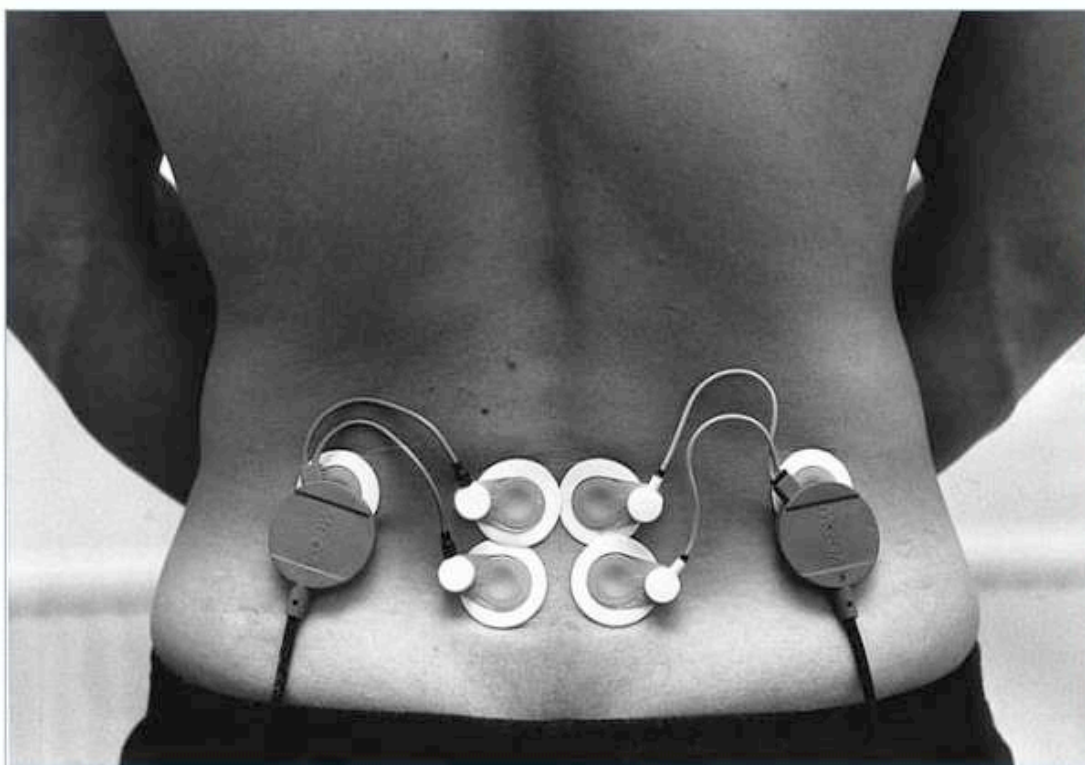
TOTAL SCORE _____

Annexe 19b : Activities of Daily Living (ADL) en français

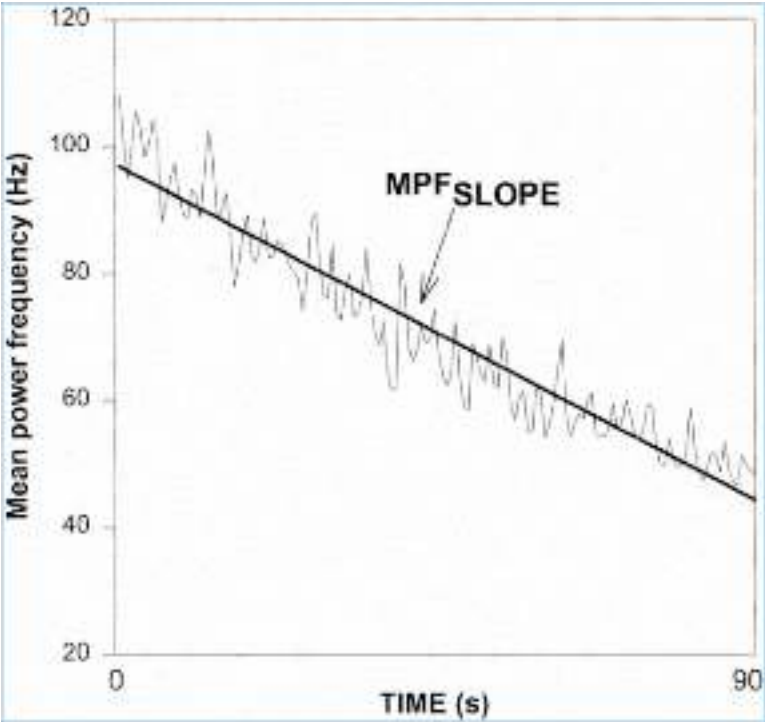
ECHELLE A.D.L		Nom
		Prénom
		Date
		Score
Hygiène Corporelle	Autonome Aide partielle Dépendant	1 ½ 0
Habillage	Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage mais besoin d'aide pour se chauffer. Dépendant	1 ½ 0
Aller aux toilettes	Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite. Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller. Ne peut aller aux toilettes seul	1 ½ 0
Locomotion	Autonomie A besoin d'aide (cane, déambulateur, accompagnant) Grabataire	1 ½ 0
Continence	Continent Incontinence occasionnelle Incontinent	1 ½ 0
Repas	Se sert et mange seul Aide pour se servir, couper le viande ou peler un fruit Dépendant	1 ½ 0

Total = /6

Annexe 20a : Index de fatigabilité L5-S1, le positionnement des électrodes



Annexe 20b : Index de fatigabilité L5-S1, la pente MPF-SLOPE, décroissance moyenne du signal



Annexe 21 : Isoinertial back extension endurance test



Annexe 22 : Modified Von Korff Scale

Questions:

- (1) In the past 4 weeks how much has your back pain interfered with your daily activities?
- (2) In the past 4 weeks how much has back pain changed your ability to take part in recreational social and family activities?
- (3) In the past 4 weeks how much has back pain changed your ability to work (including housework)?
- (4) How would you rate your back pain today?
- (5) In the past 4 weeks how bad was your worst back pain?
- (6) In the past 4 weeks on average how bad was your back pain?

Responses are from a 11 point Likert scale from 0 to 10.

0 1 2 3 4 5 6
No change Extreme change

5. How supportive or helpful is your spouse (significant other) to you in relation to your pain?

0 1 2 3 4 5 6
Not at all supportive Extremely supportive

6. Rate your overall mood during the past week.

0 1 2 3 4 5 6
Extremely low mood Extremely high mood

7. On the average, how severe has your pain been during the last week?

0 1 2 3 4 5 6
Not at all severe Extremely severe

8. How much has your pain changed your ability to participate in recreational and other social activities?

0 1 2 3 4 5 6
No change Extreme change

9. How much has your pain changed the amount of satisfaction you get from family-related activities?

0 1 2 3 4 5 6
No change Extreme change

10. How worried is your spouse (significant other) about you in relation to your pain problem?

0 1 2 3 4 5 6
Not at all worried Extremely worried

11. During the past week, how much control do you feel that you have had over your life?

0 1 2 3 4 5 6
Not at all in control Extremely in control

12. How much suffering do you experience because of your pain?

0 1 2 3 4 5 6
No suffering Extreme suffering

13. How much has your pain changed your marriage and other family relationships?

0 1 2 3 4 5 6

No change

Extreme change

14. How much has your pain changed the amount of satisfaction or enjoyment you get from work?

0 1 2 3 4 5 6
No change Extreme change

__ Check here, if you are not presently working.

15. How attentive is your spouse (significant other) to your pain problem?

0 1 2 3 4 5 6
Not at all attentive Extremely attentive

16. During the past week, how much do you feel that you've been able to deal with your problems?

0 1 2 3 4 5 6
Not at all Extremely well

17. How much has your pain changed your ability to do household chores?

0 1 2 3 4 5 6
No change Extreme change

18. During the past week, how irritable have you been?

0 1 2 3 4 5 6
Not at all irritable Extremely irritable

19. How much has your pain changed your friendships with people other than your family?

0 1 2 3 4 5 6
No change Extreme change

20. During the past week, how tense or anxious have you been?

0 1 2 3 4 5 6
Not at all tense or anxious Extremely tense or anxious

B.

In this section, we are interested in knowing how your significant other (this refers to the person you indicated above) responds to you when he or she knows that you are in pain. On the scale listed below each question, **circle a number** to indicate how often your significant other generally responds to you in that particular way when you are in pain.

1. Ignores me.

0 1 2 3 4 5 6
Never Very often

2. Asks me what he/she can do to help.

0 1 2 3 4 5 6
Never Very often

3. Reads to me.

0 1 2 3 4 5 6
Never Very often

4. Expresses irritation at me.

0 1 2 3 4 5 6
Never Very often

5. Takes over my jobs or duties.

0 1 2 3 4 5 6
Never Very often

6. Talks to me about something else to take my mind off the pain.

0 1 2 3 4 5 6
Never Very often

7. Expresses frustration at me.

0 1 2 3 4 5 6
Never Very often

8. Tries to get me to rest.

0 1 2 3 4 5 6
Never Very often

9. Tries to involve me in some activity

0 1 2 3 4 5 6

- Never Very often
10. Expresses anger at me.
- 0 1 2 3 4 5 6
- Never Very often
11. Gets me some pain medications.
- 0 1 2 3 4 5 6
- Never Very often
12. Encourages me to work on a hobby.
- 0 1 2 3 4 5 6
- Never Very often
13. Gets me something to eat or drink.
- 0 1 2 3 4 5 6
- Never Very often
14. Turns on the T.V. to take my mind off my pain
- 0 1 2 3 4 5 6
- Never Very often

C.

Listed below are 18 common daily activities. Please indicate how often you do each of these activities by circling a number on the scale listed below each activity. Please complete all 18 questions.

1. Wash dishes.
- 0 1 2 3 4 5 6
- Never Very often
2. Mow the lawn.
- 0 1 2 3 4 5 6
- Never Very often
3. Go out to eat.
- 0 1 2 3 4 5 6
- Never Very often

4. Play cards or other games.
 0 1 2 3 4 5 6
 Never Very often
5. Go grocery shopping.
 0 1 2 3 4 5 6
 Never Very often
6. Work in the garden.
 0 1 2 3 4 5 6
 Never Very often
7. Go to a movie.
 0 1 2 3 4 5 6
 Never Very often
8. Visit friends.
 0 1 2 3 4 5 6
 Never Very often
9. Help with the house cleaning.
 0 1 2 3 4 5 6
 Never Very often
10. Work on the car.
 0 1 2 3 4 5 6
 Never Very often
11. Take a ride in a car.
 0 1 2 3 4 5 6
 Never Very often
12. Visit relatives.
 0 1 2 3 4 5 6
 Never Very often
13. Prepare a meal.
 0 1 2 3 4 5 6
 Never Very often
14. Wash the car.

0 1 2 3 4 5 6
Never Very often

15. Take a trip.
0 1 2 3 4 5 6
Never Very often

16. Go to a park or beach.
0 1 2 3 4 5 6
Never Very often

17. Do a load of laundry.
0 1 2 3 4 5 6
Never Very often

18. Work on a needed house repair.
0 1 2 3 4 5 6
Never Very often

Annexe 23b : Multidimensional Pain Inventory (MPI) en français

Pain interference _____

In general, how much does your pain problem interfere with your day to day activities? *En général, à quel point votre douleur nuit-elle à vos activités de tous les jours?*

Since the time you developed a pain problem, how much has your pain changed your ability to work? *Depuis que votre problème de douleur a débuté, à quel point a-t-il changé votre capacité à travailler?*

How much has your pain changed the amount of satisfaction or enjoyment you get from participating in social and recreational activities? *À quel point votre douleur a-t-elle changé la satisfaction ou le plaisir que vous retirez des activités sociales ou récréatives?*

How much has your pain changed your ability to participate in recreational and other social activities? *À quel point votre douleur a-t-elle changé votre capacité à prendre part à des activités sociales ou récréatives?*

How much has your pain changed the amount of satisfaction you get from family-related activities? *À quel point votre douleur a-t-elle changé la satisfaction ou le plaisir que vous retirez de vos activités familiales?*

How much has your pain changed your marriage and other family relationships? *À quel point votre douleur a-t-elle changé vos relations avec votre conjoint, et avec votre famille?*

How much has your pain changed the amount of satisfaction or enjoyment you get from work? *À quel point votre douleur a-t-elle changé la satisfaction ou le plaisir que vous retirez de votre travail?*

How much has your pain changed your ability to do household chores? *À quel point votre douleur a-t-elle changé votre capacité à effectuer des travaux ménagers?*

How much has your pain changed your friendships with people other than your family? *À quel point votre douleur a-t-elle changé vos relations d'amitié avec des personnes autres que les membres de votre famille?*

Support _____

How supportive or helpful is your spouse (significant other) to you in relation to your pain? *À quel point votre conjoint vous soutient-il ou vous appuie-t-il en ce qui a trait à votre douleur?*

How attentive is your spouse (significant other) to your pain problem? *À quel point votre conjoint est-il attentif à votre problème de douleur?*

Pain severity _____

Rate the level of your pain at the present moment. *Évaluez le niveau de votre douleur en ce moment.*

On the average, how severe has your pain been during the last week? *En moyenne, à quel point évaluez-vous l'intensité de votre douleur durant la dernière semaine?*

How much suffering do you experience because of your pain? *À quel point souffrez-vous à cause de votre douleur?*

Life control _____

During the past week how much control do you feel that you have had over your life? *À quel point avez-vous l'impression d'avoir eu le contrôle sur votre vie, durant la dernière semaine?*

During the past week how much do you feel that you've been able to deal with your problems? *À quel point avez-vous l'impression d'avoir été en mesure de gérer vos problèmes durant la dernière semaine?*

Affective distress _____

Rate your overall mood during the past week. *Évaluez votre humeur générale durant la dernière semaine.*

During the past week how irritable have you been? *Durant la dernière semaine, à quel point avez-vous été irritable?*

During the past week how tense or anxious have you been? *Durant la dernière semaine, à quel point avez-vous été tendu ou anxieux?*

Negative responses

Expresses irritation at me. *Exprime de l'irritabilité à mon endroit.*

Expresses frustration at me. *Exprime de la frustration envers moi.*

Expresses anger at me. *Exprime de la colère à mon endroit.*

Solicitous responses

Asks me what he/she can do to help. *Me demande ce qu'il peut faire pour aider.*

Takes over my jobs or duties. *Se charge de ma partie des tâches ou responsabilités.*

Tries to get me to rest. *Essaie de faire en sorte que je me repose.*

Gets me some pain medication. *Va me chercher des médicaments contre la douleur.*

Gets me something to eat or drink. *Va me chercher quelque chose à manger ou à boire.*

Turns on the TV to take my mind off my pain. *Ouvre la télévision pour me distraire de ma douleur.*

Distractive responses

Talks to me about something else to take my mind off the pain. *Me fait la conversation pour me distraire de la douleur.*

Tries to involve me in some activity. *M'incite à prendre part à une activité.*

Encourages me to work on a hobby. *M'encourage à m'adonner à un passe-temps.*

General activity**Household chores**

Wash dishes. *Laver la vaisselle.*

Go grocery shopping. *Faire le marché.*

Help with the house cleaning. *Aider à faire le ménage.*

Prepare a meal. *Préparer un repas.*

Do a load of laundry. *Faire la lessive.*

Outdoor work

Mow the lawn. *Tondre le gazon.*

Work in the garden. *Jardiner.*

Work on the car. *Entretenir la voiture.*

Wash the car. *Laver la voiture.*

Work on a needed house repair. *Effectuer les réparations qui s'imposent dans la maison.*

Leisure activities**Activities away from home**

Go out to eat. *Manger à l'extérieur (au restaurant, chez des amis, etc).*

Go to a movie. *Aller au cinéma.*

Take a ride in a car. *Faire une ballade en voiture.*

Take a trip. *Quitter la maison pour quelques jours.*

Social activities

Play cards or other games. *Jouer aux cartes ou à d'autres jeux.*

Visit friends. *Rendre visite à des amis.*

Visit relatives. *Visiter des membres de la famille.*

Go to a park or beach. *Aller au parc ou au bord de l'eau.*

Annexe 24a : Beck Depression Inventory (BDI) en anglais

Choose the one statement, from among the group of four statements in each question that best describes how you have been feeling during the past few days. Circle the number beside your choice.

1	<ul style="list-style-type: none"> 0 I do not feel bad. 1 I feel sad. 2 I am sad all the time and I can't snap out of it. 3 I am so sad or unhappy that I cannot stand it.
2	<ul style="list-style-type: none"> 0 I am not particularly discouraged about the future. 1 I feel discouraged about the future. 2 I feel I have nothing to look forward to. 3 I feel that the future is hopeless and that things cannot improve.
3	<ul style="list-style-type: none"> 0 I do not feel like a failure. 1 I feel I have failed more than the average person. 2 As I look back on my life, all I can see is a lot of failure. 3 I feel I am a complete failure as a person.
4	<ul style="list-style-type: none"> 0 I get as much satisfaction out of things as I used to. 1 I don't enjoy things the way I used to. 2 I don't get any real satisfaction out of anything anymore. 3 I am dissatisfied or bored with everything.
5	<ul style="list-style-type: none"> 0 I don't feel particularly guilty. 1 I feel guilty a good part of the time. 2 I feel guilty most of the time. 3 I feel guilty all of the time.
6	<ul style="list-style-type: none"> 0 I don't feel that I am being punished. 1 I feel I may be punished. 2 I expect to be punished. 3 I feel I am being punished.
7	<ul style="list-style-type: none"> 0 I don't feel disappointed in myself. 1 I am disappointed in myself. 2 I am disgusted with myself. 3 I hate myself.
8	<ul style="list-style-type: none"> 0 I don't feel I am worse than anybody else. 1 I am critical of myself for my weaknesses or mistakes. 2 I blame myself all the time for faults. 3 I blame myself for everything bad that happens.
9	<ul style="list-style-type: none"> 0 I don't have any thoughts of killing myself. 1 I have thoughts of killing myself but I would not carry them out. 2 I would like to kill myself. 3 I would kill myself if I had the chance.
10	<ul style="list-style-type: none"> 0 I don't cry anymore than usual. 1 I cry more now than I used to. 2 I cry all the time now. 3 I would kill myself if I had the chance.
11	<ul style="list-style-type: none"> 0 I am not more irritated by things than I ever am. 1 I am slightly more irritated now than usual. 2 I am quite annoyed or irritated a good deal of the time. 3 I feel irritated all the time now.

12	0 I have not lost interest in other people. 1 I am less interested in other people than I used to be. 2 I have lost most of my interest in other people. 3 I have lost all my interest in other people.
13	0 I make decisions about as well as I ever could. 1 I put off making decisions more than I used to. 2 I have a greater difficulty in making decisions than before. 3 I can't make decisions at all anymore.
14	0 I don't feel I look any worse than I used to. 1 I am worried that I am looking old or unattractive. 2 I feel that there are permanent changes in my appearance that make me look unattractive. 3 I believe that I look ugly.
15	0 I can work about as well as before. 1 It takes an extra effort to get started at doing something. 2 I have to push myself very hard to do anything. 3 I can't do any work at all.
16	0 I can sleep as well as usual. 1 I don't sleep as well as I used to. 2 I wake up 1-2 hours earlier than usual and find it hard to get back to sleep. 3 I wake up several hours earlier than I used to and cannot get back to sleep.
17	0 I don't get more tired than usual. 1 I get tired more easily than I used to. 2 I get tired from doing almost anything. 3 I am too tired to do anything.
18	0 My appetite is no worse than usual. 1 My appetite is not as good as it used to be. 2 My appetite is much worse now. 3 I have no appetite at all anymore.
19	0 I haven't lost much weight, if any, lately. 1 I have lost more than five pounds. 2 I have lost more than ten pounds. 3 I have lost more than fifteen pounds trying to lose weight. <i>Score 0 if you have been purposely trying to lose weight.</i>
20	0 I am no more worried about my health than usual. 1 I am worried about my physical problems such as aches and pains or upset stomach. 2 I am very worried about physical problems and it's hard to think of much else. 3 I am so worried about my physical problems that I cannot think about anything else.
21	0 I have not noticed any recent change in my interest in sex. 1 I am less interested in sex. 2 I am much less interested in sex. 3 I have lost interest in sex completely.

Please indicate if you have felt any of the following, how often and for what period of time:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Depressed mood | <input type="checkbox"/> Increased fatigue and loss of energy |
| <input type="checkbox"/> Loss of interest or pleasure in usual activities | <input type="checkbox"/> Feelings of self-reproach, worthlessness or inappropriate guilt |
| <input type="checkbox"/> Significant change in weight and/or appetite | <input type="checkbox"/> Slowed thinking or impaired concentration |
| <input type="checkbox"/> Insomnia or hypersomnia | <input type="checkbox"/> Suicide attempt or suicidal ideation |
| <input type="checkbox"/> Psychomotor agitation or retardation | |

Annexe 24b : Beck Depression Inventory (BDI) en français

A

- 0 Je ne me sens pas triste
- 1 Je me sens cafardeux ou triste
- 2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
- 3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

B

- 0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
- 1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
- 2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
- 3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

C

- 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
- 1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
- 2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
- 3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

D

- 0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
- 1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
- 2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit
- 3 Je suis mécontent de tout

E

- 0 Je ne me sens pas coupable
- 1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
- 2 Je me sens coupable
- 3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien

F

- 0 Je ne suis pas déçu par moi-même
- 1 Je suis déçu par moi-même
- 2 Je me dégoûte moi-même
- 3 Je me hais

G

- 0 Je ne pense pas à me faire du mal
- 1 Je pense que la mort me libérerait
- 2 J'ai des plans précis pour me suicider
- 3 Si je le pouvais, je me tuerais

H

- 0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
- 1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
- 2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

I

- 0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume
- 1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision
- 2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions
- 3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

J

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant
- 1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux
- 2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux
- 3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant

K

- 0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant
- 1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose
- 2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

L

- 0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude
- 1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude
- 2 Faire quoi que ce soit me fatigue
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

M

- 0 Mon appétit est toujours aussi bon
- 1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
- 2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant
- 3 Je n'ai plus du tout d'appétit

Annexe 25 : Depression Anxiety and Stress Scale (DASS) en anglais

DASS			
Please read each statement and circle a number 0, 1, 2 or 3 which indicates how much the statement applied to you <i>over the past week</i> . There are no right or wrong answers. Do not spend too much time on any statement.			
<p><i>The rating scale is as follows:</i></p> <p>0 Did not apply to me at all 1 Applied to me to some degree, or some of the time 2 Applied to me to a considerable degree, or a good part of time 3 Applied to me very much, or most of the time</p>			
1	I found myself getting upset by quite trivial things	0	1 2 3
2	I was aware of dryness of my mouth	0	1 2 3
3	I couldn't seem to experience any positive feeling at all	0	1 2 3
4	I experienced breathing difficulty (eg, excessively rapid breathing, <input type="checkbox"/> breathlessness in the absence of physical exertion)	0	1 2 3
5	I just couldn't seem to get going	0	1 2 3
6	I tended to over-react to situations	0	1 2 3
7	I had a feeling of shakiness (eg, legs going to give way)	0	1 2 3
8	I found it difficult to relax	0	1 2 3
9	I found myself in situations that made me so anxious I was most <input type="checkbox"/> relieved when they ended	0	1 2 3

10	I felt that I had nothing to look forward to	0	1	2	3
11	I found myself getting upset rather easily	0	1	2	3
12	I felt that I was using a lot of nervous energy	0	1	2	3
13	I felt sad and depressed	0	1	2	3
14	I found myself getting impatient when I was delayed in any way (eg, lifts, traffic lights, being kept waiting)	0	1	2	3
15	I had a feeling of faintness	0	1	2	3
16	I felt that I had lost interest in just about everything	0	1	2	3
17	I felt I wasn't worth much as a person	0	1	2	3
18	I felt that I was rather touchy	0	1	2	3
19	I perspired noticeably (eg, hands sweaty) in the absence of high temperatures or physical exertion	0	1	2	3
20	I felt scared without any good reason	0	1	2	3
21	I felt that life wasn't worthwhile	0	1	2	3

22	I found it hard to wind down	0	1	2	3
23	I had difficulty in swallowing	0	1	2	3
24	I couldn't seem to get any enjoyment out of the things I did	0	1	2	3
25	I was aware of the action of my heart in the absence of physical exertion (eg, sense of heart rate increase, heart missing a beat)	0	1	2	3
26	I felt down-hearted and blue	0	1	2	3

27	I found that I was very irritable	0	1	2	3
28	I felt I was close to panic	0	1	2	3
29	I found it hard to calm down after something upset me	0	1	2	3
30	I feared that I would be "thrown" by some trivial but unfamiliar task	0	1	2	3
31	I was unable to become enthusiastic about anything	0	1	2	3
32	I found it difficult to tolerate interruptions to what I was doing	0	1	2	3
33	I was in a state of nervous tension	0	1	2	3
34	I felt I was pretty worthless	0	1	2	3
35	I was intolerant of anything that kept me from getting on with what I was doing	0	1	2	3
36	I felt terrified	0	1	2	3
37	I could see nothing in the future to be hopeful about	0	1	2	3
38	I felt that life was meaningless	0	1	2	3
39	I found myself getting agitated	0	1	2	3
40	I was worried about situations in which I might panic and make a fool of myself	0	1	2	3
41	I experienced trembling (eg, in the hands)	0	1	2	3
42	I found it difficult to work up the initiative to do things	0	1	2	3

Annexe 26 : DEPRESSION Scale (DEPS) en anglais

During the last month I have	Not at all	A little	Quite a lot	Extremely
Suffered from insomnia	0	1	2	3
Felt blue	0	1	2	3
Felt everything was an effort	0	1	2	3
Felt low in energy or slowed	0	1	2	3
Felt lonely	0	1	2	3
Felt hopeless about the future	0	1	2	3
Not got any fun out of life	0	1	2	3
Had feelings of worthlessness	0	1	2	3
Felt all pleasure and joy has gone from life	0	1	2	3
Felt that I can not shake off the blues even with help from family and friends	0	1	2	3

Annexe 27a : Modified Somatic Perception Questionnaire (MSPQ) en anglais

Please describe how you have felt during the PAST WEEK by marking a check mark (✓) in the appropriate box. Please answer all questions. Do not think too long before answering.

	Not at all	A little, slightly	A great deal, quite a bit	Extremely, could not have been worse
Heart rate increase				
Feeling hot all over				
Sweating all over				
Sweating in a particular part of the body				
Pulse in neck				
Pounding in head				
Dizziness				
Blurring of vision				
Feeling faint				
Everything appearing unreal				
Nausea				
Butterflies in stomach				
Pain or ache in stomach				
Stomach churning				
Desire to pass water				
Mouth becoming dry				
Difficulty swallowing				
Muscles in neck aching				
Legs feeling weak				
Muscles twitching or jumping				
Tense feeling across forehead				
Tense feeling in jaw muscles				

Annexe 27b : Modified Zung Depression Index en anglais.

Le DRAM (Distress and Risk Assessment Method) est la combinaison du Modified Somatic Perception Questionnaire (MSPQ) et du Modified Zung Depression Index.

Please indicate for each of these questions which answer best describes how you have been feeling recently.

	Rarely or none of the time (less than 1 day per week)	Some or little of the time (1-2 days per week)	A moderate amount of time (3-4 days per week)	Most of the time (5-7 days per week)
1. I feel downhearted and sad				
2. Morning is when I feel best				
3. I have crying spells or feel like it				
4. I have trouble getting to sleep at night				
5. I feel that nobody cares				
6. I eat as much as I used to				
7. I still enjoy sex				
8. I notice I am losing weight				
9. I have trouble with constipation				
10. My heart beats faster than usual				
11. I get tired for no reason				
12. My mind is as clear as it used to be				
13. I tend to wake up too early				
14. I find it easy to do the things I used to				
15. I am restless and can't keep still				
16. I feel hopeful about the future				
17. I am more irritable than usual				
18. I find it easy to make a decision				
19. I feel quite guilty				
20. I feel that I am useful and needed				
21. My life is pretty full				
22. I feel that others would be better off if I were dead				
23. I am still able to enjoy the things I used to				

Annexe 28 : Hopkins Symptoms Checklist (HSCL-25)

Instructions:

Listed below are symptoms or problems that people sometimes have. Please read each one carefully and describe how much the symptoms bothered you or distressed you in the last week, including today. Place a check in the appropriate column.

<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	PART I: ANXIETY SYMPTOMS	Not at all	A little	Quite a bit	Extremely
1/ <input type="checkbox"/>	Suddenly scared for no reason				
2/ <input type="checkbox"/>	Feeling fearful				
3/ <input type="checkbox"/>	Faintness, dizziness or weakness				
4/ <input type="checkbox"/>	Nervousness or shakiness inside				
5/ <input type="checkbox"/>	Heart pounding or racing				
6/ <input type="checkbox"/>	Trembling				
7/ <input type="checkbox"/>	Feeling tense or Keyed up				
8/ <input type="checkbox"/>	Headache				
9/ <input type="checkbox"/>	Spell of terror or panic				
10/ <input type="checkbox"/>	Feeling restless or can't sit still				

	PART II: DEPRESSION SYMPTOMS	Not at all	A little	Quite a bit	Extremely
11/	Feeling low in energy, slowed down				
12/	Blaming yourself for things				
13/	Crying easily				
14/	Loss of sexual interest or pleasure				
15/	Poor appetite				
16/	Difficulty falling asleep, staying asleep				
17/	Feeling hopeless about future				
18/	Feeling blue				
19/	Feeling lonely				
20/	Thought of ending your life				
21/	Feeling of being trapped or caught				
22/	Worry too much about things				
23/	Feeling no interest in things				
24/	Feeling everything is an effort				
25/	Feeling of worthlessness				

Annexe 29a : Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) en anglais

This questionnaire will help your physician to know how you are feeling. Read every sentence. Place an "X" on the answer that best describes how you have been feeling during the LAST WEEK. You do not have to think too much to answer. In this questionnaire, spontaneous answers are more important.

- A 1) I feel tense or wound up:
3 () Most of the time
2 () A lot of the time
1 () From time to time
0 () Not at all
- D 2) I still enjoy the things I used to enjoy
0 () Definitely as much
1 () Not quite so much
2 () Only a little
3 () Hardly at all
- A 3) I get a sort of frightened feeling as if something awful is about to happen
3 () Very definitely and quite badly
2 () Yes, but not too badly
1 () A little, but it doesn't worry me
0 () Not at all
- D 4) I can laugh and see the funny side of things
0 () As much as I always could
1 () Not quite as much now
2 () Definitely not so much now
3 () Not at all
- A 5) Worrying thought goes through my mind
3 () A great deal of the time
2 () A lot of the time
1 () From time to time but not too often
0 () Only occasionally
- D 6) I feel cheerful
3 () Not at all
2 () Not often
1 () Sometimes
0 () Most of the time
- A 7) I can seat at ease and feel relaxed
0 () Definitely
1 () Usually
2 () Not often
3 () Not at all
- D 8) I feel as I am slowed down
3 () Nearly all the time
2 () Very often
1 () Sometimes
0 () Not at all
- A 9) I get a sort of frightened feeling like butterflies in the stomach
0 () Not at all
1 () Occasionally
2 () Quite often
3 () Very often
- D 10) I have lost interest in my appearance
3 () Definitely
2 () I don't take so much care as I should
1 () I may not take quite as much care
0 () I take just as much care as ever
- A 11) I feel restless, as if I had to be on the move
3 () Very much indeed
2 () Quite a lot
1 () Not very much
0 () Not at all
- D 12) I look forward with enjoyment to things
0 () As much as I ever did
1 () Rather less than I used to
2 () Definitely less than I used to
3 () Hardly at all
- A 13) I get sudden feeling of panic
3 () Very often indeed
2 () Quite often
1 () Not very often
0 () Not at all
- D 14) I can enjoy a good TV or radio program or book
0 () Often
1 () Sometimes
2 () Not often
3 () Very seldom

Annexe 29b : Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) en français

La connaissance de votre état émotionnel est importante pour que votre médecin puisse adapter au mieux votre traitement. Ce questionnaire doit aider votre médecin à savoir comment vous vous sentez. Lisez chaque question et entourez la réponse qui s'adapte le mieux à vous pour la semaine passée. Votre réponse ne doit pas être trop réfléchie mais rapide. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Les questions impaires en **rouge** concernent l'anxiété et les questions paires en **noir**, la dépression. N'entourez qu'une réponse par question

Je me sens tendu (e) ou énervé(e)		
A	3	La plupart du temps
	2	Souvent
	1	De temps en temps
	0	Jamais
Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois		
D	0	Oui, tout autant
	1	Pas autant
	2	Un peu seulement
	3	Presque plus
J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver		
A	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

Je ris facilement et vois le bon côté des choses		
D	0	Autant que par le passé
	1	Plus autant qu'avant
	2	Vraiment moins qu'avant
	3	Plus du tout
Je me fais du souci		
A	3	Très souvent
	2	Assez souvent
	1	Occasionnellement
	0	Très occasionnellement
Je suis de bonne humeur		
D	3	Jamais
	2	Rarement
	1	Assez souvent
	0	La plupart du temps
Je ne peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)		
A	0	Oui, quoi qu'il arrive
	1	Oui, en général
	2	Rarement
	3	jamais

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti		
D	3	Presque toujours
	2	Très souvent
	1	Parfois
	0	jamais
J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué		
A	0	Jamais
	1	Parfois
	2	Assez souvent
	3	Très souvent
Je ne m'intéresse plus à mon apparence		
D	3	Plus du tout
	2	Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
	1	Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
	0	J'y prête autant d'attention que par le passé
J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place		
A	3	Oui, c'est tout à fait le cas
	2	Un peu
	1	Assez souvent
	0	Très souvent

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses		
D	0	Autant qu'avant
	1	Un peu moins qu'avant
	2	Bien moins qu'avant
	3	Presque jamais
J'éprouve des sensations soudaines de panique		
A	3	Vraiment très souvent
	2	Assez souvent
	1	Pas très souvent
	0	jamais
Je peux prendre plaisir à un bon livre ou une bonne émission de radio ou de télévision		
D	0	Souvent
	1	Parfois
	2	Rarement
	3	Très rarement
Score total		

Annexe 30a : Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK-17) en anglais

1 = strongly disagree

2 = disagree

3 = agree

4 = strongly agree

1. I'm afraid that I might injury myself if I exercise	1	2	3	4
2. If I were to try to overcome it, my pain would increase	1	2	3	4
3. My body is telling me I have something dangerously wrong	1	2	3	4
4. My pain would probably be relieved if I were to exercise	1	2	3	4
5. People aren't taking my medical condition seriously enough	1	2	3	4
6. My accident has put my body at risk for the rest of my life	1	2	3	4
7. Pain always means I have injured my body	1	2	3	4
8. Just because something aggravates my pain does not mean it is dangerous	1	2	3	4
9. I am afraid that I might injure myself accidentally	1	2	3	4
10. Simply being careful that I do not make any unnecessary movements is the safest thing I can do to prevent my pain from worsening	1	2	3	4
11. I wouldn't have this much pain if there weren't something potentially dangerous going on in my body	1	2	3	4
12. Although my condition is painful, I would be better off if I were physically active	1	2	3	4
13. Pain lets me know when to stop exercising so that I don't injure myself	1	2	3	4
14. It's really not safe for a person with a condition like mine to be physically active	1	2	3	4
15. I can't do all the things normal people do because it's too easy for me to get injured	1	2	3	4
16. Even though something is causing me a lot of pain, I don't think it's actually dangerous	1	2	3	4
17. No one should have to exercise when he/she is in pain	1	2	3	4

Annexe 30b : Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK-17) en français

Consignes : Veuillez 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

Annexe 31a : Fear and Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) en anglais

Here are some of the things which other patients have told us about their pain. For each statement please circle any number from 0 to 6 to say how much physical activities such as bending, lifting, walking or driving affect or would affect *your* back pain.

	Completely disagree	1	2	3	4	5	Completely agree
1. My pain was caused by physical activity	0	1	2	3	4	5	6
2. Physical activity makes my pain worse	0	1	2	3	4	5	6
3. Physical activity might harm my back	0	1	2	3	4	5	6
4. I should not do physical activities which (might) make my pain worse	0	1	2	3	4	5	6
5. I cannot do physical activities which (might) make my pain worse	0	1	2	3	4	5	6

The following statements are about how your normal work affects or would affect your back pain.

	Completely disagree	1	2	3	4	5	Completely agree
6. My pain was caused by my work or by an accident at work	0	1	2	3	4	5	6
7. My work aggravated my pain	0	1	2	3	4	5	6
8. I have a claim for compensation for my pain	0	1	2	3	4	5	6
9. My work is too heavy for me	0	1	2	3	4	5	6
10. My work makes or would make my pain worse	0	1	2	3	4	5	6
11. My work might harm my back	0	1	2	3	4	5	6
12. I should not do my normal work with my present pain.....	0	1	2	3	4	5	6
13. I cannot do my normal work with my present pain	0	1	2	3	4	5	6
14. I cannot do my normal work till my pain is treated	0	1	2	3	4	5	6
15. I do not think that I will be back to my normal work within 3 months	0	1	2	3	4	5	6
16. I do not think that I will ever be able to go back to that work	0	1	2	3	4	5	6

Annexe 31b : Fear and Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) en français

Vous trouverez ci-dessous des pensées que d'autres patients nous ont dites à propos de la douleur. Pour chaque remarque, veuillez entourer le chiffre entre 0 et 6 qui exprime le mieux ce que vous éprouvez et ce qui atteint ou pourrait atteindre votre dos.

	<i>Absolument pas d'accord avec la phrase</i>	<i>Partiellement d'accord avec la phrase</i>					<i>Complètement d'accord avec la phrase</i>
FABQ PHYSIQUE							
1 – Ma douleur a été provoquée par l'activité physique	0	1	2	3	4	5	6
2 – L'activité physique aggrave ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
3 – L'activité physique pourrait abîmer mon dos	0	1	2	3	4	5	6
4 – Je ne voudrais pas faire d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
5 – Je ne devrais pas avoir d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
FABQ TRAVAIL							
<i>Les phrases suivantes concernent comment votre travail actuel affecte ou pourrait affecter votre mal de dos</i>							
6 – Ma douleur a été causée par mon travail ou par un accident de travail	0	1	2	3	4	5	6
7 – Mon travail a aggravé ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
8 – Je mérite la reconnaissance de mon mal de dos en tant qu'accident de travail	0	1	2	3	4	5	6
9 – Mon travail est trop lourd pour moi	0	1	2	3	4	5	6
10 – Mon travail aggrave ou pourrait aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
11 – Mon travail pourrait endommager/abîmer mon dos	0	1	2	3	4	5	6
12 – Je ne devrais pas effectuer mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1	2	3	4	5	6
13 – Je ne peux pas faire mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1	2	3	4	5	6
14 – Je ne peux pas faire mon travail habituel tant que ma douleur n'est pas traitée	0	1	2	3	4	5	6
15 – Je ne pense pas que je pourrais refaire mon travail habituel dans les 3 prochains mois	0	1	2	3	4	5	6
16 – Je ne pense pas que je pourrais jamais refaire mon travail	0	1	2	3	4	5	6

Annexe 32 : Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ) en anglais

Please rate how **confident** you are that you can do the following things at present, despite the pain. To indicate your answer circle **one** of the numbers on the scale under each item, where 0 = not at all confident and 6 = completely confident.

For example:

0	1	2	3	4	5	6	_____
Not at all							Completely
Confident							confident

Remember, this questionnaire is **not** asking whether or not you have been doing these things, but rather **how confident you are that you can do them at present, despite the pain**.

-
1. I can enjoy things, despite the pain.

0	1	2	3	4	5	6	_____
Not at all							Completely
Confident							confident

 2. I can do most of the household chores (e.g., tidying-up, washing dishes, etc.), despite the pain.

0	1	2	3	4	5	6	_____
Not at all							Completely
Confident							confident

 3. I can socialise with my friends or family members as often as I used to do, despite the pain.

0	1	2	3	4	5	6	_____
Not at all							Completely
Confident							confident

 4. I can cope with my pain in most situations.

0	1	2	3	4	5	6	_____
Not at all							Completely
Confident							confident

 5. I can do some form of work, despite the pain. ("work" includes housework, paid and unpaid work).

0	1	2	3	4	5	6	_____
Not at all							Completely
Confident							confident

 6. I can still do many of the things I enjoy doing, such as hobbies or leisure activity, despite pain.

0	1	2	3	4	5	6	_____
Not at all							Completely
Confident							confident

 7. I can cope with my pain without medication.

0	1	2	3	4	5	6	_____
Not at all							Completely
Confident							confident

 8. I can still accomplish most of my goals in life, despite the pain.

0	1	2	3	4	5	6	_____
Not at all							Completely
Confident							confident

 9. I can live a normal lifestyle, despite the pain.

0	1	2	3	4	5	6	_____
Not at all							Completely
Confident							confident

 10. I can gradually become more active, despite the pain.

0	1	2	3	4	5	6	_____
Not at all							Completely
Confident							confident

Annexe 33 : Chronic Pain Self-Efficacy Scale (CPSEQ) en anglais

Self-efficacy for pain management (PSE)

1. How certain are you that you can decrease your pain quite a bit?
2. How certain are you that you can continue most of your daily activities?
3. How certain are you that you can keep your pain from interfering with your sleep?
4. How certain are you that you can make a small-to-moderate reduction in your pain by using methods other than taking extra medications?
5. How certain are you that you can make a large reduction in your pain by using methods other than taking extra medications?

Self-efficacy for physical function (FSE)

1. How certain are you that you can walk 1/2 mile on flat ground?
2. How certain are you that you can lift a 10 pound box?
3. How certain are you that you can perform a daily home exercise program?
4. How certain are you that you can perform your household chores?
5. How certain are you that you can shop for groceries or clothes?
6. How certain are you that you can engage in social activities?
7. How certain are you that you can engage in hobbies or recreational activities?
8. How certain are you that you can engage in family activities?
9. How certain are you that you can perform the work duties you had prior to the onset of chronic pain? (For homemakers, please consider your household activities as your work duties.)

Self-efficacy for coping with symptoms (CSE)

1. How certain are you that you can control your fatigue?
2. How certain are you that you can regulate your activity so as to be active without aggravating your physical symptoms (e.g., fatigue, pain)?
3. How certain are you that you can do something to help yourself feel better if you are feeling blue?
4. As compared to other people with chronic medical problems like yours, how certain are you that you can manage your pain during your daily activities?
5. How certain are you that you can manage your physical symptoms so that you can do the things you enjoy doing?
6. How certain are you that you can deal with the frustration of chronic medical problems?
7. How certain are you that you can cope with mild to moderate pain?
8. How certain are you that you can cope with severe pain?

Annexe 34 : Coping Strategies Questionnaire (CSQ) en français

Indiquez dans quelle mesure vous utilisez les stratégies proposées ci-dessous pour faire face à votre douleur au quotidien, sachant que :

- 1 : jamais
- 2 : parfois
- 3 : souvent
- 4 : très souvent

Quand j'ai mal ...	1	2	3	4
1. J'essaie de prendre de la distance par rapport à la douleur, comme si elle était dans le corps de quelqu'un d'autre.				
2. J'essaie de penser à quelque chose d'agréable.				
3. C'est terrible et j'ai l'impression que jamais ça n'ira mieux.				
4. Je prie Dieu que ça ne dure pas longtemps.				
5. J'essaie de ne pas y penser comme si c'était mon corps, mais plutôt comme quelque chose séparé de moi.				
6. Je ne pense pas à la douleur.				
7. Je ne porte aucune attention à la douleur.				
8. Je fais comme si elle n'était pas là.				
9. Je m'inquiète tout le temps de savoir si ça va finir.				
10. Je repense à des moments agréables du passé.				
11. Je pense à des personnes avec lesquelles j'aime être.				
12. Je prie pour que la douleur disparaisse.				
13. J'imagine que la douleur est en dehors de mon corps.				
14. Je continue comme si de rien n'était.				
15. J'ai l'impression de ne plus pouvoir supporter la douleur.				
16. Je l'ignore.				
17. Je compte sur ma foi en Dieu.				
18. J'ai l'impression de ne plus pouvoir continuer.				
19. Je pense aux choses que j'aime faire.				
20. Je fais quelque chose qui me plaît comme regarder la télévision ou écouter la musique.				
21. Je fais comme si ça ne faisait pas partie de moi.				

Annexe 35 a : Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) en anglais

Description:

This instrument is based on a factor analytic study of five independently developed mindfulness questionnaires. The analysis yielded five factors that appear to represent elements of mindfulness as it is currently conceptualized. The five facets are observing, describing, acting with awareness, non-judging of inner experience, and non-reactivity to inner experience. More information is available in:

Please rate each of the following statements using the scale provided. Write the number in the blank that best describes your own opinion of what is generally true for you.

1	2	3	4	5
never or very rarely true	rarely true	sometimes true	often true	very often or always true

- _____ 1. When I'm walking, I deliberately notice the sensations of my body moving.
- _____ 2. I'm good at finding words to describe my feelings.
- _____ 3. I criticize myself for having irrational or inappropriate emotions.
- _____ 4. I perceive my feelings and emotions without having to react to them.
- _____ 5. When I do things, my mind wanders off and I'm easily distracted.
- _____ 6. When I take a shower or bath, I stay alert to the sensations of water on my body.
- _____ 7. I can easily put my beliefs, opinions, and expectations into words.
- _____ 8. I don't pay attention to what I'm doing because I'm daydreaming, worrying, or otherwise distracted.
- _____ 9. I watch my feelings without getting lost in them.
- _____ 10. I tell myself I shouldn't be feeling the way I'm feeling.
- _____ 11. I notice how foods and drinks affect my thoughts, bodily sensations, and emotions.
- _____ 12. It's hard for me to find the words to describe what I'm thinking.
- _____ 13. I am easily distracted.
- _____ 14. I believe some of my thoughts are abnormal or bad and I shouldn't think that way.

- _____ 15. I pay attention to sensations, such as the wind in my hair or sun on my face.
- _____ 16. I have trouble thinking of the right words to express how I feel about things
- _____ 17. I make judgments about whether my thoughts are good or bad.
- _____ 18. I find it difficult to stay focused on what's happening in the present.
- _____ 19. When I have distressing thoughts or images, I "step back" and am aware of the thought or image without getting taken over by it.
- _____ 20. I pay attention to sounds, such as clocks ticking, birds chirping, or cars passing.
- _____ 21. In difficult situations, I can pause without immediately reacting.
- _____ 22. When I have a sensation in my body, it's difficult for me to describe it because I can't find the right words.
- _____ 23. It seems I am "running on automatic" without much awareness of what I'm doing.
- _____ 24. When I have distressing thoughts or images, I feel calm soon after.
- _____ 25. I tell myself that I shouldn't be thinking the way I'm thinking.
- _____ 26. I notice the smells and aromas of things.
- _____ 27. Even when I'm feeling terribly upset, I can find a way to put it into words.
- _____ 28. I rush through activities without being really attentive to them.
- _____ 29. When I have distressing thoughts or images I am able just to notice them without reacting.
- _____ 30. I think some of my emotions are bad or inappropriate and I shouldn't feel them.
- _____ 31. I notice visual elements in art or nature, such as colors, shapes, textures, or patterns of light and shadow.
- _____ 32. My natural tendency is to put my experiences into words.
- _____ 33. When I have distressing thoughts or images, I just notice them and let them go.
- _____ 34. I do jobs or tasks automatically without being aware of what I'm doing.
- _____ 35. When I have distressing thoughts or images, I judge myself as good or bad, depending what the thought/image is about.
- _____ 36. I pay attention to how my emotions affect my thoughts and behavior.
- _____ 37. I can usually describe how I feel at the moment in considerable detail.
- _____ 38. I find myself doing things without paying attention.
- _____ 39. I disapprove of myself when I have irrational ideas.

Annexe 35 b : Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) en français

Évaluez chacune des propositions ci-dessous en utilisant l'échelle proposée.
Cochez le chiffre qui correspond le mieux à ce qui est généralement vrai pour vous.

	1	2	3	4	5
	<i>jamais ou très rarement vrai</i>	<i>rarement vrai</i>	<i>parfois vrai</i>	<i>souvent vrai</i>	<i>très souvent ou toujours vrai</i>
1. Quand je marche, je prends délibérément conscience des sensations de mon corps en mouvement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je suis doué(e) pour trouver les mots qui décrivent mes sentiments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je me critique lorsque j'ai des émotions irrationnelles ou inappropriées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je perçois mes émotions et sentiments sans devoir y réagir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quand je fais quelque chose, mon esprit s'égaré et je suis facilement distrait(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Lorsque je prends une douche ou un bain, je reste attentif(ve) aux sensations de l'eau sur mon corps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je peux facilement verbaliser mes croyances, opinions et attentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je ne fais pas attention à ce que je fais car je suis dans la lune, je me tracasse ou suis de quelque façon distrait(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. J'observe mes sentiments sans me laisser emporter par eux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je me dis que je ne devrais pas ressentir mes émotions comme je les ressens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Je remarque comment la nourriture et les boissons influencent mes pensées, mes sensations corporelles et mes émotions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Il m'est difficile de trouver les mots qui décrivent ce à quoi je pense.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Je suis facilement distrait(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je crois que certaines de mes pensées sont anormales ou mauvaises et que je ne devrais pas penser de cette manière.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Je prête attention aux sensations, comme le vent dans mes cheveux ou le soleil sur mon visage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. J'éprouve des difficultés à trouver les mots justes pour exprimer la manière dont je ressens les choses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Je pose des jugements quant à savoir si mes pensées sont bonnes ou mauvaises.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. J'ai des difficultés à rester centré(e) sur ce qui se passe dans le moment présent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Lorsque j'ai des pensées ou des images pénibles, je prends du recul et suis conscient(e) de la pensée ou image, sans me laisser envahir par elle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Je fais attention aux sons, comme le tintement des cloches, le sifflement des oiseaux ou le passage des voitures.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Dans les situations difficiles, je suis capable de faire une pause sans réagir immédiatement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Lorsque j'éprouve une sensation dans mon corps, il m'est difficile de la décrire car je n'arrive pas à trouver les mots justes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. On dirait que je fonctionne en mode "automatique" sans prendre vraiment conscience de ce que je fais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je me sens calme peu de temps après.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Je me dis que je ne devrais pas penser de la manière dont je pense.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Je remarque les odeurs et les arômes des choses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Même lorsque je me sens terriblement bouleversé(e), je parviens à trouver une manière de le transposer en mots.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Je me précipite dans des activités sans y être réellement attentif(ve).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je suis capable de simplement les remarquer sans y réagir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Je pense que certaines de mes émotions sont mauvaises ou inappropriées et que je ne devrais pas les ressentir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Je remarque les détails visuels dans l'art ou la nature, comme les couleurs, les formes, les textures ou les patterns d'ombres et de lumières.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Ma tendance naturelle est de traduire mes expériences en mots.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je les remarque et les laisse passer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Je réalise mes travaux ou les tâches automatiquement sans être conscient(e) de ce que je fais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je me juge bon ou mauvais, en fonction de ce que suggère cette pensée/image.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Je prête attention à la manière dont mes émotions affectent mes pensées et mon comportement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Je peux habituellement décrire la manière dont je me sens au moment présent avec des détails considérables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Je me retrouve en train de faire des choses sans y prêter attention.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Je me désapprouve lorsque j'ai des idées irrationnelles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe 36a : Marital Adjustment Test (MAT) en anglais

1. Check the dot on the scale line below which best describes the degree of happiness, everything considered, of your present marriage. The middle point, "happy," represents the degree of happiness which most people get from marriage, and the scale gradually ranges on one side to those few who are very unhappy in marriage, and on the other, to those few who experience extreme joy or felicity in marriage.

0	2	7	15	20	25	35
.
Very Unhappy			Happy			Perfectly Happy

State the approximate extent of agreement or disagreement between you and your mate on the following items.

	Always Agree	Almost Always Agree	Occasionally Disagree	Frequently Disagree	Almost Always Disagree	Always Disagree
2. Handling Family Finances	5	4	3	2	1	0
3. Matters of Recreation	5	4	3	2	1	0
4. Demonstration of Affection	8	6	4	2	1	0
5. Friends	5	4	3	2	1	0

Annexe 36b : Questionnaire d'Adaptation à la Vie Conjugale (QAVC) en français

1. Encercler sur l'échelle ci-contre le point qui décrit le mieux le degré de bonheur que vous procure en général votre mariage actuel. Le point intermédiaire "heureux" représente la mesure de bonheur que la plupart des gens retirent du mariage et l'échelle va du point zéro pour ceux dont le mariage est malheureux jusqu'au point 35 pour ceux dont le mariage est parfaitement heureux.

0	2	7	15	20	25	35
Très malheureux	-	-	-	Heureux	-	Parfaitement heureux

2 à 9. Indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec votre conjoint à propos des points suivants. Mettez un "X" dans la colonne qui correspond le mieux à votre opinion.

-	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
2. Organisation du budget familial	-	-	-	-	-	-
3. Loisirs	-	-	-	-	-	-
4. Marques d'affection	-	-	-	-	-	-
5. Amis, Ami(e)s	-	-	-	-	-	-
6. Relations sexuelles	-	-	-	-	-	-
7. Conventions sociales (bonnes manières, ce qui se fait, ce qui ne se fait pas)	-	-	-	-	-	-
8. Philosophie de la vie	-	-	-	-	-	-
9. Relations avec la belle-famille	-	-	-	-	-	-

Répondez à toutes les questions suivantes en encerclant la réponse appropriée. Si vous ne pouvez donner une réponse exacte à une question, encercler la réponse qui s'adapte le mieux à votre cas.

10. Quand il y a un désaccord entre vous,

- a) c'est le mari qui cède
- b) c'est la femme qui cède
- c) vous arrivez à établir un compromis

11. Est-ce que vous et votre conjoint(e) avez des activités ensemble en dehors de la maison ?

- a) toutes
- b) quelques-unes

- c) très peu
- d) aucune

12. Pour occuper vos moments de loisirs, préférez-vous généralement...

- a) des activités à l'extérieur ?
- b) rester à la maison ?

13. Avez-vous déjà souhaité ne pas être marié(e) ?

- a) fréquemment
- b) occasionnellement
- c) rarement
- d) jamais

14. Si vous pouviez recommencer votre vie, pensez-vous que vous voudriez...

- a) épouser la même personne ?
- b) épouser une autre personne ?
- c) ne pas vous marier ?

15. Vous confiez-vous à votre conjoint(e) ?

- a) presque jamais
- b) rarement
- c) très souvent
- d) toujours

Annexe 37a : Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS) en anglais

1. I could be experiencing some emotion and not be conscious of it until some time later.
2. I break or spill things because of carelessness, not paying attention, or thinking of something else.
3. I find it difficult to stay focused on what's happening in the present.
4. I tend to walk quickly to get where I'm going without paying attention to what I experience along the way.
5. I tend not to notice feelings of physical tension or discomfort until they really grab my attention.
6. I forget a person's name almost as soon as I've been told it for the first time.
7. It seems I am "running on automatic" without much awareness of what I'm doing.
8. I rush through activities without being really attentive to them.
9. I get so focused on the goal I want to achieve that I lose touch with what I am doing right now to get there.
10. I do jobs or tasks automatically, without being aware of what I'm doing.
11. I find myself listening to someone with one ear, doing something else at the same time.
12. I drive places on "automatic pilot" and then wonder why I went there.
13. I find myself preoccupied with the future or the past.
14. I find myself doing things without paying attention.
15. I snack without being aware that I'm eating.

Annexe 37b : Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS) en français

Vous pouvez avoir une idée de votre prédisposition à la pleine conscience en répondant aux questions suivantes par :

Presque toujours, Très souvent, Assez souvent, Assez peu, Rarement, ou Presque jamais.

1. Je peux vivre une émotion et ne m'en rendre compte qu'un certain temps après.
2. Je renverse ou brise des objets par négligence ou par inattention, ou parce que j'ai l'esprit ailleurs.
3. Je trouve difficile de rester concentré sur ce qui se passe au moment présent.
4. J'ai tendance à marcher rapidement pour atteindre un lieu, sans prêter attention à ce qui se passe ou ce que je ressens en chemin.
5. Je remarque peu les signes de tension physique ou d'inconfort, jusqu'au moment où ils deviennent criants.
6. J'oublie presque toujours le nom des gens la première fois qu'on me les dit.
7. Je fonctionne souvent sur un mode automatique, sans vraiment avoir conscience de ce que je fais.
8. Je m'acquitte de la plupart des activités sans vraiment y faire attention.
9. Je suis tellement focalisé sur mes objectifs que je perds le contact avec ce que je fais au moment présent pour y arriver.
10. Je fais mon travail automatiquement, sans en avoir une conscience approfondie.
11. Il m'arrive d'écouter quelqu'un d'une oreille, tout en faisant autre chose dans le même temps.
12. Je me retrouve parfois à certains endroits, soudain surpris et sans savoir pourquoi j'y suis allé.
13. Je suis préoccupé par le futur ou le passé.
14. Je me retrouve parfois à faire des choses sans être totalement à ce que je fais.
15. Je mange parfois machinalement, sans savoir vraiment que je suis en train de manger.

Annexe 38a : Pain Coping Inventory (PCI) en anglais

Instruction:

People who suffer from pain develop various ways to manage this pain. On the next pages are a number of statements about what you do or think when you are in pain.

We ask you to indicate how often you act or think as described. You do this by circling one of the possible answers behind the statement.

Below you find an **example** of the manner in which you can reply to the statements.

EXAMPLE

If you **sometimes** take a bath or shower when you are in pain you circle the number **2**:

	hardly ever	some- times	often	very often
I take a bath or shower	1	2	3	4

Take your time when you work from one statement to the next. There are no right or wrong answers: it is rather your opinion that matters. It goes without saying that not all statements will apply to you. Please complete the following inventory.

	hardly ever	some- times	often	very often
1. I quit my activities.	1	2	3	4
2. I continue my activities, but with less effort.	1	2	3	4
3. I continue my activities, but in a slower pace.	1	2	3	4
4. I continue my activities, but less precise.	1	2	3	4
5. I confine myself to simple activities.	1	2	3	4
6. I take care that I don't have to exert myself physically.	1	2	3	4
7. I take rest by sitting or lying down.	1	2	3	4
8. I take on a comfortable bodily posture.	1	2	3	4
9. I take a bath or shower.	1	2	3	4
10. I take care that I don't get upset.	1	2	3	4
11. I retreat in a restful environment.	1	2	3	4
12. I take care that I am not bothered by annoying sounds.	1	2	3	4
13. I take care that I am not bothered by the light (e.g. by putting on sunglasses, closing the curtains).	1	2	3	4
14. I take care of what I eat or drink.	1	2	3	4
15. I pretend the pain is not present.	1	2	3	4
16. I pretend the pain does not concern my body.	1	2	3	4
17. I focus on the pain all the time.	1	2	3	4
18. I imagine the pain less violent than it really is.	1	2	3	4
19. I think of pleasant things or events.	1	2	3	4

	hardly ever	some- times	often	very often
20. I distract myself by undertaking a physical activity (e.g. walking, cycling or swimming).	1	2	3	4
21. I distract myself by reading, listening to music, watching a tv-programme or something like it.	1	2	3	4
22. I do something I find pleasant.	1	2	3	4
23. I self-administer other physical stimuli (e.g. by clenching my fists, by pinching myself, by pressing or rubbing on the site of the pain).	1	2	3	4
24. I think of all things that remain undone because I am in pain.	1	2	3	4
25. I start worrying.	1	2	3	4
26. I wonder about the cause of the pain.	1	2	3	4
27. I think that the pain will worsen.	1	2	3	4
28. I think of moments when I was not in pain.	1	2	3	4
29. I think I go mad with pain.	1	2	3	4
30. I remember other people's difficulties.	1	2	3	4
31. I think that others do not understand what it is to be in such pain.	1	2	3	4
32. I separate myself.	1	2	3	4
33. When I am outdoors I try to return home as soon as possible.	1	2	3	4
34. a. I have a way of my own to lessen the pain or make it more bearable.	1	2	3	4
b. Which way:				
.....				

PLEASE CHECK IF YOU MARKED ALL STATEMENTS

Annexe 38b : Pain Coping Inventory (PCI) en français

Toute personne ressentant des douleurs développe différentes stratégies pour y faire face. Dans le tableau suivant, nous vous proposons un certain nombre d'affirmations correspondant à ce que vous faites, ou à ce à quoi vous pensez, lorsque vous souffrez.

Nous vous demandons d'évaluer la fréquence à laquelle vous agissez ou pensez, alors que vous ressentez des douleurs, en entourant un chiffre entre 0 et 4. Il n'y a pas de réponses justes ou fausses, c'est seulement votre opinion qui est importante.

	presque jamais	quelques fois	souvent	Très souvent
1. J'arrête mes activités	1	2	3	4
2. Je poursuis mes activités mais avec moins d'effort	1	2	3	4
3. Je poursuis mes activités mais plus lentement	1	2	3	4
4. Je poursuis mes activités mais avec moins de précision	1	2	3	4
5. Je me limite à faire des choses simples	1	2	3	4
6. Je fais attention à ne pas avoir à faire d'efforts physiques	1	2	3	4
7. Je me repose en m'asseyant ou en m'allongeant	1	2	3	4
8. Je me mets dans une position corporelle confortable	1	2	3	4
9. Je prends un bain ou une douche	1	2	3	4
10. Je fais attention à ne pas me sentir contrarié(e)	1	2	3	4
11. Je me retire dans un endroit reposant	1	2	3	4
12. Je prends soin de ne pas être dérangé(e) par des bruits gênants	1	2	3	4
13. Je prends soin de ne pas être gêné(e) par la lumière (par exemple en mettant des lunettes de soleil, en fermant les rideaux)	1	2	3	4
14. Je fais attention à ce que je mange ou à ce que je bois	1	2	3	4
15. Je fais comme si la douleur n'était pas là	1	2	3	4
16. Je fais comme si la douleur ne concernait pas mon corps	1	2	3	4
17. Je me concentre en permanence sur la douleur	1	2	3	4
18. J'imagine que la douleur est moins violente qu'elle n'est en réalité	1	2	3	4
19. Je pense à des choses ou à des événements agréables	1	2	3	4
20. Je me distrais en ayant des activités physiques (par exemple en marchant, en faisant de la bicyclette ou en nageant)	1	2	3	4
21. Je me distrais en lisant, en écoutant de la musique en regardant un programme de télévision ou quelque chose de ce genre	1	2	3	4
22. Je fais quelque chose que je trouve agréable	1	2	3	4
23. Je m'administre un autre stimulus physique (par exemple en me serrant les poignets, en me pinçant, en pressant ou en frottant la zone douloureuse)	1	2	3	4
24. Je pense à toutes les choses que je n'ai pas faites à cause de la douleur	1	2	3	4
25. Je commence à me faire du souci	1	2	3	4
26. Je me pose des questions sur ma douleur	1	2	3	4
27. Je pense que la douleur va s'aggraver	1	2	3	4
28. Je pense aux moments où je n'ai pas mal	1	2	3	4

29. Je deviens fou (folle) de douleur	1	2	3	4
30. Je pense aux difficultés des autres personnes	1	2	3	4
31. Je pense que les autres ne comprennent pas ce que c'est que de ressentir une telle douleur	1	2	3	4
32. Je m'isole	1	2	3	4
33. Quand je suis à l'extérieur, j'essaie de rentrer à la maison le plus tôt possible	1	2	3	4
34. J'ai une façon de faire qui m'est propre pour atténuer la douleur ou la rendre plus supportable	1	2	3	4

Annexe 39 : Sense Of Coherence Questionnaire (SOCQ) en anglais

C = comprehensibility Ma = manageability Me = meaning

R = before calculating the total score this should be reversed.

1. When you talk to people, do you have the feeling that they don't understand you? (C)
 R 1 2 3 4 5 6 7
 Never Always have this feeling

2. In the past, when you had to do something which depended upon cooperation with others, did you have the feeling that it: (Ma)
 1 2 3 4 5 6 7
 Surely wouldn't Surely would get done
 get done

3. Think of the people with whom you come into contact daily, aside from the ones to whom you feel closest. How well do you know most of them? (C)
 1 2 3 4 5 6 7
 You feel that You know them very well
 they're strangers

4. Do you have the feeling that you don't really care about what goes on around you? (Me)
 R 1 2 3 4 5 6 7
 Very seldom Very often
 or never

5. Has it happened in the past that you were surprised by the behaviour of people whom you thought you knew well? (C)
 R 1 2 3 4 5 6 7
 Never happened Always happened

6. Has it happened that people whom you counted on disappointed you? (Ma)
 R 1 2 3 4 5 6 7
 Never happened Always happened

7. Life is: (Me)
 R 1 2 3 4 5 6 7
 Full of interest Completely routine

8. Until now your life has had: (Me)
 1 2 3 4 5 6 7
 No clear goals Very clear goals and purpose
 or purpose at all

9. Do you have the feeling that you're being treated unfairly? (Ma)
 1 2 3 4 5 6 7
 Very often Very seldom or never

10. In the past ten years your life has been: (C)
 1 2 3 4 5 6 7
 Full of changes without your knowing what will happen next Completely consistent and clear
11. Most of the things you do in the future will probably be: (Me)
 R 1 2 3 4 5 6 7
 Completely fascinating Deadly boring
12. Do you have the feeling that you are in an unfamiliar situation and don't know what to do? (C)
 1 2 3 4 5 6 7
 Very often Very seldom or never
13. What best describes how you see life: (Ma)
 R 1 2 3 4 5 6 7
 One can always find a solution to painful things in life There is no solution to painful things in life
14. When you think about your life, you very often: (Me)
 R 1 2 3 4 5 6 7
 Feel how good it is to be alive Ask yourself why you exist at all
15. When you face a difficult problem, the choice of a solution is: (C)
 1 2 3 4 5 6 7
 Always confusing and hard to find Always completely clear
16. Doing the things you do every day is: (Me)
 R 1 2 3 4 5 6 7
 A source of deep pleasure and satisfaction A source of pain and boredom
17. Your life in the future will probably be: (C)
 1 2 3 4 5 6 7
 Full of changes without knowing what will happen next Completely consistent and clear
18. When something unpleasant happened in the past your tendency was: (Ma)
 1 2 3 4 5 6 7
 "To eat yourself up" about it To say "ok that's that, I have to live with it" and go on
19. Do you have very mixed-up feelings and ideas? (C)
 1 2 3 4 5 6 7
 Very often Very seldom or never

Annexe 40a : Dallas Pain Questionnaire en anglais



DALLAS PAIN QUESTIONNAIRE

Name _____

Date _____ Date of Injury _____

Please read: This questionnaire has been designed to give your health care provider information as to how your pain affects your daily activities. Be sure that these are your answers. Do not ask someone else to complete this questionnaire for you. Please mark an "X" along the line that expresses your thoughts from 0-100 in each section.

Section I: Pain and Intensity

To what degree do you rely on pain medications or pain relieving substances for you to be comfortable?

None _____ Some _____ All the time _____
0% (_____ : _____ : _____ : _____ : _____) 100%

Section II: Personal Care

How much does pain interfere with your personal care (getting out of bed, teeth brushing, dressing, etc)?

None(no pain) _____ Some _____ I can't get out of bed _____
0% (_____ : _____ : _____ : _____ : _____) 100%

Section III: Lifting

How much limitation do you notice in lifting?

None _____ Some _____ I can't lift anything _____
0% (_____ : _____ : _____ : _____ : _____) 100%

Section IV: Walking

Compared to how far you could walk before your injury or back trouble, how much does pain restrict walking now?

The same _____ Almost the same _____ Very little _____ I cannot walk _____
0% (_____ : _____ : _____ : _____ : _____) 100%

Section V: Sitting

Back pain limits my sitting in a chair to:

None _____ Some _____ I can't sit at all _____
0% (_____ : _____ : _____ : _____ : _____) 100%

Section VI: Standing

How much does pain interfere with your tolerance to stand for long periods?

None(same as before) _____ Some _____ I can't stand _____
0% (_____ : _____ : _____ : _____ : _____) 100%

Section VII: Sleeping

How much does pain interfere with your sleeping?

None(same as before) _____ Some _____ I can't sleep at all _____
0% (_____ : _____ : _____ : _____ : _____) 100%

Section VIII: Social Life

How much does pain interfere with your social life (dancing, games, going out, eating with friends, etc.)?

None _____ Some _____ No activities _____
0% (_____ : _____ : _____ : _____ : _____) 100%

Section IX: Traveling

How much does pain interfere with traveling in a car?

None _____ Some _____ I can't travel _____
0% (_____ : _____ : _____ : _____ : _____) 100%

Section X: Vocational

How much does pain interfere with your job?

None _____ Some _____ I can't work _____
0% (_____ : _____ : _____ : _____ : _____) 100%

Section XI: Anxiety/Mood

How much control do you feel that you have over demands made on you?

Total (no change) _____ Some _____
None _____
0% (_____ : _____ : _____ : _____ : _____) 100%

Section XII: Emotional Control

How much control do you feel you have over your emotions?

Total (no change) _____ Some _____
None _____
0% (_____ : _____ : _____ : _____ : _____) 100%

Section XIII: Depression

How depressed have you been since the onset of pain?

Not depressed _____ Overwhelmed by _____
significantly _____ depression _____
0% (_____ : _____ : _____ : _____ : _____) 100%

Section XIV: Interpersonal Relationships

How much do you think your pain has changed your relationships with others?

Not changed _____ Drastically changed _____
0% (_____ : _____ : _____ : _____ : _____) 100%

Section XV: Social Support

How much support do you need from others to help you during this onset of pain (taking over chores, meals, etc)?

None needed _____ All the time _____
0% (_____ : _____ : _____ : _____ : _____) 100%

Section XVI: Punishing Response

How much do you think others express irritation, frustration or anger toward you because of your pain?

None _____ Some _____ All the time _____
0% (_____ : _____ : _____ : _____ : _____) 100%

I-VIIx3= _____ VIII-Xx5= _____ XI-XIIIx5= _____ XIV-XVIx5= _____

Annexe 40b : Dallas Pain Questionnaire en français

Evaluation : Initiale Intermédiaire Finale DATE : _____

Renseignements socio-administratifs :

Nom _____ Prénom _____

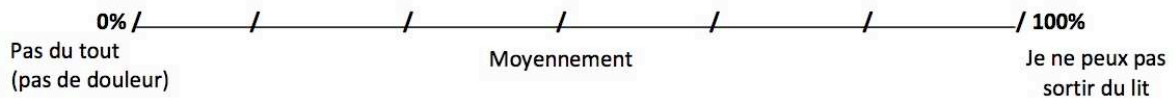
1/ La douleur et son intensité

Dans quelle mesure avez-vous besoin de traitements contre la douleur pour vous sentir bien ?



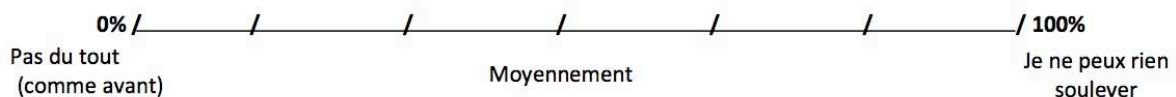
2/ Les gestes de la vie

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle gestes de votre vie quotidienne (sortir du lit, se brosser les dents, s'habiller, etc.) ?



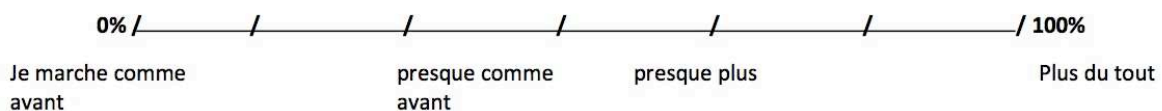
3/ La possibilité de soulever quelque chose

Dans quelle mesure êtes-vous limité(e) pour soulever quelque chose ?



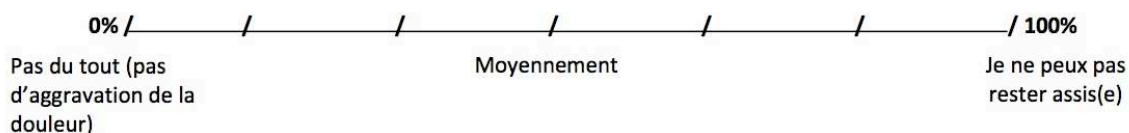
4/ La marche

Dans quelle mesure votre douleur limite-t-elle maintenant votre distance de marche par rapport à celle que vous pouviez parcourir avant votre problème de dos ?



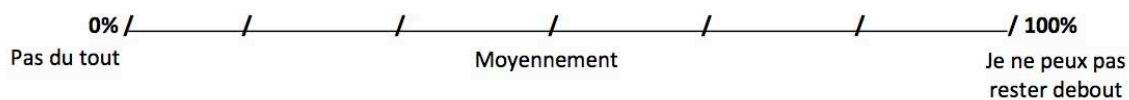
5/ La position assise

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester assis(e) ?



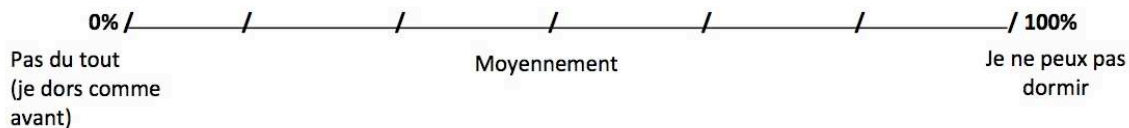
6/ La position debout

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester debout de façon prolongée ?



7/ Le sommeil

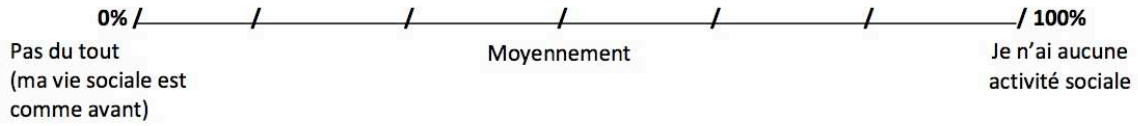
Dans quelle mesure votre douleur gêne-t-elle votre sommeil ?



Total x 3 = _____% de répercussion sur le rapport activités quotidiennes

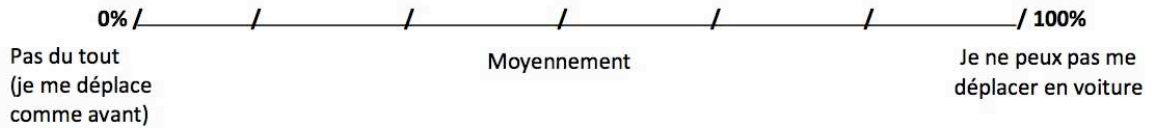
8/ Activité sociale

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre vie sociale (danser, jeux et divertissement, repas ou soirées entre amis, sorties, etc.) ?



9/ Les déplacements en voiture

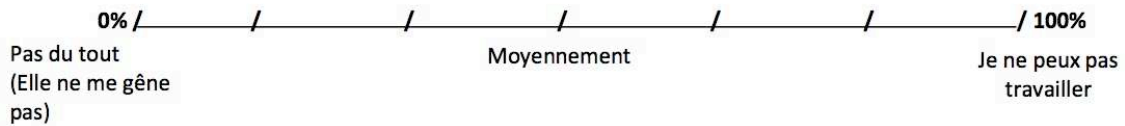
Dans quelle mesure votre douleur gêne-t-elle vos déplacements en voiture ?



10/ Les activités professionnelles

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre travail ?

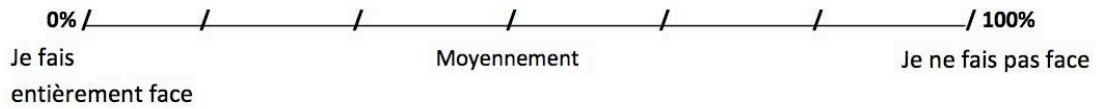
Pas du tout Moyennement Je ne peux pas travailler



Total x 5 = _____% de répercussion sur le rapport activités professionnelles/loisirs

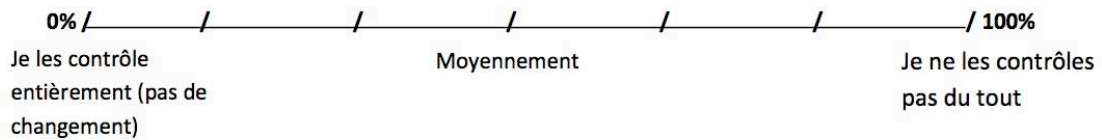
11/ L'anxiété / le moral

Dans quelle mesure estimez-vous que vous parvenez à faire face à ce que l'on exige de vous ?



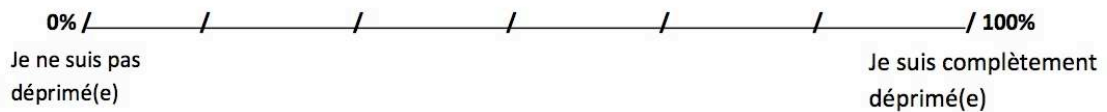
12/ La maîtrise de soi

Dans quelle mesure estimez-vous que vous arrivez à contrôler vos réactions émotionnelles ?



13/ La dépression

Dans quelle mesure vous sentez-vous déprimé(e) depuis que vous avez mal ?



Total x 5 = _____ % de répercussion sur le rapport anxiété/dépression

Annexe 41a : Euro-Quality of Life Health Index (EQ-5D) en anglais

The following questions are to ask about your general health state at the moment. By placing a cross ('X') in one box in each group below, please indicate which statement best describes your own health state today.

Do not cross more than one box per question.

1. Mobility:

- I have no problems in walking about
- I have some problems in walking about
- I am confined to bed

2. Self-Care:

- I have no problems with self-care
- I have some problems washing or dressing myself
- I am unable to wash or dress myself

3. Usual Activities (e.g. work, study, housework, family or leisure activities):

- I have no problems with performing my usual activities
- I have some problems with performing my usual activities
- I am unable to perform my usual activities

4. Pain / Discomfort:

- I have no pain or discomfort
- I have moderate pain or discomfort
- I have extreme pain or discomfort

5. Anxiety / Depression:

- I am not anxious or depressed
- I am moderately anxious or depressed
- I am extremely anxious or depressed

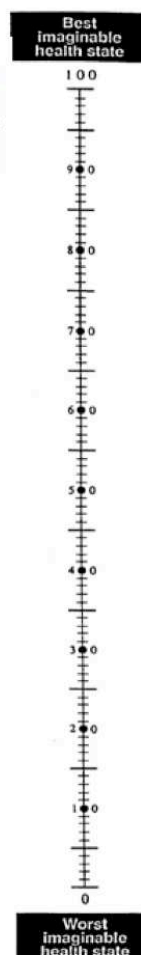
Your own health state today

To help people say how good or bad a health state is, we have drawn a scale (rather like a thermometer) on which the best state you can imagine is marked by 100 and the worst state you can imagine is marked by 0.

We would like you to indicate on this scale **how good or bad is your own health today, in your opinion.**

Please do this by drawing a line from the box below, to whichever point on the scale indicates how good or bad your current health state is today.

Your own health state
TODAY



Annexe 41b : Euro-Quality of Life Health Index (EQ-5D) en français

Veillez indiquer, pour chacune des rubriques suivantes, l'affirmation qui décrit le mieux votre état de santé aujourd'hui, en cochant la case appropriée.

Mobilité

- Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes pour me déplacer à pied
- Je suis obligé(e) de rester alité(e)

Autonomie de la personne

- Je n'ai aucun problème pour prendre soin de moi
- J'ai des problèmes pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e)

Activités courantes (*exemples : travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs*)

- Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes pour accomplir mes activités courantes
- Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes

Douleurs/gêne

- Je n'ai ni douleurs, ni gêne
- J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s)
- J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s)

Anxiété/dépression

- Je ne suis ni anxieux(se), ni déprimé(e)
- Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)
- Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)

Pour vous aider à indiquer dans quelle mesure tel ou tel état de santé est bon ou mauvais, nous avons tracé une échelle graduée (comme celle d'un thermomètre) sur laquelle 100 correspond au meilleur état de santé que vous puissiez imaginer et 0 au pire état de santé que vous puissiez imaginer.

Nous aimerions que vous indiquiez sur cette échelle graduée à quel endroit vous situez votre état de santé aujourd'hui. Pour cela, veuillez tracer une ligne allant du cadre ci-dessous à l'endroit qui, sur l'échelle, correspond à votre état de santé aujourd'hui.

**Votre état de
santé
aujourd'hui**

Meilleur état de
santé imaginable



Pire état de
santé imaginable

Annexe 42a : Medical Outcomes Study-Short Form Health Survey 12 items (SF-12) en anglais

This survey asks for your views about your health. This information will help you keep track of how you feel and how well you are able to do your usual activities.

Answer every question by selecting the answer as indicated. If you are unsure about how to answer a question, please give the best answer you can.

1. In general, would you say your health is:

Excellent	Very good	Good	Fair	Poor
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. The following questions are about activities you might do during a typical day. Does your health now limit you in these activities? If so, how much?

	Yes, limited a lot	Yes, limited a little	No, not limited at all
a <u>Moderate activities</u> , such as moving a table, pushing a vacuum cleaner, bowling, or playing golf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b Climbing <u>several</u> flights of stairs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. During the past 4 weeks, have you had any of the following problems with your work or other regular daily activities as a result of your physical health?

	Yes	No
a <u>Accomplished less</u> than you would like	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b Were limited in the <u>kind</u> of work or other activities	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. During the past 4 weeks, have you had any of the following problems with your work or other regular daily activities as a result of any emotional problems (such as feeling depressed or anxious)?

	Yes	No
a <u>Accomplished less</u> than you would like	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b Did work or other activities <u>less carefully than usual</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. During the past 4 weeks, how much did pain interfere with your normal work (including both work outside the home and housework)?

Not at all	A little bit	Moderately	Quite a bit	Extremely
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. These questions are about how you feel and how things have been with you during the

past 4 weeks. For each question, please give the one answer that comes closest to the way you have been feeling.

How much of the time during the **past 4 weeks...**

	All of the time	Most of the time	A good bit of the time	Some of the time	A little of the time	None of the time
a Have you felt calm and peaceful?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b Did you have a lot of energy?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c Have you felt downhearted and blue?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. During the **past 4 weeks**, how much of the time has your **physical health or emotional problems** interfered with your social activities (like visiting friends, relatives, etc.)?

All of the time	Most of the time	Some of the time	A little of the time	None of the time
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Thank you for completing these questions!

Annexe 42b : Medical Outcomes Study-Short Form Health Survey 12 items (SF-12) en français

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

- 1 Excellente 2 Très bonne 3 Bonne 4 Médiocre 5 Mauvaise

2. En raison de votre état de santé actuel, êtes-vous limité pour :

- des efforts physiques modérés (déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules...) ?
 1 Oui, beaucoup limité 2 Oui, un peu limité 3 Non, pas du tout limité
- monter plusieurs étages par l'escalier ?
 1 Oui, beaucoup limité 2 Oui, un peu limité 3 Non, pas du tout limité

3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique :

- avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?
 1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais
- avez-vous été limité pour faire certaines choses ?
 1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé) :

- avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?
 1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais
- avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?
 1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont -elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?

- 1 Pas du tout 2 Un petit peu 3 Moyennement 4 Beaucoup 5 Enormément

6. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, indiquez la réponse qui vous semble la plus appropriée.

- y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti calme et détendu ?
 1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais
- y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti débordant d'énergie ?
 1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais
- y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti triste et abattu ?
 1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

7. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

- 1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

Annexe 43 : Psychological General Well-Being Index (PGWBI) en anglais

READ: This section of the examination contains questions about how you feel and how things have been going with you. For each question check the answer which best applies to you.

1. How have you been feeling in general? (DURING THE PAST MONTH)

- 5 [] In excellent spirits
 - 4 [] In very good spirits.
 - 3 [] In good spirits mostly
 - 2 [] I have been up and down in spirits a lot
 - 1 [] In low spirits mostly
 - 0 [] In very low spirits
-

2. How often were you bothered by any illness, bodily disorder, aches or pains? (DURING THE PAST MONTH)

- 0 [] Every day
 - 1 [] Almost every day
 - 2 [] About half of the time
 - 3 [] Now and then, but less than half the time
 - 4 [] Rarely
 - 5 [] None of the time
-

3. Did you feel depressed? (DURING THE PAST MONTH)

- 0 [] Yes—to the point that I felt like taking my life
 - 1 [] Yes—to the point that I did not care about anything
 - 2 [] Yes—very depressed almost every day
 - 3 [] Yes—quite depressed several times
 - 4 [] Yes—a little depressed now and then
 - 5 [] No—never felt depressed at all
-

4. Have you been in firm control of your behavior, thoughts, emotions, or feelings? (DURING THE PAST MONTH)

- 5 [] Yes, definitely so
- 4 [] Yes, for the most part
- 3 [] Generally so
- 2 [] Not too well
- 1 [] No, and I am somewhat disturbed
- 0 [] No, and I am very disturbed

5. Have you been bothered by nervousness or your "nerves"?
(DURING THE PAST MONTH)

- 0 [] Extremely so—to the point where I could not work or take care of things
- 1 [] Very much so
- 2 [] Quite a bit
- 3 [] Some—enough to bother me
- 4 [] A little
- 5 [] Not at all

6. How much energy, pep, or vitality did you have or feel?
(DURING THE PAST MONTH)

- 5 [] Very full of energy—lots of pep
- 4 [] Fairly energetic most of the time
- 3 [] My energy level varied quite a bit
- 2 [] Generally low in energy or pep
- 1 [] Very low in energy or pep most of the time
- 0 [] No energy or pep at all—I felt drained, sapped

7. I felt downhearted and blue DURING THE PAST MONTH.

- 5 [] None of the time
- 4 [] A little of the time
- 3 [] Some of the time
- 2 [] A good bit of the time
- 1 [] Most of the time
- 0 [] All of the time

8. Were you generally tense or did you feel any tension?
(DURING THE PAST MONTH)

- 0 [] Yes—extremely tense, most or all of the time
- 1 [] Yes—very tense most of the time
- 2 [] Not generally tense, but did feel fairly tense several times
- 3 [] I felt a little tense a few times
- 4 [] My general tension level was quite low
- 5 [] I never felt tense or any tension at all

**9. How happy, satisfied, or pleased have you been with your personal life?
(DURING THE PAST MONTH)**

- 5 [] Extremely happy—could not have been more satisfied or pleased
- 4 [] Very happy most of the time
- 3 [] Generally satisfied—pleased
- 2 [] Sometimes fairly happy, sometimes fairly unhappy
- 1 [] Generally dissatisfied, unhappy
- 0 [] Very dissatisfied or unhappy most or all the time

10. Did you feel healthy enough to carry out the things you like to do or had to do? (DURING THE PAST MONTH)

- 5 [] Yes—definitely so
- 4 [] For the most part
- 3 [] Health problems limited me in some Important ways
- 2 [] I was only healthy enough to take care of myself
- 1 [] I needed some help In taking care of myself
- 0 [] I needed someone to help me with most or all of the things I had to do

11. Have you felt so sad, discouraged, hopeless, or had so many problems that you wondered if anything was worthwhile? (DURING THE PAST MONTH)

- 0 [] Extremely so—to the point that I have just about given up
- 1 [] Very much so
- 2 [] Quite a bit
- 3 [] Some—enough to bother me
- 4 [] A little bit
- 5 [] Not at all

12. I woke up feeling fresh and rested DURING THE PAST MONTH.

- 0 [] None of the time
- 1 [] A little of the time
- 2 [] Some of the time
- 3 [] A good bit of the time
- 4 [] Most of the time
- 5 [] All of the time

**13. Have you been concerned, worried, or had any fears about your health?
(DURING THE PAST MONTH)**

- 0 [] Extremely so
- 1 [] Very much so
- 2 [] Quite a bit
- 3 [] Some, but not a lot
- 4 [] Practically never
- 5 [] Not at all

14. Have you had any reason to wonder if you were losing your mind, or losing control over the way you act, talk, think, feel or of your memory? (DURING THE PAST MONTH)

- 5 [] Not at all
- 4 [] Only a little
- 3 [] Some—but not enough to be concerned or worried about
- 2 [] Some and I have been a little concerned
- 1 [] Some and I am quite concerned
- 0 [] Yes, very much so and I am very concerned

15. My daily life was full of things that were interesting to me DURING THE PAST MONTH.

- 0 [] None of the time
- 1 [] A little of the time
- 2 [] Some of the time
- 3 [] A good bit of the time
- 4 [] Most of the time
- 5 [] All of the time

16. Did you feel active, vigorous, or dull, sluggish? (DURING THE PAST MONTH)

- 5 [] Very active, vigorous every day
- 4 [] Mostly active, vigorous—never really dull, sluggish
- 3 [] Fairly active, vigorous—seldom dull, sluggish
- 2 [] Fairly dull, sluggish—seldom active, vigorous
- 1 [] Mostly dull, sluggish—never really active, vigorous
- 0 [] Very dull, sluggish every day

17. Have you been anxious, worried, or upset? (DURING THE PAST MONTH)

- 0 [] Extremely so—to the point of being sick or almost sick
- 1 [] Very much so
- 2 [] Quite a bit
- 3 [] Some—enough to bother me
- 4 [] A little bit
- 5 [] Not at all

18. I was emotionally stable and sure of myself DURING THE PAST MONTH.

- 0 [] None of the time
- 1 [] A little of the time
- 2 [] Some of the time
- 3 [] A good bit of the time
- 4 [] Most of the time
- 5 [] All of the time

**19. Did you feel relaxed, at ease or high strung, tight, or keyed-up?
(DURING THE PAST MONTH)**

- 5 [] Felt relaxed and at ease the whole month
- 4 [] Felt relaxed and at ease most of the time
- 3 [] Generally felt relaxed but at times felt fairly high strung
- 2 [] Generally felt high strung but at times felt fairly relaxed
- 1 [] Felt high strung, tight, or keyed up most of the time
- 0 [] Felt high strung, tight, or keyed up the whole month

20. I felt cheerful, lighthearted DURING THE PAST MONTH.

- 0 [] None of the time
- 1 [] A little of the time
- 2 [] Some of the time
- 3 [] A good bit of the time
- 4 [] Most of the time
- 5 [] All of the time

21. I felt tired, worn out, used up, or exhausted DURING THE PAST MONTH.

- 5 [] None of the time
- 4 [] A little of the time
- 3 [] Some of the time
- 2 [] A good bit of the time
- 1 [] Most of the time
- 0 [] All of the time

**22. Have you been under or felt you were under any strain, stress, or pressure?
(DURING THE PAST MONTH)**

- 0 [] Yes, almost more than I could bear or stand
- 1 [] Yes, quite a bit of pressure
- 2 [] Yes, some—more than usual
- 3 [] Yes, some—but about usual
- 4 [] Yes, a little
- 5 [] Not at all

Annexe 44 : Short-Form Health and Labour Questionnaire (SF-HLQ) en anglais

This questionnaire concerns the consequences of health problems for employment in a paid job and for unpaid work (e.g. household chores). These questions pertain to the period covering the past month. Health problems refer both to your physical and emotional problems.

Date: ... - .. - 20..

1. Do you currently hold a paid job?

No, (go to question 9)

Yes;

How many hours does your contract specify? hours per week

Over how many days are these hours distributed? days

What is your occupation?

2. Did health problems oblige you to be off work at any time in the past month?

No

Yes, I missed days of work

(One week has a maximum of 5 days of work)

Were you off work for a period longer than the past month because of health problems?

No

Yes, I reported ill on..... (go on to question 8)

People with health problems sometimes have to miss work because of these problems.

Another possibility is that a person goes to work, but is unable to perform as well as he should because of health problems. Questions 18 through 22 focus on these aspects.

3. Was your job performance adversely affected by health problems during the past month?

No, not at all (go to question 8)

Yes, slightly

Yes, very much

4. On how many days during the past month did you perform paid work, although you were bothered by health problems?

..... days (Please do **not** count the days on which you did not work at all because you called in sick.)

5. Please rate how well you performed on the days you went to work even though you were bothered by health problems.
(1 indicates a much worse performance than usual and 10 that your work was not affected.)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
much worse								performed as usual	

6. Below are a number of statements that may apply to people in the paid work force with health problems. Please indicate how often each statement was applicable to you during the past month.

I went to work, but as a result of health problems.....

almost never	some- times	often	nearly always
-----------------	----------------	-------	------------------

I had concentration problems
 I had to work at a slower pace

I had to work in seclusion

I had more difficulty making decisions
 I had to postpone work
 Others had to take over my work
 I had different problems, namely:

.....

7. If you had to catch up on all the work you were unable to perform over the past month because of health problems, how many hours of work would you be forced to make up?

..... hours

*(The days on which you failed to work at all because you reported ill do **not count**).*

8. What is your own net income from paid work ?
(This refers to the amount you actually receive. We are interested only in your income, i.e. exclusive of, if present, your partner's income)

€.....per week

€.....per 4 weeks

€.....per month

€.....per year

Don't know/don't wish to reveal

9. Which of the following situations applies to you? If more than one applies, indicate the situation that applies most to your case.

I have paid work
I run the household (and, if applicable, care for the children)
I am retired or have taken early retirement.
I am still at school
I am (partially) unfit for paid work because of health problems
and have been assessed as being% incapacitated for work
I do not have paid work for other reasons
(*E.g. involuntary unemployment or volunteer work.*)

10. Did you undertake any of the following activities during the past two weeks, and did health problems play any part in this?

- a. Household work (*e.g. preparing food, cleaning the house, doing the wash.*)

Performed this activity without being bothered by health problems
Performed this activity, although bothered by health problems
Did not perform this activity because of health problems
Did not perform this activity for reasons other than health problems

- b. Going shopping (*e.g. daily groceries, shopping, visit to bank or post office.*)

Performed this activity without being bothered by health problems
Performed this activity, although bothered by health problems
Did not perform this activity because of health problems
Did not perform this activity for reasons other than health problems

- c. Odd jobs (*e.g. maintenance work on house, garden, bicycles and vehicles.*)

Performed this activity without being bothered by health problems
Performed this activity, although bothered by health problems
Did not perform this activity because of health problems
Did not perform this activity for reasons other than health problems

- d. Specific activities for or with the children sharing your household (*e.g. personal care, play, taking the children to school, helping with their homework.*)

Performed this activity without being bothered by health problems
Performed this activity, although bothered by health problems
Did not perform this activity because of health problems
Did not perform this activity for reasons other than health problems
Not applicable

11. Did other people take over and perform your usual household tasks in the past month in connection with health problems?

No

Yes, namely (more than one answer is possible):

- family members for..... hours
- other persons receiving no pay for..... hours
- home care for..... hours
- other paid care for..... hours

High blood pressure

Stroke, or the consequences of a stroke

Gastric or duodenal ulcer

Severe intestinal disorders lasting for longer than 3 months

Gall bladder stones or gall bladder infection

Liver disease or liver cirrhosis

Kidney stones

Severe kidney disease

Chronic bladder infection

Prolapse

Diabetes

Thyroid disease

Persistent (longer than 3 months) back problems, or herniated disc

Joint degradation (arthritis) of the knees, hips or hands

Joint inflammation (rheumatism) of the hands and/or feet

Other chronic rheumatism, lasting longer than 3 months

Epilepsy

Other neurological diseases, such as Parkinson's disease

Multiple sclerosis

Dizziness and falling

Migraine

Malignancy, cancer

Overstressed, depression, severe nervousness

Chronic skin disease or eczema

Injury due to an accident in and around the house, during sports, at school, work or in traffic

We are grateful to you for taking the time and making the effort to complete this questionnaire. If you have any comments, remarks or suggestions, please let us know.

.....

.....

.....

Annexe 45a : World Health Organization Quality Of Life - BREF instrument (WHOQOL-BREF) en anglais

ABOUT YOU

Before you begin we would like to ask you to answer a few general questions about yourself: by circling the correct answer or by filling in the space provided.

What is your **gender**? Male Female
 What is your **date of birth**? _____ / _____ / _____
 Day / Month / Year

What is the highest **education** you received? None at all
 Primary school
 Secondary school
 Tertiary

What is your **marital status**? Single Married Living as married Separated Divorced Widowed

Are you currently **ill**? Yes No
 If something is wrong with your health what do you think it is? _____ illness/ problem

Instructions

This assessment asks how you feel about your quality of life, health, or other areas of your life. **Please answer all the questions.** If you are unsure about which response to give to a question, **please choose the one** that appears most appropriate. This can often be your first response.

Please keep in mind your standards, hopes, pleasures and concerns. We ask that you think about your life **in the last two weeks.** For example, thinking about the last two weeks, a question might ask:

		Not at all	Not much	Moderately	A great deal	Completely
	Do you get the kind of support from others that you need?	1	2	3	4	5

You should circle the number that best fits how much support you got from others over the last two weeks. So you would circle the number 4 if you got a great deal of support from others as follows.

		Not at all	Not much	Moderately	A great deal	Completely
	Do you get the kind of support from others that you need?	1	2	3	4	5

You would circle number 1 if you did not get any of the support that you needed from others in the last two weeks.

Please read each question, assess your feelings, and circle the number on the scale for each question that gives the best answer for you.

		Very poor	Poor	Neither poor nor good	Good	Very good
1(G1)	How would you rate your quality of life?	1	2	3	4	5

		Very dissatisfied	Dissatisfied	Neither satisfied nor dissatisfied	Satisfied	Very satisfied
2 (G4)	How satisfied are you with your health?	1	2	3	4	5

The following questions ask about **how much** you have experienced certain things in the last two weeks.

		Not at all	A little	A moderate amount	Very much	An extreme amount
3 (F1.4)	To what extent do you feel that physical pain prevents you from doing what you need to do?	1	2	3	4	5
4(F11.3)	How much do you need any medical treatment to function in your daily life?	1	2	3	4	5
5(F4.1)	How much do you enjoy life?	1	2	3	4	5
6(F24.2)	To what extent do you feel your life to be meaningful?	1	2	3	4	5

		Not at all	A little	A moderate amount	Very much	Extremely
7(F5.3)	How well are you able to concentrate?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	How safe do you feel in your daily life?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	How healthy is your physical environment?	1	2	3	4	5

The following questions ask about **how completely** you experience or were able to do certain things in the last two weeks.

		Not at all	A little	Moderately	Mostly	Completely
10 (F2.1)	Do you have enough energy for everyday life?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	Are you able to accept your bodily appearance?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Have you enough money to meet your needs?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	How available to you is the information that you need in your day-to-day life?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	To what extent do you have the opportunity for leisure activities?	1	2	3	4	5

		Very poor	Poor	Neither	Good	Very good
--	--	-----------	------	---------	------	-----------

				poor nor good		
15 (F9.1)	How well are you able to get around?	1	2	3	4	5

The following questions ask you to say how **good or satisfied** you have felt about various aspects of your life over the last two weeks.

		Very dissatisfied	Dissatisfied	Neither satisfied nor dissatisfied	Satisfied	Very satisfied
16 (F3.3)	How satisfied are you with your sleep?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	How satisfied are you with your ability to perform your daily living activities?	1	2	3	4	5
18(F12.4)	How satisfied are you with your capacity for work?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	How satisfied are you with yourself?	1	2	3	4	5
20(F13.3)	How satisfied are you with your personal relationships?	1	2	3	4	5
21(F15.3)	How satisfied are you with your sex life?	1	2	3	4	5
22(F14.4)	How satisfied are you with the support you get from your friends?	1	2	3	4	5
23(F17.3)	How satisfied are you with the conditions of your living place?	1	2	3	4	5
24(F19.3)	How satisfied are you with your access to health services?	1	2	3	4	5
25(F23.3)	How satisfied are you with your transport?	1	2	3	4	5

The following question refers to **how often** you have felt or experienced certain things in the last two weeks.

		Never	Seldom	Quite often	Very often	Always
26 (F8.1)	How often do you have negative feelings such as blue mood, despair, anxiety, depression?	1	2	3	4	5

Did someone help you to fill out this form?.....

How long did it take to fill this form out?.....

Do you have any comments about the assessment?

.....

THANK YOU FOR YOUR HELP

Annexe 45b : World Health Organization Quality Of Life - BREF instrument (WHOQOL-BREF) en français

CONSIGNE

Les questions suivantes expriment des sentiments sur ce que vous éprouvez actuellement. Aucune réponse n'est juste, elle est avant tout personnelle.

1	Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?	Très faible <input type="checkbox"/>	faible <input type="checkbox"/>	ni faible ni bonne <input type="checkbox"/>	bonne <input type="checkbox"/>	très bonne <input type="checkbox"/>
2	Etes-vous satisfait(e) de votre santé ?	très insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	ni satisfait(e) ni insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	satisfait(e) <input type="checkbox"/>	très satisfait(e) <input type="checkbox"/>
3	La douleur physique vous empêche t'elle de faire ce dont vous avez envie ?	Pas du tout <input type="checkbox"/>	un peu <input type="checkbox"/>	modérément <input type="checkbox"/>	beaucoup <input type="checkbox"/>	extrêmement <input type="checkbox"/>
4	Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Aimez-vous votre vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Estimez-vous que votre vie a du sens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Etes-vous capable de vous concentrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Vivez-vous dans un environnement sain ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Acceptez-vous votre apparence physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15	Comment arrivez-vous à vous déplacer ?	très difficilement <input type="checkbox"/>	difficilement <input type="checkbox"/>	assez facilement <input type="checkbox"/>	facilement <input type="checkbox"/>	très facilement <input type="checkbox"/>
16	Etes-vous satisfait(e) de votre sommeil ?	très insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	ni satisfait(e) ni insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	satisfait(e) <input type="checkbox"/>	très satisfait(e) <input type="checkbox"/>
17	Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Etes-vous satisfait(e) de vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Etes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Etes-vous satisfait(e) du soutien de vos amis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Etes-vous satisfait(e) de votre lieu de vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Etes-vous satisfait(e) de votre accès aux services de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Etes-vous satisfait(e) de votre moyen de transport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?	jamais <input type="checkbox"/>	parfois <input type="checkbox"/>	assez souvent <input type="checkbox"/>	très souvent <input type="checkbox"/>	tout le temps <input type="checkbox"/>

Vérifiez s'il vous plaît que vous avez répondu à toutes les questions

Merci de votre participation

Annexe 46a : Patient Global Impression of Change scale (PGIC) en anglais

Since beginning treatment at this clinic, how would you describe the change (if any) in ACTIVITY LIMITATIONS, SYMPTOMS, EMOTIONS and OVERALL QUALITY OF LIFE, related to your painful condition? (tick ONE box).

- No change (or condition has got worse) 1
- Almost the same, hardly any change at all 2
- A little better, but no noticeable change 3
- Somewhat better, but the change has not made any real difference 4
- Moderately better, and a slight but noticeable change 5
- Better, and a definite improvement that has made a real and worthwhile difference 6
- A great deal better, and a considerable improvement that has made all the difference 7

In a similar way, please circle the number below, that matches your degree of change since beginning care at this clinic:

Much Better											Much Worse
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Annexe 46b : Patient Global Impression of Change scale (PGIC) en français

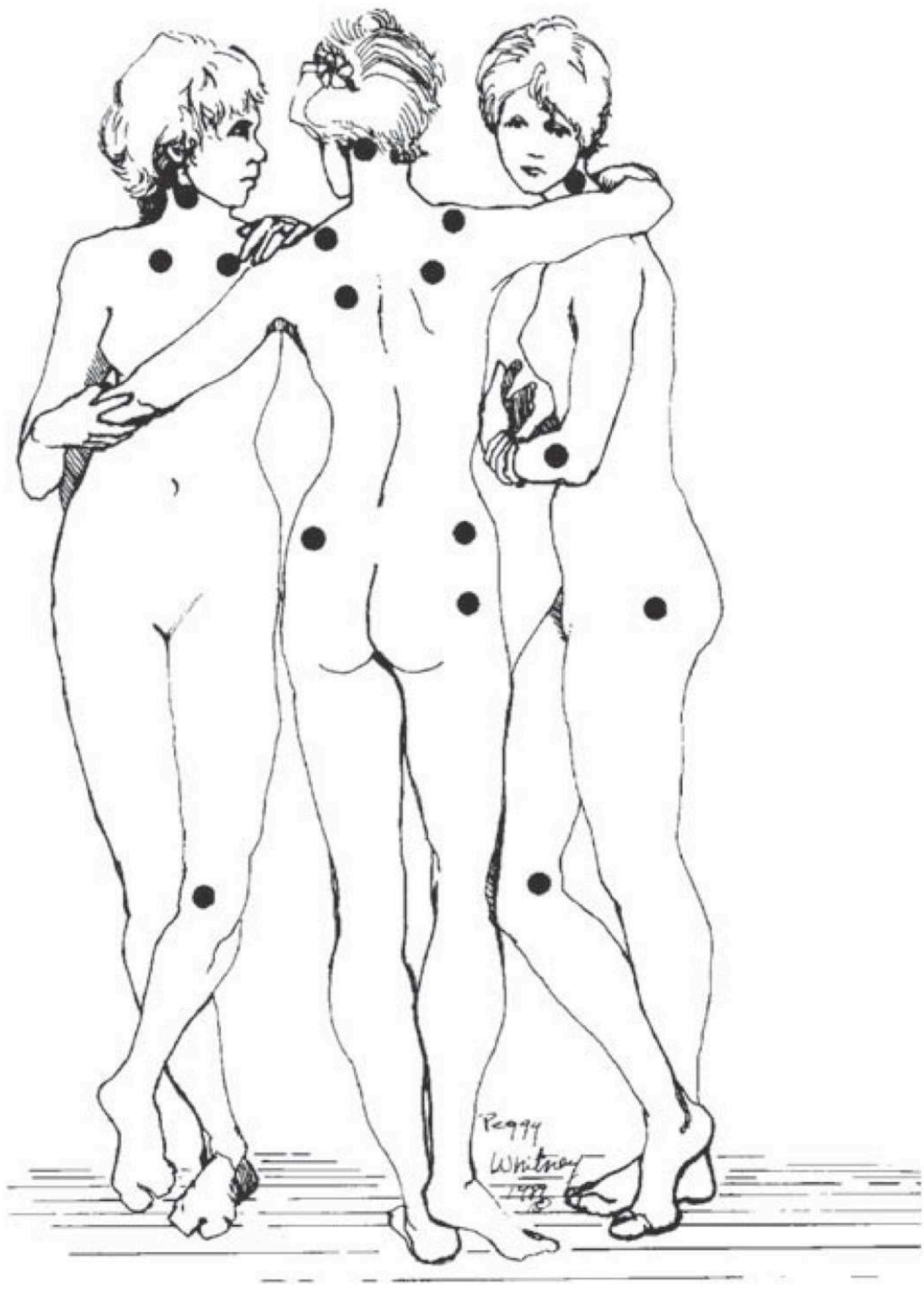
IMPRESSION DU PATIENT SUR L'EVOLUTION GENERALE DE SON ETAT
(French for France version of the PGIC)

Depuis le début de l'étude, mon état général s'est :

Cochez (X) une seule case :

- [1] Enormément amélioré
- [2] Beaucoup amélioré
- [3] Un peu amélioré
- [4] Aucun changement
- [5] Un peu aggravé
- [6] Beaucoup aggravé
- [7] Enormément aggravé

Annexe 47 : Points douloureux de la fibromyalgie (tender points)



Annexe 48a : Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) en anglais

Name _____ ID # _____ Date _____ Age _____

Instructions:

The following questions relate to your usual sleep habits during the past month *only*. Your answers should indicate the most accurate reply for the *majority* of days and nights in the past month. Please answer all questions.

1. During the past month, when have you usually gone to bed at night?
USUAL BED TIME _____
2. During the past month, how long (in minutes) has it usually take you to fall asleep each night?
NUMBER OF MINUTES _____
3. During the past month, when have you usually gotten up in the morning?
USUAL GETTING UP TIME _____
4. During the past month, how many hours of *actual sleep* did you get at night? (This may be different than the number of hours you spend in bed.)
HOURS OF SLEEP PER NIGHT _____

For each of the remaining questions, check the one best response. Please answer *all* questions.

5. During the past month, how often have you had trouble sleeping because you...

(a) Cannot get to sleep within 30 minutes	Not during the past month _____	Less than once a week _____	Once or twice a week _____	Three or more times a week _____
(b) Wake up in the middle of the night or early morning	Not during the past month _____	Less than once a week _____	Once or twice a week _____	Three or more times a week _____
(c) Have to get up to use the bathroom	Not during the past month _____	Less than once a week _____	Once or twice a week _____	Three or more times a week _____
(d) Cannot breathe comfortably	Not during the past month _____	Less than once a week _____	Once or twice a week _____	Three or more times a week _____
(e) Cough or snore loudly	Not during the past month _____	Less than once a week _____	Once or twice a week _____	Three or more times a week _____
(f) Feel too cold	Not during the past month _____	Less than once a week _____	Once or twice a week _____	Three or more times a week _____
(g) Feel too hot	Not during the past month _____	Less than once a week _____	Once or twice a week _____	Three or more times a week _____
(h) Had bad dreams	Not during the past month _____	Less than once a week _____	Once or twice a week _____	Three or more times a week _____
(i) Have pain	Not during the past month _____	Less than once a week _____	Once or twice a week _____	Three or more times a week _____

(j) Other reason(s), please describe _____

How often during the past month have you had trouble sleeping because of this?

Not during the past month _____ Less than once a week _____ Once or twice a week _____ Three or more times a week _____

6. During the past month, how would you rate your sleep quality overall?

Very good _____

Fairly good _____

Fairly bad _____

Very bad _____

7. During the past month, how often have you taken medicine (prescribed or "over the counter") to help you sleep?

Not during the past month _____ Less than once a week _____ Once or twice a week _____ Three or more times a week _____

8. During the past month, how often have you had trouble staying awake while driving, eating meals, or engaging in social activity?

Not during the past month _____ Less than once a week _____ Once or twice a week _____ Three or more times a week _____

9. During the past month, how much of a problem has it been for you to keep up enough enthusiasm to get things done?

No problem at all _____

Only a very slight problem _____

Somewhat of a problem _____

A very big problem _____

10. Do you have a bed partner or roommate?

No bed partner or roommate _____

Partner/roommate in other room _____

Partner in same room, but not same bed _____

Partner in same bed _____

If you have a roommate or bed partner, ask him/her how often in the past month you have had...

(a) Loud snoring

Not during the past month _____ Less than once a week _____ Once or twice a week _____ Three or more times a week _____

(b) Long pauses between breaths while asleep

Not during the past month _____ Less than once a week _____ Once or twice a week _____ Three or more times a week _____

(c) Legs twitching or jerking while you sleep

Not during the past month _____ Less than once a week _____ Once or twice a week _____ Three or more times a week _____

(d) Episodes of disorientation or confusion during sleep

Not during the past month _____ Less than once a week _____ Once or twice a week _____ Three or more times a week _____

(e) Other restlessness while you sleep; please describe _____

Not during the past month _____ Less than once a week _____ Once or twice a week _____ Three or more times a week _____

Annexe 48bis : Cotation du Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) contains 19 self-rated questions and 5 questions rated by the bed partner or roommate (if one is available). Only self-rated questions are included in the scoring. The 19 self-rated items are combined to form seven "component" scores, each of which has a range of 0-3 points. In all cases, a score of "0" indicates no difficulty, while a score of "3" indicates severe difficulty. The seven component scores are then added to yield one "global" score, with a range of 0-21 points, "0" indicating no difficulty and "21" indicating severe difficulties in all areas.

Scoring proceeds as follows:

Component 1: Subjective sleep quality

Examine question #6, and assign scores as follows:

<u>Response</u>	<u>Component 1 score</u>
"Very good"	0
"Fairly good"	1
"Fairly bad"	2
"Very bad"	3

Component 1 score: _____

Component 2: Sleep latency

1. Examine question #2, and assign scores as follows:

<u>Response</u>	<u>Score</u>
≤ 15 minutes	0
16-30 minutes	1
31-60 minutes	2
> 60 minutes	3

Question #2 score: _____

2. Examine question #5a, and assign scores as follows:

<u>Response</u>	<u>Score</u>
Not during the past month	0
Less than once a week	1
Once or twice a week	2
Three or more times a week	3

Question #5a score: _____

3. Add #2 score and #5a score

Sum of #2 and #5a: _____

4. Assign component 2 score as follows:

<u>Sum of #2 and #5a</u>	<u>Component 2 score</u>
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Component 2 score: _____

Component 3: Sleep duration

Examine question #4, and assign scores as follows:

<u>Response</u>	<u>Component 3 score</u>
> 7 hours	0
6-7 hours	1
5-6 hours	2
< 5 hours	3

Component 3 score: _____

Component 4: Habitual sleep efficiency

(1) Write the number of hours slept (question # 4) here: _____

(2) Calculate the number of hours spent in bed:

Getting up time (question # 3): _____

- Bedtime (question # 1): _____

Number of hours spent in bed: _____

(3) Calculate habitual sleep efficiency as follows:

(Number of hours slept/Number of hours spent in bed) × 100 = Habitual sleep efficiency (%)

(_____ / _____) × 100 = _____ %

(4) Assign component 4 score as follows:

<u>Habitual sleep efficiency %</u>	<u>Component 4 score</u>
> 85%	0
75-84%	1
65-74%	2
< 65%	3

Component 4 score: _____

Component 5: Sleep disturbances

(1) Examine questions # 5b-5j, and assign scores for each question as follows:

<u>Response</u>	<u>Score</u>
Not during the past month	0
Less than once a week	1
Once or twice a week	2
Three or more times a week	3

#5b score _____
c score _____
d score _____
e score _____
f score _____
g score _____
h score _____
i score _____
j score _____

(2) Add the scores for questions # 5b-5j:

Sum of # 5b-5j: _____

(3) Assign component 5 score as follows:

<u>Sum of # 5b-5j</u>	<u>Component 5 score</u>
0	0
1-9	1
10-18	2
19-27	3

Component 5 score: _____

Component 6: Use of sleeping medication

Examine question # 7 and assign scores as follows:

<u>Response</u>	<u>Component 6 score</u>
Not during the past month	0
Less than once a week	1
Once or twice a week	2
Three or more times a week	3

Component 6 score: _____

Component 7: Daytime dysfunction

(1) Examine question # 8, and assign scores as follows:

<u>Response</u>	<u>Score</u>
Never	0
Once or twice	1
Once or twice each week	2
Three or more times each week	3

Question # 8 score: _____

(2) Examine question # 9, and assign scores as follows:

<u>Response</u>	<u>Score</u>
No problem at all	0
Only a very slight problem	1
Somewhat of a problem	2
A very big problem	3

Question # 9 score: _____

(3) Add the scores for question # 8 and # 9:

Sum of #8 and #9: _____

(4) Assign component 7 score as follows:

<u>Sum of # 8 and #9</u>	<u>Component 7 score</u>
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Component 7 score: _____

Global PSQI Score

Add the seven component scores together:

Global PSQI Score: _____

Annexe 48b : Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) en français

CONSIGNES: Veuillez s'il-vous-plaît répondre aux questions suivantes concernant votre sommeil au cours du dernier mois. Ajoutez toute observation provenant de votre partenaire de chambre ou de lit.

1. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu de la difficulté à dormir parce que vous ...

a) avez éprouvé des bouffées de chaleur:

Jamais durant le dernier mois	Moins d'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois fois ou plus par semaine	Score –
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	

b) ressentiez une nervosité générale:

Jamais durant le dernier mois	Moins d'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois fois ou plus par semaine	Score –
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	

c) avez eu des souvenirs ou des cauchemars se rattachant à un événement traumatique:

Jamais durant le dernier mois	Moins d'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois fois ou plus par semaine	Score –
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	

d) avez éprouvé une anxiété sévère ou de la panique qui n'étaient pas reliées à un souvenir traumatique:

Jamais durant le dernier mois	Moins d'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois fois ou plus par semaine	Score –
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	

e) avez fait de mauvais rêves qui n'étaient pas reliés à des souvenirs traumatiques:

Jamais durant le dernier mois	Moins d'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois fois ou plus par semaine	Score –
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	

f) avez eu des épisodes de terreur ou de hurlements durant votre sommeil sans vous réveiller complètement:

Jamais durant le dernier mois	Moins d'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois fois ou plus par semaine	Score –
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	

g) avez eu des épisodes «d'action» pendant vos rêves, tels que donner des coups de pied, des coups de poing, courir ou crier:

Jamais durant le dernier mois	Moins d'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois fois ou plus par semaine	Score –
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	

2. Si vous avez eu des souvenirs ou des cauchemars liés à un événement traumatique au cours de votre sommeil (question 1-c ci-haut)...

a) À quel point avez-vous ressenti de l'anxiété durant ces souvenirs/cauchemars?

aucunement <input type="checkbox"/> ₀	Très peu <input type="checkbox"/> ₁	moyennement <input type="checkbox"/> ₂	beaucoup <input type="checkbox"/> ₃	Score –
--	--	---	--	---------

b) À quel point avez-vous ressenti de la colère durant ces souvenirs/cauchemars?

aucunement <input type="checkbox"/> ₀	Très peu <input type="checkbox"/> ₁	moyennement <input type="checkbox"/> ₂	beaucoup <input type="checkbox"/> ₃	Score –
--	--	---	--	---------

c) À quel moment de la nuit la plupart de ces souvenirs/cauchemars se sont-ils produits?

Tôt dans la nuit <input type="checkbox"/> ₀	Dans le milieu de la nuit <input type="checkbox"/> ₁	Tard la nuit, près du matin <input type="checkbox"/> ₂	Pas de moment en particulier <input type="checkbox"/> ₃	Score –
--	---	---	--	---------

Annexe 49a : Epworth Sleepiness Scale (ESS) en anglais

How likely are you to doze off or fall asleep in the following situations, in contrast to feeling just tired? This refers to your usual way of life in recent times. Even if you have not done some of these things recently try to work out how they would have affected you. Use the following scale to choose the **most appropriate number** for each situation:

- 0 = would **never** doze
- 1 = **slight chance** of dozing
- 2 = **moderate chance** of dozing
- 3 = **high chance** of dozing

SITUATION	CHANCE OF DOZING (0-3)
Sitting and reading	
Watching television	
Sitting inactive in a public place (e.g. a theater or meeting)	
As a passenger in a car for an hour without a break	
Lying down to rest in the afternoon when circumstances permit	
Sitting and talking to someone	
Sitting quietly after a lunch without alcohol	
In a car, while stopped for a few minutes in the traffic	
TOTAL SCORE	

Annexe 49b : Epworth Sleepiness Scale (ESS) en français

Échelle de somnolence d'Epworth

Quel risque avez-vous de vous assoupir ou de vous endormir dans les situations suivantes, sans considérer les moments où vous vous sentez fatigué(e) ? Ces questions s'appliquent à vos habitudes de vie actuelles, dans des conditions habituelles. Si vous n'avez pas effectué récemment certaines activités, essayez d'imaginer comment vous auriez réagi. Utilisez l'échelle ci-dessous en choisissant le chiffre le plus approprié pour chaque situation.

- 0 : aucun risque de m'assoupir ou de m'endormir
- 1 : faible risque de m'assoupir ou de m'endormir
- 2 : risque modéré de m'assoupir ou de m'endormir
- 3 : risque élevé de m'assoupir ou de m'endormir

Situations	Scores (0, 1, 2 ou 3)
Lire en position assise	_____
Regarder la télévision	_____
Être assis(e) inactif(ve) dans un lieu public (théâtre, réunion, par exemple)	_____
Être assis(e) en tant que passager(ère) dans un véhicule pour une période d'une heure sans arrêt	_____
Être étendu(e) l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	_____
Être assis(e) en parlant avec quelqu'un	_____
Être assis(e) tranquille après un repas <u>sans</u> boisson alcoolique	_____
Dans une voiture arrêtée quelques minutes à un feu de circulation ou dans la circulation	_____
Total :	_____

Annexe 50a : Medical Outcome Study Sleep Scale (MOS Sleep Scale) en anglais

1. How long did it usually take for you to fall asleep during the past 1 week?

(Circle One)

0-15 minutes.....1

16-30 minutes.....2

31-45 minutes.....3

46-60 minutes.....4

More than 60 minutes5

2. On the average, how many hours did you sleep each night during the past 1 week?

Write in number

of hours per night:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

How often during the past 4 weeks did you...

(Circle One Number On Each Line)

	All of the Time ▼	Most of the Time ▼	A Good Bit of the Time ▼	Some of the Time ▼	A Little of the Time ▼	None of the Time ▼
3. feel that your sleep was not quiet (moving restlessly, feeling tense, speaking, etc., while sleeping)?	1	2	3	4	5	6
4. get enough sleep to feel rested upon waking in the morning?	1	2	3	4	5	6
5. awaken short of breath or with a headache?	1	2	3	4	5	6
6. feel drowsy or sleepy during the day?	1	2	3	4	5	6
7. have trouble falling asleep?	1	2	3	4	5	6
8. awaken during your sleep time and have trouble falling asleep again?	1	2	3	4	5	6
9. have trouble staying awake during the day?	1	2	3	4	5	6
10. snore during your sleep?	1	2	3	4	5	6
11. take naps (5 minutes or longer) during the day?	1	2	3	4	5	6
12. get the amount of sleep you needed?	1	2	3	4	5	6

Annexe 50b : Medical Outcome Study Sleep Scale (MOS Sleep Scale) en français

Questionnaire adapté du Medical Outcomes Score – Sleep Scale (MOSS – SS)

Questionnaire à l'inclusion du patient :

- 1 – Combien de temps en moyenne (en heures) vous a-t-il été nécessaire pour vous endormir durant les 4 semaines passées ?**
- 2 – Combien de temps (en heures) en moyenne chaque nuit estimez-vous avoir dormi durant les 4 semaines passées?**
- 3 – Combien de fois durant les 4 semaines passées, avez-vous eu le sentiment que votre sommeil n'était pas tranquille (agitation et mouvements nocturnes, sentiments de tension, sentiments d'avoir parlé...) ?**
- 4 – Combien de fois durant les 4 semaines passées, avez-vous eu suffisamment d'heure de sommeil pour vous sentir frais et reposé ?**
- 5 - Combien de fois durant les 4 semaines passées, vous êtes-vous éveillé avec la sensation de souffle court ou de maux de tête matinaux ?**
- 6 – Combien de fois durant les 4 semaines passées, vous êtes vous senti encore fatigué, groggy ?**
- 7 – Combien de fois durant les 4 semaines passées, avez-vous eu des difficultés à vous endormir ?**
- 8 – Combien de fois durant les 4 semaines passées, avez-vous eu des réveils nocturnes et des difficultés à vous rendormir?**
- 9 – Combien de fois durant les 4 semaines passées, pensez-vous avoir eu des difficultés à tenir éveillé ?**
- 10 – Combien de fois durant les 4 semaines passées, avez-vous ronflé pendant votre sommeil ?**
- 11 – Combien de fois durant les 4 semaines passées, avez-vous fait une sieste d'une durée supérieure à 15 minutes?**
- 12 - Combien de fois durant les 4 semaines passées, avez-vous obtenu la quantité de sommeil totales qui vous semblait nécessaire ?**

Annexe 51 : Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) en anglais

The next questions are about how you have been feeling lately. Please place one “X” for each statement.

The more you agree with the statement, the more you should place an “X” in the direction of “yes, that is true.” The more you disagree with the statement, the more you should place an X in the direction of “no, that is not true.”

Take for example the statement: “I FEEL RELAXED.”

If you think that this statement is entirely true, that you have been feeling relaxed lately, you would place an “X” in the box labeled “1.”

yes, that is true no, that is not true
1 2 3 4 5

1. I feel fit.

yes, that is true no, that is not true
1 2 3 4 5

2. Physically I feel only able to do a little.

yes, that is true no, that is not true
1 2 3 4 5

3. I feel very active.

yes, that is true no, that is not true
1 2 3 4 5

4. I feel like doing all sorts of nice things.

yes, that is true no, that is not true
1 2 3 4 5

5. I feel tired.

yes, that is true no, that is not true
1 2 3 4 5

6. I think I do a lot in a day.

yes, that is true no, that is not true
1 2 3 4 5

Annexe 52a : Center for Epidemiological Studies-Depression scale (CES-D) en anglais

Scale items:

Below is a list of some ways you may have felt or behaved. Please indicate how often you have felt this way during the last week by checking the appropriate space. Please only provide one answer to each question.

	During the past week:	Rarely or none of the time (less than 1 day)	Some or a <i>little</i> of the time (1-2 days)	Occasionally or a moderate amount of time (3-4 days)	Most or all of the time (5-7 days)
1.	I was bothered by things that usually don't bother me.				
2.	I did not feel like eating; my appetite was poor.				
3.	I felt that I could not shake off the blues even with help from my family or friends.				
4.	I felt I was just as good as other people.				
5.	I had trouble keeping my mind on what I was doing.				
6.	I felt depressed.				
7.	I felt that everything I did was an effort.				
8.	I felt hopeful about the future.				
9.	I thought my life had been a failure.				
10.	I felt fearful.				
11.	My sleep was restless.				
12.	I was happy.				
13.	I talked less than usual.				
14.	I felt lonely.				
15.	People were unfriendly.				
16.	I enjoyed life.				
17.	I had crying spells.				
18.	I felt sad.				
19.	I felt that people disliked me.				
20.	I could not get going.				

Annexe 52b : Center for Epidemiological Studies-Depression scale (CES-D) en français

Les questions suivantes portent sur ce que vous avez ressenti au cours de la semaine qui vient de s'écouler:

Durant la semaine écoulée:	Jamais, très rarement (moins d'un jour)	Occasionnellement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment, tout le temps (5 à 7 jours)
J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas				
Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit				
J'ai eu l'impression que je NE pouvais PAS sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis				
J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres				
J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais				
Je me suis senti(e) déprimé(e)				
	Jamais, très rarement (moins d'un jour)	Occasionnellement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment, tout le temps (5 à 7 jours)
J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort				
J'ai été confiant(e) en l'avenir				
J'ai pensé que ma vie était un échec				
Je me suis senti(e) craintif(ve)				
Mon sommeil n'a PAS été bon				
J'ai été heureux(se)				
J'ai parlé moins que d'habitude				
	Jamais, très rarement (moins d'un jour)	Occasionnellement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment, tout le temps (5 à 7 jours)
Je me suis senti(e) seul(e)				
Les autres ont été hostiles envers moi				
J'ai profité de la vie				
J'ai eu des crises de larmes				
Je me suis senti(e) triste				
J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas				
J'ai manqué d'entrain				
	Jamais, très rarement (moins d'un jour)	Occasionnellement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment, tout le temps (5 à 7 jours)

5. How certain are you that you can cut 2 bite-size pieces of meat with a knife and fork in 8 seconds?

very										very	
uncertain	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	certain

6. How certain are you that you can turn an outdoor faucet all the way on and all the way off?

very										very	
uncertain	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	certain

7. How certain are you that you can scratch your upper back with both your right and left hands?

very										very	
uncertain	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	certain

8. How certain are you that you can get in and out of the passenger side of a car without assistance from another person and without physical aids?

very										very	
uncertain	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	certain

9. How certain are you that you can put on a long-sleeve front-opening shirt or blouse (without buttoning) in 8 seconds?

very										very	
uncertain	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	certain

Self-Efficacy Other Symptoms Scale (may be combined with Pain Scale)

1. How certain are you that you can control your fatigue?

very										very	
uncertain	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	certain

2. How certain are you that you can regulate your activity so as to be active without aggravating your arthritis?

very										very	
uncertain	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	certain

3. How certain are you that you can do something to help yourself feel better if you are feeling blue?

very										very	
uncertain	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	certain

4. As compared with other people with arthritis like yours, how certain are you that you can manage arthritis pain during your daily activities?

very										very	
uncertain	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	certain

5. How certain are you that you can manage your arthritis symptoms so that you can do the things you enjoy doing?

very										very	
uncertain	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	certain

6. How certain are you that you can deal with the frustration of arthritis?

very										very	
uncertain	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	certain

Annexe 54a : Freiburg Mindfulness Inventory (FMI) en anglais

	Rarely	Occasionally	Fairly often	Almost always
1. I am open to the experience of the present moment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. I sense my body, whether eating, cooking, cleaning or talking.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. When I notice an absence of mind, I gently return to the experience of the here and now.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. I am able to appreciate myself.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. I pay attention to what's behind my actions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. I see my mistakes and difficulties without judging them.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. I feel connected to my experience in the here-and-now.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. I accept unpleasant experiences.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. I am friendly to myself when things go wrong.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. I watch my feelings without getting lost in them.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. In difficult situations, I can pause without immediately reacting.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. I experience moments of inner peace and ease, even when things get hectic and stressful.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. I am impatient with myself and with others.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. I am able to smile when I notice how I sometimes make life difficult.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe 54b : Freiburg Mindfulness Inventory (FMI) en français

Consignes : Le but de ce test est de décrire comment vous vous situez face aux situations décrites ci-dessous. Cela concerne votre façon d'être **en général**. Répondez de votre mieux à chaque déclaration. S.V.P., répondez aussi franchement et spontanément que possible. Il n'y a pas réponses « justes » ou « fausses », « bonnes » ou « mauvaises ». Ce qui est important est votre expérience personnelle.

S.V.P., UTILISEZ LES 2 DERNIERS MOIS COMME PERIODE POUR CONSIDERER CHAQUE ITEM.

		Presque jamais	Occasion- nellement	Assez souvent	Presque toujours
1.	Je suis réceptif (ve) à ce que je vis dans le moment présent	1	2	3	4
2.	Je ressens mon corps dans les actes de la vie quotidienne (manger, cuisiner, parler, faire le ménage,)	1	2	3	4
3.	Lorsque je réalise que je m'égaré dans mes pensées, je reviens naturellement à ce que je suis en train de vivre dans le moment présent	1	2	3	4
4.	Je suis capable d'apprécier à sa juste valeur la personne que je suis	1	2	3	4
5.	Je prête attention à ce qui me fait agir dans mon quotidien	1	2	3	4
6.	Je regarde mes erreurs et difficultés sans les juger	1	2	3	4
7.	Je suis pleinement en lien avec ce que je vis dans le moment présent	1	2	3	4
8.	J'accepte les expériences désagréables	1	2	3	4
9.	Je prends soin de moi-même lorsque les choses vont mal	1	2	3	4
10.	Je suis à l'écoute de mes sentiments sans me laisser déborder par eux	1	2	3	4
11.	Dans les situations difficiles, je sais marquer une pause avant de réagir	1	2	3	4
12.	Je vis des moments de calme et de paix intérieurs, même lorsque les choses sont mouvementées et stressantes	1	2	3	4
13.	Je suis impatient(e) envers moi-même et envers les autres	1	2	3	4
14.	Je sais sourire lorsque je me rends compte à quel point je peux parfois me rendre la vie difficile	1	2	3	4

Vous êtes-vous sentis concernés par ce questionnaire ? **oui** **non**

Annexe 55 : Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, form A (HGSHSA) en anglais

ESTABLISHING RAPPORT PRIOR TO THE INITIAL

INDUCTION (Time: 7 minutes)

It is assumed that subjects have been notified of the hypnotic testing and that their presence is an implicit agreement to be hypnotized. An effort should be made to discourage a lack of seriousness in subjects and to prevent the presence of casual onlookers. Provisions should also be made to prevent persons from entering the room once the examiner begins the introductory remarks. The gist of the following remarks should be memorized, but the conversation should flow naturally; hence these initial remarks should not be read from the printed page. (The main procedures that follow in later sections are intended to be read verbatim.)

Subjects are to be seated. Physical arrangements should be moderately comfortable and relatively non-disturbing. For example, subjects should not be seated so close to a table that they hit against it when carrying out the tasks. Similarly, smoking cannot be allowed during the test proper.

Preliminary Remarks by Examiner. In a few minutes I am going to administer a standard procedure for measuring susceptibility to hypnosis. At the end of the standard procedure you yourself will report on what the experience was like in the Response Booklet which has been distributed to you. Note that the booklet is sealed. Do not open the Response Booklet until I specifically tell you to do so at the end of the standard procedure. On the Cover Page of the Response Booklet are spaces for your name, address, and some other general information. Please fill in this information now. Again, please do not open the booklet now. Fill in the information on the Cover Page only. (Allow a minute or two for subjects to record this information.)

Let's talk a while before we start. I want you to be quite at ease, and it may help if I answer a few of your questions first. I am assuming that for some of you this is the first time you are experiencing hypnosis.

(In presenting the following remarks the examiner may find it useful in establishing rapport to elicit some questioning and participation from members of the group. Questions are to be answered by paraphrasing the points made below.)

People experiencing hypnosis for the first time are sometimes a little uneasy because they do not know what the experience will be like, or because they may have a distorted notion of what it is like. It is very natural to be curious about a new experience. Your curiosity will be satisfied before we are through, but you can best get the answers you want by just letting yourself be a part of what goes on, and by not trying to watch the process in detail.

Some people, however, have a tendency to allay their initial uneasiness in a new situation by laughing, giggling or whispering. We must request that you refrain from this type of response for the duration of the procedures here so as not to disrupt the concentration of the individuals around you.

To allow you to feel more fully at ease in the situation, let me reassure you on a few points. First of all, the experience, while a little unusual, may not seem so far removed from ordinary experience as you have been led to expect. Hypnosis is largely a question of your willingness to be receptive and responsive to ideas, and to allow these ideas to act upon you without interference. These ideas we call suggestions.

Second, you will not be asked to do anything that will make you look silly or stupid, or that will prove embarrassing to you. We are here for serious scientific purposes.

Third, and finally, I shall not probe into your personal affairs, so that there will be nothing personal about what you are to do or say during the hypnotic state.

You may wonder why we are doing these experiments. Hypnotism is being used more and more by physicians: for example, by dentists to relieve pain, by obstetricians to make childbirth easier, by psychiatrists to reduce anxiety. If we can understand the processes involved, we will know more about the relationship between ideas and action, more about the way in which personality operates. So in participating here you are contributing to scientific knowledge of a kind that can be used to help other human beings. We are trying here merely to understand hypnotism. Probably all people can be hypnotized, but some are much more readily hypnotized than others, even when each of them co-operates. We are studying some of these differences among people.

Have you any questions or comments before we go ahead? (Answer questions by paraphrasing the above points.)

Now please make yourself comfortable in your chair. Clear your lap of books and papers, and prepare to begin. Individuals who wear glasses should keep them on. If, however, you are wearing contact lenses, it might be more comfortable to remove them. (The examiner should also communicate the following if the main procedures are tape recorded.) In order to help keep our main procedures constant they have been put onto a tape recording. In a moment I shall turn on the tape recorder.

MAIN PROCEDURES

(The following instructions are to be presented verbatim.)

1a. HEAD FALLING (Total time: 3' 30")

42:15

To begin with, I want you to experience how it feels to respond to suggestions when you are not hypnotized. If you will now please sit up straight in your chair Close your eyes and relax; continue, however, to sit up straight. That's right. Eyes closed and sit up straight. Please stay in that position with your eyes closed, while at the same time letting yourself relax. (Allow 30" to pass.) Now just remain in the same position and keep your eyes closed. . . . sitting up straight in your chair. . . . with your eyes closed.

In a moment I shall ask you to think of your head falling forward. As you know, thinking of a movement and making a movement are closely related. Soon after you think of your

head falling forward you will experience a tendency to make the movement. You will find your head actually falling forward, more and more forward, until your head will fall so far forward that it will hang limply on your neck.

Listen carefully to what I say and think of your head falling forward, drooping forward. Think of your head falling forward, falling forward, more and more forward. Your head is falling forward, falling forward. More and more forward. Your head is falling more and more forward, falling more and more forward. Your head is going forward, drooping down, down, limp and relaxed. Your head is drooping, swaying, falling forward, falling forward, falling forward, falling, swaying, drooping, limp, relaxed, forward, forward, falling, falling, falling Now!

That's fine. Now please sit up and open your eyes. That's right. Sit up and open your eyes. You can see how thinking about a movement produces a tendency to make the movement. You learn to become hypnotized as you bring yourself to give expression to your action tendencies. But at this point you have the idea of what it means to accept and act upon suggestions.

2a. EYE CLOSURE (Total time: 15' 25")

38:45

Now I want you to seat yourself comfortably and rest your hands in your lap. That's right. Rest your hands in your lap. Now look at your hands and find a spot on either hand and just focus on it. It doesn't matter what spot you choose; just select some spot to focus on. I shall refer to the spot which you have chosen as the target. That's right . . . hands relaxed . . . look directly at the target. I am about to give you some instructions that will help you to relax and gradually to enter a state of hypnosis. Just relax and make yourself comfortable. I want you to look steadily at the target and while keeping your eyes upon it to listen to what I say. Your ability to be hypnotized depends partly on your willingness to cooperate and partly on your ability to concentrate upon the target and upon my words. You have already shown yourself to be cooperative by coming here today, and with your further cooperation I can help you to become hypnotized. You can be hypnotized only if you are willing. I assume that you are willing and that you are doing your best to cooperate by concentrating on the target and listening to my words, letting happen whatever you feel is going to take place. Just let it happen. If you pay close attention to what I tell you, and think of the things I tell you to think about, you can easily experience what it is like to be hypnotized. There is nothing fearful or mysterious about hypnosis. It is a perfectly normal consequence of certain psychological principles. It is merely a state of strong interest in some particular thing. In a sense you are hypnotized whenever you see a good show and forget you are part of the audience, but instead feel you are part of the story. Many people report that becoming hypnotized feels at first like falling asleep, but with the difference that somehow or other they keep hearing my voice as a sort of background to whatever other experience they may have. In some ways hypnosis is like sleepwalking; however, hypnosis is also an individual experience and is not just alike for everyone. In a sense the hypnotized person is like a sleepwalker, for he can carry out various and complex activities while remaining hypnotized. All I ask of you is that you keep up your attention and interest and continue to cooperate as you have been cooperating. Nothing will be done that will cause you any embarrassment. Most people find this a very interesting experience. (Time: 3' 35")

35.10

Just relax. Don't be tense. Keep your eyes on the target. Look at it as steadily as you can. Should your eyes wander away from it, that will be all right . . . just bring your eyes back to it. After a while you may find that the target gets blurry, or perhaps moves about, or again, changes color. That is all right. Should you get sleepy, that will be fine, too. Whatever happens, let it happen and keep staring at the target for a while. There will come a time, however, when your eyes will be so tired, will feel so heavy, that you will be unable to keep them open any longer and they will close, perhaps quite involuntarily. When this happens, just let it take place. (Time: 1' 10")

34:00

34:00

As I continue to talk, you will find that you will become more and more drowsy, but not all people respond at the same rate to what I have to say. Some people's eyes will close before others. When the time comes that your eyes have closed, just let them remain closed. You may find that I shall still give suggestions for your eyes to close. These suggestions will not bother you. They will be for other people. Giving these suggestions to other people will not disturb you but will simply allow you to relax more and more.

You will find that you can relax completely but at the same time sit up comfortably in your chair with little effort. You will be able to shift your position to make yourself comfortable as needed without it disturbing you. Now just allow yourself to relax completely. Relax every muscle of your body. Relax the muscles of your legs . . . Relax the muscles of your feet . . . Relax the muscles of your arms . . . Relax the muscles of your hands . . . of your fingers . . . Relax the muscles of your neck, of your chest . . . Relax all the muscles of your body . . . Let yourself be limp, limp, limp. Relax more and more. more and more. Relax completely. Relax completely. Relax completely. (Time: 2'15")

31:45

As you relax more and more, a feeling of heaviness perhaps comes over your body. A feeling of heaviness is coming into your legs and your arms . . . into your feet and your hands . . . into your whole body. Your legs feel heavy and limp, heavy and limp . . . Your arms are heavy, heavy . . . Your whole body feels heavy, heavier and heavier. Like lead. Your eyelids feel especially heavy. Heavy and tired. You are beginning to feel drowsy, drowsy and sleepy. Your breathing is becoming slow and regular, slow and regular. You are getting drowsy and sleepy, more and more drowsy and sleepy while your eyelids become heavier and heavier, more and more tired and heavy. (Time: 1' 25")

30:20

Your eyes are tired from staring. The heaviness in your eyelids is increasing. Soon you will not be able to keep your eyes open. Soon your eyes will close of themselves. Your eyelids will be too heavy to keep open. Your eyes are tired from staring. Your eyes are becoming wet from straining. You are becoming increasingly drowsy and sleepy. The strain in your eyes is getting greater and greater, greater and greater. It would be so nice to close your eyes, to relax completely, and just listen sleepily to my voice talking to you. You would like to close your eyes and relax completely, relax completely. You will soon reach your limit. The strain will be so great, your eyes will be so tired, your lids will become so heavy, your eyes will close of themselves, close of themselves. (Time: 1' 20")

29:00

Your eyelids are getting heavy, very heavy. You are relaxed, very relaxed. There is a pleasant feeling of warmth and heaviness all through your body. You are tired and drowsy. Tired and sleepy. Sleepy. Sleepy. Sleepy. Listen only to my voice. Pay attention

to nothing else but my voice. Your eyes are getting blurred. You are having difficulty seeing. Your eyes are strained. The strain is getting greater and greater, greater and greater. (Time: 50")

28:10

Your lids are heavy. Heavy as lead. Getting heavier and heavier, heavier and heavier. They are pushing down, down, down. Your eyelids seem weighted, weighted with lead, heavy as lead . . . Your eyes are blinking, blinking, blinking . . . closing . . . closing . . . (Time: 35")

27.35

Your eyes may have closed by now, and if they have not, they would soon close of themselves. But there is no need to strain them more. Even if your eyes have not closed fully as yet, you have concentrated well upon the target, and have become relaxed and drowsy. At this time you may just let your eyes close. That's it, eyes completely closed. Close your eyes now. (Time: 35")

27:00

You are now comfortably relaxed, but you are going to relax even more, much more. Your eyes are now closed. You will keep your eyes closed until I tell you otherwise, or I tell you to awaken . . . You feel drowsy and sleepy. Just keep listening to my voice. Pay close attention to it. Keep your thoughts on what I am saying --just listen. You are going to get much more drowsy and sleepy. Soon you will be deep asleep but you will continue to hear me. You will not awaken until I tell you to do so. I shall now begin to count. At each count you will feel yourself going down, down, into a deep, comfortable, a deep restful sleep. A sleep in which you will be able to do all sorts of things I ask you to do. One--you are going to go deeply asleep . . . Two--down, down into a deep, sound sleep . . . Three--four--more and more, more and more asleep . . . Five--six--seven--you are sinking, sinking into a deep, deep sleep. Nothing will disturb you. Pay attention only to my voice and only to such things as I may call to your attention. I would like you to keep on paying attention to my voice and the things I tell you . . . Eight--nine--ten--eleven--twelve--deeper and deeper, always deeper asleep--thirteen--fourteen--fifteen--although deep asleep you can clearly hear me. You will always hear me no matter how deeply asleep you may feel yourself to be . . . Sixteen--seventeen--eighteen--deep asleep, fast asleep. Nothing will disturb you. You are going to experience many things that I will tell you to experience . . . Nineteen, twenty. Deep asleep! You will not awaken until I tell you to do so. You will wish to sleep and will have the experiences I shall presently describe. (Time: 3' 40")

3a. HAND LOWERING (LEFT HAND) (Total time: 5' 05")

22.20

Introduction. As you become even more drowsy and sleepy, it will not disturb you to make yourself comfortable in your chair and put your head in a comfortable position.

Now that you are very relaxed and sleepy, listening without effort to my voice, I am going to help you to learn more about how your thoughts affect your actions in this state. Not all people experience just the same things in this state, and perhaps you will not have all the experiences I will describe to you. That will be all right. But you will have at least some of the experiences and you will find these interesting. You just experience whatever you can. Pay close attention to what I tell you and watch what happens. Just let happen whatever you find is happening, even if it is not what you expect.

Instruction Proper. Please extend your left arm straight out in front of you, up in the air, with the palm of your hand down. Left arm straight out in front of you . . . straight out, up in the air, with the palm of your hand down. That's it. Left arm straight out in front of you . . . palm down. I want you now to pay close attention to this hand, the feelings in it, and what is happening to it. As you pay attention to it you are more aware of it than you have been--you notice whether it is warm or cool, whether there is a little tingling in it, whether there is a tendency for your fingers to twitch ever so slightly . . . That's right, I want you to pay close attention to this hand because something very interesting is about to happen to it. It is beginning to get heavy . . . heavier and heavier . . . as though a weight were pulling the hand and the arm down . . . you can picture a weight pulling on it . . . and as it feels heavier and heavier it begins to move . . . as if something were forcing it down . . . a little bit down . . . more and more down . . . down . . . and as I count it gets heavier and heavier and goes down more and more . . . one, down . . . two, down . . . three, down . . . four, down, more and more down . . . five, down . . . six, down . . . seven . . . eight . . . heavier and heavier, down and more and more . . . nine . . . down . . . ten . . . heavier and heavier . . . down more and more. (Allow 10")

That's fine . . . just let your hand now go back to its original resting position and relax. Your hand back to its original resting position and relax. You must have noticed how heavy and tired the arm and hand felt; much more so than it ordinarily would if you were to hold it out that way for a little while; you probably noticed how something seemed to be pulling it down. Now just relax . . . your hand and arm are quite comfortable again . . . quite comfortable again. There . . . just relax. Relax.

4a. ARM IMMOBILIZATION (RIGHT ARM) (Total time: 2' 55")

17:15

You are very relaxed. The general heaviness you have felt from time to time you now feel all over your body. Now I want you to pay close attention to your right arm and hand . . . Your right arm and hand share in the feeling of heaviness . . . how heavy your right hand feels . . . and note how as you think about this heaviness in your hand and arm the heaviness seems to grow even more . . . Now your arm is getting heavy . . . very heavy. Now your hand is getting heavy . . . so heavy . . . like lead . . . perhaps a little later you would like to see how heavy your hand is . . . it seems much too heavy to lift . . . but perhaps in spite of being so heavy you could lift it a little, although it may now be too heavy even for that . . . Why don't you see how heavy it is . . . Just try to lift your hand up, just try. Just try to lift your hand up, just try. (Allow 10")

That's fine . . . stop trying . . . just relax. You notice that when you tried to lift it, there was some resistance because of the relaxed state you are in. But now you can just rest your hand again. Your hand and arm now feel normal again. They are no longer heavy. You could lift them now if you wanted to, but don't try now. Just relax . . . relax completely. Relax. Just relax.

5a. FINGER LOCK (Total time: 1' 40")

14:20

Now let us try something else. Put your fingers together. Interlock your fingers together. Interlock your fingers and press your hands tightly together. That's it. Put your

fingers together. Interlock your fingers and press your hands tightly together. Interlock tightly . . . hands pressed tightly together. Notice how your fingers are becoming tightly interlocked together, more and more tightly interlocked together . . . so tightly interlocked together that you wonder very much if you could take your fingers and hands apart . . . Your fingers are interlocked, tightly interlocked . . . and I want you to try to take your hands apart . . . just try . . . (Allow 10")

That's right. Stop trying and relax. You notice how hard it was to get started to take them apart. Your hands are no longer tightly clasped together . . . You can take them apart. Now return your hands to their resting position and relax. Hands to their resting position and relax . . . just relax.

6a. ARM RIGIDITY (LEFT) (Total time: 2' 25")

12:40

Please extend your left arm straight out in front of you, up in the air, and make a fist. Arm straight out in front of you. That's right. Straight out, and make a fist. Arm straight out, a tight fist . . . make a tight fist. I want you to pay attention to this arm and imagine that it is becoming stiff . . . stiffer and stiffer . . . very stiff . . . and now you notice that something is happening to your arm . . . you notice a feeling of stiffness coming into it . . . It is becoming stiff . . . more and more stiff . . . rigid . . . like a bar of iron . . . and you know how difficult . . . how impossible it is to bend a bar of iron like your arm . . . See how much your arm is like a bar of iron . . . test how stiff and rigid it is . . . try to bend it . . . try. (Allow 10")

That's good. Now just stop trying to bend your arm and relax. Stop trying to bend your arm and relax. I want you to experience many things. You felt the creeping stiffness . . . that you had to exert a good deal of effort to do something that would normally be very easy. But your arm is not stiff any longer. Just place your arm back in resting position . . . back in resting position. Just relax and as your arm relaxes, let your whole body relax. As your arm relaxes, let your whole body relax.

7a. HANDS MOVING (TOGETHER) (Total time: 1' 45")

10:15

Please hold both hands up in the air, straight out in front of you, palms facing inward--palms facing toward each other. Hold your hands about a foot apart . . . about a foot apart. Both arms straight out in front of you, hands about a foot apart . . . palms facing inward . . . about a foot apart.

Now I want you to imagine a force attracting your hands toward each other, pulling them together. As you think of this force pulling your hands together, they will move together, slowly at first, but they will move closer together, closer and closer together as though a force were acting on them . . . moving . . . moving . . . closer, closer . . . (Allow 10" without further suggestion.)

That's fine. You see again how thinking about a movement causes a tendency to make it. Now place your hands back in their resting position and relax . . . your hands back in their resting position and relax.

8a. COMMUNICATION INHIBITION (Total time: 1' 25")

8:30

You are very relaxed now . . . deeply relaxed . . . think how hard it might be to communicate while so deeply relaxed . . . perhaps as hard as when asleep . . . I wonder if you could shake your head to indicate "no." I really don't think you could . . . You might try a little later to shake your head "no" when I tell you to . . . but I think you will find it quite difficult . . . Why don't you try to shake your head "no" now . . . just try to shake it. (Allow 10")

That's all right . . . stop trying and relax. You see again how you have to make an effort to do something normally as easy as shaking your head. You can shake it to indicate "no" much more easily now. Shake your head easily now . . . That's right, now relax, Just relax.

9a. HALLUCINATION (FLY) (Total time: 1' 30")

7:05

I am sure that you have paid so close attention to what we have been doing that you have not noticed the fly which has been buzzing about you . . . But now that I call your attention to it you become increasingly aware of this fly which is going round and round about your head . . . nearer and nearer to you . . . buzzing annoyingly . . . hear the buzz getting louder as it keeps darting at you . . . You don't care much for this fly . . . You would like to shoo it away . . . get rid of it . . . It annoys you. Go ahead and get rid of it if you want to . . . (Allow 10")

There, it's going away . . . it's gone . . . and you are no longer annoyed . . . no more fly. Just relax, relax completely. Relax . . . just relax.

10a. EYE CATALEPSY (Total time: 2')

5:35

You have had your eyes closed for a long time while you have remained relaxed. They are by now tightly closed, tightly shut . . . In a few moments I shall ask you to try to open your eyes. When you are told to try, most likely your eyes will feel as if they were glued together . . . tightly glued shut. Even if you were able to open your eyes, you would, of course, only do so momentarily and then immediately close them again and relax, so as not to disturb your concentration. But I doubt that you will be able--even momentarily--to open your eyes. They are so tightly closed that you could not open them. Perhaps you would soon like to try to open your eyes momentarily in spite of their feeling so heavy and so completely . . . so tightly closed. Just try . . . try--to open your eyes. (Allow 10")

All right. Stop trying. Now again allow your eyes to become tightly shut. Your eyes, tightly shut. You've had a chance to feel your eyes tightly shut. Now relax. Your eyes are normal again, but just keep them closed and relax. Normal again . . . just keep them closed and relaxed . . . relaxed and shut.

11a. POST-HYPNOTIC SUGGESTION (TOUCHING LEFT ANKLE);
AMNESIA (Total time: 3' 35")

3:35

Remain deeply relaxed and pay close attention to what I am going to tell you next. In a moment I shall begin counting backwards from twenty to one. You will gradually wake up, but for most of the count you will still remain in the state you are now in. By the time I reach "five" you will open your eyes, but you will not be fully aroused. When I get to "one" you will be fully alert, in your normal state of wakefulness. You probably will have the impression that you have slept because you will have difficulty in remembering all the things I have told you and all the things you did or felt. In fact, you will find it to be so much of an effort to recall any of these things that you will have no wish to do so. It will be much easier simply to forget everything until I tell you that you can remember. You will remember nothing of what has happened until I say to you: "Now you can remember everything!" You will not remember anything until then. After you open your eyes, you will feel fine. You will have no headache or other after-effects. I shall now count backwards from twenty, and at "five," not sooner, you will open your eyes but not be fully aroused until I say "one." At "one" you will be awake . . . A little later you will hear a tapping noise like this. (Demonstrate.) When you hear the tapping noise, you will reach down and touch your left ankle. You will touch your left ankle, but forget that I told you to do so, just as you will forget the other things, until I tell you "Now you can remember everything." Ready, now: 20--19--18--17--16--15--14--13--12--11--10, half-way--9--8--7--6--5--4--3--2--1. Wake up! Wide awake! Any remaining drowsiness which you may feel will quickly pass.

(A distinct tapping noise is now to be made. Then allow 10" before continuing.)

TESTING

Now please take your Response Booklet, break the seal and turn to the second page of the Booklet. Do not turn to the third page until I specifically instruct you to do so later. On the second page please write down briefly in your own words a list of the things that happened since you began looking at the target. You should not go into much detail here on the particular ways in which you responded, but please try to mention all of the different things that you were asked to do. You will now be given three minutes to write out this information. At the end of three minutes you will be asked a number of more specific questions regarding your experiences. (Allow 2') Please complete your list in one more minute. If you have already completed your list, spend the next minute trying to recall if there was anything else which you may have neglected to mention. (Allow 1' more.)

All right, now listen carefully to my words. Now you can remember everything. Please turn to page three and write down a list of anything else that you remember now that you did not remember previously. You will be given two minutes more to write out this information. (Allow 2')

Now please turn to page four, and answer the questions in the remainder of the booklet. Use your own judgment where questions are ambiguous.

(Collect booklets at the end of the session. If necessary, instruct subjects to answer only as much of the last section on subjective experiences as time permits.)

Annexe 56 : Pain-Related Self-Statements scale (PRSS) en anglais

A chaque item correspond une échelle de Likert à 6 points allant de 0 (« presque jamais ») à 5 (« presque toujours »).

PRSS-Catastrophizing

- (2)^a Cannot stand pain
- (4) Cannot change pain
- (7) Need medication
- (9) Will never stop
- (10) Hopeless case
- (13) When will . . . be worse
- (14) Pain gets to me
- (15) Cannot go on
- (16) Pain drives crazy

PRSS-Coping

- (1) Better when I relax
- (3) Can do something
- (5) Must relax
- (6) Can deal with it
- (8) Will soon be better
- (11) Other worse than pain
- (12) I can cope
- (17) Distraction helps
- (18) Can help myself

Annexe 57a : Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) en anglais

Name: _____

Date: / /

Directions: For questions 1 through 11, please circle the number that best describes how you did overall for the *past week*. If you don't normally do something that is asked, cross the question out.

	Always	Most	Occasionally	Never
Were you able to:				
<i>Do shopping?</i>	0	1	2	3
<i>Do laundry with a washer and dryer?</i>	0	1	2	3
<i>Prepare meals?</i>	0	1	2	3
<i>Wash dishes/cooking utensils by hand?.....</i>	0	1	2	3
<i>Vacuum a rug?.....</i>	0	1	2	3
<i>Make beds?</i>	0	1	2	3
<i>Walk several blocks?</i>	0	1	2	3
<i>Visit friends or relatives?</i>	0	1	2	3
<i>Do yard work?.....</i>	0	1	2	3
<i>Drive a car?</i>	0	1	2	3
<i>Climb stairs?</i>	0	1	2	3

12. *Of the 7 days in the past week, how many days did you feel good?*

0 1 2 3 4 5 6 7

13. *How many days last week did you miss work, including housework, because of fibromyalgia?*

0 1 2 3 4 5 6 7

(continued)

Annexe 57b : Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) en français

1. durant la semaine dernière, Pouviez-vous :

	Toujours 0	Souvent 1	Parfois 2	Jamais 3
a. Faire le marché				
b. Faire la lessive				
c. Faire la cuisine				
d. Faire la vaisselle				
e. Passer l'aspirateur				
f. Faire les lits				
g. Marcher > 1 Km				
h. Visiter des amis				
i. Faire du jardinage				
j. Conduire une voiture				

2. Sur les 7 derniers jours, combien de jours étiez-vous bien?

3. Combien de jours sur les 7 derniers vous êtes-vous absenté du travail ?

4. Quand vous travaillez, combien la douleur vous gêne t-elle dans votre travail ?

pas de problème ----- grande difficulté

5. Quel était votre degré de douleur ?

pas de douleur ----- très sévère douleur

6. Quel était votre degré de fatigue ?

pas de fatigue ----- très fatigué

7. Comment vous sentiez-vous au lever le matin ?

bien reposé ----- très fatigué

8. Quel était votre degré de raideur ?

pas de raideur ----- très raide

9. Quel était votre degré de tension nerveuse et d'anxiété ?

pas de tension ----- très tendu

10. Quel était votre degré de dépression ?

pas de dépression ----- très déprimé

Annexe 58a : Measure Yourself Medical Outcome Profile (MYMOP) en anglais

The MYMOP follow up questionnaire			
PLEASE FILL THIS IN ON		MYMOP. Follow up	
Name		Date completed	
Please circle the number to show how severe your problem has been IN THE LAST WEEK. - this should be YOUR opinion, no-one else's!			
SYMPTOM 1:	as good as it could be	1 2 3 4 5 6 7	as bad as it could be
.....			
SYMPTOM 2:	as good as it could be	1 2 3 4 5 6 7	as bad as it could be
.....			
ACTIVITY: I cannot	able to do it normally	1 2 3 4 5 6 7	not able to do it at all
.....			
WELLBEING: How would you rate your general feeling of wellbeing	as good as it could be	1 2 3 4 5 6 7	as bad as it could be
If an important new symptom has appeared you may describe it and mark how bad it is below. Otherwise do not use this line.			
SYMPTOM 3:	as good as it could be	1 2 3 4 5 6 7	as bad as it could be
.....			
How would you rate your condition now compared to the last time you measured it! (please tick one only)			
Much better () A little better () About the same () A little worse () Much worse ()			
Present treatment for this problem is			
and is given by			
Who else have you sought help from, for this problem, since you last completed a MYMOP form? (please tick the boxes <input type="checkbox"/>)			
At Warwick House		Not at Warwick House	
<input type="checkbox"/> GP		<input type="checkbox"/> Doctor at hospital	
<input type="checkbox"/> Complementary practitioner or therapist (please specify)		<input type="checkbox"/> Complementary practitioner or therapist (please specify)	
<input type="checkbox"/> Nurse/health visitor/midwife		<input type="checkbox"/> Physiotherapist	
<input type="checkbox"/> Counsellor		<input type="checkbox"/> Counsellor	
		<input type="checkbox"/> Chemist/pharmacist (talked to)	
		<input type="checkbox"/> Family	
		<input type="checkbox"/> Friends	
		<input type="checkbox"/> Magazine or book	
<input type="checkbox"/> Other (please specify)		<input type="checkbox"/> Other (please specify)	
.....		
THANK YOU!			
Please return this in the envelope (no stamp required)			
Or if you are due to see your doctor /practitioner on or near this date please bring it with you to the surgery.			

Annexe 58a-bis : Measure Yourself Medical Outcome Profile-2 (MYMOP-2) en anglais

Full name Date of birth

Address and postcode.....

Today's date Practitioner seen

Choose one or two symptoms (physical or mental) which bother you the most. Write them on the lines.
Now consider how bad each symptom is, over the last week, and score it by circling your chosen number.

SYMPTOM 1:	0	1	2	3	4	5	6
.....	As good as it could be						As bad as it could be
.....							
SYMPTOM 2:	0	1	2	3	4	5	6
.....	As good as it could be						As bad as it could be
.....							

Now choose one activity (physical, social or mental) that is important to you, and that your problem makes difficult or prevents you doing. Score how bad it has been in the last week.

ACTIVITY:	0	1	2	3	4	5	6
.....	As good as it could be						As bad as it could be
.....							

Lastly how would you rate your general feeling of wellbeing during the last week?

	0	1	2	3	4	5	6
	As good as it could be						As bad as it could be

How long have you had Symptom 1, either all the time or on and off? Please circle:

0 - 4 weeks 4 - 12 weeks 3 months - 1 year 1 - 5 years over 5 years

Are you taking any medication FOR THIS PROBLEM? Please circle: YES/NO

IF YES:

1. Please write in name of medication, and how much a day/week

.....

2. Is cutting down this medication: Please circle:

Not important a bit important very important not applicable

IF NO:

Is avoiding medication for this problem:

Not important a bit important very important not applicable

Annexe 59b : Questionnaire concis sur les douleurs

1. Au cours de notre vie, la plupart d'entre nous ressentent des douleurs un jour ou l'autre (maux de tête, rage de dents) : au cours des 8 derniers jours avez-vous ressenti d'autres douleurs que ce type de douleurs « familières » ?

1. oui 2. non

Si vous avez répondu « non » à la dernière question, il n'est pas utile de répondre aux questions suivantes. Merci de votre participation.

2. Utilisation du schéma 2 de cette annexe (schéma des zones douloureuses)

3. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus intense que vous avez ressentie la semaine dernière.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur										Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer

4. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus faible que vous avez ressentie la semaine dernière.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur										Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer

5. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux votre douleur en général.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur										Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer

6. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux votre douleur en ce moment.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur										Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer

7. Quels traitements suivez-vous ou quels médicaments prenez-vous contre la douleur ?

.....

8. La semaine dernière, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté : pouvez-vous indiquer le pourcentage d'amélioration obtenue ?

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
Aucune amélioration										Amélioration complète

9. Entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

A) Activité générale

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas										Gêne complètement

B) Humeur

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas										Gêne complètement

C) Capacité à marcher

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas										Gêne complètement

D) Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas										Gêne complètement

E) Relations avec les autres

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas										Gêne complètement

F) Sommeil

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas										Gêne complètement

G) Goût de vivre

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas										Gêne complètement

8. Serment d'Hippocrate



SERMEN D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

9. Titre et résumé en anglais

The efficacy of group therapy in chronic pain : a systematic review of outcome measures.

Abstract

Multidisciplinary group therapy in chronic pain becomes an increasingly popular treatment due to the high prevalence of this condition, 31.7 % in France in 2004, as well as health budget reduction because of financial crisis. The primary objective of this thesis is the characterisation of the different outcome measures for assessment of therapy efficiency. Secondary objectives are the critical evaluation of results applied to 2 group therapy projects in the Pain Center of Bordeaux, as well as to primary care. This work is a systematic review of outcome measures assessing Randomized Controlled Trial (RCT) group therapy efficiency in chronic headache, chronic low-back pain and fibromyalgia, over the past 15 years. Four chronic headache RCT use 12 outcome measures. Thirty three chronic low-back pain RCT resort to 83 different tools. Fourteen fibromyalgia RCT use 50 outcome measures. This tool inventory is quite heterogeneous and no guidelines on assessment and use of these outcome measures in chronic pain group therapy exist. Nevertheless, the Initiative on Methods, Measurement, Pain Assessment in Clinical Trials (IMMPACT) (2008) international recommendations on pain provide an assessment framework focusing on at least 2 of the following domains: intensity of pain with the Numeric Rating Scale (NRS), physical functioning with either the Multidimensional Pain Inventory (MPI) or Brief Pain Inventory (BPI), psychological functioning with either the Beck Depression Inventory (BDI) or the Profile Of Mood States (POMS), and Patient Global Impression of Change (PGIC).

Effacité des prises en charge de groupe en douleur chronique : quels instruments d'évaluation ?

- Revue de la littérature -

Résumé

En raison de la forte prévalence des douleurs chroniques, estimée à 31,7 % en France en 2004, et des réductions budgétaires dans le domaine de la santé, les prises en charge de groupe pluridisciplinaires de ces douleurs, en plein essor, semblent être une alternative thérapeutique intéressante. L'objectif principal de cette thèse est de recenser les différents instruments d'évaluation de l'efficacité de ces prises en charge. Les objectifs secondaires sont l'application et la discussion des résultats trouvés à 2 projets de prises en charge de groupe du Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur (CETD) de Bordeaux, ainsi que l'application et la discussion de ces résultats en soins primaires. Ce travail est une revue systématique de la littérature des instruments d'évaluation de l'efficacité de prises en charge de groupe de type essais cliniques randomisés et contrôlés des céphalées chroniques, des lombalgies chroniques, et des fibromyalgies, publiés au cours des 15 dernières années. Quatre essais cliniques randomisés portant sur les prises en charge de groupe des céphalées chroniques utilisent 12 instruments d'évaluation. Trente-trois essais cliniques randomisés portant sur les prises en charge de groupe des lombalgies chroniques ont recours à 83 outils différents. Quatorze essais cliniques randomisés portant sur les prises en charge de groupe des fibromyalgies utilisent 50 instruments d'évaluation. Les outils retrouvés dans la littérature sont très hétérogènes. Il n'existe pas d'outils de référence d'évaluation des prises en charge de groupe des douleurs chroniques. Néanmoins, nous pouvons nous appuyer sur les recommandations internationales Initiative on Methods, Measurement, Pain Assessment in Clinical Trials (IMMPACT) de 2008 sur l'évaluation des douleurs en général. Elles recommandent d'utiliser 2 critères parmi les suivants : l'évaluation de l'intensité de la douleur par l'Echelle Numérique (EN), l'évaluation du retentissement fonctionnel physique par le Multidimensional Pain Inventory (MPI) ou le Brief Pain Inventory (BPI), l'évaluation du retentissement psychique par le (BDI) ou le Profile Of Mood States (POMS), l'évaluation de l'impression de changement clinique de la part du patient (Patient Global Impression of Change, PGIC).

The efficacy of group therapy in chronic pain : a systematic review of outcome measures.

Abstract : available on last page

Mots-clefs : prise en charge de groupe, instruments d'évaluation, céphalée chronique, lombalgie chronique, fibromyalgie

Spécialité : Médecine générale

Université Bordeaux Segalen - 146, rue Léo Saignat -33076 BORDEAUX-
CHU de Bordeaux

Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur - USN Tastet Girard, 3^{ème} étage -
Place Amélie Raba Léon -33076 BORDEAUX-