

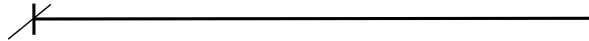
Western Ontario Rotator Cuff Index

Instructions

Dans le questionnaire suivant, vous aurez à répondre à des questions dans le format qui suit et vous devrez donner votre réponse en plaçant une barre oblique « / » sur la ligne horizontale.

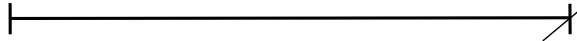
NOTE :

1. Si vous placez une barre oblique « / » à l'extrême gauche de la ligne, comme dans l'exemple qui suit



vous indiquez alors que vous n'avez aucune douleur.

2. Si vous placez une barre oblique « / » à l'extrême droite de la ligne, comme dans l'exemple qui suit



vous indiquez alors que votre douleur est extrême.

3. Prenez note :

- a) Que plus vous placez votre barre oblique « / » à droite et **plus** vous présentez ce symptôme;
- b) Que plus vous placez votre barre oblique « / » à gauche et **moins** vous présentez ce symptôme;
- c) **Qu'il est important de ne pas placer votre barre oblique « / » en dehors de la ligne horizontale.**

Vous devez indiquer dans ce questionnaire l'intensité des symptômes ressentis dans la dernière semaine en relation avec votre problème d'épaule. Si vous n'êtes pas en mesure de déterminer quelle épaule est concernée ou si vous avez d'autres questions, veuillez demander des précisions avant de compléter ce questionnaire.

Si, pour une raison ou une autre, vous ne comprenez pas une question, s'il vous plaît, référez-vous aux explications qui se trouvent à la fin de ce questionnaire. Vous pourrez par la suite répondre en plaçant une barre oblique « / » sur la ligne horizontale à l'endroit approprié. **Si une question ne s'applique pas à votre situation, ou encore si elle concerne un symptôme qui ne s'est pas présenté au cours de la dernière semaine, veuillez imaginer la réponse qui correspondrait le mieux à votre situation.**

Section A : Symptômes physiques

Instructions

Les questions suivantes concernent les symptômes physiques que vous avez ressentis en relation avec votre problème à l'épaule. Dans tous les cas, veuillez indiquer l'intensité du symptôme ressenti dans la dernière semaine. Veuillez donner votre réponse en plaçant une barre oblique « / » à l'endroit approprié sur la ligne horizontale.

1. Dans quelle mesure éprouvez-vous de la douleur aiguë à votre épaule?

Aucune douleur |-----| Douleur extrême

2. Dans quelle mesure éprouvez-vous de la douleur constante et lancinante à votre épaule?

Aucune douleur |-----| Douleur extrême

3. Dans quelle mesure éprouvez-vous de la faiblesse à votre épaule?

Aucune faiblesse |-----| Faiblesse extrême

4. Dans quelle mesure éprouvez-vous de la raideur ou un manque d'amplitude de mouvement à votre épaule?

Aucune raideur |-----| Raideur extrême

5. Dans quelle mesure êtes-vous dérangé(e) parce que votre épaule claque, grince ou craque?

Aucunement |-----| Extrêmement

6. Dans quelle mesure éprouvez-vous de l'inconfort aux muscles de votre cou en raison de votre épaule

Aucun inconfort |-----| Inconfort extrême

Section B : Sports / Loisirs

Instructions

La section suivante porte sur les conséquences que votre problème d'épaule a eues sur vos activités sportives ou vos loisirs au cours de la dernière semaine. Veuillez donner votre réponse en plaçant une barre oblique « / » à l'endroit approprié sur la ligne horizontale.

7. Dans quelle mesure votre épaule a-t-elle affecté votre condition physique?

Aucunement
affectée

Extrêmement
affectée

8. Dans quelle mesure votre épaule a-t-elle affecté votre capacité à lancer fort ou loin?

Aucunement
affectée

Extrêmement
affectée

9. Dans quelle mesure éprouvez-vous de la difficulté quand quelqu'un ou quelque chose va entrer en contact avec votre épaule atteinte?

Aucune
crainte

Crainte
extrême

10. Dans quelle mesure éprouvez-vous de la difficulté en raison de votre épaule lorsque vous faites des push-ups ou d'autres exercices exigeants pour l'épaule?

Aucune
difficulté

Difficulté
extrême

Section C : Travail

Instructions

La section suivante porte sur votre problème d'épaule et ses conséquences au cours de la dernière semaine sur vos tâches quotidiennes à l'intérieur et à l'extérieur de la maison. Veuillez donner votre réponse en plaçant une barre oblique « / » à l'endroit approprié sur la ligne horizontale.

11. Dans quelle mesure éprouvez-vous de la difficulté dans vos tâches quotidiennes à la maison ou dans la cour / le jardin?

Aucune
difficulté

Difficulté
extrême

12. Dans quelle mesure éprouvez-vous de la difficulté à travailler avec le bras au-dessus de l'épaule?

Aucune
difficulté

Difficulté
extrême

13. Dans quelle mesure utilisez-vous votre autre bras pour compenser pour votre bras atteint?

Pas du tout

Constamment

14. Dans quelle mesure éprouvez-vous de la difficulté quand vous soulevez des objets lourds à hauteur d'épaule ou en-dessous du niveau de l'épaule?

Aucune
difficulté

Difficulté
extrême

Section D : Style de vie

Instructions

La section suivante porte sur les conséquences que votre problème d'épaule a eues sur votre style de vie au cours de la dernière semaine. Encore une fois, veuillez donner votre réponse en plaçant une barre oblique « / » à l'endroit approprié sur la ligne horizontale.

15. Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté à dormir en raison de votre épaule?

Aucune difficulté |-----| Difficulté extrême

16. Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté à vous coiffer les cheveux en raison de votre épaule?

Aucune difficulté |-----| Difficulté extrême

17. Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté à vous « chamailler », à vous « tirer » ou à « jouer vivement » avec des membres de votre famille ou des amis?

Aucune difficulté |-----| Difficulté extrême

18. Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté à vous habiller ou vous déshabiller?

Aucune difficulté |-----| Difficulté extrême

Section E : Émotions

Instructions

Les questions qui suivent font référence à la façon dont vous vous êtes senti(e) par rapport à votre problème d'épaule au cours de la dernière semaine. Veuillez donner votre réponse en plaçant une barre oblique « / » à l'endroit approprié sur la ligne horizontale.

19. Dans quelle mesure ressentez-vous de la frustration à cause de votre épaule?

Aucune
frustration |-----| Frustration
extrême

20. Dans quelle mesure vous sentez-vous « au fond du baril » ou déprimé en raison de votre épaule?

Aucunement |-----| Extrêmement

21. Dans quelles mesures êtes-vous inquiet (inquiète) ou préoccupé(e) par les répercussions de votre problème d'épaule sur votre travail / vos occupations?

Aucunement
préoccupé |-----| Extrêmement
préoccupé

MERCI D'AVOIR COMPLÉTÉ LE QUESTIONNAIRE

Explications des questions du WORC

Section A : Symptômes physiques

Question 1.

Fait référence à la douleur à votre épaule qui est brève et soudaine ou que vous pourriez qualifier de momentanée.

Question 2.

Fait référence à une douleur sourde et diffuse qui semble être toujours là comparativement à la douleur aiguë dont il est question à la question 1.

Question 3.

Fait référence à un manque de force pour effectuer un mouvement.

Question 4.

Fait référence à la sensation que l'articulation ne veut pas bouger. Ceci est souvent ressenti le matin au lever, après des exercices ou après une période d'inactivité. Peut aussi faire référence à une diminution de mouvement de votre épaule dans une ou plusieurs directions.

Question 5.

Fait référence à tous ces bruits ou sensations que vous ressentez dans votre épaule peu importe le mouvement que vous exécutez.

Question 6.

Fait référence à l'importance de la tension, de la douleur ou des spasmes que vous ressentez au niveau des muscles de votre cou, qui semblent causés par votre problème d'épaule.

Section B : Sports/Loisirs

Question 7.

Fait référence à la forme physique que vous mainteniez avant le début de votre problème d'épaule (sont incluses une diminution de votre force et de votre tonus musculaire, ou la diminution de votre forme cardiovasculaire).

Question 8.

Fait référence à tout type d'activité avec le bras au-dessus de l'épaule qui demande une certaine force dans son exécution. Si vous ne lancez pas de balle, SVP, considérez toute autre activité comme un smash au volleyball, lancer un bâton à votre chien, nager au crawl, servir au tennis, etc.

Question 9.

Veuillez considérer toute situation où vous étiez sur vos gardes ou avez eu peur que quelqu'un ou quelque chose frappe ou touche votre épaule, comme par exemple, dans un endroit achalandé, dans un ascenseur, pendant la pratique d'un sport ou lorsque quelqu'un vous salue en vous

frappant sur l'épaule.

Question 10.

Fait référence à tout exercice qui vous demande de forcer avec votre épaule comme des « push-ups » ou du « Bench press », etc.

Section C : Travail

Question 11.

Fait référence à des activités comme ratisser les feuilles, pelleter, épousseter, passer l'aspirateur, enlever les mauvaises herbes ou laver le plancher ou des fenêtres, etc.

Question 12.

Fait référence à toute activité demandant que vous leviez vos bras au-dessus de la hauteur des épaules, c'est-à-dire placer des assiettes sur une tablette élevée, essayer d'atteindre un objet, peindre un plafond ou peindre avec le bras au dessus de la hauteur de l'épaule.

Question 13.

Fait référence au fait que vous utilisez votre autre bras pour toute activité ou pour votre travail, alors que normalement, vous auriez accompli cette activité ou ce travail avec votre bras atteint. Si votre autre épaule est aussi symptomatique à cause d'une pathologie de la coiffe des rotateurs ou à cause de toute autre maladie, veuillez, SVP, répondre à la question en faisant comme si votre autre épaule était normale.

Question 14.

Cette question ne fait pas référence au fait de lever des objets lourds au-dessus de la tête, mais bien sous la hauteur des épaules. Par exemple : soulever un sac d'épicerie, une caisse de boissons gazeuses, une valise, du matériel ou des outils au travail, des livres, etc.

Section D : Style de Vie

Question 15.

Fait référence à tout changement dans votre position de sommeil, au fait que vous vous réveillez durant la nuit, que vous avez de la difficulté à vous endormir ou que vous vous réveillez le matin sans vous sentir reposé(e).

Question 16.

Fait référence à tout ce que vous faites à vos cheveux et qui vous demande d'utiliser votre bras problématique. Par exemple : vous peigner, vous brosser ou vous laver les cheveux.

Question 17.

Fait référence à des jeux physiques vigoureux ou exigeants avec votre famille ou vos amis.

Question 18.

Fait référence au fait d'ouvrir ou de fermer une fermeture-éclair située dans votre dos, au fait de boutonner/déboutonner des boutons situés dans votre dos, d'attacher ou détacher un soutien-

gorge, d'enlever ou de mettre un chandail, ou encore de rentrer une chemise ou un chandail à l'intérieur d'un pantalon.

Section E: Émotions

Question 19.

Fait référence à la frustration que vous ressentez face à votre incapacité, qui vous empêche de faire les choses que vous faites habituellement.

Question 20.

Se sentir au fond du baril : avoir le cafard, être déprimé, triste.

Question 21.

Fait référence à vos inquiétudes face à la condition de votre épaule qui risque de se détériorer plutôt que de s'améliorer, et face aux conséquences que cela pourrait avoir sur vos occupations ou votre travail (considérez aussi les activités quotidiennes à l'intérieur et à l'extérieur de la maison).

Cotation du questionnaire Western Ontario Rotator Cuff Index

1. Mesurez la distance à partir de la gauche de la ligne en millimètres (mm), au 0,5mm près. Inscrivez chaque score à l'endroit approprié pour chacune des questions.
2. En additionnant le total des scores obtenus dans chaque domaine, vous obtiendrez un score sur 2100.
3. Pour convertir le score en pourcentage, le score obtenu doit être soustrait à 2100 et divisé par 21. Ex. Pour un score de 1625, le pourcentage sera $(2100-1625)/21 = 22,6\%$.

Symptômes physiques
SP1 _____
SP2 _____
SP3 _____
SP4 _____
SP5 _____
SP6 _____
Total : _____

Sports/ Loisirs
S/L 7 _____
S/L 8 _____
S/L 9 _____
S/L 10 _____
Total: _____

Travail
T 11 _____
T 12 _____
T 13 _____
T 14 _____
Total : _____

Style de vie
SV 15 _____
SV 16 _____
SV 17 _____
SV 18 _____
Total : _____

Émotions
E 19 _____
E 20 _____
E 21 _____
Total : _____

Résumé
SP : _____
S/L : _____
T : _____
SV : _____
E : _____
Total : _____

Présentation

Objectif : Le questionnaire WORC a été conçu dans le but d'aider à comprendre les signes, les symptômes et les limitations fonctionnelles associés à la tendinopathie de la coiffe des rotateurs.

Ce questionnaire peut être également utilisé chez des personnes ayant un conflit sous-acromial ou ayant subi une réparation de la coiffe par arthroscopie.

Description : Le WORC est un auto-questionnaire sur la qualité de vie. Il se compose de 21 items évalués avec l'échelle visuelle analogique (EVA), qui sont divisés en 5 sous-catégories : symptômes physiques, sports / loisirs, travail, style de vie et émotions.

Pour chaque question, le patient est invité à indiquer, avec un trait sur une ligne de 100mm, la mesure du symptôme ou de l'incapacité auquel il a été confronté au cours de la semaine passée.

Chaque échelle va de 0 à 100 mm. Pour calculer le score, il suffit de mesurer le nombre de millimètres en partant de 0. Les scores peuvent être calculés en sous-échelles ou additionnés pour obtenir un score total, qui peut donc aller de 0 à 2100.

Un pourcentage peut être obtenu en soustrayant le score à 2100 et en divisant le tout par 21.

Interprétation : Un score élevé sur 2100 représente une moins bonne qualité de vie. Un pourcentage bas correspond à un niveau fonctionnel bas et un pourcentage élevé correspond à un niveau fonctionnel important.

Valeur clinique : Le WORC a démontré une bonne fiabilité test-retest dans plusieurs études pour mesurer la qualité de vie chez des patients présentant une pathologie de la coiffe des rotateurs. Il montre également une bonne validité et une bonne réactivité (élément de la sensibilité). Il est également en corrélation avec l'ASES et le DASH.

Matériel nécessaire : Aucun

Temps nécessaire : 15 minutes environ

Bibliographie :

Ekeberg, Ole M., Erik Bautz-Holter, Einar K. Tveitå, Anne Keller, Niels G. Juel, and Jens I. Brox. "Agreement, Reliability and Validity in 3 Shoulder Questionnaires in Patients with Rotator Cuff Disease." BMC Musculoskeletal Disorders 9 (May 15, 2008): 68.

Kirkley, Alexandra, Christine Alvarez, and Sharon Griffin. "The Development and Evaluation of a Disease-Specific Quality-of-Life Questionnaire for Disorders of the Rotator Cuff: The Western Ontario Rotator Cuff Index." Clinical Journal of Sport Medicine: Official Journal of the Canadian Academy of Sport Medicine 13, no. 2 (March 2003): 84–92.

Raman, Jayaprakash, and Joy C. Macdermid. "Western Ontario Rotator Cuff Index." Journal of Physiotherapy 58, no. 3 (2012): 201.