

# Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments (French Canadian)



Editor: Richard Ohrbach

Version: 20Jan2014

[www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org)

## Critères diagnostiques des Désordres Temporomandibulaires: Outils d'Évaluation

**French Canadian translation by**

*Jean-Paul Goulet DDS, MSD, FRCD(c)*

### **Collaborators**

*Marie-Josée Cauchon*

*Jacques Brouillet DMD*

*Carl Bouchard DMD, MSc*

*Geneviève Romanesky DMD*

*Christine Blanchette*

*Sandra Racine*

*Claire Kingston*

**Faculty of Dental Medicine**

**Université Laval, Quebec, Canada**

Accepted July 4<sup>th</sup>, 2018 by the Consortium

Translation available at [www.RDC-TMDinternational.org](http://www.RDC-TMDinternational.org)

# CONTENU

<b>Survol .....</b>	<b>3</b>
Guide d'impression .....	4
Contenu (liste en anglais pour référence).....	4
Comment citer ce document.....	5
Remerciements.....	7
<b>Évaluation Axe I.....</b>	<b>8</b>
Dépistage Douleur de DTM .....	9
Questionnaire Symptômes de DTM.....	11
Données Démographiques .....	13
Commandes pour Entrevue et Examen Concernant la Douleur.....	16
Formulaire Examen Clinique (FDI) .....	41
<b>Diagnostic .....</b>	<b>44</b>
Arbres Décisionnels .....	45
Table des Critères Diagnostiques.....	48
<b>Évaluation Axis II.....</b>	<b>53</b>
Morphographie de la Douleur .....	55
Échelle Graduée de Douleur Chronique (GCPS Version 2).....	57
Échelle de Limitation Fonctionnelle de la Mandibule-8 (JFLS-8).....	59
Échelle de Limitation Fonctionnelle de la Mandibule-20 (JFLS-20).....	61
Questionnaire sur la Santé du Patient-4 (PHQ-4) .....	63
Questionnaire sur la Santé du Patient-9 (PHQ-9) .....	65
Troubles Anxieux Généralisés-7 (GAD-7) .....	67
Questionnaire sur la Santé du Patient-15 (PHQ-15) .....	69
Inventaire des Habitudes Orales (OBC) .....	71

# Survol

Ce document contient tous les outils d'évaluation reliés au « DC/TMD ». Le téléchargement complet comprend trois (3) documents se rapportant à l'utilisation du « DC/TMD » :

- Ohrbach R (editor) (2016). Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. (this document)
- Ohrbach R, Knibbe W (2016). Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD): Scoring Manual for Self-Report Instruments.
- Ohrbach R, Gonzalez YM, List T, Michelotti A, Schiffman E (2014). Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD): Clinical Examination Protocol.

Tous ces documents sont disponibles à l'adresse [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org). La version originale de ces documents est en anglais; des traductions sont aussi disponibles dans plusieurs langues. Les deux autres documents sont disponibles en version originale anglaise; nous anticipons que les professionnels utilisant le « DC/TMD » se fieront sur les documents en version originale anglaise afin de bien comprendre comment faire l'examen et noter les instruments d'auto-évaluation.

Les outils d'évaluation sous forme d'auto-questionnaires complétés par le patient ou sous forme de commandes verbales de l'examineur au patient reposent de manière critique sur le langage utilisé. Les outils retrouvés dans ce document sont principalement ceux faisant directement interface avec le patient, mais la terminologie employée est spécifiquement liée aux procédures d'évaluation du patient; ces outils incluent aussi le formulaire d'examen, les arbres de décision, et les critères de diagnostic. Ces derniers outils sont également inclus dans ce document; pour les versions traduites du « DC/TMD », elles sont soit en anglais ou traduites. Les traductions des instruments du « DC/TMD » ont été réalisées conformément aux normes INFORM ; voir Ohrbach R, Bjorner J, Jezewski MA, John MT, and Lobbezoo F (2013) Guidelines for Establishing Cultural Equivalency of Instruments; et Ohrbach R (2017) Translation and Adaptation of the DC/TMD Protocol, disponibles à l'adresse URL pré-citée. Veuillez vous référer à ces documents pour connaître les procédures et les exigences spécifiques auxquelles doivent se conformer les instruments traduits pour la validité sémantique et culturelle requises par rapport aux documents sources. Notez que le consortium considère que le protocole d'évaluation et ses instruments sont en perpetual développement et que les versions traduites de ces instruments d'évaluation sont également des travaux en constante évolution soumis à un processus de validation continue, tout comme pour les instruments sources. Enfin, ce document est également sujet à révision; c'est la version 2017\_09\_29.

Déclaration de responsabilité: La production de ces documents ne constitue pas une reconnaissance de leur validité empirique; cela doit être établi séparément et toute documentation de ce type sera disponible sur le site Web du Consortium. Pour les versions traduites, une documentation complète du processus de traduction est disponible sous l'URL pré-cité dans les « Logs » de traduction.

Toute question concernant ce document doit être adressée à l'éditeur ou, pour les versions traduites, au traducteur, selon que la question concerne la version originale en anglais ou une version traduite.

## Guide d'impression

Les usagers de ce document peuvent vouloir seulement imprimer les pages avec les outils d'intérêt. Le tableau ci-dessous répertorie les pages associées à chacun des outils ou sections ou se trouvent ceux-ci. Pour l'utilisateur, il s'agit de copier les numéros de page des sections d'intérêt et de les coller dans le champ «Sélectionner les pages» de la boîte de dialogue de l'imprimante.

Section	Page(s)
Axis I: Dépistage Douleur de DTM	10
Axis I: Tous les Formulaires Cliniques	12, 13, 15, 42, 43
Axis I: Commandes pour Entrevue et Examen Concernant la Douleur	17-40
Axis I: Arbres Diagnostiques et Table des Critères	46, 47, 49-52
Axis II: Dépistage	56, 58, 60, 64, 72
Axis II: Complet	56, 58, 62, 66, 68, 70, 72

## Contenu (liste en anglais comme référence)

### Overview

#### Axis I Assessment

- TMD Pain Screener
- Symptom Questionnaire
- Demographics
- Examination: Pain-related Interview and Examiner Commands
- Examination Form: International (English)

#### Diagnosis

- Decision Tree (English)
- Diagnostic Criteria Table (English)

#### Axis II Assessment

- Pain Drawing
- Graded Chronic Pain (version 2)
- JFLS-8
- JFLS-20
- PHQ-4
- PHQ-9
- GAD-7
- PHQ-15
- Oral Behaviors Checklist

## Comment citer ce document

Les exemples ci-dessous illustrent en fonction de l'utilisation, comment citer à la fois ce document, la version traduite du DC / TMD, ainsi que les documents associés qui peuvent souvent être cités conjointement avec celui-ci. Dans les exemples de citations qui suivent, "Accessed on **<date>**" sera mis à jour au moment d'utiliser une citation dans un document (tel qu'un manuscrit).

### Citation dans la langue source "Anglais"

Citer le document comme suit:

Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org)  
Accessed on **<date>**.

Par exemple:

Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org)  
Accessed on July 1, 2016.

### Citation de la traduction de ce document

Les versions traduites de ce document doivent être citées comme suit si le titre est également traduit:

Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. [Critères Diagnostiques des Désordres Temporomandibulaires: Outils d'Évaluation Version 4July2018] Goulet J-P, Trans. [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on **<date>**.

Les trois documents avec l'ensemble des outils d'évaluation peuvent être utilisés selon cinq scénarios, chacun ayant ses propres exigences de citation.

1. Utilisation de tout le protocole "DC/TMD" (Axe I et Axe II)
  - a. Si seule la version anglaise est utilisée pour l'Axe I et l'Axe II, citez :
    - i. Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol: Version 02June2013. [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on **<date>**.
    - ii. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on **<date>**.
  - b. Si la version anglaise des procédures du protocole d'examen est utilisée et que la version traduite du protocole d'évaluation est utilisée, citez :
    - i. Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol: Version 02June2013. [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on **<date>**.
    - ii. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. [Critères Diagnostiques des Désordres Temporomandibulaires: Outils d'Évaluation Version 4July2018] Goulet J-P, Trans. [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on **<date>**.

- c. Si une version entièrement traduite du protocole d'examen est utilisée avec la version traduite du protocole d'évaluation, citez :
  - i. Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol: Version 02June2013. [*Title in target language: <target language> Version 02June2013*] *<Developer name or names>*, Trans. [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on *<date>*.
  - ii. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. [*Title in target language: <target language> Version 25May2016*] *<Developer name or names>*, Trans. [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on *<date>*.
2. Utilisation seule de l'Axe I "DC/TMD"
  - a. Si seule la version anglaise du protocole d'examen est utilisée, citez :
    - i. Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol: Version 02June2013. [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on *<date>*.
  - b. Si seules les commandes d'examen sont traduites, citez :
    - i. Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol: Version 02June2013. [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on *<date>*.
    - ii. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. [*Critères Diagnostiques des Désordres Temporomandibulaires: Outils d'Évaluation Version 4July2018*] Goulet J-P, Trans. [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on *<date>*.
  - c. Si une version entièrement traduite du protocole d'examen est utilisée, citez :
    - i. Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol: Version 02June2013. [*Critères Diagnostiques des Désordres Temporomandibulaires: Outils d'Évaluation Version 4July2018*] Goulet J-P, Trans. [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on *<date>*.
3. Utilisation seule de l'Axe II "DC/TMD"
  - a. Si seule la version anglaise du protocole de l'Axe II est utilisée, citez :
    - i. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on *<date>*.
  - b. Si la version traduite des outils de l'Axe II est utilisée, citez :
    - i. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. [*Critères Diagnostiques des Désordres Temporomandibulaires: Outils d'Évaluation Version 4July2018*] Goulet J-P, Trans. [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on *<date>*.

4. Citation du manuel de pointage des outils d'auto-évaluation
  - a. Si seule la version anglaise de ce document est utilisée, citez :
    - i. Ohrbach R, Knibbe W. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Scoring Manual for Self-Report Instruments. Version 29May2016. [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org) Accessed on **<date>**.
5. Utilisation d'une partie seulement de l'Axe II "DC/TMD"
  - a. Si seules les versions anglaises des instruments sont utilisées, l'utilisateur doit citer la source originale du ou des instruments utilisés. Par exemple, si seulement le questionnaire de dépistage de la douleur de DTM et le JFLS sont utilisés; l'utilisateur citerait respectivement Gonzalez et al, 2011, et Ohrbach et al, 2008.
  - b. Si des versions traduites des instruments étaient utilisées, l'utilisateur citerait les instruments sources ainsi que le document entièrement traduit de l'instrument d'évaluation.

## Remerciements

The DC/TMD is the result of many, many individuals and sponsors, and the assessment instruments in this document are an outcome of that very large process. Ohrbach and Dworkin, Journal of Dental Research, 2016 provide, as published acknowledgments, a full list of all of the contributors to the DC/TMD from research, publications, and workshops. This document, as a container for the assessment instruments in both English and translated forms, is yet another collaboration. To that end, the editor thanks Thomas List (Malmö, Sweden) and Ambra Michelotti (Naples, Italy) for their assistance regarding the structure and formatting of the completed DC/TMD. In addition, the editor expresses gratitude to Wendy Knibbe (ACTA, Amsterdam, The Netherlands) and to Birgitta Häggman-Henrikson (University of Malmö, Sweden) for their assistance in shaping this document, the major public face of the DC/TMD assessment tools. I also thank Wendy Knibbe and Yoly Gonzalez (University at Buffalo, NY, US) for their complementary assistance in helping refine the English version of all of the assessment instruments during the first translations of the DC/TMD (to Dutch, and to Spanish, respectively) by catching mistakes and typographical errors throughout the documents. Wendy and Yoly have provided all of us with better assessment instruments.

## Évaluation Axe I

Utilisation standard		Instrument	Source
Dépistage	Complet		
✓		Dépistage Douleur de DTM	Gonzalez YM, Schiffman E, Gordon G, Seago B, Truelove EL, Slade G, Ohrbach R. Development of a brief and effective temporomandibular disorder pain screening questionnaire: reliability and validity. <i>JADA</i> 142:1183-1191, 2011. Form version: October 11, 2013
	✓	Questionnaire Symptômes de DTM	Impact Study Research Group Form Version: May 12, 2013
	✓	Données Démographiques	Impact Study Research Group Form Version: May 12, 2013
	✓	Commandes pour Entrevue et Examen Concernant la Douleur	Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E Form Version: May 12, 2013 Diagnosis list added November 30, 2014
	✓	Formulaire Examen Clinique Amérique du Nord et FDI	Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E Form Version: May 12, 2013 Diagnosis list added November 30, 2014



## **Dépistage Douleur de DTM**

## DÉPISTAGE DOULEUR DE DTM

1. Au cours de 30 derniers jours, combien de temps a duré toute douleur à votre mâchoire ou à la tempe, d'un côté ou de l'autre?
  - a. Aucune douleur
  - b. La douleur apparaît et disparaît
  - c. Douleur toujours présente
  
2. Au cours des 30 derniers jours, avez-vous eu de la douleur ou une raideur à la mâchoire au réveil?
  - a. Non
  - b. Oui
  
3. Au cours des 30 derniers jours, est-ce que les activités suivantes ont modifié (amélioré ou aggravé) toute douleur à la mâchoire ou à la tempe d'un côté ou de l'autre?
  - A. Mastiquer des aliments durs ou coriaces.
    - a. Non
    - b. Oui
  
  - B. Ouvrir votre bouche ou bouger votre mâchoire vers l'avant ou sur le côté.
    - a. Non
    - b. Oui
  
  - C. Habitudes de la mâchoire tel que garder les dents ensemble, serrer, grincer des dents, ou mâcher de la gomme.
    - a. Non
    - b. Oui
  
  - D. Autres activités de la mâchoire tel que parler, embrasser ou bâiller.
    - a. Non
    - b. Oui

## **Questionnaire Symptômes de DTM**

# QUESTIONNAIRE SYMPTÔMES DE DTM

Nom du patient \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## DOULEUR

1. Avez-vous déjà eu de la douleur à la mâchoire, à la tempe, à l'intérieur de l'oreille ou devant l'oreille, d'un côté ou de l'autre? Non ☐ Oui ☐

**Si vous avez répondu NON, passez à la Question 5.**

2. Il y a combien d'années ou de mois qu'a commencé pour la première fois votre douleur à la mâchoire, à la tempe, à l'intérieur de l'oreille ou devant l'oreille? \_\_\_\_\_ années \_\_\_\_\_ mois

3. Au cours des 30 derniers jours, qu'est-ce qui décrit le mieux toute douleur à votre mâchoire, à la tempe, à l'intérieur de l'oreille ou devant l'oreille, d'un côté ou de l'autre?
- Choisissez UNE réponse
- ☐ Aucune douleur
- ☐ Douleur qui vient et part
- ☐ Douleur toujours présente

**Si vous avez répondu NON à la Question 3, passez à la Question 5.**

4. Au cours des 30 derniers jours, est-ce que les activités suivantes ont modifié (c'est-à-dire amélioré ou aggravé) toute douleur à votre mâchoire, à la tempe, à l'intérieur de l'oreille ou devant l'oreille, d'un côté ou de l'autre?

	Non	Oui
A. Mastiquer des aliments durs ou coriaces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Ouvrir votre bouche ou déplacer votre mâchoire vers l'avant ou de côté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Habitudes de la mâchoire tel que tenir les dents ensemble, serrer/grincer des dents, ou mâcher de la gomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Autres activités de la mâchoire tel que parler, embrasser ou bâiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## MAUX DE TÊTE

5. Au cours des 30 derniers jours, avez-vous eu des maux de tête qui comprenaient la région de la tempe? Non ☐ Oui ☐

**Si vous avez répondu NON à la Question 5, passez à la Question 8.**

6. Depuis combien d'années ou de mois est-ce que vos maux de tête à la tempe ont commencé pour la première fois? \_\_\_\_\_ années \_\_\_\_\_ mois

7. Au cours des 30 derniers jours, est-ce que les activités suivantes ont modifié (c'est-à-dire amélioré ou aggravé) tout maux de tête dans la région de la tempe d'un côté ou de l'autre?

	Non	Oui
A. Mastiquer des aliments durs ou coriaces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Ouvrir votre bouche ou déplacer votre mâchoire vers l'avant ou de côté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Habitudes de la mâchoire tel que tenir les dents ensemble, serrer/grincer des dents, ou mâcher de la gomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Autres activités de la mâchoire tel que parler, embrasser ou bâiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BRUITS ARTICULAIRES				Usage par l'examineur		
		Non	Oui	D	G	NSP
8.	Au cours des 30 derniers jours, avez-vous eu n'importe quel bruit articulaire en bougeant ou utilisant la mâchoire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>BLOCAGE FERMÉ DE LA MÂCHOIRE</b>						
9.	Avez-vous déjà eu la mâchoire bloquée ou coincée, même pour un instant, de sorte à ne <u>pas</u> pouvoir ouvrir AU COMPLET?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si vous avez répondu NON à la Question 9, passez à la Question 13.</b>						
10.	Est-ce que le blocage ou le coincement de votre mâchoire, même pour un instant, a été suffisamment grave pour limiter votre ouverture de bouche et interférer avec votre habileté à manger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Au cours des 30 derniers jours, est-ce que votre mâchoire a bloqué pour ne pas pouvoir ouvrir COMPLÈTEMENT, même un instant, pour ensuite débloquer et pouvoir ouvrir AU COMPLET?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si vous avez répondu NON à la Question 11, passez à la Question 13.</b>						
12.	Est-ce que votre mâchoire est présentement bloquée ou limitée de sorte à ne <u>pas</u> pouvoir <u>ouvrir</u> AU COMPLET?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>BLOCAGE OUVERT DE LA MÂCHOIRE</b>						
13.	Au cours des 30 derniers jours, est-ce que votre mâchoire a bloqué ou coincé en ouvrant la bouche toute grande, même un instant, de sorte à ne <u>pas</u> pouvoir <u>fermer</u> à partir de cette position grande ouverte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si vous avez répondu NON à la Question 13, vous avez terminé.</b>						
14.	Au cours des 30 derniers jours, lorsque votre mâchoire était bloquée ou coincée grande ouverte, avez-vous eu à faire quelque chose pour fermer tel que la mettre au repos, la bouger, la pousser ou la manipuler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **Données Démographiques**

# CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DES DÉSORDRES TEMPOROMANDIBULAIRES

## Données Démographiques

---

1.	Quel est votre état civil actuel?	
	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait
	<input type="checkbox"/> Séparé(e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)
		<input type="checkbox"/> Jamais marié(e)

---

2.	Quel est votre groupe ethnique ?	
	<input type="checkbox"/> Hispanique	<input type="checkbox"/> Anglo-saxon
	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Autochtone
		<input type="checkbox"/> Ne sait pas

---

3.	Quelle est votre origine raciale? Indiquez tout ce qui s'applique.	<input type="checkbox"/> Blanc d'Amérique, d'Europe
		<input type="checkbox"/> Inuit, Amérindien, Métis
		<input type="checkbox"/> Noir d'Amérique, de Haïti, d'Afrique
		<input type="checkbox"/> Asiatique
		<input type="checkbox"/> Hispanique
		<input type="checkbox"/> Autre

---

4.	Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?	<input type="checkbox"/> Études secondaires
		<input type="checkbox"/> Formation professionnelle
		<input type="checkbox"/> Études collégiales en partie (CEGEP)
		<input type="checkbox"/> Études collégiales (CEGEP)
		<input type="checkbox"/> Universitaire premier cycle
		<input type="checkbox"/> Universitaire 2e ou 3e cycle

---

5.	Quel est votre revenu familial annuel ? Inclure toutes les sources de revenu des membres de la famille tel que pourboires, salaire, investissements, etc.	<input type="checkbox"/> \$0 - \$19,999
		<input type="checkbox"/> \$20,000 - \$39,999
		<input type="checkbox"/> \$40,000 - \$59,999
		<input type="checkbox"/> \$60,000 - \$79,999
		<input type="checkbox"/> \$80,000 - \$99,999
		<input type="checkbox"/> \$100,000 - \$149,999
		<input type="checkbox"/> \$150,000 et plus

---

## **Commandes pour Entrevue et Examen Concernant la Douleur**



## 5 Spécifications complètes pour l'examen DC/TMD

### 5.1 Survol [voir à la fin du document pour l'auteur et le titre]

Les spécifications complètes sont destinées à optimiser la fiabilité des techniques cliniques pour le chercheur et le clinicien.

Les commandes verbales et les procédures associées utilisées pour chaque composante de l'examen clinique sont présentées dans un format tableau pour référence immédiate. Le lecteur devrait référer à la Section 2 (Instructions générales) et la Section 3 (Description des procédures pour l'examen DC/TMD) pour de plus amples détails concernant ces procédures. Les figures mentionnées ci-dessous se trouvent à la Section 7. L'énumération des procédures d'examen dans cette section correspond à l'énumération de la Section 3 et celle du Formulaire d'examen DC/TMD (Section 9). On trouve à la Section 6, l'Entrevue sur la douleur se rapportant à l'examen à laquelle on réfère fréquemment dans le protocole qui apparaît plus bas. La Section 8 contient seulement les directives verbales obligatoires (Voir 5.1, Conventions de clarification) qui servent à deux fins : faciliter l'apprentissage des composantes de base de l'examen structuré et des commandes obligatoires, seules parties du Protocole d'examen clinique DC/TMD qui doivent être traduites pour l'utilisation des spécifications d'examen dans une autre langue.

### 5.2 Conventions pour la Section 5.3

1. Les "Commandes verbales" utilisées par l'examineur ont quatre formes:
  - a. **Le texte en caractère gras** identifie les commandes verbales à énoncer mot pour mot par l'examineur.
  - b. **Le texte en caractère régulier** identifie les commandes verbales ou les instructions pour lesquelles une utilisation stricte n'est pas attendue. L'examineur s'en remet à l'intention de la directive ou de l'instruction et transmet cette intention au patient.
  - c. **[ Le texte entre crochets ]** indique des commandes facultatives.
    - i. "Placez votre mâchoire dans une position confortable [en laissant un espace entre vos dents d'en arrière]" réfère à une position standard de référence jugée nécessaire par le patient avant la plupart des procédures d'examen. Cette directive est utilisée à partir de ce que le patient fait de façon fortuite. Si le patient ramène automatiquement sa mandibule dans une "position confortable" après avoir complété une procédure, l'examineur n'en n'a pas plus à faire. Sinon, l'examineur devrait utiliser cette commande. Ceci est inclus avec chaque série de procédures afin de rappeler à l'examineur que la procédure suivante prend comme point de départ cette position neutre.
    - ii. Toutes les autres commandes facultatives traitent de situations courantes et doivent être utilisées selon les besoins en fonction de la réponse du patient pendant la procédure d'examen.
  - d. **< Le texte entre onglets >** identifie les instructions à l'examineur.
2. **Le texte en italique** dénote des commentaires et des clarifications concernant des commandes verbales; le chevauchement des commentaires et des clarifications dans cette section est intentionnel tout comme dans les Sections 1 et 2.
3. **TOUT LE TEXTE EN MAJUSCULE** sous "Commandes verbales" ou "Procédures de l'examineur" indique des instructions conditionnelles.
4. **| Les options de réponses |** sont placées entre des barres verticales.

## 5.3 Spécifications

CONCEPT	COMMANDE VERBALE	PROCÉDURE DE L'EXAMINATEUR
<b>E1. Confirmation par l'examineur de la localisation de la douleur et du mal de tête</b>		
<i>Identification de l'information</i>	<aucune>	L'examineur inscrit sur le formulaire d'examen le nom du patient, le nom de l'examineur et la date.
<i>Instructions au patient</i>	<p><b>Avant de débiter l'examen, j'aimerais revoir quelques points avec vous.</b></p> <p><b>Je vais vous questionner sur la douleur, et vous seulement savez si vous avez de la douleur. Quand je vous questionne à propos de la douleur, je veux que vous disiez soit oui ou non. Si vous n'êtes pas certain(e), donnez-moi votre meilleure réponse.</b></p> <p><b>Si vous ressentez de la douleur, je vais aussi vous demander si cette douleur est habituelle. Une douleur habituelle réfère à une douleur similaire ou semblable à la douleur que vous avez pu avoir au même endroit au cours des 30 derniers jours.</b></p> <p><b>Si vous ressentez de la douleur dans la région de la tempe, je vais vous demander si cette douleur ressemble à tout mal de tête que vous avez pu avoir dans la région de la tempe au cours des 30 derniers jours.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● La douleur telle qu'on l'entend ici est absolue et la traduction dans une autre langue exige de porter attention aux normes culturelles. Le but consiste à rendre le patient responsable de déterminer s'il y a présence de douleur et la seule réponse possible est "oui" ou "non".</li> <li>● La définition de "douleur habituelle" peut exiger une explication lorsqu'on y réfère pour la première fois durant l'examen. D'autres synonymes incluent "similaire" ou "semblable".</li> </ul>
<i>Portée de l'examen: régions anatomiques d'intérêt</i> <i>Figure 1</i>	<p><b>Pour les besoins de cet examen, je suis intéressé(e) par la douleur que vous pouvez avoir dans ces régions....</b></p> <p><b>... et aussi à l'intérieur de la bouche.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● L'examineur touche simultanément des deux côtés ces 4 régions selon l'ordre suivant: temporale, pré-auriculaire, massétérienne, et sous-mandibulaire postérieure.</li> <li>● L'examineur dit "ici" en touchant chacune de ces régions.</li> <li>● Les régions anatomiques <u>ne sont pas</u> nommées lorsqu'elles sont touchées.</li> </ul>
<i>E1a</i> <i>Site de la douleur: 30 derniers jours</i> <i>Figures 2 &amp; 3</i>	<p><b>Au cours des 30 derniers jours, avez-vous ressenti de la douleur dans ces régions [celles que j'ai touchées]?</b></p> <p>Si "OUI"</p> <p><b>Pourriez-vous pointer avec votre doigt chaque région où vous avez ressenti de la douleur [au cours des 30 derniers jours]?</b></p>	<p><b>SI LE PATIENT NE RAPPORTE PAS DE DOULEUR DANS LES RÉGIONS D'INTÉRÊT:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Indiquez "Non" pour chaque côté, droit et gauche, en Q1a.</li> </ul> <p><b>SI LE PATIENT RAPPORTE DE LA</b></p>

CONCEPT	COMMANDE VERBALE	PROCÉDURE DE L'EXAMINATEUR
	<p><b>Est-ce qu'il y a d'autres régions où vous avez ressenti de la douleur [au cours des 30 derniers jours]?</b></p> <p>Si "OUI", L'EXAMINATEUR CONFIRME: Laissez-moi confirmer ces régions.</p>	<p><b>DOULEUR DANS LES RÉGIONS D'INTÉRÊT:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● L'examineur s'informe pour tous les endroits</li> <li>● L'examineur confirme le site avec le patient en touchant les endroits concernés en demandant "ici" ?</li> <li>● Enregistrez les sites de douleur en Q1a.</li> </ul>
<p><i>E1b</i> <i>Site du mal de tête des 30 derniers jours.</i></p>	<p><b>Au cours des 30 derniers jours, avez-vous eu des maux de tête?</b></p> <p>Si "OUI": <b>Pourriez-vous pointer avec votre doigt chaque région où vous avez ressenti un mal de tête [au cours des 30 derniers jours]?</b></p>	<p>SI LE PATIENT NE RAPPORTE AUCUN MAL DE TÊTE OU AUCUN MAL DE TÊTE AUX ENDROITS INDIQUÉS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Indiquez "Non" pour chaque côté, droit et gauche, en Q1b.</li> </ul>
	<p><b>Est-ce qu'il y a d'autres régions où vous avez eu un mal de tête [au cours des 30 derniers jours]?</b></p> <p>Si "OUI", L'EXAMINATEUR CONFIRME: Laissez-moi confirmer ces régions.</p>	<p>SI LE PATIENT RAPPORTE UN MAL DE TÊTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● L'examineur s'informe pour chaque endroit</li> <li>● L'examineur confirme le site avec le patient en touchant les endroits concernés en demandant "ici?"</li> <li>● Indiquez le site du mal de tête en Q1b.</li> </ul>
<b>E2 Relation des Incisives</b>		
<p><i>Choisir les dents de référence au maxillaire et à la mandibule</i></p>	<p><i>Afin de voir les dents</i> Ouvrez la bouche un peu.</p> <p>Je vais faire des marques de crayon sur vos dents; je les enlèverai à la fin de l'examen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Les dents de référence potentielles au maxillaire et à la mandibule doivent être visualisées en même temps puisqu'elles sont choisies conjointement.</li> <li>● Choisir l'incisive centrale supérieure droite (US#8; FDI #11) si le bord incisif est horizontal, la dent est dans l'axe vertical et non pas en rotation; autrement, choisir l'incisive centrale supérieure gauche US#9 (FDI #21) si cela répond mieux aux critères. Voir Section 3, E2, pour d'autres instructions. Indiquer la dent sélectionnée sur le formulaire d'examen.</li> <li>● Noter que le centre mésio-distal de la dent de référence au maxillaire sera la position spécifique de référence au maxillaire pour toutes les mesures de mobilité verticale et protrusive.</li> <li>● Sélectionnez la dent de référence à la</li> </ul>

CONCEPT	COMMANDE VERBALE	PROCÉDURE DE L'EXAMINATEUR
		<p>mandibule qui est opposée au centre mésio-distal de la dent de référence du maxillaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● L'emplacement du bord incisif de la dent de référence à la mandibule qui est opposée au centre mésio-distal de la dent de référence du maxillaire représente la position de référence à la mandibule pour toutes les mesures de mobilité verticale.</li> <li>● La face buccale de la dent de référence à la mandibule, opposée au centre mésio-distal de la dent de référence du maxillaire, représente la position de référence à la mandibule pour toutes les mesures de mobilité en protrusion.</li> <li>● En présence d'une occlusion croisée antérieure ou d'une béance, la mesure spécifique inclura alors la mention "négatif" dans le champ sur le formulaire d'examen.</li> </ul>
<p><i>Ligne de référence – chevauchement vertical</i></p> <p><i>Figure 4</i></p>	<p><b>Fermez vos dents arrière complètement ensemble.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Avec un crayon, marquez la ligne horizontale de référence là où le bout incisif de la dent sélectionnée au maxillaire supérieur chevauche la dent opposée à la mandibule.</li> <li>● En présence d'une occlusion croisée antérieure, inversez les instructions.</li> </ul>
<p><i>Ligne de référence – ligne médiane de référence mandibulaire</i></p> <p><i>Figures 5 &amp; 6</i></p>	<p>[Fermez vos dents arrière complètement ensemble.]</p> <p>&lt;Si nécessaire, demandez au patient d'ouvrir un peu la bouche afin de visualiser les embrasures mandibulaires.&gt;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Évaluez les lignes médianes au maxillaire et à la mandibule; si l'écart entre les lignes médianes maxillaire et mandibulaire est &lt; 1mm, alors indiquez "0" mm.</li> <li>● Si l'écart entre les lignes médianes est <math>\geq 1</math> mm, choisir l'une des méthodes suivantes:</li> <li>● <u>Méthode 1</u>: Mesurez dans le plan frontal l'écart (<math>\geq 1</math> mm) entre la ligne médiane du maxillaire et de la mandibule tout en notant la direction du déplacement de la ligne médiane mandibulaire par rapport à la ligne médiane maxillaire. La ligne médiane mandibulaire devient la référence pour mesurer le mouvement latéral de la mandibule.</li> <li>● <u>Méthode 2</u>: Tracez une ligne verticale sur la face buccale de l'incisive maxillaire et prolonger cette ligne sur</li> </ul>

CONCEPT	COMMANDE VERBALE	PROCÉDURE DE L'EXAMINATEUR
		<p>l'incisive mandibulaire opposée. La ligne verticale tracée sur les deux incisives devient la ligne médiane de référence.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Méthode 3: Prolongez avec un trait de crayon vertical la ligne médiane maxillaire sur l'incisive mandibulaire opposée. La ligne verticale tracée sur l'incisive mandibulaire devient la ligne médiane de référence pour la mandibule.</li> <li>● En présence d'une occlusion croisée antérieure, inversez les instructions ci-haut mentionnées pour le maxillaire et la mandibule.</li> <li>● Avec la Méthode 1, enregistrez la mesure et la direction du déplacement.</li> <li>● Avec les Méthodes 2 et 3, enregistrez la valeur "0".</li> </ul>
<p><i>Chevauchement horizontal des incisives</i></p> <p><i>Figure 7</i></p>	<p>[Fermez vos dents arrière complètement ensemble.]</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Vérifiez que les dents sont en intercuspidation maximale.</li> <li>● Mesurez dans le plan horizontal la distance entre la face buccale de l'incisive maxillaire sélectionnée et la face buccale de l'incisive inférieure opposée au point central mésiodistal.</li> <li>● S'il y a une occlusion croisée antérieure, indiquez "négatif".</li> <li>● Enregistrez la mesure.</li> </ul>
<p><i>Chevauchement vertical des incisives</i></p> <p><i>Figure 8</i></p>	<p>&lt; Demandez au patient d'ouvrir suffisamment grand pour pouvoir mesurer le chevauchement vertical. &gt;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mesurez la distance de recouvrement de l'incisive mandibulaire par l'incisive maxillaire.</li> <li>● S'il y a une béance antérieure, mesurez la distance entre le bout incisif des incisives maxillaire et mandibulaire et indiquez "négatif".</li> <li>● S'il y a une occlusion croisée antérieure, inversez les instructions ci-haut mentionnées pour le maxillaire et la mandibule.</li> <li>● Enregistrez la mesure.</li> </ul>
<b>E3. Patron d'ouverture (supplément)</b>		
<p><i>Patron d'Ouverture</i></p>	<p><b>Fermez vos dents arrière complètement ensemble.</b></p> <p><b>Je voudrais que vous ouvriez</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Notez si le mouvement d'ouverture est: droit (pas de déviation observée: <math>\leq 2\text{mm}</math> d'un côté ou de l'autre de la ligne médiane), corrigé (c'est-à-dire une</li> </ul>

CONCEPT	COMMANDE VERBALE	PROCÉDURE DE L'EXAMINATEUR
<i>Figures 9 &amp; 10</i>	<p><b>lentement votre bouche aussi grand que vous le pouvez, même si c'est douloureux, puis fermer et remettre de nouveau vos dents arrière complètement ensemble.</b></p> <p>Répétez 2 autres fois.</p> <p><u>Version alternative:</u>  <i>En anglais, l'expression familière est "ouvrez aussi grand que vous pouvez" mais dans d'autres langues cela peut être différent; par exemple, "le plus grand possible" serait la meilleure façon de le dire.</i></p>	<p>déviations avec courbure en S ou C), ou sans correction (c'est-à-dire une déviation latérale).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pour une déviation non corrigée, notez lors de l'ouverture maximale si la déviation se fait à droite ou à gauche.</li> <li>● On peut choisir plus d'une option; ceci permet de noter tout type de mouvement au cas où le mouvement ne peut être reproduit lors d'essais répétés.</li> <li>● Répéter 2 autres fois.</li> </ul>
<b>E4. Mouvements d'ouverture</b> <b>4A. OUVERTURE SANS DOULEUR</b>		
<i>Position de la règle pour la mesure des mouvements verticaux</i>	<aucune>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Placez l'extrémité "0" de la règle millimétrique (voir Section 1) sur le bout incisif de la dent de référence à la mandibule.</li> </ul>
<p><b>E4A</b>  <b>Ouverture sans douleur</b>  <i>Figure 11</i></p>	<p><b>Je voudrais que vous ouvriez la bouche aussi grand que vous le pouvez sans ressentir aucune douleur, ou sans augmenter toute douleur que vous pouvez avoir maintenant.</b></p> <p><u>Version alternative:</u>  <i>En anglais, l'expression familière est "ouvrez aussi grand que vous pouvez" mais dans d'autres langues cela peut être différent; par exemple, "le plus grand possible" serait la meilleure façon de le dire. Cette version alternative peut être utilisée aussi à 4B et 4C.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mesurez la distance inter-incisive entre les dents de référence du maxillaire et de la mandibule.</li> <li>● Enregistrez cette mesure.</li> </ul>
<b>4B. OUVERTURE MAXIMUM SANS ASSISTANCE</b>		
<i>Position de départ</i>	<aucune>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● L'ouverture maximale sans assistance peut souvent être évaluée immédiatement après avoir pris la mesure de l'ouverture sans douleur, sans que le patient ne referme la bouche.</li> </ul>
<p><b>E4B</b>  <b>Ouverture maximum sans</b></p>	<p><b>Je voudrais que vous ouvriez la bouche aussi grand que vous le pouvez, même si c'est douloureux.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Positionnez la règle comme en 4A.</li> <li>● Mesurez la distance inter-incisive entre les dents de référence du maxillaire et</li> </ul>

CONCEPT	COMMANDE VERBALE	PROCÉDURE DE L'EXAMINATEUR
<i>assistance</i> <i>Figure 12</i>		de la mandibule. ● Enregistrez cette mesure.
<i>E4B</i> <i>Douleur après</i> <i>OMSA</i> <i>Figure 13</i>	<b>Avez-vous ressenti de la douleur avec ce mouvement?</b> Voir ENTREVUE SUR LA DOULEUR 6.2.1: Douleur provoquée par une manipulation 6.2.4: Douleur habituelle	● Confirmez la structure anatomique identifiée par le patient comme étant le site de la douleur. ● Enregistrez cette observation.
<b>4C. OUVERTURE MAXIMUM ASSISTÉE</b>		
<i>Instructions</i>	<b>Dans un instant je vais tenter, [si possible], d'ouvrir votre bouche plus grand avec mes doigts. Si vous voulez que j'arrête, levez la main et j'arrêterai immédiatement.</b>	<aucune>
<i>E4C</i> <i>Ouverture maximum assistée</i> <i>Figure 14</i>	Je vais placer ma règle [pause]  <b>Maintenant ouvrez la bouche aussi grand que vous le pouvez, même si c'est douloureux, comme vous l'avez fait précédemment. [pause]</b>  Vous sentirez mes doigts  <b>S'il vous plait, détendez votre mâchoire afin que je puisse vous aider à ouvrir plus grand, si possible. [pause]</b>	● Positionnez la règle comme en 4A. ● S'assurer que le patient ouvre initialement aussi grand que lors de l'ouverture maximale sans aide. ● Sinon, demandez au patient d'ouvrir plus grand. ● Placez le pouce sur le bout des incisives centrales maxillaires et croisez l'index sur le bout des incisives centrales mandibulaires. (L'orientation des doigts dépend de la position de l'examineur en face du patient). ● Soutenez la mandibule avec les doigts avant de dire "S'il vous plait détendez-vous ...". ● En exerçant une pression modérée, forcez l'ouverture jusqu'à ce que (1) vous sentiez une résistance, ou (2) que le patient lève la main. NOTE: Faire preuve de jugement pour éviter l'hyper-extension. ● Mesurez la distance inter-incisive entre les dents de référence du maxillaire et de la mandibule. ● Enregistrez cette mesure.
<i>E4C</i> <i>Douleur après</i> <i>OMA</i> <i>Figures 15 &amp; 16</i>	<b>Avez-vous ressenti de la douleur lorsque j'ai tenté d'ouvrir votre bouche plus grande avec mes doigts?</b>  Voir ENTREVUE SUR LA DOULEUR	● Confirmez la structure anatomique identifiée par le patient comme étant le site de la douleur. ● Enregistrez cette observation.

CONCEPT	COMMANDE VERBALE	PROCÉDURE DE L'EXAMINATEUR
	6.2.1: Douleur provoquée par une manipulation 6.2.4: Douleur habituelle	
<b>4D. OUVERTURE MAXIMUM ASSISTÉE INTERROMPUE</b>		
<i>E4D</i> <i>Ouverture interrompue</i>	<aucune>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Notez si oui ou non le patient a levé la main durant le processus pour y mettre fin.</li> </ul>
<b>E5. Mouvements en latéralité et protrusion</b>		
<b>5A. EXCURSION LATÉRALE DROITE</b>		
<i>E5A</i> <i>Excursion latérale droite</i> <i>Figure 17</i> <i>Aussi: Figure 21</i>	<p><b>Ouvrez un peu et déplacez votre mâchoire aussi loin que vous le pouvez vers la droite, même si c'est douloureux.</b></p> <p>Gardez votre mâchoire dans cette position jusqu'à ce que je prenne la mesure.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Si le patient est incertain à savoir de quel côté il doit déplacer sa mâchoire, dire "Déplacez votre mâchoire en direction de cette main" en touchant la mâchoire ou l'épaule du patient du côté du mouvement à exécuter.</li> <li>● Placer le "0" de la règle sur la ligne médiane de l'une ou l'autre dent de référence au maxillaire ou à la mandibule, selon le type de règle utilisée.</li> <li>● Mesurer la distance inter-incisive entre la dent de référence du maxillaire et de la mandibule.</li> <li>● Si la règle couvre le point de référence opposé, déplacez la règle vers le haut ou le bas afin de voir le chiffre.</li> <li>● Enregistrez cette mesure.</li> </ul>
<i>Repositionnement de la mâchoire</i>	[Remplacez votre mâchoire dans une position confortable]	<aucune>
<i>E5A</i> <i>Douleur post-excursion</i> <i>Figure 18</i>	<p><b>Avez-vous ressenti de la douleur avec ce mouvement?</b></p> <p>Voir ENTREVUE SUR LA DOULEUR 6.2.1: Douleur provoquée par une manipulation 6.2.4: Douleur habituelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Confirmez la structure anatomique identifiée par le patient comme étant le site de la douleur.</li> <li>● Enregistrez cette observation.</li> </ul>
<b>5B. EXCURSION LATÉRALE GAUCHE</b>		
<i>E5B</i> <i>Excursion latérale gauche</i> <i>Figure 19</i> <i>Aussi: Figure 21</i>	<p><b>Ouvrez un peu et déplacez votre mâchoire aussi loin que vous le pouvez vers la gauche, même si c'est douloureux.</b></p> <p>Gardez votre mâchoire dans cette position jusqu'à ce que je prenne la mesure.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Si le patient n'est pas certain de savoir de quel côté déplacer sa mâchoire, dire "Déplacez votre mâchoire en direction de cette main" en touchant la mâchoire ou l'épaule du patient du côté du mouvement à exécuter.</li> <li>● Utilisez la règle comme en 5A.</li> <li>● Mesurez la distance inter-incisive entre</li> </ul>



CONCEPT	COMMANDE VERBALE	PROCÉDURE DE L'EXAMINATEUR
		<p>la dent de référence du maxillaire et de la mandibule.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Si la règle couvre le point de référence opposé, déplacez la règle vers le haut ou le bas afin de voir le chiffre.</li> <li>● Enregistrez cette mesure.</li> </ul>
<i>Repositionnement de la mâchoire</i>	[Remplacez votre mâchoire dans une position confortable]	<aucune>
<i>E5B</i> <i>Douleur post-excursion</i> <i>Figure 18</i>	<p><b>Avez-vous ressenti de la douleur avec ce mouvement?</b></p> <p>Voir ENTREVUE SUR LA DOULEUR  6.2.1: Douleur provoquée par une manipulation  6.2.4: Douleur habituelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Confirmez la structure anatomique identifiée par le patient comme étant le site de la douleur.</li> <li>● Enregistrez cette observation.</li> </ul>
<b>5C. PROTRUSION</b>		
<i>E5C</i> <i>Excursion en protrusion</i> <i>Figure 20</i>	<p><b>Ouvrez un peu et déplacez votre mâchoire vers l'avant aussi loin que vous le pouvez même si c'est douloureux.</b></p> <p>Gardez votre mâchoire dans cette position jusqu'à ce que je prenne la mesure.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Placez l'extrémité de la règle avec le zéro contre le centre mésio-distal de la dent de référence au maxillaire avec la règle orientée vers l'avant de sorte que le côté labio-incisif de l'incisive mandibulaire opposée touche les marques millimétriques sur la règle.</li> <li>● Mesurez à partir de la surface labiale de la dent de référence du maxillaire jusqu'à la surface labiale de la dent de référence de la mandibule.</li> <li>● Enregistrez cette mesure.</li> </ul>
<i>Repositionnement de la mâchoire</i>	[Remplacez votre mâchoire dans une position confortable]	<aucune>
<i>E5C</i> <i>Douleur post-protrusion</i> <i>Figure 18</i>	<p><b>Avez-vous ressenti de la douleur avec ce mouvement?</b></p> <p>Voir ENTREVUE SUR LA DOULEUR  6.2.1: Douleur provoquée par une manipulation  6.2.4: Douleur habituelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Confirmez la structure anatomique identifiée par le patient comme étant le site de la douleur.</li> <li>● Enregistrez cette observation.</li> </ul>
<b>E6. Bruits à l'ATM durant les mouvements d'ouverture et de fermeture</b>		
<i>Instructions générales à l'examineur</i>	<aucune>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Les patients peuvent utiliser différents termes pour signifier la présence d'un bruit articulaire unique qui survient (i.e. "craquement", "claquement", "click"); aux fins de l'examen chacun de ces termes désigne un "craquement" et les instructions qui suivent réfèrent au terme "craquement" sur le formulaire</li> </ul>

CONCEPT	COMMANDE VERBALE	PROCÉDURE DE L'EXAMINATEUR
		d'examen.
		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Les patients peuvent utiliser différents termes pour signifier la présence d'un bruit fin ou léger qui survient (c'est-à-dire "frottement", "grincement", "grattement"); aux fins de l'examen chacun de ces termes désigne un "grattement" et les instructions qui suivent réfèrent au terme "grattement" sur le formulaire d'examen.</li> </ul>
<p>&lt; aucune &gt;</p> <p><i>Position des mains pour la palpation des bruits articulaires</i></p> <p><i>Figure 22</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Utiliser la palpation bilatérale ou unilatérale dépend des circonstances et des préférences de l'examineur.</li> <li>● <u>Palpation bilatérale</u>: Placer l'index de chaque main sur l'ATM correspondante. Cette méthode exige que le patient porte attention aux bruits des deux ATM en même temps, ce qui peut être difficile.</li> <li>● <u>Palpation unilatérale</u>: Placer l'index sur l'ATM de la même façon que pour la palpation bilatérale et évaluer premièrement l'ATM droite, puis l'ATM gauche.</li> <li>● Répétez les instructions qui suivent séparément pour chaque ATM.</li> </ul>
<p><i>Instructions concernant les bruits articulaires</i></p>	<p><b>Je vais procéder à l'évaluation des articulations de la mâchoire pour savoir si elles font du bruit. J'aimerais que vous portiez attention puisque je vous demanderai à la fin, si vous avez entendu ou ressenti des bruits.</b></p> <p>[Concentrez-vous sur les deux articulations.]</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pour la palpation bilatérale, touchez aux deux articulations en demandant au patient de porter attention aux deux ATM.</li> <li>● Pour la palpation unilatérale, touchez l'articulation ciblée en demandant au patient de porter attention à cette articulation.</li> </ul>
<p><i>Fermeture complète de la mandibule</i></p>	<p><b>Fermez vos dents arrière complètement ensemble.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● S'assurer que les dents sont en intercuspitation maximale afin d'être certain que l'ATM est en position fermée.</li> </ul>
<p><i>Détection par l'examineur des bruits articulaires à l'ouverture et la fermeture</i></p>	<p><b>Ouvrez lentement aussi grand que vous le pouvez même si c'est douloureux, puis refermer lentement jusqu'à ce que vos dents arrière soient complètement ensemble de nouveau.</b></p> <p><b>Répétez 2 autres fois.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● L'ouverture et la fermeture de la mandibule doivent se faire lentement, environ 2 secondes pour ouvrir et 2 secondes pour fermer. Guider le patient en conséquence.</li> <li>● À la fin de la fermeture, distinguez les bruits articulaires de ceux des dents qui font contact.</li> </ul>

CONCEPT	COMMANDE VERBALE	PROCÉDURE DE L'EXAMINATEUR
		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enregistrez le bruit comme étant un "craquement" ou "grattement" s'il se produit au moins 1 fois lors des 3 mouvements consécutifs d'ouverture/fermeture. Il peut y avoir plusieurs types de bruits pour une seule articulation.</li> </ul>
<p><i>Question(s) au patient concernant un bruit articulaire</i></p>	<p><b>Avez-vous entendu ou ressenti des bruits à l'une ou l'autre articulation de la mâchoire lors de l'ouverture ou de la fermeture?</b></p> <p>Si « OUI »: <b>Quel type de bruit?</b></p> <p>[On peut inciter le patient à utiliser des mots tels que: click, claquement, craquement, grattement, grincement, frottement, etc. pour définir les bruits faits par l'articulation.]</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Au besoin, l'examineur peut questionner le patient afin de confirmer de quel côté est le bruit (droit vs gauche, ou les deux).</li> <li>● Si le patient détecte un bruit mais ne peut dire si c'est un craquement ou un grattement, l'examineur peut de nouveau faire exécuter les mouvements d'ouverture et de fermeture pour que le patient évalue de nouveau le type de bruit.</li> </ul>
<p><i>Renseignement sur la douleur</i></p>	<p>SI LE PATIENT RAPPORTE UN CRAQUEMENT: <b>Avez-vous ressenti de la douleur lorsque le craquement s'est produit?</b></p> <p>See PAIN INTERVIEW Voir ENTREVUE SUR LA DOULEUR 6.2.3: Douleur reliée au craquement 6.2.4: Douleur habituelle</p>	<p>SI L'EXAMINATEUR DÉTECTE UN CRAQUEMENT ALORS QUE LE PATIENT NE DÉTECTE PAS DE BRUIT, ALORS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● "Non" EST ENREGISTRÉ POUR LA DÉTECTION DE BRUIT PAR LE PATIENT.</li> </ul>
<b>E7. Bruits à l'ATM durant les mouvements en latéralité et en protrusion</b>		
<p><i>Général</i></p> <p><i>Figure 23</i></p>	<p>&lt;aucune&gt;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Les index sont placés dans la même position que celle pour évaluer les bruits à l'ATM à l'ouverture et à la fermeture.</li> <li>● Les bruits durant les mouvements en excursion horizontale peuvent être évalués en palpant les deux ATM simultanément ou une seule ATM à la fois.</li> <li>● Les instructions décrites ci-dessous sont en fonction de l'examen d'une ATM à la fois, mais la palpation et l'évaluation bilatérale est permise.</li> <li>● Répétez les instructions si l'examen de chaque ATM est fait séparément.</li> </ul>
<p><i>Bruits articulaires: mouvements en</i></p>	<p><b>Fermez vos dents arrière complètement ensemble, ouvrez un</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Placez les index sur l'ATM</li> </ul>

CONCEPT	COMMANDE VERBALE	PROCÉDURE DE L'EXAMINATEUR
<i>latéralité et protrusion</i>	<p><b>peu et déplacez votre mâchoire vers la droite aussi loin que vous le pouvez, même si c'est douloureux. Replacez votre mâchoire et fermez vos dents arrière complètement ensemble.</b></p> <p><b>Répétez 2 autres fois.</b></p> <p><b>Fermez vos dents arrière complètement ensemble, ouvrez un peu, et déplacez votre mâchoire vers la gauche aussi loin que vous le pouvez, même si c'est douloureux. Replacez votre mâchoire et fermez vos dents arrière complètement ensemble.</b></p> <p><b>Répétez 2 autres fois.</b></p> <p><b>Fermez vos dents arrière complètement ensemble, ouvrez un peu, et déplacez votre mâchoire vers l'avant aussi loin que vous le pouvez, même si c'est douloureux. Replacez votre mâchoire et fermez vos dents arrière complètement ensemble.</b></p> <p><b>Répétez 2 autres fois.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Si le patient n'est pas certain de quel côté il doit déplacer sa mâchoire, dire "Déplacez votre mâchoire en direction de cette main" en touchant la mâchoire ou l'épaule du patient du côté du mouvement à exécuter.</li> <li>● Un diagnostic de déplacement du disque avec réduction exige la présence d'un craquement à l'ouverture <u>ET</u> à la fermeture, <u>OU</u> un craquement à l'ouverture <u>OU</u> à la fermeture jumelé à un craquement durant la protrusion, la latéralité droite ou la latéralité gauche.</li> <li>● La présence de deux types de bruits (craquement et grattamento) à une articulation lors de n'importe quel mouvement peut être suffisante pour mettre fin au test selon le type d'information que l'examineur souhaite obtenir (par exemple, si un bruit survient durant un mouvement en particulier).</li> <li>● Enregistrez l'observation.</li> </ul>
<i>Question(s) concernant les bruits articulaires</i>	<p><b>Avez-vous entendu ou ressenti des bruits dans cette articulation (droite, gauche) lorsque vous avez déplacé la mâchoire vers l'avant ou sur le côté?</b></p> <p>Si OUI:</p> <p><b>Quel type de bruit?</b></p> <p>&lt; On peut inciter le patient à utiliser des mots tels que: click, craquement, claquement, grattamento, grincement, frottement, etc. pour définir les bruits faits par la mâchoire.&gt;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● L'examineur touche à l'ATM droite en posant la question.</li> <li>● L'examineur peut, au besoin, interroger le patient afin de localiser les bruits (ATM droite vs gauche).</li> </ul>
<i>Renseignement sur la douleur</i>	<p>SI LE PATIENT RAPPORTE UN CRAQUEMENT:</p> <p><b>Avez-vous ressenti de la douleur lorsque le craquement s'est produit?</b></p> <p>Voir ENTREVUE SUR LA DOULEUR 6.2.3: Douleur reliée au craquement 6.2.4: Douleur habituelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enregistrez cette observation.</li> </ul>

CONCEPT	COMMANDE VERBALE	PROCÉDURE DE L'EXAMINATEUR
<i>Répétez pour l'articulation gauche</i>	<aucune>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Répétez tout ce qui précède pour l'articulation gauche si les articulations sont évaluées séparément.</li> </ul>
<b>E8. Blocage de l'articulation</b>		
<i>Blocage fermé</i>	<p>&lt; Pour un blocage observé durant l'examen :&gt;</p> <p><b>Pouvez-vous « débloquer » votre mâchoire?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● L'incapacité d'ouvrir la bouche plus grande à partir d'une position partiellement ouverte, même momentanément, est un signe positif.</li> <li>● Notez si le patient ou l'examineur a pu réduire le blocage fermé ou, si cela a été impossible.</li> </ul>
<i>Blocage ouvert</i>	<p>&lt; Pour un blocage observé durant l'examen :&gt;</p> <p><b>Pouvez-vous « débloquer » votre mâchoire?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● L'incapacité à fermer la bouche à partir d'une position complètement ouverte, même momentanément, est un signe positif.</li> <li>● Notez si le patient ou l'examineur a pu réduire le blocage ouvert ou, si cela a été impossible.</li> </ul>
<b>E9. Douleur des muscles et des articulations à la palpation</b>		
<i>Général</i> <i>Figure 24</i>	<aucune>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Choisir la méthode pour palper les muscles les plus volumineux: exhaustive lorsque chaque partie du muscle est palpée ou sélective en choisissant certaines parties du muscle.</li> <li>● Choisir la durée du stimulus: (a) 2 secondes pour l'efficacité sans tenir compte du diagnostic de douleur irradiante et référée (b) 5 secondes afin de réduire les faux diagnostics de douleur irradiante et référée, et mieux identifier l'hyperalgésie.</li> </ul>
<i>Instructions</i>	<p><b>Maintenant je vais appliquer une pression à différents endroits de votre tête, votre visage et votre mâchoire, et je vais vous demander si il y a de la douleur, une douleur habituelle et un mal de tête habituel.</b></p> <p><b>En plus, je vais vous demander si la</b></p>	<aucune>

	<p><b>douleur demeure seulement sous mon doigt ou si vous la sentez aussi n'importe où ailleurs que sous mon doigt.</b></p> <p>Je vais vous suggérer les mots « douleur », « douleur habituelle », « mal de tête habituel » et « seulement sous mon doigt? ».</p> <p>[Si l'examineur le préfère, « va n'importe où ailleurs? » peut être utilisée au lieu de « seulement sous mon doigt ».]</p> <p><b>À chaque fois, je vais appliquer une pression et la maintenir pendant 5 secondes.</b></p>	
<p><i>Calibration de l'examineur</i></p> <p><i>Figure 25</i></p>	< aucune >	<ul style="list-style-type: none"> <li>● L'examineur utilise un "algomètre à pression" et calibre respectivement le doigt de la main droite et celui de la main gauche à 1.0 kg.</li> </ul>
<p><i>Muscle temporal et muscle masséter</i></p> <p><i>Figures 24 &amp; 26-30</i></p>	<p>[On peut demander au patient de serrer les dents ensemble afin d'identifier le bord du muscle.]</p> <p>[SVP relaxez votre mâchoire]</p> <p>Voir ENTREVUE SUR LA DOULEUR</p> <p>6.2.2: Douleur provoquée par la palpation</p> <p>6.2.4: Douleur habituelle</p> <p>6.2.5: Douleur référée</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Palpez les muscles temporal et masséter, un côté à la fois.</li> <li>● Palpez le muscle au complet. Pour une couverture maximale, utilisez trois zones verticales pour le temporal et trois bandes horizontales pour le masséter.</li> <li>● Appliquez 1 kg durant 5 secondes.</li> <li>● Enregistrez les résultats.</li> </ul>
<p><i>Calibration de l'examineur</i></p> <p><i>Figure 33</i></p>	< aucune >	<ul style="list-style-type: none"> <li>● L'examineur utilise un "algomètre à pression" et calibre respectivement le doigt de la main droite et celui de la main gauche à 0.5 kg; en cas de doute, utiliser plus de force plutôt que moins.</li> </ul>
<p><i>ATM: pôle latéral</i></p> <p><i>Figures 31-33</i></p>	<p><b>Ouvrez un peu et déplacez votre mâchoire inférieure vers l'avant, par la suite ramenez-là à sa position normale avec vos dents légèrement séparées.</b></p> <p>Voir ENTREVUE SUR LA DOULEUR</p> <p>6.2.2: Douleur provoquée par la palpation</p> <p>6.2.4: Douleur habituelle</p> <p>6.2.5: Douleur référée</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Examinez le côté droit d'abord, puis examinez le côté gauche. Servez-vous des illustrations pour déterminer l'emplacement de chaque palpation individuelle.</li> <li>● Placez l'index devant le tragus de l'oreille et sur l'ATM du patient.</li> <li>● Appliquez 0.5 kg et maintenez durant 5 secondes.</li> <li>● Enregistrez les résultats.</li> </ul>
<p><i>Calibration de l'examineur</i></p>	< aucune >	<ul style="list-style-type: none"> <li>● L'examineur utilise un "algomètre à pression" et calibre respectivement le doigt de la main droite et celui de la</li> </ul>

Figure 36

main gauche à 1.0 kg.

<p><i>ATM: autour du pôle latéral</i> <i>Figures 34-36</i></p>	<p><b>Ouvrez un peu et déplacez votre mâchoire inférieure un peu vers l'avant et gardez cette position.</b></p> <p>Voir ENTREVUE SUR LA DOULEUR</p> <p>6.2.3: Douleur provoquée par la palpation</p> <p>6.2.4: Douleur habituelle</p> <p>6.2.5: Douleur référée</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Examinez le côté droit d'abord, puis examinez le côté gauche. Servez-vous des illustrations pour déterminer l'emplacement de chaque palpation individuelle.</li> <li>● Placer l'index sur l'aspect postérieur du pôle latéral.</li> <li>● La mandibule est suffisamment en protrusion pour avoir accès à l'aspect postérieur du pôle latéral tout en gardant accès à la face antérieure.</li> <li>● Roulez l'index tout autour du pôle latéral du condyle. L'index doit "appuyer" ou faire contact avec le pôle latéral du condyle tout en faisant un mouvement circulaire régulier qui devrait prendre environ 5 secondes à compléter.</li> <li>● Enregistrez les résultats.</li> </ul>
--	---	---

<b>E10. Sites de palpation supplémentaires</b>		
<i>Calibration de l'examineur</i> <i>Figure 38</i>	< aucune >	L'examineur utilise un "algomètre à pression" et calibre respectivement le doigt de la main droite et celui de la main gauche à 0.5 kg.
<i>Région mandibulaire postérieure</i> <i>Figures 37, 39</i>	<b>Détendez votre mâchoire.</b> [Faites une extension de la tête.] Voir ENTREVUE SUR LA DOULEUR 6.2.3: Douleur provoquée par la palpation 6.2.4: Douleur habituelle 6.2.5: Douleur référée	La cible est le muscle digastrique postérieur. Cette région correspond à la zone entre l'insertion du muscle sternocléidomastoïdien et le bord postérieur de la mandibule.
<i>Région sous-mandibulaire</i> <i>Figures 37, 39</i>	<b>Détendez votre mâchoire.</b> [Abaissez le menton sur la poitrine.] Voir ENTREVUE SUR LA DOULEUR 6.2.3: Douleur provoquée par la palpation 6.2.4: Douleur habituelle 6.2.5: Douleur référée	La cible est le muscle ptérygoïdien médian. Cette région correspond à la zone située 2 cm devant l'angle de la mandibule, et interne à la mandibule.
<i>Région du ptérygoïdien latéral</i> <i>Figure 40</i>	<b>Ouvrez un peu et déplacez votre mâchoire sur le côté.</b> Voir ENTREVUE SUR LA DOULEUR 6.2.3: Douleur provoquée par la palpation 6.2.4: Douleur habituelle 6.2.5: Douleur référée	La cible est le muscle ptérygoïdien latéral. Placer l'index du côté buccal de la crête alvéolaire au-dessus des molaires au maxillaire, déplacez le doigt vers le haut au distal, puis en médian et palpez.
<i>Tendon du temporal</i> <i>Figure 41</i>	<b>Ouvrez la bouche.</b> Voir ENTREVUE SUR LA DOULEUR 6.2.3: Douleur provoquée par la palpation 6.2.4: Douleur habituelle 6.2.5: Douleur référée	Placer le doigt sur la crête antérieure de l'apophyse coronoïde. Palpez la face supérieure de l'apophyse.
<b>E11. Commentaires de l'examineur</b>		
<i>Commentaires sur l'examen</i>	<aucune>	Inclure la description de toutes obstacles physique rencontrés à l'examen ainsi que toutes circonstances ou facteurs modifiants.
<b>FIN DE L'EXAMEN DC/TMD</b>		

Ce document est extrait de:

Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol, Version: June 2, 2013.

NOTE: Le document original est accessible à : [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org).



## 8 Commandes obligatoires de l'examineur

### 8.1 Survol [voir à la fin du document pour l'auteur et le titre]

On présente ici le mot à mot à utiliser des commandes obligatoires de l'examineur tel qu'il apparaît dans la séquence de l'examen complet (Section 4) pour en faciliter l'apprentissage et la révision.

### 8.2 Entrevue sur la douleur liée à l'examen

La numérotation des sous-sections suit celle de l'entrevue sur la douleur liée à l'examen (Section 6)

#### 6.2.1 Pour la douleur provoquée par les mouvements effectués

- **Avez-vous ressenti de la douleur avec ce mouvement?**
- SI OUI à douleur:
  - **Pourriez-vous pointer avec votre doigt chaque région où vous avez ressenti de la douleur.**
  - **Est-ce qu'il y a d'autres régions où vous avez ressenti de la douleur avec ce mouvement? Pointez [avec votre doigt] ces régions.**
  - Allez à INVESTIGATION SUR LA DOULEUR HABITUELLEMENT RESSENTIE.

#### 6.2.2 Pour la douleur provoquée par la palpation

- **Avez-vous ressentie de la douleur [où j'ai appliqué une pression]?**
- SI OUI à douleur: Allez à INVESTIGATION SUR LA DOULEUR HABITUELLEMENT RESSENTIE.

#### 6.2.3 Pour la douleur reliée au craquement

- **Est-ce que ce craquement était douloureux?**
- SI OUI à douleur: Allez à INVESTIGATION SUR LA DOULEUR HABITUELLEMENT RESSENTIE.

#### 6.2.4 Investigation sur la douleur habituellement ressentie

- **Est-ce que cette douleur est semblable à n'importe quelle douleur que vous avez eue dans cette région au cours des 30 derniers jours?**
- SI OUI À DOULEUR HABITUELLEMENT RESSENTIE: **À quoi cette douleur est-elle semblable?**
- SI LE SITE TEMPORAL EST POSITIF: **Est-ce que cette douleur est semblable aux maux de tête ressentis dans cette région au cours des 30 derniers jours?**
- L'examineur s'assure que les sites rapportés de douleur au cours des 30 derniers jours sont conformes avec les rapports positifs de douleur habituelle.

### 6.2.5 Investigation sur la douleur référée

- **Avez-vous ressenti la douleur juste sous mon doigt, ou vous l'avez aussi ressenti ailleurs [dans différentes régions de votre tête, visage ou mâchoire]?**
- **[Montrez-moi où vous avez ressenti la douleur.] Pointez avec votre doigt chaque région où vous venez de ressentir une douleur [en réponse à la pression appliquée].**
- **L'avez-vous ressentie ailleurs?**

## 8.3 Composantes obligatoires de la Section 5: Commandes complètes de l'Examineur

CONVENTIONS POUR CE TABLEAU: Sous « Commande Verbale » le texte en caractère gras représente le mot à mot à utiliser; le verbatim des procédures en caractère gras dans les cellules peut exiger un langage courant plus élaboré pour en permettre l'exécution. Les cellules vides sous « Commande Verbale » indiquent qu'un langage courant est suffisant pour cette procédure; le texte en caractère ordinaire (non-gras) est aussi utilisé pour illustrer le langage courant associé à des procédures particulières. Les procédures avec la mention < aucune > sous « Commande Verbale » indiquent qu'il n'y a aucune commande verbale de l'examineur.

CONCEPT	COMMANDE VERBALE
<b>E1. Confirmation par l'examineur de la localisation de la douleur et des maux de tête</b>	
<i>Identification de l'information</i>	<aucune>
<i>Instructions au patient</i>	<p><b>Avant de débiter l'examen, j'aimerais revoir quelques points avec vous.</b></p> <p><b>Je vais vous questionner sur la douleur, et vous seulement savez si vous avez de la douleur. Quand je vous questionne à propos de la douleur, je veux que vous disiez soit oui ou non. Si vous n'êtes pas certain(e), donnez-moi votre meilleure réponse.</b></p> <p><b>Si vous ressentez de la douleur, je vais aussi vous demander si cette douleur est habituelle. Une douleur habituelle réfère à une douleur similaire ou semblable à la douleur que vous avez pu avoir au même endroit au cours des 30 derniers jours.</b></p> <p><b>Si vous ressentez de la douleur dans la région de la tempe, je vais vous demander si cette douleur ressemble à tout mal de tête que vous avez pu avoir dans la région de la tempe au cours des 30 derniers jours.</b></p>
<i>Portée de l'examen: régions anatomiques d'intérêt</i>	<p><b>Pour les besoins de cet examen, je suis intéressé(e) par la douleur que vous pouvez avoir dans ces régions....</b></p> <p><b>... et aussi à l'intérieur de la bouche.</b></p>
<i>E1a Site de la douleur: 30 derniers jours</i>	<p><b>Au cours des 30 derniers jours, avez-vous ressenti de la douleur dans ces régions [celles que j'ai touchées]?</b></p> <p><b>Si "OUI"</b></p> <p><b>Pourriez-vous pointer avec votre doigt chaque région où vous avez ressenti de la douleur [au cours des 30 derniers jours]?</b></p> <p><b>Est-ce qu'il y a d'autres régions où vous avez ressenti de la douleur [au cours des 30 derniers jours]?</b></p>

E1b Site du mal de tête des 30 derniers jours.	<p><b>Au cours des 30 derniers jours, avez-vous eu des maux de tête?</b></p> <p>Si "OUI":  <b>Pourriez-vous pointer avec votre doigt chaque région où vous avez ressenti un mal de tête</b> [au cours des 30 derniers jours]?</p> <p><b>Est-ce qu'il y a d'autres régions où vous avez eu un mal de tête</b> [au cours des 30 derniers jours]?</p>
<b>E2. Relation des Incisives</b>	
Choisir les dents de référence au maxillaire et à la mandibule	Je vais faire des marques de crayon sur vos dents; je les enlèverai à la fin de l'examen.
Ligne de référence – chevauchement vertical	<b>Fermez vos dents arrière complètement ensemble.</b>
Ligne de référence – ligne médiane de référence mandibulaire	[Fermez vos dents arrière complètement ensemble.]
Chevauchement horizontal des incisives	[Fermez vos dents arrière complètement ensemble.]
Chevauchement vertical des incisives	< Demandez au patient d'ouvrir suffisamment grand pour mesurer le chevauchement vertical.>
<b>E3. Patron d'ouverture (supplément)</b>	
Position de départ	<b>Fermez vos dents arrière complètement ensemble.</b>
Patron d'Ouverture	<p><b>Je voudrais que vous ouvriez lentement votre bouche aussi grand que vous le pouvez, même si c'est douloureux, puis fermer et remettre de nouveau vos dents arrière complètement ensemble.</b></p> <p>Répétez 2 autres fois.</p>
<b>E4. Mouvements d'ouverture</b>	
<b>4A. OUVERTURE SANS DOULEUR</b>	
Position de départ	[Mettez votre bouche dans une position confortable.]
Position de la règle pour la mesure des mouvements verticaux	<aucune>
E4A Ouverture sans douleur	<p><b>Je voudrais que vous ouvriez la bouche aussi grand que vous le pouvez sans ressentir aucune douleur, ou sans augmenter toute douleur que vous pouvez avoir maintenant.</b></p>

4B. OUVERTURE MAXIMUM SANS ASSISTANCE	
<i>Position de départ</i>	[Mettez votre bouche dans une position confortable.]
<i>E4B Ouverture maximum sans assistance</i>	<b>Je voudrais que vous ouvriez la bouche aussi grand que vous le pouvez, même si c'est douloureux.</b>
<i>E4B Douleur après OMSA</i>	<b>Avez-vous ressenti de la douleur avec ce mouvement?</b>
4C. OUVERTURE MAXIMUM ASSISTÉE	
<i>Position de départ</i>	[Mettez votre bouche dans une position confortable.]
<i>Instructions</i>	<b>Dans un instant je vais tenter, [si possible], d'ouvrir votre bouche plus grand avec mes doigts. Si vous voulez que j'arrête, levez la main et j'arrêterai immédiatement.</b>
<i>E4C Ouverture maximum assistée</i>	Je vais placer ma règle [pause] <b>Maintenant ouvrez la bouche aussi grand que vous le pouvez, même si c'est douloureux, comme vous l'avez fait précédemment. [pause]</b> Vous sentirez mes doigts. <b>S'il vous plaît, détendez votre mâchoire afin que je puisse vous aider à ouvrir plus grand, si possible. [pause]</b>
<i>E4C Douleur après OMA</i>	<b>Avez-vous ressenti de la douleur lorsque j'ai tenté d'ouvrir votre bouche plus grande avec mes doigts?</b>
4D. OUVERTURE MAXIMUM ASSISTÉE INTERROMPUE	
<i>E4D Ouverture interrompue</i>	<aucune>
E5. Mouvements en latéralité et protrusion	
5A. EXCURSION LATÉRALE DROITE	
<i>Excursion latérale droite</i>	<b>Ouvrez un peu et déplacez votre mâchoire aussi loin que vous le pouvez vers la droite, même si c'est douloureux.</b> Gardez votre mâchoire dans cette position jusqu'à ce que je prenne la mesure.
<i>E5A Mesure</i>	<aucune>
<i>Repositionnement de la mâchoire</i>	
<i>E5A Douleur post- excursion</i>	<b>Avez-vous ressenti de la douleur avec ce mouvement?</b>

**5B. EXCURSION LATÉRALE GAUCHE**

*Excursion latérale gauche*      **Ouvrez un peu et déplacez votre mâchoire aussi loin que vous le pouvez vers la gauche, même si c'est douloureux.**

Gardez votre mâchoire dans cette position jusqu'à ce que je prenne la mesure.

*E5B  
Mesure*      <aucune>

*Repositionnement  
de la mâchoire*

*E5B  
Douleur post-  
excursion*      **Avez-vous ressenti de la douleur avec ce mouvement?**

**5C. PROTRUSION**

*Excursion en protrusion*      **Ouvrez un peu et déplacez votre mâchoire vers l'avant aussi loin que vous le pouvez même si c'est douloureux.**

Gardez votre mâchoire dans cette position jusqu'à ce que je prenne la mesure.

*E5C  
Mesure*      <aucune>

*Repositionnement  
de la mâchoire*

*E5C  
Douleur post-  
protrusion*      **Avez-vous ressenti de la douleur avec ce mouvement?**

**E6. Bruits à l'ATM durant les mouvements d'ouverture et de fermeture**

<i>Position des mains pour la palpation des bruits articulaires</i>	<aucune>
<i>Instructions concernant les bruits articulaires</i>	<p><b>Je vais procéder à l'évaluation des articulations de la mâchoire pour savoir si elles font du bruit. J'aimerais que vous portiez attention puisque je vous demanderai à la fin, si vous avez entendu ou ressenti des bruits.</b></p> <p>[Concentrez-vous sur les deux articulations.]</p>
<i>Fermeture complète de la mandibule</i>	<b>Fermez vos dents arrière complètement ensemble.</b>
<i>Détection par l'examineur des bruits articulaires à l'ouverture et la fermeture</i>	<p><b>Ouvrez lentement aussi grand que vous le pouvez même si c'est douloureux, puis refermer lentement jusqu'à ce que vos dents arrière soient complètement ensemble de nouveau.</b></p> <p><b>Répétez 2 autres fois.</b></p>
<i>Question(s) au patient concernant un bruit articulaire</i>	<p><b>Avez-vous entendu ou ressenti des bruits à l'une ou l'autre articulation de la mâchoire lors de l'ouverture ou de la fermeture?</b></p> <p>Si « OUI »: <b>Quel type de bruit?</b></p>
<i>Renseignement sur la douleur</i>	<p><b>SI LE PATIENT RAPPORTE UN CRAQUEMENT:</b></p> <p><b>Avez-vous ressenti de la douleur lorsque le craquement s'est produit?</b></p>

**E7. Bruits à l'ATM durant les mouvements en latéralité et en protrusion**

<i>Général</i>	<aucune>
<i>Bruits articulaires: mouvements en latéralité et protrusion</i>	<p>[Effectuer les procédures suivantes pour examiner chacune des articulations, celle de droite, puis celle de gauche. Informez le patient sur quelle articulation se concentrer.]</p> <p><b>Fermez vos dents arrière complètement ensemble, ouvrez un peu et déplacez votre mâchoire vers la droite aussi loin que vous le pouvez, même si c'est douloureux. Replacez votre mâchoire et fermez vos dents arrière complètement ensemble.</b></p> <p><b>Répétez 2 autres fois.</b></p> <p><b>Fermez vos dents arrière complètement ensemble, ouvrez un peu et déplacez votre mâchoire vers la gauche aussi loin que vous le pouvez, même si c'est douloureux. Replacez votre mâchoire et fermez vos dents arrière complètement ensemble.</b></p> <p><b>Répétez 2 autres fois.</b></p> <p><b>Fermez vos dents arrière complètement ensemble, ouvrez un peu et déplacez votre mâchoire vers l'avant aussi loin que vous le pouvez, même si c'est douloureux. Replacez votre mâchoire et fermez vos dents arrière complètement ensemble.</b></p> <p><b>Répétez 2 autres fois.</b></p>

<i>Question(s) concernant les bruits articulaires</i>	<p>Avez-vous entendu ou ressenti des bruits dans cette articulation (droite, gauche) lorsque vous avez déplacé la mâchoire vers l'avant ou sur le côté?</p> <p>Si OUI:</p> <p>Quel type de bruit?</p>
<i>Renseignement sur la douleur</i>	<p>SI LE PATIENT RAPPORTE UN CRAQUEMENT:</p> <p>Avez-vous ressenti de la douleur lorsque le craquement s'est produit?</p>
<b>E8. Blocage de l'articulation</b>	
<i>Blocage fermé</i>	<b>Pouvez-vous « débloquer » votre mâchoire?</b>
<i>Blocage ouvert</i>	<b>Pouvez-vous « débloquer » votre mâchoire?</b>
<b>E9. Douleur des muscles et des articulations à la palpation</b>	
<i>Introduction</i>	<p><b>Maintenant je vais appliquer une pression à différents endroits de votre tête, votre visage et votre mâchoire, et je vais vous demander si il y a de la douleur, une douleur habituelle et un mal de tête habituel.</b></p> <p><b>En plus, je vais vous demander si la douleur demeure seulement sous mon doigt ou si vous la sentez aussi n'importe où ailleurs que sous mon doigt.</b></p> <p>Je vais vous suggérer les mots « douleur », « douleur habituelle », « mal de tête habituel » et « seulement sous mon doigt? ».</p> <p>[Si l'examineur le préfère, l'expression « va n'importe où ailleurs? » peut être utilisée au lieu de « seulement sous mon doigt ».]</p> <p><b>À chaque fois, je vais appliquer une pression et la maintenir pendant 5 secondes.</b></p>
<i>Calibration</i>	<aucune>
<i>Temporal &amp; masséter</i>	< aucune >
<i>Calibration</i>	< aucune >
<i>ATM: pôle latéral</i>	<b>Ouvrez un peu et déplacez votre mâchoire inférieure vers l'avant, par la suite ramenez-là à sa position normale avec vos dents légèrement séparées.</b>
<i>Calibration</i>	<aucune>
<i>ATM: autour du pôle latéral</i>	<b>Ouvrez un peu et déplacez votre mâchoire inférieure un peu vers l'avant et gardez cette position.</b>

E10. Sites de palpation supplémentaires	
<i>Calibration</i>	<aucune>
<i>Région mandibulaire postérieure</i>	<b>Détendez votre mâchoire.</b>
<i>Région sous-mandibulaire</i>	<b>Détendez votre mâchoire.</b>
<i>Région du ptérygoïdien latéral</i>	<b>Ouvrez un peu et déplacez votre mâchoire sur le côté.</b>
E11. Commentaires de l'examineur	
<i>Commentaires sur l'examen</i>	<aucune>
FIN DE L'EXAMEN DC/TMD	

Ce document est extrait de:

Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol, Version: June 2, 2013.

NOTE: Le document original est accessible à : [www.rdc-tmdinternational.org](http://www.rdc-tmdinternational.org).



## **Formulaire Examen Clinique (FDI)**

# FORMULAIRE D'EXAMEN DC/TMD

Date (jj-mm-aaaa)

Patient \_\_\_\_\_ Examineur \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 1a. SITE DOULEUR: 30 derniers jours (Choisir tout ce qui s'applique)

### DOULEUR - DROIT

☐ Non    ☐ Temporal    ☐ Autres musc mast    ☐ Structures  
                   ☐ Masséter    ☐ ATM    non-mast

### DOULEUR - GAUCHE

☐ Non    ☐ Temporal    ☐ Autres musc mast    ☐ Structures  
                   ☐ Masséter    ☐ ATM    non-mast

## 1b. SITE MAL DE TÊTE: 30 derniers jours (Choisir tout ce qui s'applique)

☐ Non    ☐ Temporal    ☐ Autre    ☐ Non    ☐ Temporal    ☐ Autre

## 2. RELATION INCISIVE

Dent référence    ☐ FDI #11    ☐ FDI #21    ☐ Autre

Surplomb  
 incisif horizontal    ☐ Si négatif    



 mm

Surplomb  
 incisif vertical    ☐ Si négatif    



 mm

Déviation médiane    Droit    Gau    N/A    



 mm

## 3. PATRON OUVERTURE (Supplément; Choisir tout ce qui s'applique)

☐ Rectiligne    ☐ Déviation corrigée

Déviation non-corrigée

☐ Droit    ☐ Gauche

## 4. MOUVEMENTS OUVERTURE

### A. Ouverture sans douleur

mm

### CÔTÉ DROIT

Douleur    Douleur habituelle    Mal de tête habituel

### CÔTÉ GAUCHE

Douleur    Douleur habituelle    Mal de tête habituel

### B. Ouverture maxi. sans aide

mm

Temporal	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Masséter	(N) (Y)	(N) (Y)	
ATM	(N) (Y)	(N) (Y)	
Autres m mast	(N) (Y)	(N) (Y)	
Non-mast	(N) (Y)	(N) (Y)	

Temporal	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Masséter	(N) (Y)	(N) (Y)	
ATM	(N) (Y)	(N) (Y)	
Autres m mast	(N) (Y)	(N) (Y)	
Non-mast	(N) (Y)	(N) (Y)	

### C. Ouverture maxi. avec aide

mm

Temporal	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Masséter	(N) (Y)	(N) (Y)	
ATM	(N) (Y)	(N) (Y)	
Autres m mast	(N) (Y)	(N) (Y)	
Non-mast	(N) (Y)	(N) (Y)	

Temporal	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Masséter	(N) (Y)	(N) (Y)	
ATM	(N) (Y)	(N) (Y)	
Autres m mast	(N) (Y)	(N) (Y)	
Non-mast	(N) (Y)	(N) (Y)	

D. Interrompu?    (N) (Y)

## 5. MOUVEMENTS LATÉRAUX ET PROTRUSION

### CÔTÉ DROIT

Douleur    Douleur habituelle    Mal de tête habituel

### CÔTÉ GAUCHE

Douleur    Douleur habituelle    Mal de tête habituel

### A. Latéral droit

mm

Temporal	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Masséter	(N) (Y)	(N) (Y)	
ATM	(N) (Y)	(N) (Y)	
Autres m mast	(N) (Y)	(N) (Y)	
Non-mast	(N) (Y)	(N) (Y)	

Temporal	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Masséter	(N) (Y)	(N) (Y)	
ATM	(N) (Y)	(N) (Y)	
Autres m mast	(N) (Y)	(N) (Y)	
Non-mast	(N) (Y)	(N) (Y)	

### B. Latéral gauche

mm

Temporal	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Masséter	(N) (Y)	(N) (Y)	
ATM	(N) (Y)	(N) (Y)	
Autres m mast	(N) (Y)	(N) (Y)	
Non-mast	(N) (Y)	(N) (Y)	

Temporal	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Masséter	(N) (Y)	(N) (Y)	
ATM	(N) (Y)	(N) (Y)	
Autres m mast	(N) (Y)	(N) (Y)	
Non-mast	(N) (Y)	(N) (Y)	

### C. Protrusion

mm

☐ Si négatif

Temporal	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Masséter	(N) (Y)	(N) (Y)	
ATM	(N) (Y)	(N) (Y)	
Autres m mast	(N) (Y)	(N) (Y)	
Non-mast	(N) (Y)	(N) (Y)	

Temporal	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Masséter	(N) (Y)	(N) (Y)	
ATM	(N) (Y)	(N) (Y)	
Autres m mast	(N) (Y)	(N) (Y)	
Non-mast	(N) (Y)	(N) (Y)	

## 6. BRUITS ATM PENDANT MOUVEMENTS OUVERTURE & FERMETURE

ATM DROITE					
	Examineur		Patient	Douleur à Craque	Douleur habituelle
	Ouvert	Ferm			
Craque	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Crépité	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)

ATM GAUCHE					
	Examineur		Patient	Douleur à Craque	Douleur habituelle
	Ouvert	Ferm			
Craque	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Crépité	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)

## 7. BRUITS ATM PENDANT MOUVEMENTS LATÉRAUX & PROTRUSION

ATM DROITE					
	Examineur		Patient	Douleur à Craque	Douleur habituelle
	Ouvert	Ferm			
Craquement	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Crépitement	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)

ATM GAUCHE					
	Examiner		Patient	Douleur à Craque	Douleur habituelle
	Ouvert	Ferm			
Craquement	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Crépitement	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)

## 8. BLOCAGE ARTICULAIRE

ATM DROITE					
	Blocage	Réduction		Douleur à Craque	Douleur habituelle
		Patient	Examineur		
En ouvrant	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Position ouvert grand	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)

ATM GAUCHE					
	Blocage	Réduction		Douleur à Craque	Douleur habituelle
		Patient	Examineur		
En ouvrant	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Position ouvert grand	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)

## 9. DOULEUR PALPATION MUSCLES & ATM

CÔTÉ DROIT					
(1 kg)	Douleur	Douleur habituelle	Mal de tête habituel	Douleur référée	
Temporal (postérieur)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Temporal (moyen)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Temporal (antérieur)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Masséter (origine)	(N) (Y)	(N) (Y)		(N) (Y)	(N) (Y)
Masséter (corps)	(N) (Y)	(N) (Y)		(N) (Y)	(N) (Y)
Masséter (insertion)	(N) (Y)	(N) (Y)		(N) (Y)	(N) (Y)
ATM					
	Douleur	Douleur habituelle	Douleur référée		
Pôle latéral (0.5 kg)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Autour du pôle latéral (1 kg)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)

CÔTÉ GAUCHE					
(1 kg)	Douleur	Douleur habituelle	Mal de tête habituel	Douleur référée	
Temporal (postérieur)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Temporal (moyen)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Temporal (antérieur)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Masséter (origine)	(N) (Y)	(N) (Y)		(N) (Y)	(N) (Y)
Masséter (corps)	(N) (Y)	(N) (Y)		(N) (Y)	(N) (Y)
Masséter (insertion)	(N) (Y)	(N) (Y)		(N) (Y)	(N) (Y)
ATM					
	Douleur	Douleur habituelle	Douleur référée		
Pôle latéral (0.5 kg)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Autour du pôle latéral (1 kg)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)

## 10. DOULEUR PALPATION MUSCLES SUPPLÉMENTAIRES

CÔTÉ DROIT					
(0.5 kg)	Douleur	Douleur habituelle	Douleur référée		
Région mandibulaire post	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Région sous-mandibulaire	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Région ptérygoidien latéral	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Tendon du temporal	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)

CÔTÉ GAUCHE					
(0.5 kg)	Douleur	Douleur habituelle	Douleur référée		
Région mandibulaire post	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Région sous-mandibulaire	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Région ptérygoidien latéral	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)
Tendon du temporal	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)	(N) (Y)

## 11. DIAGNOSTICS

DÉSORDRES DOULOUREUX	DÉSORDRES ATM DROITE	DÉSORDRES ATM GAUCHE
<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Myalgie	<input type="radio"/> Déplacement du disque (en choisir un)	<input type="radio"/> Déplacement du disque (en choisir un)
<input type="radio"/> Douleur Myofasciale Référée	<input type="radio"/> ...avec réduction	<input type="radio"/> ...avec réduction
	<input type="radio"/> ...avec réduction, et blocage intermittent	<input type="radio"/> ...avec réduction, et blocage intermittent
<input type="radio"/> Arthralgie droite	<input type="radio"/> ... sans réduction, avec ouverture limitée	<input type="radio"/> ... sans réduction, avec ouverture limitée
<input type="radio"/> Arthralgie gauche	<input type="radio"/> ... sans réduction, sans ouverture limitée	<input type="radio"/> ... sans réduction, sans ouverture limitée
<input type="radio"/> Maux de tête attribués à DTM	<input type="radio"/> Maladie dégénérative articulaire	<input type="radio"/> Maladie dégénérative articulaire
	<input type="radio"/> Subluxation	<input type="radio"/> Subluxation

## 12. COMMENTAIRES

# Diagnostic

Instrument	Source
<p>Arbres de Décision Clinique, selon les critères publiés</p>	<p>Les Arbres de Décision ont été créés pour le site Web du Consortium et ils sont du domaine public. Cependant, leur lien scientifique, est le suivant :</p> <p>Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group**</p> <p>Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet J-P, List T, Svensson P, Gonzalez Y, Lobbezoo F, Michelotti A, Brooks S, Ceusters W, Drangsholt M, Ettlin D, Gaul C, Goldberg LJ, Haythornthwaite J, Hollender L, Jensen R, John MT, deLaat A, deLeeuw R, Maixner W, van der Meulen M, Murray GM, Nixdorf DR, Palla S, Petersson A, Pionchon P, Smith B, Visscher C, Zakrzewska J, and Dworkin SF (2014). <i>Journal of Oral &amp; Facial Pain and Headache</i> 28:6-27.</p> <p>Figure Version: January 24, 2014</p>
<p>Table des Critères Diagnostiques, selon les critères publiés</p>	<p>La Table des Critères Diagnostiques a été créée pour le site Web du Consortium et elle est du domaine public. Cependant, son lien scientifique, est le suivant :</p> <p>Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group**</p> <p>Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet J-P, List T, Svensson P, Gonzalez Y, Lobbezoo F, Michelotti A, Brooks S, Ceusters W, Drangsholt M, Ettlin D, Gaul C, Goldberg LJ, Haythornthwaite J, Hollender L, Jensen R, John MT, deLaat A, deLeeuw R, Maixner W, van der Meulen M, Murray GM, Nixdorf DR, Palla S, Petersson A, Pionchon P, Smith B, Visscher C, Zakrzewska J, and Dworkin SF (2014). <i>Journal of Oral &amp; Facial Pain and Headache</i> 28:6-27.</p> <p>Table Version: October 23, 2015</p>

## **Arbres Décisionnels**

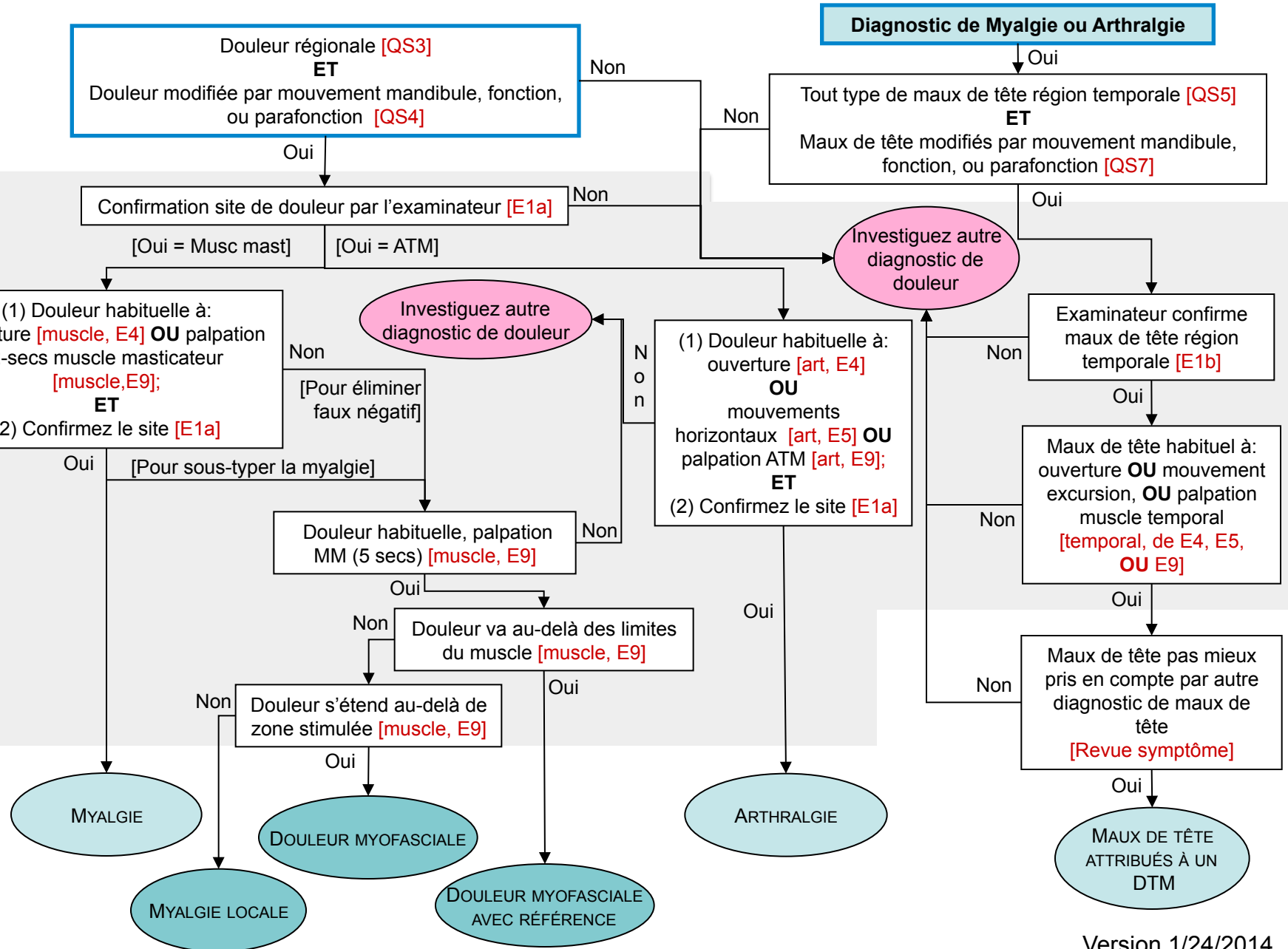
# CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DES DÉSORDRES TEMPOROMANDIBULAIRE (DC/TMD): ARBRE DÉCISIONNEL

## DOULEUR LIÉE À UN DTM ET MAUX DE TÊTE

**HISTOIRE**  
Débutez à chaque  
boîtes encadrées bleu

**EXAMEN**

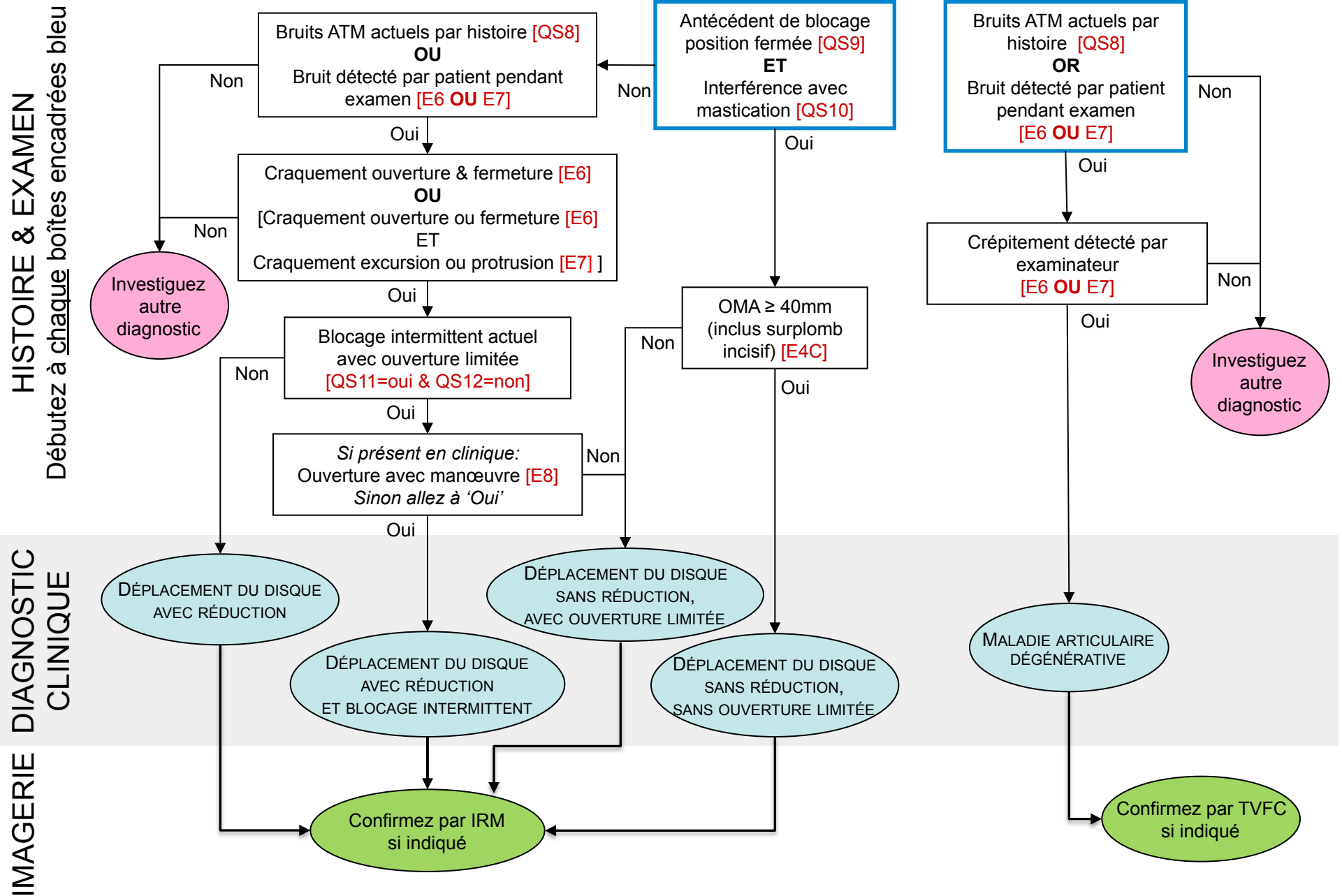
**DIAGNOSTICS**



# CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DES DÉSORDRES TEMPOROMANDIBULAIRE (DC/TMD): ARBRE DÉCISIONNEL

## DÉSORDRES ARTICULAIRES INTRA-ARTICULAIRE

## DÉSORDRE ARTICULAIRE DÉGÉNÉRATIF



## **Table des Critères Diagnostiques**



## CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DES DÉSORDRES TEMPOROMANDIBULAIRE LES PLUS COURANTS :

### QUESTIONNAIRE SUR LES SYMPTÔMES ET ITEMS DE L'EXAMEN CLINIQUE

Tous les critères énumérés dans l'historique (questionnaire sur les symptômes DC/TMD) et l'examen (formulaire d'examen DC/TMD) sont requis pour un Diagnostic spécifique, sauf indication contraire; chaque critère est positif sauf si autrement spécifié. La période de temps exacte pertinente pour les éléments de l'histoire ou de l'examen n'est pas ci-dessous précisée puisque c'est en fonction de la façon dont les éléments sont formulés pour convenir à un objectif donné; la logique ne change pas en fonction de la période. La période de temps évaluée par les éléments de l'histoire est relative pour le déplacement du disque sans réduction par rapport au déplacement du disque avec réduction.

Source: Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet J-P, List T, Svensson P, Gonzalez Y, Lobbezoo F, Michelotti A, Brooks S, Ceusters W, Drangsholt M, Ettlin D, Gaul C, Goldberg LJ, Haythornthwaite J, Hollender L, Jensen R, John MT, deLaat A, deLeeuw R, Maixner W, van der Meulen M, Murray GM, Nixdorf DR, Palla S, Petersson A, Pionchon P, Smith B, Visscher C, Zakrzewska J, and Dworkin SF (2014). Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache* 28:6-27.

**Version 10/23/2015**

	Histoire		Examen	
<i>Désordre</i>	<i>Critères</i>	<i>QS</i>	<i>Critères</i>	<i>Formulaire d'Examen</i>
<b>Désordres douloureux</b>				
Myalgie (ICD-9 729.1) • Sens. 0.90 • Spéc. 0.99	Douleur à structure(s) masticatoire(s)	QS3	Confirmation de douleur dans le(s) muscle(s) masticateur(s)	E1a
	Douleur modifiée par le mouvement de la mâchoire, la fonction ou la para fonction	SQ4	Douleur habituelle au(x) muscle(s) masticateur(s) à la palpation ou à l'ouverture maximale	E4b, E4c, or E9: douleur habituelle dans le temporal ou le masséter, ou dans d'autres muscles masticateurs si cela est pertinent; <b>ou</b> E10: douleur habituelle dans les muscles supplémentaires, si E10 inclus
<b>Sous-types de myalgie</b>				
<u>Myalgie locale</u> (ICD-9 729.1)  Sens. et Spéc. non établis	[même que myalgie]	[QS3 & QS4]	Confirmation de douleur au(x) muscle(s) masticateur(s)	E1a
			Douleur habituelle à la palpation musculaire	E9: douleur habituelle au temporal ou au masséter; <b>ou</b> E10: douleur habituelle aux muscles supplémentaires, si E10 inclus
			Douleur reste locale à la zone de stimulation	E9: négatif pour douleur référée ou qui se propage; <b>et</b> E10: négatif pour douleur référée ou qui se propage, si E10 inclus
<u>Douleur myofasciale</u> (ICD-9 729.1)  Sens. et Spéc. non établis	[même que myalgie]	[QS3 & QS4]	Confirmation de douleur au(x) muscle(s) masticateur(s)	E1a
			Douleur habituelle à la palpation musculaire	E9: douleur habituelle au temporal ou au masséter; <b>ou</b> E10: douleur habituelle aux muscles supplémentaires, si E10 inclus
			Propagation de la douleur (mais pas référée) à la palpation musculaire	E9: propagation de la douleur; <b>ou</b> E10: propagation de la douleur, si E10 inclus; <b>AND</b> E9: négatif pour douleur référée; <b>et</b> E10: négatif pour douleur référée, si E10 inclus

	Histoire		Examen	
Désordre	Critères	QS	Critères	Formulaire d'Examen
<u>Douleur myofasciale avec référence</u> (ICD-9 729.1) • Sens. 0.86 • Spéc. 0.98	[même que myalgie]	[QS3 & QS4]	Confirmation de douleur au(x) muscle(s) masticateur(s)	E1a
			Douleur habituelle à la palpation musculaire	E9: douleur habituelle au masséter ou au temporal; <b>ou</b> E10: douleur habituelle aux muscles supplémentaires, si E10 inclus
			Douleur référée à la palpation musculaire	E9: positif pour douleur référée; <b>ou</b> E10: positif pour douleur référée, si E10 inclus
Arthralgie (ICD-9 524.62) • Sens. 0.89 • Spéc. 0.98	Douleur à structure(s) masticatoire(s)	QS3	Confirmation de douleur à ou aux ATM	E1a
	Douleur modifiée par le mouvement de la mâchoire, la fonction ou la para fonction	QS4	Douleur habituelle à la palpation de l'ATM ou à l'amplitude du mouvement	E4b, E4c, E5a-c, ou E9: douleur habituelle à ou aux ATM
Maux de tête attribués à un DTM (ICD-9 339.89 [autre syndrome de céphalée spécifié], ou ICD-9 784.0 [Maux de tête]) • Sens. 0.89 • Spéc. 0.87  Note pour un diagnostic de céphalée secondaire, un diagnostic primaire de myalgie ou d'arthralgie est requis.	Maux de tête de tout type dans la région temporale	QS5	Confirmation de maux de tête dans le muscle temporal	E1b
	Maux de tête affectés par le mouvement de la mâchoire, la fonction ou la para fonction	QS7	Rapport de maux de tête habituel à la région temporale suite à: a. Palpation du muscle temporal <b>ou</b> b. Amplitude du mouvement de la mâchoire	E4b, E4c, E5a-c, ou E9: douleur de maux de tête habituel à la palpation du muscle temporal

	Histoire		Examen	
Désordre	Critères	QS	Critères	Formulaire d'Examen
<b>Désordres Articulaires</b>				
Déplacement du disque avec réduction (ICD-9 524.63) <ul style="list-style-type: none"> <li>Sens. 0.34</li> <li>Spéc. 0.92</li> </ul>	Bruits ATM actuels par histoire, <b>OU</b>	QS8	Craquement(s) avec ouverture <b>et</b> fermeture, <b>OU</b>	E6: (ouverture & fermeture) craquement, <b>OU</b>
	Patient rapporte bruit pendant l'examen	E6 ou E7: bruit rapporté par le patient	Les deux : (a) craquement à l'ouverture <b>ou</b> fermeture, <b>et</b>	E6: (ouverture <b>ou</b> fermeture) craquement, <b>et</b>
			(b) craquement avec mouvement latéral ou protrusion	E7: craquement avec mouvement latéral ou protrusion
Déplacement du disque avec réduction et blocage intermittent (ICD-9 524.63) <ul style="list-style-type: none"> <li>Sens. 0.38</li> <li>Spéc. 0.98</li> </ul>	[même que déplacement du disque avec réduction]	[même que DD avec réd.]	[même que déplacement du disque avec réduction]	[même que déplacement du disque avec réduction]
	Blocage intermittent (actuel) avec limitation d'ouverture	QS11=oui QS12=non	Lorsque le désordre est présent en clinique : une manœuvre est nécessaire pour ouvrir la bouche	E8 (optionnel)
Déplacement du disque sans réduction avec ouverture limitée (ICD-9 524.63) <ul style="list-style-type: none"> <li>Sens. 0.80</li> <li>Spéc. 0.97</li> </ul>	ATM bloqué (actuel*) avec limitation d'ouverture	QS9	Étirement passif (ouverture maximale assistée) < 40mm	E4c < 40mm incluant le surplomb vertical incisif
	Limitation suffisamment grave pour interférer avec la capacité à manger	QS10		
Déplacement du disque sans réduction sans ouverture limitée (ICD-9 524.63) <ul style="list-style-type: none"> <li>Sens. 0.54</li> <li>Spéc. 0.79</li> </ul>	Antécédent* ATM bloqué avec limitation d'ouverture	QS9	Étirement passif (ouverture maximale assistée) ≥ 40mm	E4c ≥ 40mm incluant le surplomb vertical incisif
	Limitation suffisamment grave pour interférer avec la capacité à manger	QS10		
Maladie articulaire dégénérative (ICD-9 715.18) <ul style="list-style-type: none"> <li>Sens. 0.55</li> <li>Spéc. 0.61</li> </ul>	Bruits ATM (actuel) par histoire, <b>OU</b>	QS8	Crépitement pendant le mouvement de la mâchoire	E6 ou E7: crépitement détecté par l'examineur
	Patient rapporte bruit pendant l'examen	E6 ou E7: bruit rapporté par le patient		
Subluxation (ICD-9 830.0) <ul style="list-style-type: none"> <li>Sens. 0.98</li> <li>Spéc. 1.00</li> </ul>	Blocage ou décrochage de l'ATM avec bouche grande ouverte	QS13	Lorsque le désordre est présent en clinique : une manœuvre est nécessaire pour fermer la bouche	E8 (optionnel)
	Incapable de fermer la bouche sans manœuvre spécifique	QS14		

\* "Actuel" et "Antécédent" (basé sur S9) pour distinguer respectivement les variantes "avec limitation" vs "sans limitation" du Déplacement du Disque sans Réduction interprétés sur la base du changement dans le temps tel que déterminé par l'histoire et confirmé par l'examen clinique de l'amplitude des mouvements de la mâchoire.

## Changes to this document

### Oct 23, 2015

- Incorrect sensitivity and specificity values were present for some disorders; this error was identified by an observant translation team leader, and the error is assumed to have emerged during preparation of the table prior to computation of final sensitivity and specificity estimates for the published DC/TMD.

### May 25, 2014

- Added “**OR**” to “Current TMJ noises by history” for each of Disc Displacement with Reduction and Degenerative Joint Disease, as per published DC/TMD.
- Added diagnostic criterion note to Headache Secondary to TMD, with regard to necessity of either a myalgia or arthralgia diagnosis in order to have a secondary headache.
- Corrected minor punctuation discrepancies.

### April 29, 2014

- Corrected name of disorder “myofascial pain”; was incorrectly stated as “myofascial pain with spreading”.

## Évaluation Axis II

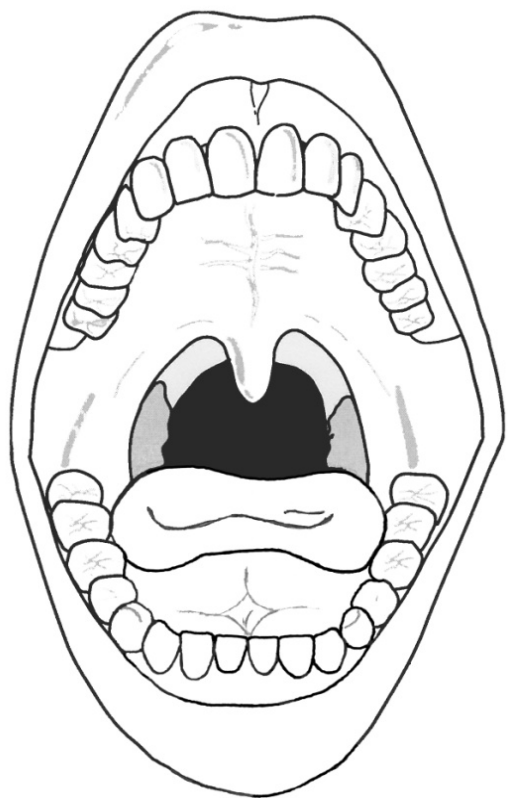
Usage Standard		Instrument	Source
Dépistage	Complet		
✓	✓	Morphographie de la Douleur	Impact Study Research Group Form Version: May 12, 2013
✓	✓	Échelle Graduée de Douleur Chronique Version 2.0	Von Korff M. Assessment of chronic pain in epidemiological and health services research: empirical bases and new directions. In: Turk DC, Melzack R, editors. <i>Handbook of Pain Assessment</i> , Third Edition. New York: Guilford Press. 2011. pp 455 – 473. Form Version: May 12, 2013
✓		Échelle de Limitation Fonctionnelle de la Mandibule -8-items	Ohrbach R, Larsson P, and List T. The Jaw Functional Limitation Scale: Development, reliability, and validity of 8-item and 20-item versions. <i>J.Orfacial Pain</i> 22:219-230, 2008. Form Version: May 12, 2013
	✓	Échelle de Limitation Fonctionnelle de la Mandibule -20-items	Ohrbach R, Larsson P, and List T. The Jaw Functional Limitation Scale: Development, reliability, and validity of 8-item and 20-item versions. <i>J.Orfacial Pain</i> 22:219-230, 2008. Form Version: May 12, 2013
✓		Questionnaire de la Santé du Patient-4	Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, and Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. <i>Psychosomatics</i> 50 (6):613-621, 2009. A text-revision of this instrument is posted at <a href="http://www.phqscreeners.com/">http://www.phqscreeners.com/</a> and incorporated into the final instrument for the Consortium. Form Version: May 12, 2013

Usage Standard		Instrument	Source
Dépistage	Complet		
	✓	Questionnaire de la Santé du Patient-9	<p>Kroenke K, Spitzer RL, and Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. <i>Journal of General Internal Medicine</i> 16 (9):606-613, 2001.</p> <p>A text-revision of this instrument is posted at <a href="http://www.phqscreeners.com/">http://www.phqscreeners.com/</a> and incorporated into the final instrument for the Consortium.</p> <p>Form Version: May 12, 2013</p>
	✓	Troubles Anxieux Généralisés-7	<p>Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, and Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. <i>Arch.Intern.Med.</i> 166 (10):1092-1097, 2006.</p> <p>A text-revision of this instrument is posted at <a href="http://www.phqscreeners.com/">http://www.phqscreeners.com/</a> and incorporated into the final instrument for the Consortium.</p> <p>Form Version: May 12, 2013</p>
	✓	Questionnaire de la Santé du PatientSanté-15	<p>Kroenke K, Spitzer RL, and Williams JB. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. <i>Psychosom.Med.</i> 64 (2):258-266, 2002.</p> <p>Form Version: May 12, 2013</p>
✓	✓	Inventaire des Habitudes Orales	<p>Ohrbach R, Markiewicz MR, and McCall WD Jr. Waking-state oral parafunctional behaviors: specificity and validity as assessed by electromyography. <i>European Journal of Oral Sciences</i> 116:438-444, 2008.</p> <p>Ohrbach R et al. Oral Behaviors Checklist: Development and validation. Forthcoming.</p> <p>Form Version: May 12, 2013</p>

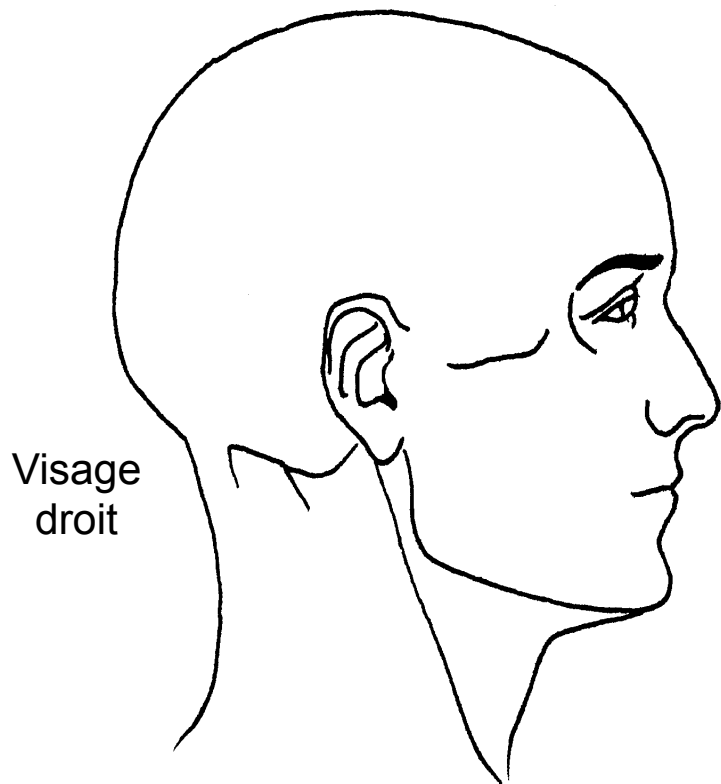
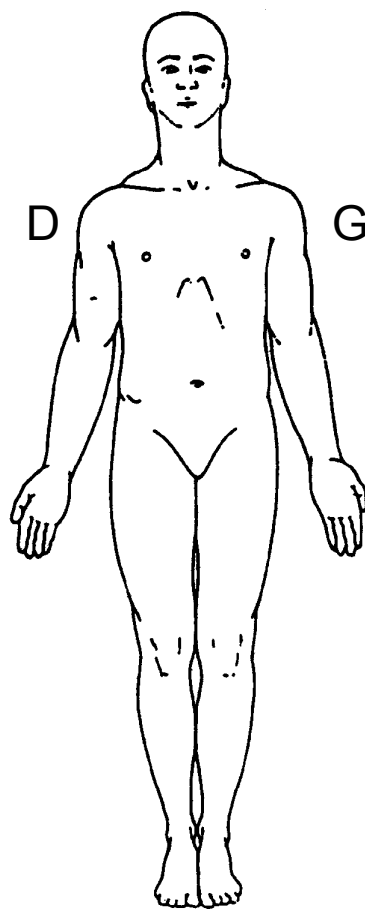
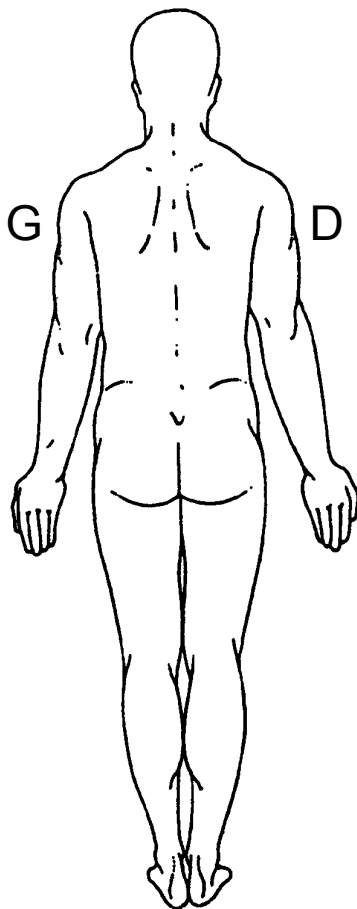
## **Morphographie de la Douleur**

# MORPHOGRAPHIE DE LA DOULEUR

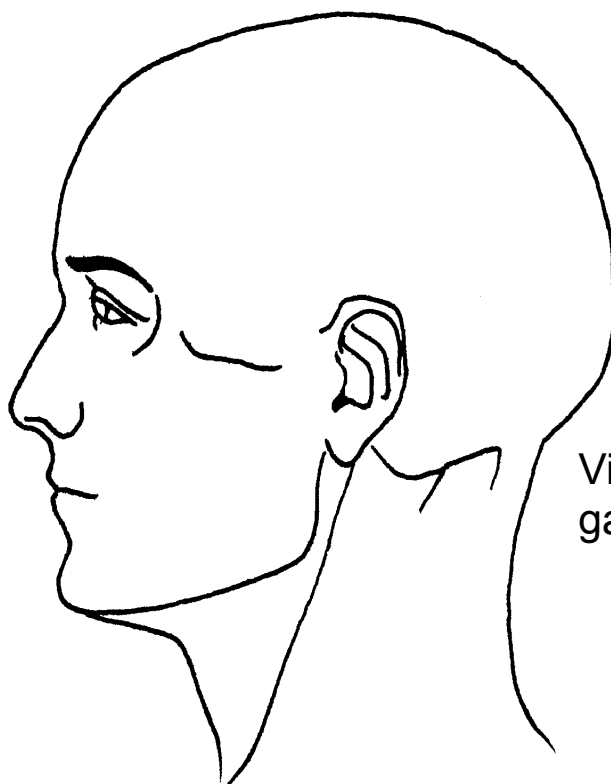
Indiquer la localisation de TOUTES vos différentes douleurs en noircissant la zone et en utilisant les diagrammes les plus appropriés. Si il y a un point précis où la douleur est localisée, l'indiquer avec un point noirci (●). Si votre douleur se déplace d'une localisation à une autre, utiliser des flèches pour montrer le trajet.



Bouche et dents



Visage  
droit



Visage  
gauche



## **Échelle Graduée de Douleur Chronique (version 2) (GCPSv2)**

## ÉCHELLE GRADUÉE DE DOULEUR CHRONIQUE - Version 2.0

1. Combien de jours au cours des **6 derniers mois** avez-vous eu de la douleur au visage? \_\_\_\_ Jours

2. Comment évaluez-vous votre douleur au visage **PRÉSENTEMENT**? Utilisez une échelle de 0 à 10, où 0 est « aucune douleur » et 10 « douleur aussi insupportable que cela peut l'être ».

Aucune douleur											Douleur aussi insupportable que cela peut l'être
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

3. Au cours des **30 DERNIERS JOURS**, comment évaluez-vous votre **PIRE** douleur au visage? Utilisez la même échelle où 0 est « aucune douleur » et 10 « douleur aussi insupportable que cela peut l'être ».

Aucune douleur											Douleur aussi insupportable que cela peut l'être
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

4. Au cours des **30 DERNIERS JOURS**, **EN MOYENNE**, comment évaluez-vous votre douleur au visage? Utilisez la même échelle où 0 est « aucune douleur » et 10 « douleur aussi insupportable que cela peut l'être ». [C'est-à-dire *votre douleur habituelle* au moment où vous ressentez de la douleur].

Aucune douleur											Douleur aussi insupportable que cela peut l'être
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

5. Au cours des **30 DERNIERS JOURS**, combien de jours votre douleur au visage vous a-t-elle empêché de faire vos **ACTIVITÉS NORMALES** telles que travailler, aller à l'école ou faire des travaux domestiques? (tous les jours = 30 jours)

\_\_\_\_ Jours

6. Au cours des **30 DERNIERS JOURS**, jusqu'à quel point votre douleur au visage a-t-elle interféré avec vos **ACTIVITÉS QUOTIDIENNES**. Utilisez une échelle de 0 à 10, où 0 est « aucune interférence » et 10 « incapable de faire aucune activité ».

Aucune interférence											Incapable de faire aucune activité
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

7. Au cours des **30 DERNIERS JOURS**, jusqu'à quel point votre douleur au visage a-t-elle interféré avec **VOS LOISIRS, VOS ACTIVITÉS SOCIALES ET FAMILIALES**? Utilisez la même échelle où 0 est « aucune interférence » et 10 « incapable de faire aucune activité ».

Aucune interférence											Incapable de faire aucune activité
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

8. Au cours des **30 DERNIERS JOURS**, jusqu'à quel point votre douleur au visage a-t-elle interféré avec **VOTRE CAPACITÉ À TRAVAILLER**, y compris les travaux domestiques? Utilisez la même échelle où 0 est « aucune interférence » et 10 « incapable de faire aucune activité ».

Aucune interférence											Incapable de faire aucune activité
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

## **Échelle de Limitation Fonctionnelle de la Mandibule-8 (JFLS-8)**

## ÉCHELLE DE LIMITATION FONCTIONNELLE DE LA MANDIBULE - 8

Pour chaque énoncé ci-dessous, svp indiquez le niveau de limitation durant **le dernier mois**. Si une action est complètement évitée parce que trop difficile, encerclez "10". Si vous évitez de faire une action pour des raisons autres que la douleur ou la difficulté, laissez le champ vide.

		Aucune limitation								Limitation sévère		
1.	Mastiquer des aliments coriaces	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.	Mastiquer du poulet (Ex.: cuit au four)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.	Manger des aliments mous qui n'ont pas à être mastiqués (Ex.: pommes de terre pilées, compote de pommes, pouding, aliments en purée)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.	Ouvrir assez grand pour boire avec une tasse	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.	Avaler	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.	Bâiller	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7.	Parler	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8.	Sourire	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## **Échelle de Limitation Fonctionnelle de la Mandibule-20 (JFLS-20)**

## ÉCHELLE DE LIMITATION FONCTIONNELLE DE LA MANDIBULE - 20

Pour chaque énoncé ci-dessous, svp indiquez le niveau de limitation durant **le dernier mois**. Si une action est complètement évitée parce que trop difficile, encerclez "10". Si vous évitez de faire une action pour des raisons autres que la douleur ou la difficulté, laissez le champ vide.

	Aucune limitation										Limitation sévère	
1.	Mastiquer des aliments coriaces	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.	Mastiquer du pain dur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.	Mastiquer du poulet (Ex.: cuit au four)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.	Mastiquer des biscottes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.	Mastiquer des aliments mous (Ex.: macaronis, fruits mous ou en conserve, légumes cuits, poisson)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.	Manger des aliments mous qui n'ont pas à être mastiqués (Ex.: pommes de terre pilées, compote de pommes, pouding, aliments en purée)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7.	Ouvrir assez grand pour mordre dans une pomme entière	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8.	Ouvrir assez grand pour mordre dans un sandwich	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.	Ouvrir assez grand pour parler	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10.	Ouvrir assez grand pour boire avec une tasse	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11.	Avaler	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12.	Bâiller	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13.	Parler	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14.	Chanter	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15.	Avoir un visage heureux	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16.	Avoir un visage fâché	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17.	Froncer les sourcils	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18.	Embrasser	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19.	Sourire	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20.	Rire	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## **Questionnaire sur la Santé du Patient-4 (PHQ-4)**

## PHQ-4

Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été ennuyé(e) par les problèmes suivants? Veuillez mettre un crochet dans la case qui indique votre réponse.

	Pas du tout	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
	0	1	2	3
1. Être nerveux(se), anxieux(se) ou avoir les nerfs à vif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Être incapable de cesser de m'inquiéter ou de contrôler mes inquiétudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avoir peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Être triste, déprimé(e), ou désespéré(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCORE TOTAL =

Si vous avez coché <u>n'importe quel</u> de ces problèmes, quelle difficulté ces problèmes vous ont causée pour faire votre travail, prendre soin des choses à la maison, ou vous entendre avec les autres?			
Pas du tout difficile	Plutôt difficile	Très difficile	Extrêmement difficile
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## **Questionnaire sur la Santé du Patient-9 (PHQ-9)**

## PHQ-9

Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été ennuyé(e) par les problèmes suivants? Veuillez mettre un crochet dans la case qui indique votre réponse.

	Pas du tout	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
	0	1	2	3
1. Avoir peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Être triste, déprimé(e), ou désespéré(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avoir de la difficulté à vous endormir, à garder le sommeil, ou trop dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Être fatigué ou avoir peu d'énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avoir peu d'appétit ou trop manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Être mal dans ma peau – ou penser avoir échoué ou m'être laissé aller ou avoir laissé tomber ma famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avoir de la difficulté à me concentrer tel qu'en lisant le journal ou en regardant la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bouger ou parler si lentement que les autres l'ont remarqué. Ou au contraire – être tellement agité(e) ou hyperactif(ve) au point de bouger beaucoup plus qu'à l'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Penser que je serais mieux mort(e) ou songer à me faire du mal d'une façon ou d'une autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCORE TOTAL =

Si vous avez coché <u>n'importe quel</u> de ces problèmes, quelle difficulté ces problèmes vous ont causée pour faire votre travail, prendre soin des choses à la maison, ou vous entendre avec les autres?			
Pas du tout difficile <input type="checkbox"/>	Plutôt difficile <input type="checkbox"/>	Très difficile <input type="checkbox"/>	Extrêmement difficile <input type="checkbox"/>

## **Troubles Anxieux Généralisés-7 (GAD-7)**

## GAD-7

Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été ennuyé(e) par les problèmes suivants? Veuillez mettre un crochet dans la case qui indique votre réponse.

	Pas du tout	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
	0	1	2	3
1. Être nerveux(se), anxieux(se) ou avoir les nerfs à vif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Être incapable de cesser de m'inquiéter ou de contrôler mes inquiétudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Trop m'inquiéter avec différentes choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avoir de la difficulté à relaxer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Être si énervé(e) qu'il est difficile de rester en place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Être facilement dérangé(e) ou irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avoir peur comme si quelque chose de terrible allait arriver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCORE TOTAL =

Si vous avez coché n'importe quel de ces problèmes, quelle difficulté ces problèmes vous ont causée pour faire votre travail, prendre soin des choses à la maison, ou vous entendre avec les autres?			
Pas du tout difficile	Plutôt difficile	Très difficile	Extrêmement difficile
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **Questionnaire sur la Santé du Patient-15 (PHQ-15)**

## PHQ-15

Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été ennuyé(e) par n'importe quel des problèmes suivants? Veuillez mettre un crochet dans la case qui indique votre réponse.

	Pas ennuyé(e)	Ennuyé(e) un peu	Ennuyé(e) beaucoup
	0	1	2
1. Douleur à l'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Douleur au dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Douleur aux bras, aux jambes ou aux articulations (genoux, hanches, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Douleurs menstruelles ou autres problèmes reliés à votre cycle menstruel (femmes seulement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Douleur à la poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Étourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Évanouissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sentir votre cœur battre fort ou très vite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Essoufflement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Douleur ou problèmes lors des relations sexuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Constipation, selles molles ou diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Nausées, flatulences ou indigestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sensation de fatigue ou avoir peu d'énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Problèmes de sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCORE TOTAL =

## **Inventaire des Habitudes Orales (OBC)**

## INVENTAIRE DES HABITUDES ORALES

A quelle fréquence faites-vous chacune des activités suivantes, en vous basant sur **le dernier mois**? Si la fréquence d'une activité varie, choisissez l'option la plus élevée. SVP répondez en plaçant un (✓) pour chaque item et ne passer aucun item.

Activités durant le sommeil		Jamais	< 1 Nuit /Mois	1-3 Nuits /Mois	1-3 Nuits /Semaine	4-7 Nuits/ Semaine
1	Serrer ou grincer des dents <b>en dormant</b> , en vous basant sur toute l'information que vous pouvez avoir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Dormir dans une position qui fait pression sur la mâchoire (par exemple, sur le ventre, sur le côté).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités durant les heures d'éveil		Jamais	Un peu de temps	Une partie du temps	La plupart du temps	Tout le temps
3	Grincer des dents <b>durant les heures d'éveil</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Serrer les dents <b>durant les heures d'éveil</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Presser, toucher ou garder les dents ensemble quand vous ne mangez pas (c'est-à-dire, contact entre les dents du haut et du bas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Tenir, crisper ou contracter les muscles sans serrer ou rapprocher les dents ensemble.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Tenir ou déplacer la mâchoire vers l'avant ou sur le côté.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Presser la langue avec force contre les dents.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Placer la langue entre les dents.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Mordre, mordiller ou jouer avec votre langue, vos joues ou vos lèvres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Tenir la mâchoire dans une position rigide ou tendue comme pour supporter ou protéger la mâchoire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Tenir entre les dents ou mordre des objets tels que cheveux, pipe, crayon, stylo, doigts, ongles, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Utiliser de la gomme à mâcher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Jouer d'un instrument de musique qui requiert l'usage de la bouche ou de la mâchoire (par exemple, bois, cuivre, instruments à corde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Mettre votre main sur la mâchoire en formant un creux pour appuyer le menton dans votre main.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Mâcher les aliments sur un côté seulement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Manger entre les repas (des aliments qui demandent à être mastiqués)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Parler sans arrêt (par exemple, enseigner, faire de la vente, service à la clientèle).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Chanter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Bâiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Tenir le téléphone entre votre tête et votre épaule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>