

Outils d'évaluation : Quebec Pain Disability Scale

La CSSIAT se sert de l'amélioration fonctionnelle pour évaluer l'efficacité d'un traitement. L'évaluation de l'amélioration peut être faite à l'aide de buts fonctionnels avec des délais, par exemple « sera capable de transporter des sacs d'épicerie de 4,5 kg (10 livres) dans les deux prochaines semaines » ou « passera d'un niveau sédentaire d'exigences physiques au niveau léger au cours des deux prochaines semaines ». On peut également se servir d'un questionnaire rempli par le patient pour mesurer l'amélioration fonctionnelle. Il faut un outil d'évaluation qui est simple et rapide et dont le résultat est facile à calculer lorsque le patient subit des traitements cliniques d'une seule discipline. Pour les patients qui doivent subir une intervention chirurgicale et ceux qui suivent un programme de traitement multidisciplinaire, un questionnaire général des fonctions (SF-36), utilisé seul ou de concert avec des outils d'évaluation pour une certaine partie du corps (Oswestry, DASH), convient mieux.

On a modifié la Quebec Back Pain Disability Scale (Kopec, Esdaile et coll. 1995) qui se trouve dans la présente partie du manuel pour qu'elle s'applique à toutes les blessures. Cela est possible parce que le questionnaire est formé de 20 questions liées à des activités générales de la vie quotidienne. Davidson et Keating (2002) ont démontré que la Quebec Back Pain Disability Scale était semblable à la composante SF-36 Physical Function, qu'on a utilisé pour de nombreuses conditions. Les 20 questions portent sur six catégories d'activités de la vie quotidienne, soit :

- le sommeil;
- s'asseoir / se tenir debout;
- la marche;
- les mouvements généraux du corps;
- se plier / se pencher;
- la manutention de gros objets / d'objets lourds.

On attribue un pointage de 0 (aucune difficulté) à 5 (incapable) à chacune des questions. On obtient un résultat subjectif de 0 à 100, qui indique le niveau d'invalidité subjective. Un résultat plus élevé indique une invalidité subjective progressive. Van der Roer et coll. (2006) suggèrent que la différence minimale importante sur le plan clinique est de 17+ points pendant la phase aiguë à la phase subaiguë d'une blessure et de 9+ points pendant la phase chronique.

Le tableau qui suit regroupe les résultats dans différentes catégories : invalidité perçue légère, invalidité perçue modérée, invalidité perçue grave, invalidité perçue très grave et invalidité perçue extrême. Lorsqu'un patient passe d'un niveau d'invalidité perçue plus élevé à un niveau moins élevé, cela suggère une amélioration. On doit satisfaire à la différence minimale importante sur le plan clinique qui s'applique à la phase de la blessure.

Les cinq catégories d'invalidité perçue peuvent être divisées en deux groupes pronostiques : Groupe A et Groupe B. Les patients du Groupe A sont 1,6 fois plus susceptibles de reprendre toutes les tâches qu'ils effectuaient dans l'année qui suit, d'être au service du même employeur et de demeurer au travail pendant un an. Les patients du Groupe B sont plus susceptibles d'être absents du travail un an plus tard, et de chercher à obtenir d'autres avis médicaux, d'autres investigations et d'autres traitements. La

Outils d'évaluation : Quebec Pain Disability Scale

transition d'une invalidité perçue grave / très grave / extrême à une invalidité au moins modérée constitue une importante amélioration des fonctions.

On doit se servir d'une approche biopsychosociale pour traiter les patients du Groupe B. Il devrait s'agir de traitements multidisciplinaires, y compris la thérapie comportementale cognitive.

Invalidité perçue				
Légère	Modérée	Grave	Très grave	Extrême
0 à 9	10 à 30	31 à 54	55 à 75	76 à 100
Groupe A 1,6 fois plus susceptible de reprendre toutes leurs tâches dans l'année qui suit, de demeurer au travail pendant un an et d'être au service du même employeur		Groupe B 1,5 fois plus susceptibles de chercher à obtenir plus de soins de santé après avoir terminé un programme de réadaptation fonctionnelle interdisciplinaire		

On peut mesurer les progrès fonctionnels à intervalles de 4 à 6 semaines. Un graphique sommaire se trouve à la fin du questionnaire. On peut inscrire jusqu'à quatre dates différentes au graphique. Lorsque plus d'un rapport est nécessaire, la première date du nouveau graphique devrait être la dernière date du graphique précédent.

Références

DAVIDSON, M. et J. L. Keating. « A comparison of five low back disability questionnaires: reliability and responsiveness ». *Phys Ther.* 2002; **82**(1) : pages 8 à 24.
KOPEC, J. A., J. M. Esdaile, M. Abrahamowicz, et coll. « The Quebec Back Pain Disability Scale. Measurement properties ». *Spine.* 1995; **20**(3) : pages 341 à 352.
VAN DER ROER, N., R. W. Ostelo, G. E. Bekkering, M. W. van Tulder et H. C. de Vet. « Minimal clinically important change for pain intensity, functional status, and general health status in patients with nonspecific low back pain ». *Spine.* 2006; **31**(5) : pages 578 à 582.