

ANALYSE CRITIQUE DE LA BATTERIE DE QUESTIONNAIRES UTILISÉE PAR LES CENTRES FRANCOPHONES BELGES DE REVALIDATION DU RACHIS POUR LA LOMBALGIE

DEMOULIN C (1, 2, 3), BOVE V (1), ROUSSEL N (3, 4), GROSDENT S (1, 2, 3), TOMASELLA M (1, 2), KAUX JF (1, 2), VANDERTHOMMEN M (1, 2, 3)

RÉSUMÉ : *Objectifs :* examiner les questionnaires utilisés dans les centres francophones belges de révalidation multidisciplinaire du rachis pour la prise en charge des patients lombalgiques et proposer une batterie de questionnaires minimale basée sur les résultats de cette étude et sur les recommandations (inter)nationales. *Matériel et méthodes :* les centres proposant le programme de 36 séances de 2 heures défini dans la nomenclature de l'INAMI (Institut National d'Assurance Maladie Invalidité), ont été invités à nous fournir leur batterie de questionnaires. *Résultats :* parmi les 37 centres identifiés et contactés, 21 ont participé à l'enquête. Si celle-ci met en évidence l'utilisation de questionnaires évaluant l'intensité de la douleur, l'incapacité fonctionnelle, l'anxiété/dépression et la kinesiophobie dans les différents centres, elle révèle également une grande hétérogénéité en termes de questionnaires (et même de version du questionnaire) utilisés et la non-utilisation systématique des questionnaires recommandés par les guides de pratique clinique. *Conclusion :* compte tenu des résultats de l'enquête, cet article propose une batterie minimale de questionnaires répondant aux guidelines, qui permettrait d'harmoniser les évaluations dans les différents centres et faciliterait la réalisation d'études multicentriques.

MOTS-CLÉS : *Lombalgie - Douleur - Questionnaire - Evaluation*

CRITICAL APPRAISAL OF THE BATTERY OF QUESTIONNAIRES USED IN THE FRENCH-SPEAKING BELGIAN SPINE REHABILITATION CENTERS FOR LOW BACK PAIN

SUMMARY : *Objectives :* to investigate the questionnaires used in French-speaking Belgian spine multidisciplinary rehabilitation centers for patients with low back pain and to propose a minimal core set of questionnaires based on the results of our survey and on the (inter)national guidelines. *Methods :* the spine centers offering the 36 two-hour sessions defined by the Belgian national Institute for Health and disability insurance were invited to provide their battery of questionnaires. *Results :* among the 37 identified and contacted centers, 21 participated in our survey. Results pointed out the use of questionnaires assessing pain intensity, disability, anxiety/depression and kinesiophobia in most centers as well as a huge heterogeneity regarding the questionnaires (and even the version of the questionnaire) reported and the non-systematic use of questionnaires recommended by the guidelines. *Conclusion :* taking into account the results of this survey, the present article proposes a minimal core set of questionnaires meeting the guidelines, which would make it possible to harmonize the assessments in the different centers and would facilitate the realization of multicenter studies.

KEYWORDS : *Low back pain - Pain - Questionnaire - Assessment*

INTRODUCTION

La lombalgie constitue une des affections musculo-squelettiques les plus fréquentes au monde et elle représente, actuellement, la première cause d'années de vie vécues avec une incapacité (1). Si l'évolution des lombalgies non spécifiques est favorable dans la majorité des cas, une incapacité fonctionnelle et des douleurs peuvent persister plus de 3 mois chez certains individus. Comme ces douleurs chroniques sont à l'origine de nombreuses répercussions pour l'individu et de la majorité des coûts associés

aux lombalgies, de nombreux efforts ont été entrepris pour tenter de limiter les risques de passage à la chronicité et pour identifier la prise en charge optimale des douleurs lombaires chroniques.

Le Centre Fédéral d'Expertise Belge (KCE) a, récemment, développé un itinéraire de soins idéal et des recommandations de bonne pratique pour la prise en charge des patients souffrant de douleurs lombaires (2, 3). En cas de douleurs lombaires non spécifiques persistant depuis 6 semaines associées à un risque élevé de chronicité, le programme de révalidation multidisciplinaire du rachis proposé par la nomenclature de l'Assurance Maladie en Belgique (INAMI) devrait être envisagé par le médecin spécialiste en médecine physique. Cette nomenclature, introduite en 2004, permet de proposer aux patients souffrant de douleurs lombaires depuis plus de 6 semaines (une fois dans leur vie, sauf exception) un programme de révalidation multidisciplinaire ambulatoire (médecin, kinési-

(1) Département des Sciences de la Motricité, ULiège, Belgique.

(2) Service de l'Appareil Locomoteur, CHU Liège, Belgique.

(3) Belgian Back Society (BBS), Beauraing, Belgique.

(4) Rehabilitation Sciences and Physiotherapy (REVAKI), Faculty of Medicine and Health Sciences, Université d'Anvers, Belgique.

thérapeute, psychologue, ergonome/ergothérapeute) de 36 séances collectives de 2 heures. Ce type de programme, dénommé «École du dos» par certains et qui semble efficace (4), doit être réalisé sur une période maximale de 6 mois et inclure des séances éducatives, des séances de reconditionnement physique (général et de la musculature rachidienne) et au moins deux séances d'évaluation au moyen de questionnaires et de tests physiques. Ces séances permettent, notamment, de quantifier le statut «algofonctionnel» et les capacités fonctionnelles du patient et de rechercher la présence de facteurs de risque de chronicité. Cette approche doit permettre, d'une part, de proposer au patient une prise en charge adaptée et, d'autre part, d'objectiver l'efficacité de la prise en charge.

Compte tenu de l'absence, dans le texte de loi, de recommandations précises relatives aux questionnaires à utiliser dans ce type de programme, du nombre important de questionnaires décrits dans la littérature pour évaluer les patients souffrant de lombalgie et de l'intérêt d'uniformiser les questionnaires utilisés dans tous les centres belges afin d'envisager des études multicentriques, l'objectif de cette étude était double : d'une part, réaliser une enquête afin d'examiner les questionnaires utilisés dans les centres belges de revalidation du rachis pour la prise en charge des patients lombalgiques et, d'autre part, proposer une batterie de questionnaires minimale, basée sur les résultats de l'enquête et sur les recommandations (inter)nationales.

MÉTHODES

POPULATION

La population ciblée dans cette étude était l'ensemble des centres belges francophones de revalidation pluridisciplinaire du rachis utilisant le code de nomenclature de l'INAMI (558994) pour proposer aux patients souffrant de douleurs lombaires un programme de revalidation de 36 séances de 2 heures sur une période maximale de 6 mois.

PROTOCOLE EXPÉRIMENTAL

Après avoir identifié les différents centres proposant ce programme, les investigateurs ont pris contact avec ceux-ci afin de leur expliquer les objectifs de l'étude. Les centres acceptant de participer à l'enquête avaient pour consigne

de communiquer aux investigateurs de l'étude (par mail/courrier postal et par téléphone si ce n'était pas possible/souhaité) la batterie de questionnaires (vierges) qu'ils utilisaient pour l'évaluation de leurs patients. Cette enquête a été réalisée entre octobre 2018 et février 2019.

ANALYSES DES RÉSULTATS

Dans le cadre de cette étude descriptive transversale, la fréquence d'utilisation des questionnaires a été exprimée en pourcentage par rapport au nombre total de centres ayant accepté de participer à l'enquête.

RÉSULTATS

Parmi les 37 centres identifiés et contactés, 21 ont participé à notre enquête. Deux tiers de ces 21 centres nous ont fourni la batterie de questionnaires dans leur intégralité tandis que les autres ont uniquement cité les questionnaires utilisés. Les questionnaires utilisés par les différents centres ont été classés, en fonction de la dimension explorée ([Tableau I](#)).

Ainsi, 38 % des centres utilisaient une (ou plusieurs) échelle(s) visuelle(s) analogique(s) (EVA) alors qu'ils étaient 23,8 % à utiliser une (ou plusieurs) échelle(s) numérique(s) (EN) de la douleur.

La comparaison des échelles utilisées dans les différents centres a révélé l'utilisation de différentes versions d'EVA et d'EN. Les différences concernaient, notamment, les termes utilisés dans l'énoncé (ex : intensité minimale, moyenne ou maximale) et pour exprimer l'intensité de la douleur aux extrémités des échelles (ex : «pire douleur» ou «douleur maximale imaginable»), la présentation (ex : ligne tracée ou règle pour l'EVA) et la durée (ex : 24 dernières heures ou 7 derniers jours).

Plus de la moitié des centres évaluaient également l'incapacité fonctionnelle, la peur-évitement des patients et la présence d'une anxiété/dépression, respectivement, avec les questionnaires suivants : le Roland-Morris Disability Questionnaire (RMDQ), parfois dénommé EIFEL (Echelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Evaluation des Lombalgiques), et/ou l'Oswestry Disability Index (ODI) pour l'incapacité fonctionnelle, l'échelle Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK) pour la peur-évitement des patients et l'échelle Hospital Anxiety and Depression (HAD) pour l'anxiété/dépression. Excepté pour ce dernier questionnaire, l'utilisation de différentes versions des questionnaires a été observée.

Tableau I. Dimensions explorées et questionnaires utilisés dans les centres de révalidation du rachis ayant répondu à l'enquête.

	N (%)
INTENSITÉ DE LA DOULEUR	
- EVA douleur (5 versions)	8 (38 %)
- EN douleur (3 versions)	5 (24 %)
INCAPACITÉ FONCTIONNELLE	
- EIFEL (RMDQ) (4 versions)	18 (86 %)
- ODI (3 versions)	13 (62 %)
- QBPD	1 (5 %)
KINÉSIOPHOBIE, CATASTROPHISME ET CROYANCES	
- TSK (4 versions)	19 (90,5 %)
- PCS	2 (9 %)
- LBP-BST	1 (5 %)
ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION	
- HAD	13 (62 %)
- BDI (2 versions)	4 (19 %)
- HDRS	1 (5 %)
AUTRES ÉCHELLES ÉVALUANT DES COMPOSANTES PSYCHOLOGIQUES	
- PSI	1 (5 %)
- CSQ-F	1 (5 %)
- PSOCQ	1 (5 %)
- IEQ-CF	1 (5 %)
RISQUE DE CHRONICISATION	
- SBST	4 (19 %)
- OMPSQ	1 (5 %)
QUESTIONNAIRES MULTIDIMENSIONNELS	
- DRAD	11 (52 %)
- COMI	1 (5 %)
AUTRE	
- Nutrition Risk Screening (NRS)	1 (5 %)

LBP-BST : Low Back Pain-related Beliefs Screening Tool. HAD : Hospital Anxiety and Depression. BDI-II : Beck Depression Inventory. HDRS : Hamilton Depression Rating Scale. PSI : Psychiatric Symptom Index. CSQ-F : Coping Strategies Questionnaire. PSOCQ : Pain Stages of Change Questionnaire. IEQ-CF : Injustice Experience Questionnaire. SBST : Start Back Screening Tool. OMPSQ : Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. DRAD : Douleur du Rachis, Auto-questionnaire de Dallas. COMI : Core Outcome Measures Index.

Le questionnaire multidimensionnel «DRAD» (Douleur du Rachis : Auto-questionnaire de Dallas), qui correspond à la version francophone du «Dallas Pain Questionnaire», était également utilisé dans plus de la moitié des centres (52 %). Différents autres questionnaires, utilisés de façon plus anecdotique, ont été recensés (Tableau I).

DISCUSSION

Depuis 2004 et la nouvelle nomenclature INAMI relative à la prise en charge des patients lombalgiques chroniques ou à risque de chro-

nicité, de nombreux hôpitaux proposent des programmes de révalidation pluridisciplinaire du rachis qui comportent au moins deux séances d'évaluation composées, notamment, de questionnaires auto-administrés. Ceux-ci sont exigés au début de la prise en charge, afin de réaliser un bilan initial permettant d'individualiser le traitement, et au terme de la prise en charge pour quantifier les modifications engendrées par le traitement. Si la présente enquête met en évidence l'utilisation de questionnaires dans les différents centres ayant répondu, elle révèle également une grande hétérogénéité en termes de questionnaires utilisés (et même de versions du questionnaire) et, enfin, la non-utilisation systématique des questionnaires recommandés par les guidelines. En effet, des recommandations internationales relatives à l'évaluation du patient lombalgique ont été élaborées (5, 6) et les guidelines belges relatives à la prise en charge des douleurs lombaires (7) ont également recommandé l'utilisation de certains questionnaires.

Pour ce qui est de la douleur, l'EVA apparaît plus utilisée sur le terrain que l'EN pour quantifier l'intensité des douleurs. Bien que certaines études aient mis en évidence des corrélations hautement significatives entre les scores EVA et EN, Hjerstad et coll. (8) suggèrent de privilégier l'EN à l'EVA chez les adultes. Les recommandations internationales relatives à la prise en charge des patients lombalgiques (5, 6) préconisent une EN (0 = «pas de douleur», 10 = «la pire douleur imaginable») pour apprécier l'intensité moyenne de la douleur au cours de la dernière semaine. Aucun questionnaire destiné à identifier la présence d'une douleur neuropathique (comme le DN4 ou le painDETECT) ou d'un phénomène de sensibilisation centrale (comme le Central Sensitization Inventory (CSI)) n'était utilisé dans l'enquête.

Les questionnaires EIFEL et ODI constituent les questionnaires les plus utilisés à travers le monde pour évaluer l'incapacité fonctionnelle des patients lombalgiques (9). Ils disposent, tous les deux, de bonnes qualités métrologiques et sont hautement corrélés (9). Si Chiarotto et coll. évoquent les deux questionnaires dans leurs recommandations (5), l'ICHOM (l'International Consortium for Health Outcomes Measurement), groupe d'experts internationaux et décideurs de santé ayant pour mission de mesurer la qualité des soins de santé en se fondant sur les valeurs scientifiques (6), et le Centre Fédéral d'Expertise Belge (KCE) préconisent l'ODI (7). Pour une utilisation en centre multidisciplinaire, le recours à l'ODI peut également se justifier par sa plus grande sensibilité que le questionnaire

EIFEL chez les patients présentant une incapacité importante (9). La version la plus récente de l'ODI (version 2) devrait être privilégiée (9).

L'Echelle Fonctionnelle Spécifique (EFS) (10), utilisée dans un des centres de cette enquête, constitue un autre outil pour apprécier cette composante. Bien qu'absent des guides de pratique clinique et non spécifique de la lombalgie, il peut constituer un outil complémentaire pertinent pour identifier les difficultés spécifiques du patient à effectuer certaines activités de la vie quotidienne (les activités évaluées sont sélectionnées par le patient).

Bien que la qualité de vie soit une composante qu'il est recommandé d'évaluer (5-7), au moyen du «Medical Outcome Survey Short-Form» (SF-12) ou de l'«EuroQol 5D» (EQ-D), aucun centre n'inclut un tel outil dans sa batterie de questionnaires.

Comme toute prise en charge devrait prendre en considération les facteurs biologiques, mais également les facteurs psychosociaux (souvent considérés comme des facteurs de risque de passage/maintien à la chronicité), de nombreux questionnaires destinés à évaluer ces derniers ont été développés dans la littérature. Notre enquête révèle l'utilisation prédominante du questionnaire TSK (pour évaluer la peur-évitement et la peur de se (re)blesser) et de questionnaires évaluant l'anxiété/la dépression (le HAD étant le plus utilisé) (11). Ce type d'outils autorise l'identification des patients qui nécessitent une éducation adaptée et/ou une approche cognitivo-comportementale et/ou psychologique. Le questionnaire HAD, très populaire, est recommandé par Chiarotto et coll. (5). Bien que le TSK soit le questionnaire le plus populaire à travers le monde pour évaluer la peur-évitement, il présente certaines faiblesses méthodologiques (12) et plusieurs versions francophones co-existent. En cas d'utilisation du TSK, la version courte à 11 items qui n'intègre pas des items remis parfois en question devrait être privilégiée (13).

Les questionnaires SBST (14) et OMPSQ (15), qui permettent d'évaluer le risque de passage à la chronicité, sont utilisés par quelques centres. Bien que l'intérêt de leur utilisation dans la prise en charge du patient lombalgique soit mentionné dans l'itinéraire de soins du patient lombalgique développé et recommandé par le KCE (voir <https://lombalgie.kce.be/>) (7), leur non-utilisation systématique par les centres inclus dans cette enquête n'est pas incohérente, puisque les patients lombalgiques qui leur sont adressés pour une prise en charge multidisciplinaire le sont, normalement, parce qu'un risque

de chronicisation a été préalablement mis en évidence.

Enfin, alors que le COMI (questionnaire multidimensionnel court incluant l'EN recommandée décrite ci-dessus et des items relatifs aux répercussions de la douleur, à la fonction, au bien-être, au travail et la qualité de vie) (16) est recommandé par le KCE (7), seul un centre utilise ce questionnaire multidimensionnel; la plupart des centres ont, en fait, recours au questionnaire DRAD qui est moins utilisé sur le plan international.

Afin d'harmoniser les questionnaires utilisés dans les différents centres francophones de revalidation multidisciplinaire du rachis en Belgique, de faciliter la communication inter-centres et la réalisation d'études multicentriques, l'établissement d'une batterie de questionnaires minimale basée sur les questionnaires utilisés par les centres ayant participé à cette étude, mais surtout sur les recommandations (inter) nationales, semble indispensable et justifie l'intérêt de cette étude. Cette batterie minimale de questionnaires devrait, selon nous, intégrer :

- Le Core Outcome Measure Index (COMI), questionnaire générique multidimensionnel qui inclut une échelle numérique EN de la douleur (0-10), évaluant l'intensité moyenne de la douleur lombaire au cours des 7 derniers jours, et des items évaluant, notamment, la qualité de vie et le bien-être.
- Le questionnaire Oswestry Disability Index (ODI), recommandé par le KCE et présent sur leur site <https://lombalgie.kce.be/> pour évaluer l'incapacité fonctionnelle.
- Le questionnaire Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) pour évaluer l'anxiété et la dépression.

A côté des questionnaires mentionnés ci-dessus, d'autres outils peuvent également apporter des informations pertinentes :

- La sous-échelle du Brief Pain Inventory (BPI) qui apprécie l'impact des douleurs sur le quotidien. Bien que non-utilisée dans les centres, elle est recommandée par l'ICHOM (6).
- Le questionnaire EuroQol-5D (ou le questionnaire Short Form Health Survey SF12) pour apprécier, de façon complète, la qualité de vie conformément aux recommandations (inter) nationales (5-7).
- Le questionnaire SBST, ou le OMPSQ, pour examiner le risque de chronicisation des douleurs et confirmer la pertinence d'entamer le programme et/ou pour explorer de façon globale les facteurs psychosociaux.
- L'échelle Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK), version courte, pour évaluer la peur-évi-

tement et/ou un questionnaire s'intéressant aux représentations/croyances des patients, en raison de leur importance potentielle sur l'évolution du patient (17), comme le Brief-Illness Perceived Questionnaire, le Back Beliefs Questionnaire, le Back Pain Attitudes Questionnaire ou le questionnaire original récemment développé qui est le seul à être utilisé actuellement (LPB-BSQ pour Low Back Pain-related Beliefs Screening Questionnaire) (18). Des questionnaires complémentaires appréciant d'autres facteurs psychosociaux (ex : catastrophisme, locus de contrôle, etc.) peuvent être envisagés (par le/la psychologue, par exemple).

- L'Echelle Fonctionnelle Spécifique de façon à identifier les activités, importantes aux yeux du patient, qui lui posent problème.

- Une échelle d'impression clinique globale du changement, soumise au terme du traitement, pour apprécier l'importance des modifications perçues par le patient suite à la prise en charge.

Il est évident que les informations récoltées via l'utilisation de questionnaires devront être interprétées de façon judicieuse. Cela nécessitera la prise en considération des seuils fixés dans la littérature pour identifier la présence d'un trouble ou pour conclure qu'une modification cliniquement significative a eu lieu suite à la prise en charge. Les questionnaires devront, évidemment, être complétés par une anamnèse qui devra explorer les attentes/objectifs du patient, sa symptomatologie, sa situation socio-professionnelle, etc.

Comme tous les centres n'ont pas répondu à l'enquête, un biais de sélection (biais de «volontariat») ne peut pas être exclu. Par ailleurs, certains centres ayant préféré citer les questionnaires utilisés plutôt que de fournir la batterie de questionnaires, un biais d'information pourrait être également présent. Enfin, les questionnaires utilisés dans les centres néerlandophones ne sont pas abordés. Néanmoins, puisque la batterie minimale de questionnaires recommandée est basée sur des guidelines (inter)nationales et composée de questionnaires également disponibles en néerlandais, elle devrait être également adaptée aux centres néerlandophones de Belgique.

CONCLUSIONS

Cette étude a mis en évidence, d'une part, une grande hétérogénéité en termes de questionnaires utilisés par les centres belges francophones de révalidation pluridisciplinaire du rachis pour évaluer les patients lombalgiques

chroniques et, d'autre part, la non-utilisation systématique des questionnaires recommandés par les guidelines (inter)nationales.

Cet article propose une batterie de questionnaires minimale répondant aux guidelines et qui permettrait d'harmoniser les évaluations dans les différents centres et, ainsi, faciliter la réalisation d'études multicentriques.

Remerciements

Nous adressons nos remerciements à Madame Annie Depaïve pour son assistance technique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet Low Back Pain Series Working Group. Lancet* 2018;**391**:2356-67.
2. Jonckheer P, Demoulin C, Desomer A, et al. Low back and radicular pain : which management in 2018 ? *Rev Med Liege* 2018;**73**:114-8.
3. Jonckheer P, Desomer A, Depreitere B, et al. *Synthèse lombalgie et douleur radiculaire: éléments-clés d'un itinéraire de soins*. Brussel : Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Report 295Bs Health Services Research, 2017.
4. Demoulin C, Grosdent S, Capron L, et al. Effectiveness of a semi-intensive multidisciplinary outpatient rehabilitation program in chronic low back pain. *Joint Bone Spine* 2010;**77**:58-63.
5. Chiarotto A, Boers M, Deyo RA, et al. Core outcome measurement instruments for clinical trials in nonspecific low back pain. *Pain* 2018;**159**:481-95.
6. Clement RC, Welander A, Stowell C, et al. A proposed set of metrics for standardized outcome reporting in the management of low back pain. *Acta Orthop* 2015;**86**:523-33.
7. Van Wambeke P, Desomer A, Ailliet L, et al. *Low back pain and radicular pain: evaluation and management. Good Clinical Practice (GCP)*. Brussel : Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Report 287Bs Health Services Research, 2017.
8. Hjermstad MJ, Fayers PM, Haugen DF, 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**:1073-93.
9. Smeets R, Köke A, Lin CW, et al. Measures of function in low back pain/disorders : Low Back Pain Rating Scale (LBPRS), Oswestry Disability Index (ODI), Progressive Isoinertial Lifting Evaluation (PILE), Quebec Back Pain Disability Scale (QBPD), and Roland-Morris Disability Questionnaire (RDQ). *Arthritis Care Res* 2011;**63**:S158-73.
10. Trudelle P. L'échelle fonctionnelle spécifique au patient, un vrai couteau suisse du praticien pressé (Patient specific functional scale). *Kinesither Rev* 2010;**10**:34-5.
11. Lepine JP, Godchau M, Brun P, et al. Evaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Ann Med-Psychol* 1985;**2**:175-89.
12. Pool JJ, Hiralal S, Ostelo RWJ, et al. The applicability of the Tampa Scale of Kinesiophobia for patients with sub-acute neck pain : a qualitative study. *Quality & Quantity* 2009;**43**:773-80.
13. Woby SR, Roach NK, Urmston M, et al. Psychometric properties of the TSK-11 : a shortened version of the Tampa Scale for Kinesiophobia. *Pain* 2005;**117**:137-44.

14. Bruyère O, Demoulin M, Brereton C, et al. Translation validation of a new back pain screening questionnaire (the STarT Back Screening Tool) in French. *Arch Public Health* 2012;**70**:12.
15. Korogod N, Nonclercq O, Berquin A, et al. Predictive values of the French version of the short Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire version and its subsets for chronicity in patients with acute and subacute low back pain, submitted.
16. Genevay S, Cedraschi C, Marty M, et al. Reliability and validity of the cross-culturally adapted French version of the Core Outcome Measures Index (COMI) in patients with low back pain. *Eur Spine J* 2012;**21**:130-7.
17. Demoulin C, Roussel N, Marty M, et al. The maladaptive beliefs of patients with low back pain. A narrative review. *Rev Med Liege* 2016;**71**:40-6.
18. Demoulin C, Salamun I, Thierion F, et al. Evaluation des qualités métrologiques du «Low Back Pain-related Beliefs Screening Questionnaire» (LBP-BSQ). *Rev Rhum* 2019;**86**:A287-8.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au
Pr C. Demoulin, Département des Sciences de la Motricité,
ULiège, Belgique.
Email : christophe.demoulin@uliege.be