

Outils d'évaluation : *Questionnaire sur la douleur et les activités*

L'insatisfaction au travail (Bigos, Battie et coll., 1991; Papageorgiou, Macfarlane et coll., 1997; Thomas, Silman et coll., 1999; Linton, 2001), les comportements d'évitement / de peur et les réactions de catastrophe envers la douleur (Ciccone et Just, 2001; Fritz, George et coll., 2001; Buer et Linton, 2002) sont d'importants indicateurs d'invalidité prolongée. Les comportements d'évitement / de peur (Crombez, Vlaeyen et coll., 1999; Denison, Asenlof et coll., 2004) et les réactions de catastrophe envers la douleur (Smeets, Vlaeyen et coll., 2006) pourraient être des facteurs plus importants que l'intensité de la douleur pour prédire l'invalidité, et peuvent avoir un effet sur les activités quotidiennes (Swinkels-Meewisse, Roelofs et coll., 2006). Le *Questionnaire sur la douleur et les activités* est une version modifiée du *Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire* élaboré par Linton et Boersma (Linton et Boersma, 2003).

La CSSIAT se sert du *Questionnaire sur la douleur et les activités* dans le cadre de l'évaluation en vue d'un conditionnement au travail pour déceler les travailleurs blessés qui sont à risque d'une invalidité prolongée lorsque le traitement est dispensé à l'aide d'un modèle purement biologique plutôt qu'un modèle purement biopsychosocial. Un résultat supérieur à 147 suggère au thérapeute que le travail et des questions d'ordre psychosocial peuvent être des facteurs importants qui contribuent à l'invalidité du patient. Le calcul des points est expliqué ci-dessous. Les personnes qui ont des problèmes au lieu de travail ou d'ordre psychosocial peuvent obtenir un résultat qui est inférieur à 147 pendant la phase aiguë de la blessure, mais qui dépasse ce chiffre pendant le début de la phase chronique.

Calcul des points

À la question 3, compter le nombre d'endroits indiqués et multiplier par 2.

Aux questions 4 et 5, le résultat est le numéro qui se trouve entre parenthèses à côté de la réponse choisie.

Aux questions 6 à 9, 11 à 13 et 16 à 18, le résultat est le numéro qui a été coché ou encerclé.

Aux questions 10, 14, 15 et 19 à 23, le résultat est 10 moins le numéro qui a été coché ou encerclé. Additionner les points pour obtenir le résultat total.

Références

BIGSO, S. J., M. C. Battie et coll. (1991). « A prospective study of work perceptions and psychosocial factors affecting the report of back injury ». *Spine* 16(1) : pages 1 à 6.

Une étude longitudinale prospective a été menée auprès de 3 020 employés d'aviation pour déterminer les facteurs de risque pour la douleur aiguë au dos au travail. Les données pré-morbides comprenaient les facteurs physiques et psychosociaux ainsi que les facteurs au lieu de travail de chaque participant. Au cours du suivi qui s'est échelonné sur plus de quatre ans, un total de 279 sujets ont signalé des problèmes de dos. Autre que des antécédents de problèmes de dos actuels ou par le passé, les facteurs qu'on a jugé comme étant les meilleurs indicateurs de problèmes de dos futurs dans un modèle à plusieurs variables étaient les perceptions du travail et certaines réponses psychosociales dépistées à l'aide du *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Les sujets qui ont indiqué qu'ils aimaient rarement leurs tâches étaient 2,5 fois plus susceptibles de signaler une blessure au dos ($P = 0,0001$) que les sujets qui aimaient presque toujours leurs tâches. Le quintile des sujets dont les résultats étaient plus élevés à l'échelle 3 (hystérie) du *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* étaient 2,0 fois plus susceptibles de signaler une blessure au dos ($P = 0,0001$) que les sujets ayant les résultats les moins élevés. Le modèle à plusieurs variables, y compris le plaisir au travail, l'échelle 3 du *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* et des antécédents de traitement pour des problèmes de dos, a révélé que les sujets qui faisaient partie du groupe

Outils d'évaluation : *Questionnaire sur la douleur et les activités*

étant le plus à risque avaient 3,3 fois plus de problèmes que le groupe étant le moins à risque. Ces constatations soulignent l'importance d'adopter une approche plus vaste envers le problème multiple de douleur au dos au sein de l'industrie et aident à expliquer pourquoi les efforts de prévention où l'accent est purement sur les facteurs physiques n'ont pas réussi.

BUER, N. et S. J. Linton (2002). « Fear-avoidance beliefs and catastrophizing: occurrence and risk factor in back pain and ADL in the general population ». *Pain* 99(3) : pages 485 à 491.

Il a été démontré que les croyances d'évitement / de peur et les réactions de catastrophe sont de fortes cognitions dans le processus de développement de problèmes de douleur chronique, et qu'il faut plus de connaissances pendant les phases initiales de la douleur. Cette étude avait deux objectifs. Le premier était d'examiner la fréquence de croyances d'évitement / de peur et de réactions de catastrophe chez des groupes atteints de divers degrés de douleur vertébrale non chronique dans la population générale. Le deuxième objectif était de déterminer si les croyances d'évitement / de peur et les réactions de catastrophe étaient liées aux évaluations actuelles de la douleur ainsi qu'aux activités de la vie quotidienne. L'étude faisait partie d'un projet qui portait sur la douleur au dos en population et comptait 917 hommes et femmes, âgés entre 35 et 45 ans, et atteints ou non de douleur vertébrale non chronique. Les résultats ont indiqué que les croyances d'évitement / de peur et les réactions de catastrophe se produisaient dans cette population générale de non-patients. Les niveaux étaient modérés et on a constaté une tendance quant aux réactions de catastrophe, c'est-à-dire que la douleur était pire dans les cas de réactions plus graves. L'étude a démontré deux relations, soit l'une entre les comportements d'évitement / de peur et les activités de la vie quotidienne, et l'autre entre les réactions de catastrophe et l'intensité de la douleur. Des analyses de régression logistique ayant des intervalles de confiance de 95 % ont été effectuées. Le rapport de cotes quant aux croyances d'évitement / de peur et aux activités de la vie quotidienne était de 2,5. Le rapport de cotes relativement aux réactions de catastrophe et à la douleur était de 1,8. Les deux rapports avaient un intervalle de confiance supérieur à l'unité. Les résultats suggèrent que les croyances d'évitement / de peur et les réactions de catastrophe pourraient jouer un rôle actif dans la transition de la douleur aiguë à la douleur chronique. Les conséquences cliniques comprennent le dépistage et l'intervention précoce.

CICCONE, D. S. et N. Just (2001). « Pain expectancy and work disability in patients with acute and chronic pain: a test of the fear avoidance hypothesis ». *J Pain* 2(3) : pages 181 à 194.

Selon le modèle des comportements d'évitement / de peur, l'invalidité prolongée chez les patients atteints de douleur chronique bénigne est en partie attribuable à une peur exagérée envers la douleur. Dans le cadre de cette étude, on a essayé de perfectionner l'hypothèse des comportements d'évitement / de peur en obtenant des estimations de douleur et de blessures prévues. En plus des résultats du *Fear Avoidance Beliefs Questionnaire-Work*, une mesure validée de comportements d'évitement / de peur, les attentes quant à la douleur et aux blessures ont été utilisées pour déterminer l'incapacité au travail au moyen d'un modèle de régression hiérarchique. On a également examiné la possibilité que les comportements d'évitement / de peur pourraient être limités aux patients atteints de douleur chronique et pourraient donc ne pas tenir compte de l'incapacité au travail après la survenance de la blessure ou de la maladie aiguë. Des échantillons de patients atteints de douleur aiguë (N = 47) et de douleur chronique (N = 56) ont subi une série de tests psychologiques. Les attentes quant à la douleur et celles quant aux blessures ont expliqué 40 % à 35 % de l'écart au niveau de l'incapacité au travail, par rapport à 12 % et à 10 % expliqués par le *Fear Avoidance Beliefs Questionnaire-Work* pour les patients atteints de douleur aiguë et ceux atteints de douleur chronique, respectivement. Compte tenu de la durée de la douleur, de la dépression, de la somatisation et de la gravité actuelle de la douleur, les attentes quant à la

Outils d'évaluation : *Questionnaire sur la douleur et les activités*

douleur seules expliquaient 16 % de l'écart chez les patients atteints de douleur chronique ($P < 0,001$) et 33 % de l'écart chez ceux atteints de douleur aiguë ($P < 0,001$). Les attentes quant à la douleur ainsi que celles quant aux blessures étaient également liées à l'incapacité au travail chez les patients atteints de douleur aiguë ($P < 0,001$), mais seules les attentes quant à la douleur expliquaient l'écart chez les patients atteints de douleur chronique ($P < 0,001$). Les croyances d'évitement / de peur, sous forme d'attentes cognitives, pourraient avoir un effet aussi important sur la durée d'invalidité chez les patients atteints de douleur aiguë que chez ceux atteints de douleur chronique.

CROMBEZ, G., J. W. Vlaeyen et coll. (1999). « Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability ». *Pain* 80(1-2) : pages 329 à 339.

Il existe de plus en plus de preuves qui indiquent que pour les patients atteints de douleur au dos, la peur liée à la douleur (peur de la douleur / des activités physiques / d'une nouvelle blessure) peut être plus invalidante que la douleur même. Un certain nombre de questionnaires ont été élaborés pour quantifier la peur liée à la douleur, y compris le *Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire*, le *Tampa Scale for Kinesiophobia*, et le *Pain Anxiety Symptoms Scale*. On a étudié un total de 104 patients atteints de douleur lombaire chronique se présentant à un centre de réadaptation ou à une clinique offrant des services complets de traitement de la douleur. Trois études distinctes ont été effectuées dans le but : 1) de démontrer que la peur liée à la douleur est plus invalidante que la douleur même; 2) d'examiner le lien entre la peur liée à la douleur et un faible rendement fondé sur le comportement; et (3) de déterminer si les mesures de la peur liée à la douleur sont de meilleurs indicateurs d'invalidité et du rendement fondé sur le comportement que les mesures de l'affect négatif général ou des croyances négatives générales quant à la douleur (par exemple, les réactions de catastrophe). Les résultats des trois études étaient semblables. Les corrélations les plus fortes ont été retrouvées parmi les mesures de la peur liée à la douleur et les mesures d'invalidité perçue et du rendement fondé sur le comportement. Même compte tenu des caractéristiques socio-démographiques, des analyses de régression multiples ont révélé que les sous-échelles du *Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire* et du *Tampa Scale for Kinesiophobia* étaient de meilleurs outils pour prédire l'invalidité perçue et un faible rendement fondé sur le comportement. La *Pain Anxiety Symptoms Scale* semblait plus fortement associée aux réactions de catastrophe et à l'affect négatif, et n'était pas un indicateur aussi efficace d'une invalidité en raison de la douleur et du rendement fondé sur le comportement. Les conséquences relativement à l'évaluation de douleur chronique au dos, à la prévention et au traitement sont discutées.

DENISON, E., P. Asenlof et coll. (2004). « Self-efficacy, fear avoidance, and pain intensity as predictors of disability in subacute and chronic musculoskeletal pain patients in primary health care ». *Pain* 111(3) : pages 245 à 252.

Dans le cadre de cette étude, on a examiné la relation entre l'invalidité, telle qu'elle était mesurée par le *Pain Disability Index*, et l'auto-efficacité, les variables de comportements d'évitement / de peur (kinésiophobie et réactions de catastrophe), et l'intensité de la douleur, et ce, à l'aide d'une approche prospective. Deux groupes de patients atteints de douleur musculo-squelettique subaiguë, chronique ou récurrente et recevant des soins de santé primaires [$n(1)=210$; $n(2)=161$] ont rempli des séries de questionnaires au début d'une période de traitements de physiothérapie. Des analyses de régression hiérarchique multiples ont démontré que l'auto-efficacité expliquait une partie beaucoup plus grande de l'écart quant aux résultats d'invalidité que les variables de comportement d'évitement / de peur du premier groupe. Cette constatation a été reproduite dans le deuxième groupe. L'intensité de la douleur expliquait une petite partie, mais une partie toutefois importante, de l'écart quant aux résultats

Outils d'évaluation : *Questionnaire sur la douleur et les activités*

d'invalidité au sein d'un groupe seulement. Le sexe, l'âge et la durée de la douleur n'étaient pas liés à l'invalidité. Ces constatations suggèrent que les croyances d'auto-efficacité sont plus importantes chez les patients recevant des soins de santé primaires qui sont atteints de douleur musculo-squelettique que les croyances d'évitement / de peur. Elles suggèrent également que les croyances liées à la douleur, comme l'auto-efficacité et les croyances d'évitement / de peur, pour leur part, sont des facteurs déterminants d'invalidité plus importants que l'intensité de la douleur et la durée de la douleur chez ces patients.

FRITZ, J. M., S. Z. George et coll. (2001). « The role of fear-avoidance beliefs in acute low back pain: relationships with current and future disability and work status ». *Pain* 94(1) : pages 7 à 15.

On a déterminé que les croyances d'évitement / de peur sont une variable psychosociale importante chez les patients atteints d'une invalidité chronique en raison de douleur lombaire. L'importance des croyances d'évitement / de peur chez les personnes atteintes de douleur lombaire aiguë n'a pas été étudiée. Un total de 78 sujets atteints de douleur lombaire liée au travail d'une durée de moins de trois semaines ont été étudiés. Au moment de l'évaluation initiale, on a mesuré l'intensité de la douleur; la diminution physique; l'invalidité; les signes et les symptômes non organiques; et la dépression. Les croyances d'évitement / de peur ont été évaluées à l'aide des sous-échelles du travail et des activités physiques du *Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire*. Après quatre semaines de traitements de physiothérapie, on a réévalué l'invalidité et la situation d'emploi. Des tendances de corrélation entre les croyances d'évitement / de peur et d'autres variables mesurées en même temps étaient semblables à celles signalées chez les patients atteints de douleur lombaire chronique. Les croyances d'évitement / de peur n'expliquaient pas une partie importante de l'écart quant aux niveaux initiaux d'invalidité compte tenu de l'intensité de la douleur et de la diminution physique. Les croyances d'évitement / de peur au sujet du travail étaient de bons indicateurs de la situation quant à l'invalidité et à l'emploi après quatre semaines, même lorsqu'on tenait compte des niveaux initiaux d'intensité de la douleur, de diminution physique, et d'invalidité, ainsi que du genre de thérapie subie. Les croyances d'évitement / de peur sont présentes chez des patients atteints de douleur lombaire aiguë, et pourraient aider à expliquer la transition d'une condition aiguë à une condition chronique. Le dépistage de croyances d'évitement / de peur pourrait aider à déterminer les patients à risque d'une invalidité et d'une absence du travail prolongées.

LINTON, S. J. (2001). « Occupational psychological factors increase the risk for back pain: a systematic review ». *J Occup Rehabil* 11(1) : pages 53 à 66.

Cet examen avait pour objectif de résumer les connaissances actuelles au sujet du rôle que les variables psychologiques au lieu de travail jouaient dans la douleur au dos. À cette fin, on a recherché et analysé de façon systématique de la documentation qui portait sur les facteurs psychologiques et la douleur au dos. À l'aide de bases de données psychologiques et de vérifications de concordance, on a retrouvé 975 études. Pour qu'elles fassent partie de l'examen, les études devaient avoir une approche prospective, comprendre une variable de facteur d'indicateur psychologique, porter sur la douleur au dos et être publiées en anglais. Un total de 21 études satisfaisaient aux critères quant aux facteurs psychologiques au lieu de travail. Les résultats ont démontré une association claire entre les variables psychologiques et la douleur au dos future. Il y avait de fortes preuves que la satisfaction au travail, les tâches monotones, les relations de travail, les exigences, le stress et la capacité perçue de travailler étaient liés aux problèmes futurs de douleur au dos. De plus, des preuves modérées ont été établies pour le rythme de travail, le contrôle, les efforts émotionnels au travail et la conviction que le travail est dangereux. Les preuves au sujet de la nature du travail étaient peu concluantes. La fraction attribuable indiquait qu'on pouvait réduire de façon considérable le nombre de cas de douleur au dos si on éliminait le facteur de risque psychologique. Bien

Outils d'évaluation : *Questionnaire sur la douleur et les activités*

que la qualité méthodologique des études variait, on a jugé qu'elles offraient les « meilleures preuves », et l'uniformité des constatations suggère qu'elles sont relativement robustes. On a conclu que les facteurs de risque psychologiques jouent un rôle important dans les problèmes de dos futurs, mais il n'y a toujours pas suffisamment de connaissances concernant les mécanismes selon lesquels ils interviennent. Ces résultats suggèrent qu'il faut changer la façon dont nous voyons la douleur au dos et la façon dont nous y faisons face. L'application de connaissances au sujet des facteurs de risque psychologiques au travail pourrait améliorer la prévention et la réadaptation.

LINTON, S. J. et K. Boersma (2003). « Early identification of patients at risk of developing a persistent back problem: the predictive validity of the Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire ». *Clin J Pain* 19(2) : pages 80 à 86.

OBJECTIF : Mettre à l'essai l'utilité prédictive du *Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire* pour dépister les patients qui courent le risque de développer une douleur persistante au dos. **APPROCHE :** Prospective, où les participants ont rempli le questionnaire et ont été suivis pendant six mois pour évaluer les résultats quant à la douleur, aux fonctions et à l'absentéisme en raison de maladie. **PARTICIPANTS :** Un total de 107 patients, recrutés dans sept unités de soins primaires. **RÉSULTATS :** Des analyses discriminantes ont démontré que les déclarations du questionnaire étaient liées de façon considérable aux problèmes futurs. Pour ce qui est de l'absentéisme en raison de maladie, 68 % des patients étaient bien classifiés dans l'un de trois groupes, tandis qu'une répartition égale aurait donné un pourcentage de 33 %. Les analyses portant sur les fonctions ont bien classifié 81 % des sujets dans l'un de deux groupes, et celles portant sur la douleur, 71 % des sujets, par rapport à un niveau de 50 % dû au hasard. Une analyse du total du pointage a démontré qu'un résultat limite de 90 points avait une valeur de sensibilité de 89 % et une valeur de spécificité de 65 % quant à l'absentéisme en raison de maladie, et une sensibilité de 74 % et de spécificité de 79 % quant aux capacités fonctionnelles. **CONCLUSIONS :** Les résultats soulignent que les variables psychologiques sont liées aux résultats six mois plus tard, et qu'elles reproduisent et élargissent des constatations précédentes qui indiquaient que le *Örebro Screening Questionnaire* était un outil fiable et valide du point de vue clinique. Le résultat total était un assez bon facteur déterminant d'absentéisme futur en raison de maladie et des fonctions, mais non pas de douleur. Les résultats suggèrent que l'outil pourrait aider à dépister les patients qui ont besoin d'une intervention précoce et qu'il pourrait promouvoir l'usage d'interventions appropriées pour les patients ayant des facteurs de risque psychologiques.

PAPAGEORGIU, A. C., G. J. Macfarlane et coll. (1997). « Psychosocial factors in the workplace--do they predict new episodes of low back pain? Evidence from the South Manchester Back Pain Study ». *Spine* 22(10) : pages 1137 à 1142.

APPROCHE DE L'ÉTUDE : Une étude prospective de cohortes en population de travailleurs adultes. **OBJECTIFS :** Déterminer si les facteurs psychosociaux liés au travail et le statut social prédisent la survenance de nouveaux épisodes de douleur lombaire, et s'ils ont un effet sur les comportements quant aux consultations. **RÉSUMÉ ET DONNÉES DE BASE :** L'insatisfaction au travail et le statut social ont été associés à la douleur lombaire dans plusieurs études; seules quelques-unes d'entre elles étaient prospectives ou effectuées en population. **MÉTHODES :** Un total de 4 501 adultes (59 %) âgés entre 18 et 75 ans et recevant des soins de deux établissements de soins primaires ont retourné un sondage initial par la poste. De ce chiffre, on a décelé 1 412 personnes occupant un poste à ce moment-là et n'étant pas atteintes de douleur lombaire. On a également obtenu des renseignements de base sur les facteurs psychosociaux liés au travail et la détresse psychologique. La classe sociale a été tirée de la profession courante à l'aide d'une classification normalisée. De nouveaux

Outils d'évaluation : *Questionnaire sur la douleur et les activités*

épisodes de douleur lombaire survenus au cours des 12 mois qui ont suivis ont été déterminés au moyen d'une surveillance continue des personnes qui consultaient un intervenant en soins primaires et en envoyant un deuxième questionnaire un an plus tard pour déterminer l'apparition de douleur lombaire pour laquelle le sujet n'avait pas consulté de médecin.

RÉSULTATS : Le sondage transversal de base a démontré une association qui était légère, mais toutefois importante, entre la douleur lombaire et l'insuffisance perçue du revenu (risque relatif de 1,3), l'insatisfaction au travail (risque relatif de 1,4) et la classe sociale IV/V (risque relatif de 1,2). Au cours de l'année de suivi, le risque de signaler une douleur lombaire pour laquelle aucune consultation n'était recherchée était deux fois plus élevé chez les personnes qui n'étaient pas satisfaites au travail. L'insuffisance perçue du revenu (rapport de cote de 3,6) et la classe sociale IV/V (rapport de cote de 4,8) étaient fortement associées aux consultations en raison d'un nouvel épisode de douleur lombaire au cours de l'année de suivi, surtout chez les femmes. La détresse psychologique et le statut social n'expliquaient pas le lien avec l'insatisfaction au travail et l'insuffisance perçue du revenu. **CONCLUSION :** Les personnes insatisfaites au travail sont plus susceptibles de signaler une douleur lombaire pour laquelle elles ne consulteront pas de médecin, tandis qu'un statut social moins élevé et une insuffisance perçue du revenu sont des risques indépendants chez les personnes qui travaillent de consulter un médecin en raison de douleur lombaire.

SMEETS, R. J., J. W. Vlaeyen et coll. (2006). « Reduction of pain catastrophizing mediates the outcome of both physical and cognitive-behavioral treatment in chronic low back pain ». *J Pain* 7(4) : pages 261 à 271.

L'objectif de cette étude était d'examiner si les traitements dispensés en fonction de différentes théories avaient un effet sur les réactions envers la douleur et la maîtrise interne de la douleur, et si des changements au niveau de ces facteurs avaient un effet sur les résultats des traitements. L'étude comptait 211 patients qui étaient atteints de douleur lombaire chronique non spécifique, qui prenaient part à une étude sur échantillon aléatoire et contrôlé, et qui recevaient des traitements physiques actifs (n = 52), des traitements comportementaux et cognitifs (n = 55), d'une combinaison de traitements physiques actifs ainsi que de traitements comportementaux et cognitifs (n = 55), et qui figuraient sur une liste d'attente (n = 49). Les réactions de catastrophe envers la douleur ont diminué dans les trois groupes de traitements, mais aucune diminution n'a été constatée chez le groupe qui figurait sur la liste d'attente. Il n'y avait aucune différence quant au changement de la maîtrise interne dans les quatre groupes. Dans tous les groupes qui recevaient des traitements physiques actifs, les patients ont amélioré pour ce qui est de l'invalidité perçue, des plaintes principales et de la douleur actuelle suite aux traitements, et aucun changement n'a été observé dans le groupe de patients sur une liste d'attente. La dépression n'a changé de façon considérable qu'au niveau du groupe qui recevait des traitements physiques actifs. Des changements au niveau des réactions envers la douleur ont eu un effet sur la réduction de l'invalidité, les plaintes principales et l'intensité de la douleur. Dans le groupe recevant des traitements physiques actifs, les réactions de catastrophe envers la douleur ont également eu un effet sur la réduction de la dépression. Les traitements comportementaux et cognitifs, ainsi que les traitements physiques, ont entraîné des changements au niveau des réactions envers la douleur qui semblaient avoir un effet sur les résultats des traitements de façon considérable. Les répercussions et les limitations de ces résultats sont discutées. **PERSPECTIVE :** Cet article démontre que les éléments de traitement qui ne visent pas de façon délibérée les facteurs cognitifs peuvent réduire les réactions envers la douleur. La réduction des réactions de catastrophe envers la douleur semblait avoir un effet sur l'amélioration des fonctions des patients atteints de douleur lombaire chronique. Les résultats pourraient contribuer à l'élaboration d'interventions plus efficaces.

Outils d'évaluation : *Questionnaire sur la douleur et les activités*

SWINKELS-MEEWISSE, I. E., J. Roelofs et coll. (2006). « Acute low back pain: pain-related fear and pain catastrophizing influence physical performance and perceived disability ». *Pain* 120(1-2) : pages 36 à 43.

La peur liée à la douleur et les réactions de catastrophe envers la douleur sont associées à l'invalidité et au rendement réel chez les patients atteints de douleur chronique. Pour ce qui est de patients atteints de douleur lombaire aiguë, peu est connu au sujet de la prédiction du rendement réel ou de l'invalidité perçue à l'aide de la peur liée à la douleur et des réactions de catastrophe envers la douleur. Cette étude expérimentale transversale visait à déterminer si la peur liée à la douleur et les réactions de catastrophe envers la douleur étaient associées au rendement réel et à l'invalidité perçue. Un total de 96 personnes ayant connu un épisode de douleur lombaire aiguë ont effectué une tâche de soulèvement dynamique pour mesurer le rendement réel. La durée totale du soulèvement a été utilisée comme indicateur des résultats. Les résultats indiquaient que la peur liée à la douleur, telle qu'elle est mesurée au moyen de la *Tampa Scale for Kinesiophobia*, était le meilleur indicateur de cette tâche physique. En se servant du *Roland Disability Questionnaire* comme indicateur de l'invalidité perçue, on a déterminé que la peur liée à la douleur et les réactions de catastrophe envers la douleur, telles qu'elles sont mesurées au moyen de la *Pain Catastrophizing Scale*, étaient un indicateur considérable d'invalidité perçue, et un meilleur indicateur que l'intensité de la douleur. Les résultats de cette étude suggèrent que la peur liée à la douleur est un facteur qui a un effet important sur les activités quotidiennes des personnes connaissant un épisode de douleur lombaire aiguë. Les résultats ont d'importantes répercussions cliniques, surtout en matière d'élaboration de stratégies de prévention pour la douleur lombaire chronique.

THOMAS, E., A. J. Silman et coll. (1999). « Predicting who develops chronic low back pain in primary care: a prospective study ». *BMJ* 318(7199) : pages 1662 à 1677.

OBJECTIFS : Quantifier la contribution relative des facteurs pré morbides et propres à un épisode pour déterminer la persistance à long terme de symptômes invalidants de douleur lombaire. **APPROCHE** : Étude prospective de cohortes. **CONTEXTE** : Deux cabinets de médecins de famille dans la région du sud de Manchester. **PARTICIPANTS** : 180 patients qui avaient déjà pris part à un sondage transversal en population et qui avaient consulté un médecin en raison de douleur lombaire pendant la période de l'étude. On les a suivis à la semaine 1 et 3, ainsi que 12 mois après la consultation. **INDICATEUR PRINCIPAL DES RÉSULTATS** : Douleur lombaire persistante et invalidante dans les 12 mois qui suivaient la consultation. **RÉSULTATS** : La douleur lombaire invalidante a persisté chez un tiers des participants après la consultation, et était plus commune chez les personnes plus âgées, celles qui avaient des antécédents de douleur lombaire et les femmes. La persistance des symptômes était associée à des facteurs pré morbides [niveau élevé de détresse psychologique (rapport de cote de 3,3; intervalle de confiance de 95 %; 1,5 à 7,2), perception d'une mauvaise santé (3,6; 1,9 à 6,8), peu d'activités physiques (2,8; 1,4 à 5,6), usage du tabac (2,1; 1,0 à 4,3) et insatisfaction au travail (2,4; 1,3 à 4,5)], et à des facteurs liés à l'épisode de douleur lombaire [durée des symptômes, irradiation de la douleur aux jambes (2,6; 1,3 à 5,1), douleur généralisée (6,4; 2,7 à 15), et mobilité limitée de la colonne vertébrale]. Un modèle à plusieurs variables selon lequel on tient compte de six facteurs a déterminé les groupes dont la probabilité d'avoir des symptômes persistants se chiffrait entre 6 % et 70 %.

CONCLUSIONS : La présence de douleur lombaire persistante est déterminée non seulement par des facteurs cliniques associés à la douleur, mais aussi par l'état pré morbide.