

OSWESTRY v2

Copie du patient

Douleur (ne cocher qu'une case)	<input type="checkbox"/> Je ne ressens aucune douleur actuellement. <input type="checkbox"/> La douleur est très légère actuellement. <input type="checkbox"/> La douleur est modérée actuellement. <input type="checkbox"/> La douleur est assez intense actuellement. <input type="checkbox"/> La douleur est très intense actuellement. <input type="checkbox"/> La douleur est la pire que l'on puisse imaginer.
Soins personnels (se laver, s'habiller, etc.) (ne cocher qu'une case)	<input type="checkbox"/> Je peux effectuer normalement mes soins personnels sans douleur supplémentaire. <input type="checkbox"/> Je peux effectuer normalement mes soins personnels, mais c'est très douloureux. <input type="checkbox"/> Effectuer mes soins personnels est douloureux et je dois prendre des précautions et faire attention. <input type="checkbox"/> Je peux effectuer mes soins personnels, mais j'ai besoin d'aide. <input type="checkbox"/> J'ai besoin d'aide chaque jour pour la plupart de mes soins personnels. <input type="checkbox"/> Je ne peux pas m'habiller, je me lave avec difficulté et je reste au lit.
Soulèvement d'objets (ne cocher qu'une case)	<input type="checkbox"/> Je peux soulever des objets lourds sans augmenter la douleur. <input type="checkbox"/> Je peux soulever des objets lourds mais la douleur augmente. <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de soulever des objets lourds qui se trouvent au sol, mais je peux les soulever s'ils sont à ma portée (par ex., sur une table). <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de soulever des objets lourds, mais je peux soulever des objets légers ou moyennement lourds s'ils sont à ma portée. <input type="checkbox"/> Je ne peux soulever que des objets très légers. <input type="checkbox"/> Je ne peux rien soulever.
Marche (ne cocher qu'une case)	<input type="checkbox"/> La douleur ne m'empêche pas de marcher, quelle que soit la distance. <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de marcher au-delà de 1600 mètres. <input type="checkbox"/> La douleur m'empêchent de marcher au-delà de 800 mètres. <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de marcher au-delà de 100 mètres. <input type="checkbox"/> Je ne peux marcher qu'avec une canne ou des béquilles. <input type="checkbox"/> Je reste au lit la plupart du temps et je dois me traîner jusqu'aux toilettes.
Position assise (ne cocher qu'une case)	<input type="checkbox"/> Je peux rester assis(e) sur un siège aussi longtemps que je le veux. <input type="checkbox"/> Je peux rester assis(e) sur mon siège favori aussi longtemps que je le veux. <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de rester assis(e) pendant plus d'une heure. <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de rester assis(e) pendant plus d'une demi-heure. <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de rester assis(e) pendant plus de 10 minutes. <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de rester assis(e).
Position debout (ne cocher qu'une case)	<input type="checkbox"/> Je peux me tenir debout aussi longtemps que je le veux sans augmenter la douleur. <input type="checkbox"/> Je peux me tenir debout aussi longtemps que je le veux mais la douleur augmente. <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de me tenir debout pendant plus d'une heure. <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de me tenir debout pendant plus d'une demi-heure. <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de me tenir debout pendant plus de 10 minutes. <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de me tenir debout.

Sommeil (ne cocher qu'une case)	<input type="checkbox"/> Mon sommeil n'est jamais perturbé par la douleur. <input type="checkbox"/> Mon sommeil est parfois perturbé par la douleur. <input type="checkbox"/> La douleur fait que je dors moins de 6 heures. <input type="checkbox"/> La douleur fait que je dors moins de 4 heures. <input type="checkbox"/> La douleur fait que je dors moins de 2 heures. <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de dormir.
Vie sexuelle (ne cocher qu'une case)	<input type="checkbox"/> Ma vie sexuelle est normale et ne me cause pas plus de douleur. <input type="checkbox"/> Ma vie sexuelle est normale mais me cause plus de douleur. <input type="checkbox"/> Ma vie sexuelle est presque normale, mais très douloureuse. <input type="checkbox"/> Ma vie sexuelle est très limitée par la douleur. <input type="checkbox"/> Je n'ai quasiment plus de vie sexuelle à cause de la douleur. <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche toute vie sexuelle.
Vie sociale (ne cocher qu'une case)	<input type="checkbox"/> Ma vie sociale est normale et ne me cause pas plus de douleur. <input type="checkbox"/> Ma vie sociale est normale mais me cause plus de douleur. <input type="checkbox"/> La douleur n'a pas d'effet important sur ma vie sociale, sauf de limiter mes activités physiques (par exemple, les sports, etc.). <input type="checkbox"/> La douleur limite ma vie sociale et je ne sors pas aussi souvent. <input type="checkbox"/> La douleur limite sérieusement ma vie sociale et je reste chez moi. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas de vie sociale à cause de la douleur.
Voyages (ne cocher qu'une case)	<input type="checkbox"/> Je peux voyager n'importe où sans me causer plus de douleur. <input type="checkbox"/> Je peux voyager n'importe où mais ça me cause plus de douleur. <input type="checkbox"/> La douleur est forte, mais je peux faire des déplacements de plus de deux heures. <input type="checkbox"/> La douleur me limite à des déplacements de moins d'une heure. <input type="checkbox"/> La douleur me limite à de courts déplacements essentiels de moins de 30 minutes. <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de voyager sauf pour des traitements.

OSWESTRY v2

Copie du médecin (pour établir le score)

Douleur (ne cocher qu'une case)	[0 pt] <input type="checkbox"/> Je ne ressens aucune douleur actuellement. [1 pt] <input type="checkbox"/> La douleur est très légère actuellement. [2 pt] <input type="checkbox"/> La douleur est modérée actuellement. [3 pt] <input type="checkbox"/> La douleur est assez intense actuellement. [4 pt] <input type="checkbox"/> La douleur est très intense actuellement. [5 pt] <input type="checkbox"/> La douleur est la pire que l'on puisse imaginer.
Soins personnels (se laver, s'habiller, etc.) (ne cocher qu'une case)	[0 pt] <input type="checkbox"/> Je peux effectuer normalement mes soins personnels sans douleur supplémentaire. [1 pt] <input type="checkbox"/> Je peux effectuer normalement mes soins personnels, mais c'est très douloureux. [2 pt] <input type="checkbox"/> Effectuer mes soins personnels est douloureux et je dois prendre des précautions et faire attention. [3 pt] <input type="checkbox"/> Je peux effectuer mes soins personnels, mais j'ai besoin d'aide. [4 pt] <input type="checkbox"/> J'ai besoin d'aide chaque jour pour faire la plupart de mes soins personnels. [5 pt] <input type="checkbox"/> Je ne peux pas m'habiller, je me lave avec difficulté et je reste au lit
Soulèvement d'objets (ne cocher qu'une case)	[0 pt] <input type="checkbox"/> Je peux soulever des objets lourds sans augmenter la douleur. [1 pt] <input type="checkbox"/> Je peux soulever des objets lourds mais la douleur augmente. [2 pt] <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de soulever des objets lourds qui se trouvent au sol, mais je peux les soulever s'ils sont à ma portée (par ex., sur une table). [3 pt] <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de soulever des objets lourds, mais je peux soulever des objets légers ou moyennement lourds s'ils sont à ma portée. [4 pt] <input type="checkbox"/> Je ne peux soulever que des objets très légers. [5 pt] <input type="checkbox"/> Je ne peux rien soulever.
Marche (ne cocher qu'une case)	[0 pt] <input type="checkbox"/> La douleur ne m'empêche pas de marcher, quelle que soit la distance [1 pt] <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de marcher au-delà de 1600 mètres. [2 pt] <input type="checkbox"/> La douleur m'empêchent de marcher au-delà de 800 mètres. [3 pt] <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de marcher au-delà de 100 mètres. [4 pt] <input type="checkbox"/> Je ne peux marcher qu'avec une canne ou des béquilles. [5 pt] <input type="checkbox"/> Je reste au lit la plupart du temps et je dois me traîner jusqu'aux toilettes.
Position assise (ne cocher qu'une case)	[0 pt] <input type="checkbox"/> Je peux rester assis(e) sur un siège aussi longtemps que je le veux. [1 pt] <input type="checkbox"/> Je peux rester assis(e) sur mon siège favori aussi longtemps que je le veux.. [2 pt] <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de rester assis(e) pendant plus d'une heure. [3 pt] <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de rester assis(e) pendant plus d'une demi-heure. [4 pt] <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de rester assis(e) pendant plus de 10 minutes. [5 pt] <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de rester assis(e).
Position debout (ne cocher qu'une case)	[0 pt] <input type="checkbox"/> Je peux me tenir debout aussi longtemps que je le veux sans augmenter la douleur. [1 pt] <input type="checkbox"/> Je peux me tenir debout aussi longtemps que je le veux mais la douleur augmente. [2 pt] <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de me tenir debout pendant plus d'une heure. [3 pt] <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de me tenir debout pendant plus d'une demi-heure. [4 pt] <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de me tenir debout pendant plus de 10 minutes. [5 pt] <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de me tenir debout.
Sommeil (ne cocher qu'une case)	[0 pt] <input type="checkbox"/> Mon sommeil n'est jamais perturbé par la douleur. [1 pt] <input type="checkbox"/> Mon sommeil est parfois perturbé par la douleur. [2 pt] <input type="checkbox"/> La douleur fait que je dors moins de 6 heures. [3 pt] <input type="checkbox"/> La douleur fait que je dors moins de 4 heures [4 pt] <input type="checkbox"/> La douleur fait que je dors moins de 6 heures [5 pt] <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de dormir.
Vie sexuelle (ne cocher qu'une case)	[0 pt] <input type="checkbox"/> Ma vie sexuelle est normale et ne me cause pas plus de douleur. [1 pt] <input type="checkbox"/> Ma vie sexuelle est normale mais me cause plus de douleur. [2 pt] <input type="checkbox"/> Ma vie sexuelle est presque normale mais c'est très douloureuse. [3 pt] <input type="checkbox"/> Ma vie sexuelle est très limitée par la douleur. [4 pt] <input type="checkbox"/> Je n'ai quasiment plus de vie sexuelle à cause de la douleur. [5 pt] <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche toute vie sexuelle.
Vie sociale (ne cocher qu'une case)	[0 pt] <input type="checkbox"/> Ma vie sociale est normale et ne me cause pas plus de douleur. [1 pt] <input type="checkbox"/> Ma vie sociale est normale mais me cause plus de douleur. [2 pt] <input type="checkbox"/> La douleur n'a pas d'effet important sur ma vie sociale, sauf de limiter mes activités physiques (par exemple, les sports, etc.). [3 pt] <input type="checkbox"/> La douleur limite ma vie sociale et je ne sors pas aussi souvent. [4 pt] <input type="checkbox"/> La douleur limite sérieusement ma vie sociale et je reste chez moi. [5 pt] <input type="checkbox"/> Je n'ai pas de vie sociale à cause de la douleur.
Voyages (ne cocher qu'une case)	[0 pt] <input type="checkbox"/> Je peux voyager n'importe où sans me causer plus de douleur. [1 pt] <input type="checkbox"/> Je peux voyager n'importe où mais ça me cause plus de douleur. [2 pt] <input type="checkbox"/> La douleur est forte, mais je peux faire des déplacements de plus de deux heures. [3 pt] <input type="checkbox"/> La douleur me limite à des déplacements de moins d'une heure. [4 pt] <input type="checkbox"/> La douleur me limite à de courts déplacements essentiels de moins de 30 minutes. [5 pt] <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de voyager sauf pour des traitements.

Interprétation :

Le maximum possible pour chaque section de six énoncés est de 5; si le premier énoncé est coché, la note est de 0; si le dernier énoncé est coché, la note est de 5. Les énoncés intermédiaires sont notés selon leur rang. Si plus d'une case est cochée dans une section, utilisez la note la plus élevée. Si les 10 sections sont remplies, le score final est calculé comme suit : si le total est de 16 points sur un total de 50 points (maximum possible), divisez le total de 16 par 50 puis multipliez par 100 pour obtenir le pourcentage.

$$\text{Exemple : } 16 / 50 = 0,32 \times 100 = 32 \%$$

S'il manque une section (ou si elle ne s'applique pas), le score final est calculé comme suit : le total de 16 points est divisé par 45 points (maximum possible) puis multiplié par 100 pour obtenir le pourcentage.

$$\text{Exemple : } 16 / 45 = 0,355 \times 100 = 35,5 \%$$

Le score final peut être résumé comme étant la note totale divisée par 5 fois le nombre de sections remplies puis multipliée par 100. Suggestion des auteurs : arrondir les pourcentages à des chiffres entiers.

Veillez vous référer à ce qui suit pour l'interprétation des scores finaux.

References:

1. Roland M, Fairbank J. The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. *Spine*. 2000 Dec 15;25(24):3115-24.
2. Fairbank JC, Pynsent PB, The Oswestry Disability Index. *Spine* 2000; 25(22):2940-2952
3. Fairbank JCT, Couper J, Davies JB. The Oswestry low Back Pain Questionnaire. *Physiotherapy* 1980; 66: 271-273.
4. Mehra A, Baker D, Disney S, Pynsent PB. Oswestry disability index scoring made easy. *Ann R Coll Surg Engl* 2008; 90: 497–499.