

UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



Année 2012

Thèse N° 057/12

Evaluation psycho-comportementale dans la lombalgie chronique (A propos de 105 cas)

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 16/04/2012

PAR

M. AIT ABDERRAHMANE ZAKARIA

Né le 03 Février 1986 à Midelt

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Lombalgie commune chronique - dépression - Anxiété
Peurs et croyances

JURY

M. HARZY TAOUFIK.....	PRESIDENT ET RAPPORTEUR
Professeur agrégé de Rhumatologie	
M. RAMMOUZ ISMAIL.....	} JUGES
Professeur agrégé de Psychiatrie	
Mme. EL RHAZI KARIMA.....	
Professeur agrégé de Médecine communautaire	
M. BENZAGMOUT MOHAMMED.....	} MEMBRE ASSOCIE
Professeur agrégé de Neurochirurgie	
Mme. TAHIRI LATIFA.....	
Professeur assistant de Rhumatologie	

PLAN

INTRODUCTION	5
REVUE DE LITTERATURE.....	7
I- Définition	8
II- Epidémiologie	9
III- Facteurs de risque prédictifs de chronicité	11
1- Facteurs individuels :	12
a. Facteurs médicaux et démographiques.....	12
b. Caractéristiques cliniques.....	13
c. Caractéristiques psychologiques.....	13
2- Facteurs socio-professionnels :	15
a. Facteurs socioculturels	15
b. Facteurs professionnels.....	15
IV- Mécanismes émotionnels dans la douleur chronique :	16
1- Rôle du cortex cingulaire antérieur (CCA).....	16
2- Rôle du cortex insulaire	17
3- Rôle de l'amygdale	18
V- Evaluation de l'handicap de la lombalgie chronique.....	19
1- Critères socioprofessionnels	19
2- Douleur	20
3- Critères physiques	20
4- Critères psycho-comportementale	21
5- Indices fonctionnels et de qualité de vie.....	22
6- Consommation médicamenteuse et médicale	22
VI- Prise en charge globale :	23
1- Programmes d'exercice.....	24

2- Ecoles du dos	24
3- Restauration fonctionnelle du rachis	25
4- Thérapie cognitive et comportementale TCC	27
NOTRE ETUDE	28
• But de l'étude.....	29
MATERIELS ET METHODES	30
1- Type d'étude	31
2- Population étudiée	31
3- Critères d'inclusion et d'exclusion	31
4- Recueil des données.....	31
5- Analyse statistique	32
RESULTATS.....	33
I- Description de la population	34
1- Données sociodémographiques.....	34
2- Caractéristiques de la LCC.....	39
3- Evaluation psycho-comportementale.....	43
a. Evaluation des peurs et croyances.....	43
b. Evaluation de la dépression par l'échelle de Beck.....	44
c. Evaluation de l'anxiété et de la dépression par l'échelle de HAD ...	43
II- Etude des corrélations entre les facteurs associés à la LCC et les différentes échelles d'évaluation	47
1- Facteurs individuels	47
2- Facteurs liés à la LCC	48
DISCUSSION	50
I- Prévalence de la dépression	51
II- Prévalence de l'anxiété	53
III- Facteurs associés à la dépression et à l'anxiété	54

IV- Peurs et croyances selon l'échelle FABQ	56
CONCLUSION	60
RESUME	62
ANNEXES.....	66
BIBLIOGRAPHIE	76

ABREVIATIONS

LCC	: Lombalgie commune chronique.
FDR	: Facteur de risque.
ATCD	: Antécédents
FABQ	: Fear Avoidance Belief Questionnaire
CCA	: Cortex cingulaire antérieur
TEP	: La tomographie par émission de positons
CI	: Cortex insulaire
HAD	: Hospital Anxiety and depression scale
BDI	: Beck Depression Inventory
ANAES	: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
RFR	: Restauration fonctionnelle du rachis.
TCC	: Thérapie cognitive et comportementale.
EVA	: Echelle Visuelle Analogique.
IMC	: Indice de Masse Corporelle.

INTRODUCTION

La lombalgie commune est un symptôme fréquent en médecine générale, mais seulement des patients présentant ce symptôme passeront à la chronicité. La LCC est définie par une douleur lombaire évoluant depuis plus de trois mois. Le médecin généraliste est fréquemment confronté à ce passage à la chronicité sans possibilité d'en apprécier tous les facteurs déterminants. Les facteurs psychologiques, sociaux et environnementaux semblent plus importants dans la pérennisation et la récurrence de la lombalgie que les facteurs physiques et mécaniques.

La lombalgie commune, bien que bénigne, entraîne des retentissements personnels et sociaux majeurs. De nombreux instruments ont été élaborés et validés pour évaluer ces retentissements.

L'évaluation initiale du patient lombalgique comporte une évaluation de la douleur qui repose avant tout sur l'interrogatoire, une évaluation fonctionnelle et une évaluation de la composante anxieuse et/ou dépressive.

La prise en charge multidisciplinaire est recommandée pour le traitement des lombalgiques chroniques. Cette équipe multidisciplinaire est composée d'un médecin compétent dans la prise en charge des affections du rachis, psychiatre et/ou psychologue, kinésithérapeute, médecin de travail et/ou assistante sociale.

Les objectifs de notre travail sont la détermination de la prévalence de la dépression et de l'anxiété au sein de la population lombalgique chronique, ainsi que les facteurs associés à la dépression et à l'anxiété au sein de cette même population.

REVUE DE LITTERATURE

I-DEFINITION :

La lombalgie chronique est définie par une douleur de la région lombaire évoluant depuis plus de 3 mois. Cette douleur peut s'accompagner d'une irradiation à la fesse, à la crête iliaque, voire à la cuisse et ne dépasse qu'exceptionnellement le genou.

La connaissance de la lombalgie et des facteurs liés à son évolution implique de nombreuses disciplines médicales et psychosociales. Parmi les obstacles psychologiques et sociaux identifiés et validés : la détresse psychologique, la dépression, les peurs et croyances, le catastrophisme et la somatisation cependant, ils restent difficiles à maîtriser.

Il s'agit d'un problème de santé publique majeur dans les sociétés tant par ses conséquences sociales (isolement, diminution de la qualité de vie, recours aux soins) professionnelles (absentéisme, reclassement, invalidité). Le coût généré par cette pathologie est considérable et ne cesse d'augmenter. La lombalgie chronique est devenue la seconde cause d'incapacité après les maladies cardio-vasculaires. C'est également une cause majeure d'absentéisme.

II-EPIDEMIOLOGIE :

1. Au niveau mondial

En France, 60 à 90% des adultes souffrent ou ont souffert de lombalgie ; l'incidence annuelle dans la population adulte est estimée entre 5 et 10 % [1, 2] La prévalence varie selon l'âge et la définition donnée aux lombalgies. Elle est minimale (4 à 18 %) dans la tranche d'âge 20 à 24 ans et maximale (8 à 32%) dans la tranche d'âge 55 à 64 ans [3, 4, 2] ; 23,5 % des patients consultant un rhumatologue et 2 à 4,5 % des patients consultant un médecin généraliste souffrent de lombalgie [5].

En Finlande, 2,6 % de la population active reçoit une pension d'invalidité [6] et 1% de cette même population est momentanément en arrêt de travail en raison de lombalgies chroniques [7]. Cinq pour cent du budget de la santé de ce pays est consacré aux rachialgies [6].

Aux Etats-Unis, 5,2 millions d'habitants ont un handicap secondaire à des lombalgies chroniques et, pour la moitié d'entre eux, ce handicap est permanent [8].

En Angleterre, les lombalgies sont responsables de 67 millions de jours d'arrêt de travail ou d'invalidité par an, ce chiffre a augmenté de 13% en 1 an [9].

2. Au Maroc

Une étude épidémiologique a été réalisée étudiant l'aspect épidémiologique des lombalgies à Rabat [10]. Cette étude a montré que la prévalence de la lombalgie est de 15,32%, et que la plus grande fréquence des lombalgies (24,6%) a été observée chez les sujets de plus de 50 ans [10].

Une enquête a été réalisée au sein de la consultation de rhumatologie du CHU Hassan II de Fès, étudiant la fréquence de la LCC et ses conséquences. Cette enquête a montré que la fréquence de la LCC est de 29,59%, l'âge moyen des patients était de $46,13 \pm 13,7$ ans [11].

Une étude épidémiologique a été réalisée afin de déterminer la prévalence de la lombalgie commune chez le personnel du CHU Hassan II de Fès. Cette prévalence était de 32,6 %. L'âge moyen des lombalgiques était de $35,77 \pm 10,4$ ans, avec une prédominance féminine (74%). [12]

III-Facteurs de risque prédictifs de chronicité :

Dans un travail de revue systématique de la littérature, Fayad et al. [14] ont classé selon leur niveau de preuve scientifique les facteurs de risque en trois catégories : FDR de récurrence, de chronicité et de non retour au travail. Ainsi, en ayant recours au modèle biopsychosocial d'analyse de la lombalgie [15] ; on peut retenir comme FDR de chronicité des facteurs individuels et des facteurs sociaux-professionnels

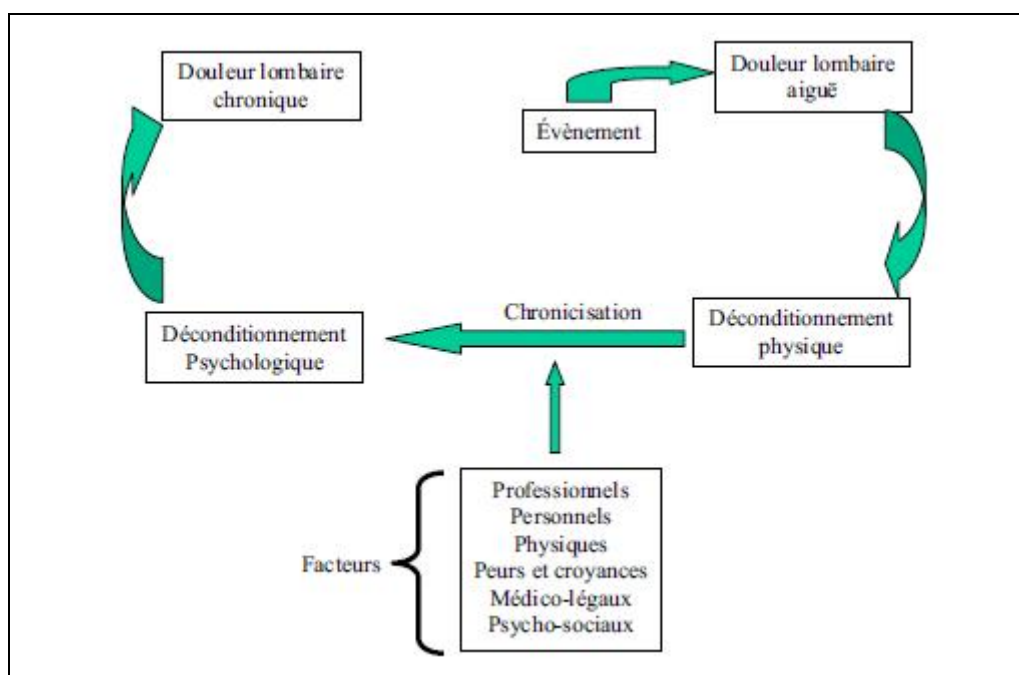


Figure 1 : Etapes favorisant l'évolution vers la lombalgie chronique [16].

Tableau I : Facteurs de risque de chronicisation dans la lombalgie [17].

FDR de chronicisation	Niveau de preuve
<i>Facteurs individuels</i>	
Âge élevé	***
Antécédent de lombalgie	***
Sciatique	***
Sévérité de l'incapacité fonctionnelle	***
Durée de la lombalgie	***
Sexe féminin	**
ATCD de chirurgie lombaire	**
Mauvais état général avec arrêt maladie	**
Autre douleur musculosquelettique	**
Intensité de la douleur	**
Statut social non satisfaisant	**
Statut psychologique global	**
Capacité à « faire avec » = <i> coping </i>	**
Dépression	**
Avis global du médecin	**
<i>Facteurs professionnels</i>	
Insatisfaction au travail	***
Indemnisation	**
Arrêt de travail > 8 jours	**
Mauvaise posture au travail	**
Durée de port des charges	**
Absence de poste aménagé	**
Faible qualification professionnelle	**
Inadéquation du salaire	**

1-Facteurs individuels :

a-Facteurs médicaux et démographiques :

On retient avec un fort niveau de preuve des facteurs comme l'âge élevé, les antécédents de lombalgie avec comme facteur aggravant la notion d'absentéisme professionnel, de médicalisation, d'indemnisation et de sciatique. L'existence d'un mauvais état général (incluant les antécédents d'arrêt maladie quelle qu'en soit la cause), un antécédent de chirurgie lombaire et le sexe féminin sont des FDR avec un niveau de preuve scientifique intermédiaire [13].

Enfin, l'absence de pratique de sport, le début brutal de la lombalgie, la présence d'une autre douleur à l'inclusion, la limitation pour soulever des poids de plus de 15 kg, la notion de rééducation à l'inclusion, l'aménagement du poste de

travail à cause de la lombalgie, le manque d'énergie et la sévérité de la lombalgie pendant la grossesse sont des FDR de faible niveau de preuve scientifique [13].

b-Caractéristiques cliniques :

L'évaluation clinique est également un élément important à prendre en compte. En effet, la sévérité de l'incapacité fonctionnelle, la présence d'une sciatique et la durée de l'épisode lombalgique à l'inclusion sont des FDR de chronicité ayant un fort niveau de preuve scientifique. La sévérité de la douleur à l'inclusion et l'avis global du médecin sur le risque de chronicité sont également à considérer même si leur niveau de preuve scientifique est intermédiaire [13].

Les FDR de récurrence de faible niveau de preuve scientifique sont la majoration des douleurs en station debout et couchée, la présence d'une raideur lombaire, un indice de masse corporelle élevé, la présence d'une impulsivité à la toux et la spécificité du diagnostic clinique [13].

c-Caractéristiques psychologiques :

Parmi les facteurs de survenue et d'entretien de chronicité de la lombalgie, les facteurs psychosociaux [18] ont une place prépondérante dans la genèse de l'incapacité fonctionnelle, et en particulier les facteurs cognitifs [19] qui semblent plus importants que les facteurs socio-démographiques. Il n'y a pas dans la littérature de facteurs psychologiques dont le niveau de preuve est élevé mais on peut tout de même considérer qu'un mauvais statut psychologique global, la dépression et la mauvaise capacité du patient à « faire avec » (*coping*) sont des FDR de chronicité ayant un niveau de preuve scientifique intermédiaire.

Un autre FDR de chronicité de niveau de preuve scientifique intermédiaire concerne les peurs et croyances du patient concernant la relation entre sa lombalgie et son activité physique ou professionnelle. Différents auteurs ont développé la

théorie selon laquelle les peurs et croyances conduisant à des attitudes d'évitement seraient le facteur cognitif le plus important dans le développement de l'incapacité chronique pour les patients lombalgiques [20]. Le modèle de peur/évitement permet d'expliquer comment l'incapacité chronique se développe chez certains patients lombalgiques. Les patients porteurs de fortes peurs liées à la douleur développent une interprétation négative (« catastrophique ») selon laquelle l'activité physique génèrerait des lésions et exacerberait la douleur [21]. La peur d'avoir mal est associée à des comportements d'évitement, qui paradoxalement majorent cette peur à long terme, et ont un retentissement fonctionnel majeur.

Les peurs et croyances des patients lombalgiques sont prédictives de l'incapacité fonctionnelle pour les activités de la vie quotidienne et professionnelles, du résultat de la prise en charge et du retour au travail après un programme de restauration fonctionnelle [22]. Différentes études menées principalement auprès de lombalgiques chroniques ont montré que les peurs et croyances étaient liées à la sévérité de la lombalgie, à la chronicité ainsi qu'à l'incapacité fonctionnelle [23] et que l'information délivrée aux patients pouvaient modifier leurs peurs et croyances [24-25].

On sait par ailleurs que les peurs et croyances mesurées à la phase aiguë d'un épisode lombalgique à l'aide du FABQ sont élevées [26] et que la valeur élevée de ces peurs et croyances est corrélée à l'intensité de la douleur ainsi qu'à l'incapacité fonctionnelle initiale.

2-Facteurs socio-professionnels :

a-Facteurs socio-culturels :

Comme pour les facteurs psychologiques, Il n'y a pas dans la littérature de facteurs socio-culturels dont le niveau de preuve est élevé. Le statut social non satisfaisant auto-évalué par le patient est un FDR de chronicité ayant un niveau de preuve scientifique intermédiaire. On y associe des FDR de chronicité de faible niveau de preuve scientifique comme le faible niveau d'étude, l'insatisfaction pendant ses activités de loisir, le nombre d'enfants, le statut parental (seul), le fait d'être divorcé ou veuf sans enfant et la charge élevée de travail domestique [13].

b-Facteurs professionnels :

On distingue pour les facteurs professionnels des facteurs psychosociaux et des facteurs physiques au travail.

Parmi, les facteurs psychosociaux, l'insatisfaction au travail [27-28] qui a un fort niveau de preuve scientifique est un FDR de chronicité souvent retrouvé.

L'absence de poste aménagé, une faible qualification professionnelle, l'indemnisation, l'inadéquation du salaire et un arrêt de travail (> 8 jours) sont également des FDR de chronicité dont le niveau de preuve scientifique est intermédiaire. La charge élevée de travail et le stress au travail sont des FDR de chronicité dont le niveau de preuve scientifique est faible [13].

Pour les FDR physiques, on considère qu'une mauvaise posture au travail et la durée du port de charge sont des FDR de chronicité ayant un niveau de preuve scientifique intermédiaire. La flexion du tronc de plus de 60° durant le travail est un facteur aggravant [13].

IV-Mécanismes émotionnels dans la douleur chronique :

La douleur est une expérience multidimensionnelle, difficile à circonscrire, comprenant des aspects sensori-discriminatifs permettant de déterminer la localisation spatiale, la durée, la qualité et l'intensité de la stimulation, mais aussi des aspects affectivo-émotionnels et cognitifs qui doivent être considérés comme faisant partie intégrante de l'expérience douloureuse. La perception d'un stimulus nociceptif est associée à une sensation désagréable qui reflète le caractère affectif et émotionnel de la douleur et qui se manifeste notamment par la survenue d'épisodes anxieux et / ou dépressifs de stress, de colère ou encore de peur. La composante cognitive quant à elle permet aussi de moduler la perception de la douleur et réciproquement. Ainsi, la douleur peut avoir une forte répercussion sur les fonctions cognitives telles que la prise de décision chez des patients atteints de douleur chronique, affectant négativement leur qualité de vie. Il est donc essentiel de mieux comprendre les mécanismes à l'origine de ces différentes composantes, pour traiter plus efficacement les patients douloureux chroniques [29].

1-Rôle du cortex cingulaire antérieur (CCA) :

Des études menées tant chez l'homme que chez l'animal montrent qu'une cingulotomie est à l'origine d'une diminution de la réponse affective à la suite d'un stimulus nociceptif, alors que la composante sensorielle semble préservée [30]. Ces résultats vont dans le sens d'une implication préférentielle du CCA dans la composante affective et émotionnelle de la douleur. Il est important de noter que des études de TEP ont montré une très forte activation de la région rostrale du CCA dans l'anxiété, notamment chez des patients souffrant de phobies, de stress post-traumatiques ou encore de désordres de l'humeur. L'implication majeure de cette

structure corticale dans les pathologies anxieuses pourrait facilement expliquer son rôle dans le stress et l'anxiété engendrés par des épisodes douloureux chroniques.

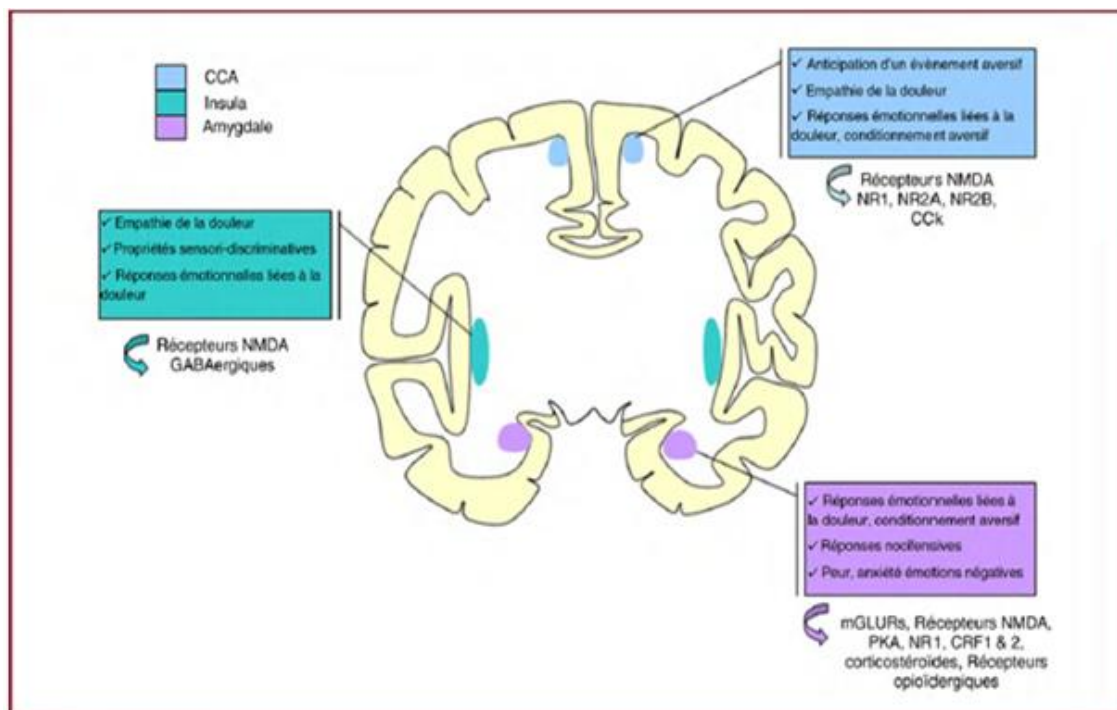


Figure 2 : Implication de cortex cingulaire antérieur (CCA), de l'insula et de l'amygdale dans les composantes fonctionnelles et affectivo-émotionnelles de la douleur. mGLURs: récepteurs métabotropiques au glutamate; PKA: Protéine Kinase A; CRF: Corticotropin-releasing Factor ; NMDA : N-Méthyl-D-Aspartate ; CCK : Cholécystokinine [29].

2-Rôle du cortex insulaire (CI) :

Certaines études suggèrent également une implication de l'insula dans la composante affectivo-émotionnelle de la douleur. En faveur de cette hypothèse, une activation du CI a tout d'abord été mise en évidence dans différentes tâches émotionnelles contenant des composantes affectives négatives, comme lors de la présentation de visages effrayants [31].

Cette implication de l'insula est en outre appuyée par les changements observés dans la dimension affectivo-émotionnelle de la douleur après une lésion du CI alors que la dimension sensori-discriminative est épargnée. Dans ce syndrome, connu sous le nom d'asymbolie, cette lésion a été considérée comme perturbant les connections sensorilimbiques et ce syndrome paraît donc intéressant pour étudier les interactions douleur-émotions [32]. Enfin, l'activité du CI a été retrouvée dans des sentiments subjectifs liés à la douleur (syndrome de l'intestin irritable, fibromyalgie) mais aussi dans l'anxiété, la dépression et la peur [33].

3-Rôle de l'amygdale :

Longtemps connue pour son rôle crucial dans les émotions et les désordres affectifs, de nombreuses données convergentes montrent un rôle clé de cette structure dans la relation entre douleur chronique et réponses émotionnelles [34]. En effet, des études électrophysiologiques et d'imagerie fonctionnelle chez l'homme montrent une augmentation de la réponse de l'amygdale lors d'un épisode douloureux.

En revanche, une inhibition pharmacologique ou une lésion de l'amygdale chez l'animal réduit considérablement les réactions émotionnelles liées à la douleur sans affecter les réponses sensorielles.

V-Evaluation de l'handicap du lombalgique chronique :

Cette notion de prise en compte du handicap dans le domaine de la lombalgie commune est capitale puisque cette pathologie réputée bénigne et relevant d'une prise en charge dans le cadre d'une médecine de confort entraîne des retentissements personnels et sociaux majeurs. Ainsi, la qualité de vie, mesurée à l'aide du SF-36, d'employés se plaignant de lombalgies était équivalente au 15^{ème} percentile de la qualité de vie mesurée avec le même instrument dans la population générale [35].

On peut ainsi schématiquement diviser les critères d'évaluation en critères socioprofessionnels, critères physiques, critères psychiques, critères fonctionnels, consommation médicale et médicamenteuse [38].

1 - Critères socioprofessionnels

La capacité à reprendre les activités professionnelles et à maintenir cette activité peut être le critère principal d'efficacité [36, 37]. Ce choix paraît logique puisque l'objectif principal de la prise en charge est la réinsertion professionnelle des lombalgies chroniques. Ce critère doit toutefois être pondéré par le nombre et la durée d'arrêt de travail en raison des lombalgies et des lomboradiculalgies pendant la période de suivi. La comparaison du nombre de jours d'arrêt de travail dans l'année précédant le programme et dans l'année suivant celui-ci apparaît également très informative. Cela permet de mettre en balance le coût du programme par rapport à l'économie réalisée en termes de jours d'arrêt de travail [38].

2- Douleur

Cette dimension est systématiquement évaluée. Le plus souvent, elle est évaluée sur une échelle visuelle analogique de 100 mm.

La diminution de la douleur n'apparaît pas clairement comme un facteur prédictif de reprise de l'activité professionnelle [38].

3- Critères physiques

Les critères d'évaluation physique peuvent être schématiquement divisés en deux catégories :

- l'évaluation analytique de la force de l'endurance ou de l'extensibilité d'un muscle ou d'un groupe musculaire ;
- l'évaluation globale de la forme physique générale.

Parmi les paramètres d'endurance les plus fréquemment utilisés, on retrouve l'évaluation isométrique des fléchisseurs et des extenseurs du tronc par les tests de *Shirado* et de *Sorensen*. D'autres tests sont également réalisés, le « *sit-up test* », la répétition du soulèvement de charge. L'ensemble de ces paramètres de force et d'endurance sont régulièrement améliorés significativement à la fin des programmes de restauration fonctionnelle [39, 36, 37, 40]. Toutefois, il ne semble pas que ces paramètres de force et d'endurance aient une valeur prédictive quand au résultat concernant la reprise des activités professionnelles des programmes de restauration à long terme [41].

Les paramètres d'extensibilité musculaire évalués sont l'indice de *Schöber* ou l'indice de *Schöber* modifié par *Macrae* (évaluant la mobilité lombaire dans le plan antérieur) et la mobilité globale du tronc (rachidienne et pelvienne) facilement mesurée par la distance mains-sol. Les mesures d'extensibilité de l'étage sous-pelvien (ischiojambiers et droit antérieur) sont moins systématiquement réalisées.

Comme pour la force et l'endurance musculaire, ces mesures d'extensibilité sont constamment améliorées au cours des programmes de restauration fonctionnelle [42]. Cette amélioration de la souplesse ne constitue pas non plus un facteur prédictif de bons résultats à moyen et long terme des programmes.

4- Critères psychologiques

Parmi les critères psychologiques, plusieurs composantes peuvent être explorées : la dépression, l'anxiété, la personnalité, l'estime de soi, le « coping » (stratégies d'adaptation développées par le patient face à la douleur), les peurs et les croyances concernant le rachis lombaire. Dans la plupart des études, des tests abrégés sont utilisés qu'il s'agisse d'auto- ou d'hétéroquestionnaires [43, 44, 45].

4-1 Evaluation de l'anxiété et de la dépression :

a- L'Echelle HAD (45) :

Traduction française validée de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* permet de mesurer à la fois la dépression et l'anxiété, elle semble bien adaptée aux lombalgiques.

b- L'Echelle BDI :

La dépression peut être évaluée à l'aide de l'indice abrégé de Beck traduction française du BDI (*Beck Depression Inventory*) [44, 45].

4-2 Evaluation des peurs et des croyances :

a- Le Fear-Avoidance Belief Questionnaire [45] :

Traduit en français, est un autoquestionnaire de 16 items développé pour mesurer les peurs et les croyances des lombalgiques concernant leur rachis lombaire. Deux sous-scores peuvent être calculés, les peurs et croyances concernant les activités physiques en général, et les peurs et les croyances concernant les activités professionnelles.

b-La Pain Anxiety Symptome Scale [45] :

Echelle des symptômes de peur, est un auto questionnaire conçu pour cerner la participation de la peur de la douleur aux comportements douloureux exagérés ou persistants.

5- Indices fonctionnels et de qualité de vie

De nombreux indices fonctionnels ont été développés, validés et sont utilisés pour évaluer le retentissement des lombalgies chroniques.

En ce qui concerne les indices utilisables en langue française, il semble logique d'utiliser l'indice de Québec lorsque l'on veut mesurer l'incapacité fonctionnelle et l'indice de Dallas si l'on désire utiliser une échelle de qualité de vie, ces deux indices ayant été validés de manière méthodologiquement satisfaisantes [46, 47]. Dans les programmes de rééducation utilisant soit des indices d'incapacité fonctionnelle, soit des indices de qualité de vie, il est noté une amélioration significative de ces indices en fin de programme et à court terme. Les résultats sont plus contrastés à plus long terme et ce d'autant que les patients sont en accident de travail et en attente d'une compensation financière [48].

6- Consommation médicamenteuse et médicale

La quantification de la consommation médicamenteuse et médicale est un critère largement utilisé dans les études anglo-saxonnes, qui montrent pour la plupart d'entre elles une diminution de la consommation d'antalgiques et du nombre de visites chez le médecin dans les mois suivant les programmes de restauration fonctionnelle.

Ces critères n'ont à notre connaissance pas été utilisés dans les études faites dans des populations de langue française [48].

VI- Prise en charge globale : [49, 50, 51, 52]

Les programmes multidisciplinaires sont aujourd'hui l'apanage de la prise en charge des LCC qui a pour objectifs :

- Ø Le contrôle et gestion de la douleur.
- Ø L'amélioration des capacités fonctionnelles.
- Ø La correction d'éventuels troubles psychologiques.
- Ø La réinsertion sociale et professionnelle.

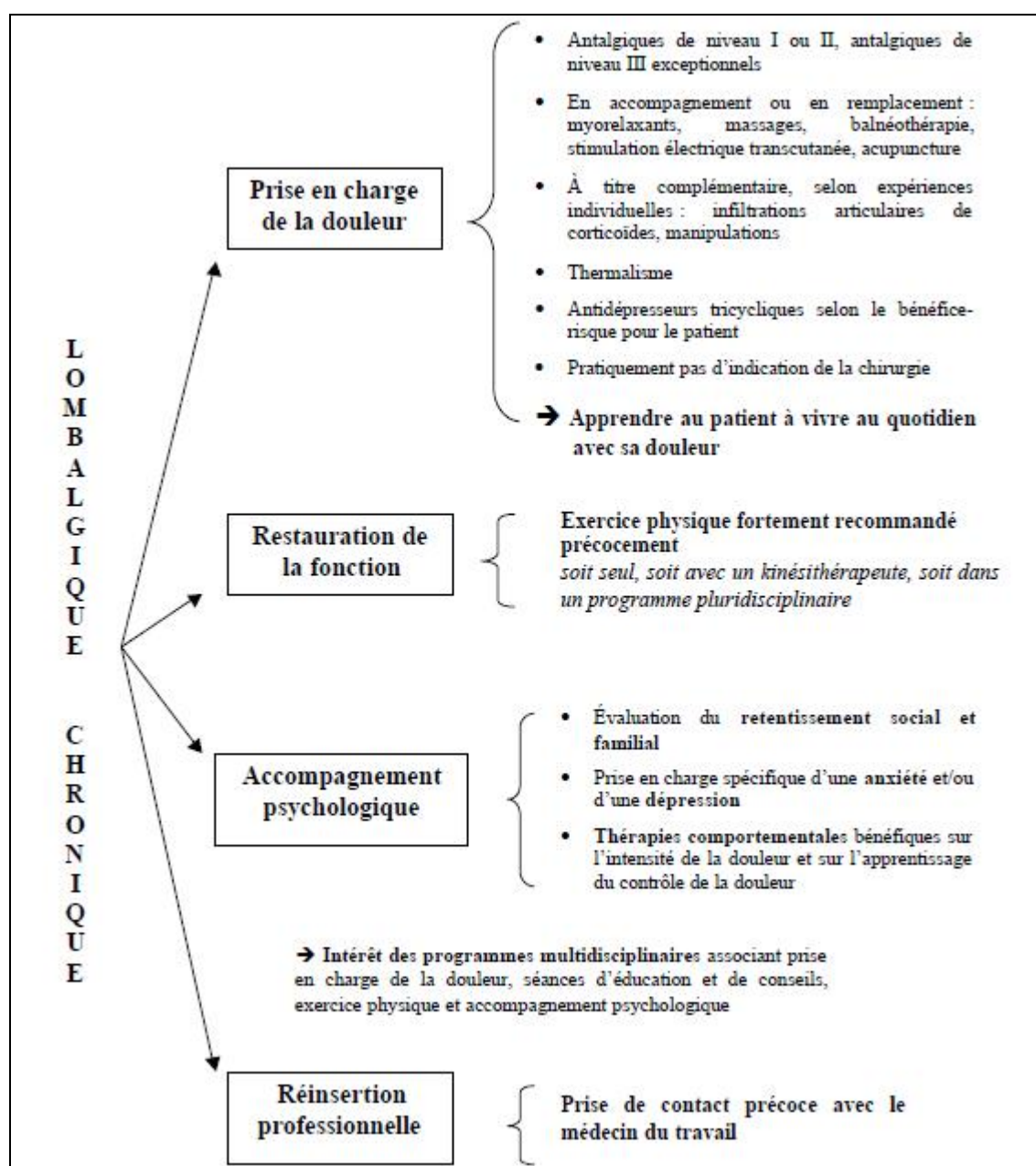


Figure 3 : Proposition de stratégie thérapeutique selon l'ANAES [43].

1- Programmes d'exercices :

a- Définition :

Ces programmes d'exercices consistent en la réalisation de mouvements spécifiques ayant pour objectif l'entraînement ou le développement corporel (training or developing the body) grâce à la pratique régulière d'un entraînement physique et afin de promouvoir la sensation d'une bonne santé physique [53].

b- Organisation de la prise en charge

Il existe autant de types de programmes que d'équipes. Le programme proposé par Bendix et al. [54] consiste en la réalisation de 24 séances d'exercice d'une heure et demie trois fois par semaine pendant huit semaines. Le lieu est extra-hospitalier.

c- Efficacité de la méthode

Ce type d'approche permet, d'après la revue systématique de la littérature de Van Middelkoop et al. [55] de réduire significativement l'intensité de la douleur et l'incapacité à court terme comparativement à un traitement usuel. Dans une méta-analyse, Hayden et al. [56] ont conclu que la stratégie la plus efficace pour ces patients lombalgiques chroniques était ces programmes d'exercices d'auto-rééducation supervisés par un thérapeute lors de consultations régulières de suivi.

2- Écoles du dos

a- Historique

Les écoles du dos ont été initialement développées en Scandinavie et peuvent être définies comme suit : elles réalisent des programmes éducatifs, dispensés en groupe visant à favoriser les apprentissages de nature cognitive (acquisition de connaissances relatives à l'anatomie et à la fonction rachidienne) et également de

nature de sensorimotrice (maîtrise d'habilités motrices) afin de permettre la réduction des efforts mécaniques exercés sur la colonne vertébrale [57].

b- Organisation de la prise en charge et contenu du programme

On peut observer dans la littérature une grande disparité des modalités de prise en charge. Par contre les modalités d'inclusion sont le plus souvent mono-disciplinaires (médecin rééducateur ou rhumatologue), la durée de prise en charge est le plus souvent courte et se fait en ambulatoire [58].

c- Efficacité des écoles du dos

Il est difficile de pouvoir effectuer une comparaison entre les différentes écoles du dos du fait de l'hétérogénéité de la prise en charge et d'un effet centre potentiel. De plus les critères de jugement varient suivant les études [59].

Les critères les plus fréquemment utilisés sont l'intensité de la douleur, le statut fonctionnel, l'amélioration globale évaluée par le patient et le retour au travail. Dans une récente revue systématique de la littérature portant sur l'efficacité des écoles du dos et d'autres programmes de restauration fonctionnelle, aucune différence significative n'a été retrouvée en termes de douleur et d'incapacité entre les écoles du dos et les groupes contrôles [55].

3- Restauration fonctionnelle du rachis :

a- Historique

Le concept de restauration fonctionnelle du rachis (RFR) a été initié par T. Mayer dans les années 1990. Il propose une approche alternative pour le traitement de la lombalgie chronique, résistant aux thérapeutiques classiques et occasionnant des coûts élevés de prise en charge. Ce programme favorise la restauration des paramètres physiques du syndrome de déconditionnement caractérisé par la perte

de la souplesse rachidienne, la force et l'endurance. En parallèle, il est procédé à une réhabilitation sociale, professionnelle et psychologique (prise en charge bio-psycho-sociale) [58].

b- Organisation de la prise en charge :

La durée du programme varie suivant les équipes (entre 3 et 6 semaines), le nombre de patients par groupe est en général compris entre 4 et 10. La prise en charge est faite en hospitalisation à temps complet ou partiel. La prise en charge est multidisciplinaire et comporte une équipe pluridisciplinaire : médecin rééducateur, kinésithérapeute, ergothérapeute, assistante sociale, psychologue, sophrologue, diététicienne et éducateur sportif [58].

c- Efficacité des programmes de RFR

L'efficacité des programmes de RFR dans la lombalgie chronique est reconnue dans la littérature). Dans le cadre de l'approche socio-économique de la lombalgie chronique, le critère principal d'efficacité des programmes de RFR est le retour au travail. La plupart des études rapportent un taux de retour au travail entre 65 et 72 % [60].

4- La thérapie cognitive et comportementale (TCC) : [61]

Les programmes de TCC mettent l'accent sur le « *coping* » ; c'est-à-dire la capacité à s'adapter, à s'ajuster, à faire face. Les patients apprennent à gérer le fond douloureux et les crises douloureuses en se posant les bonnes questions sur les facteurs d'aggravation (aspects physiques, émotionnels). Ils trouvent alors leurs propres solutions, telles :

- être actif ;
- rechercher des positions de confort ;
- utiliser l'environnement ;
- réinterpréter la douleur ;
- utiliser la distraction ;
- continuer à « fonctionner » sans se marginaliser familialement, professionnellement ou socialement ;
- savoir utiliser les médicaments de secours ;
- valoriser les techniques physiques antalgiques (douche, sèche cheveux, bouillotte, hot-pack, serviette chaude...) ;
- utiliser la relaxation ;
- garder l'esprit positif en évitant la dramatisation.

Le traitement cognitivo-comportemental est recommandé pour les patients lombalgiques chroniques (recommandations européennes) [50].

NOTRE ETUDE

BUT DE L'ETUDE

Le but de notre travail est la détermination de la prévalence de la dépression et de l'anxiété au sein de la population lombalgique chronique ainsi que les facteurs associés à la dépression et à l'anxiété au sein de cette même population.

MATERIEL

ET

METHODE

1. Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude transversale réalisée au sein de la consultation de Rhumatologie au CHU Hassan II FES sur une période allant de septembre 2010 à janvier 2012.

2. Population :

Notre étude a concerné 105 patients recrutés à partir de la consultation de Rhumatologie au centre de diagnostic du CHU Hassan II de FES.

3. Critères d'inclusion et d'exclusion :

- Ø Ont été inclus les patients ≥ 18 ans souffrant de lombalgies chroniques communes.
- Ø Ont été exclus les patients souffrant de lombalgies symptomatiques ou ayant des antécédents psychiatriques avant l'apparition de la lombalgie pouvant fausser la réponse aux différents questionnaires.

4. Recueil des données :

Les informations recueillies comportaient des données sociodémographiques des patients, des caractéristiques de la LCC, et des échelles d'évaluation du retentissement psycho-comportemental (FABQ, BDI, HAD).

- Ø Données sociodémographiques des patients : identité, âge, sexe, lieu de résidence (milieu urbain ou rural), situation matrimoniale (marié, célibataire, divorcé, veuf), niveau d'instruction (analphabète, primaire, secondaire, supérieur), activité professionnelle (fonctionnaire, cadre supérieur, ouvrier, commerçant, sans profession) et l'indice de masse corporelle IMC.

∅ Caractéristiques de la LCC : durée des lombalgies, EVA douleur, durée d'arrêt de travail, notion de kinésithérapie, notion de port d'une contention lombaire et les traitements reçus.

∅ Echelles de retentissement psycho-comportemental :

- FABQ : Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (évaluation des peurs et croyances).
- BDI : Beck Depression Inventory (évaluation de la dépression)
- HAD : Hospital Anxiety and Depression scale (appréciation de l'état anxieux et dépressif).

5. Analyse statistique :

Dans un premier temps, une analyse descriptive des caractéristiques sociodémographiques, de la LCC des patients et des différentes échelles d'évaluation a été effectuée. Les moyennes et les écarts-type ont été calculés.

Ensuite une analyse a été faite pour rechercher la corrélation entre dépression-anxiété et plusieurs variables explicatives.

Pour chaque test statistique utilisé, le test était considéré comme significatif lorsque r (coefficient de corrélation) se rapproche de ± 1 .

L'analyse statistique est effectuée en utilisant le logiciel SPSS version 17.

RESULTATS

I-DESCRIPTION DE LA POPULATION :

1- Données socio-démographiques :

∅ La population enquêtée se composait de 68 femmes et de 37 hommes, soit 64,8% de femmes et 35,2% d'hommes (figure 1).

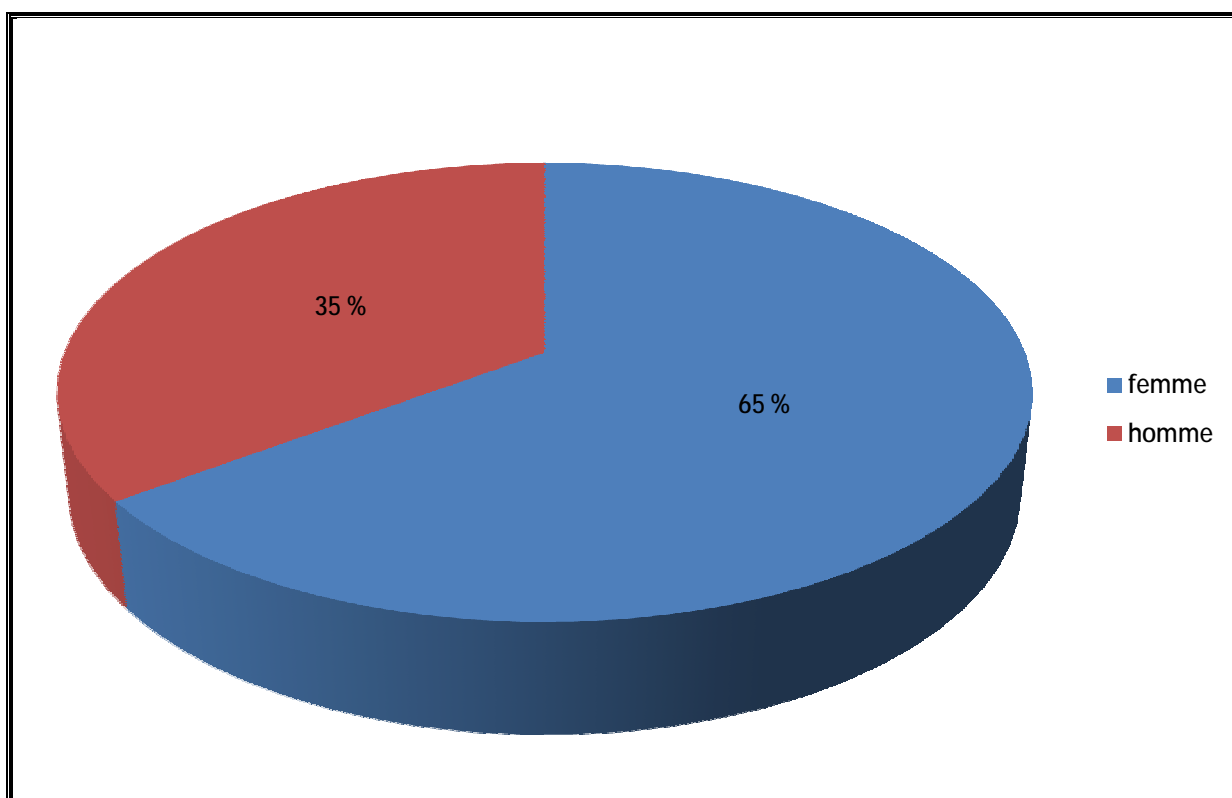


Figure 1: répartition selon le sexe

Ø L'âge moyen des patients ayant participé à l'étude était de $44,4 \pm 12,27$ ans, avec des extrêmes allant de 20 à 75 ans. (Figure 2)

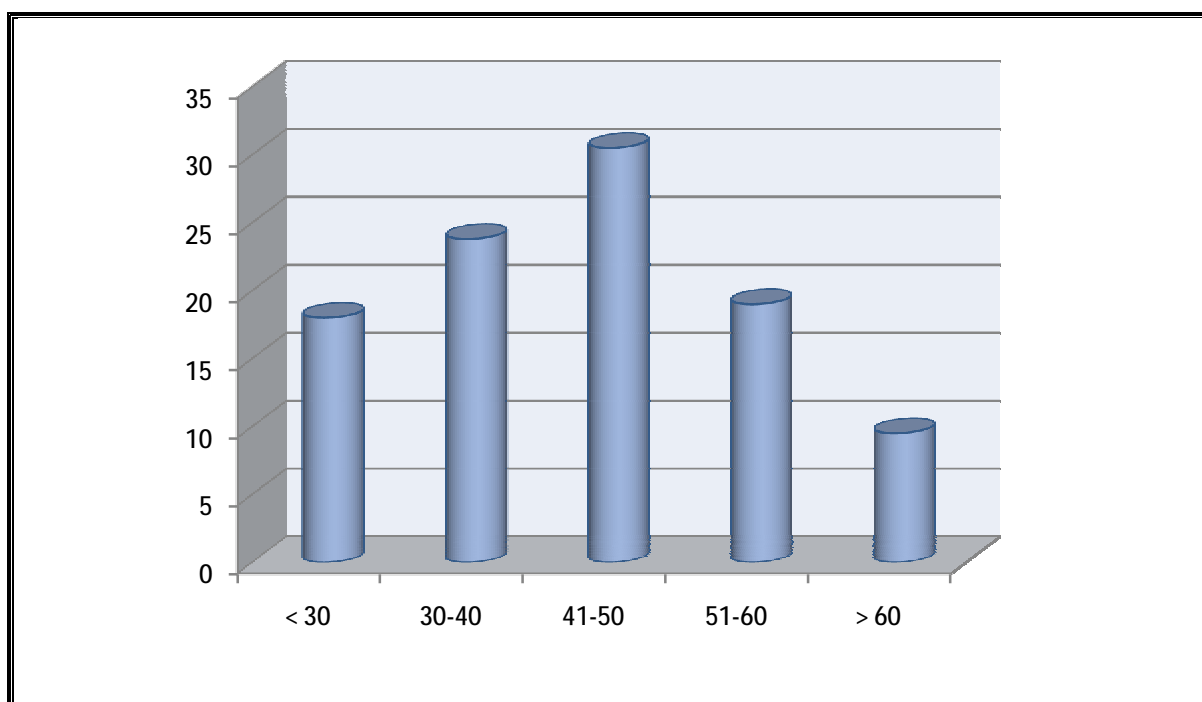


Figure 2 : répartition selon la tranche d'âge

Ø Le lieu de résidence : la majorité des patients résidaient en milieu urbain ; 103 patients (soit 98 %).

Ø La situation matrimoniale : la majorité des patients ; 80 (76 %) étaient mariés ; 21 (20 %) étaient célibataires ; 1(0,9%) était divorcé et 3 (2,8 %) étaient veufs (figure 3).

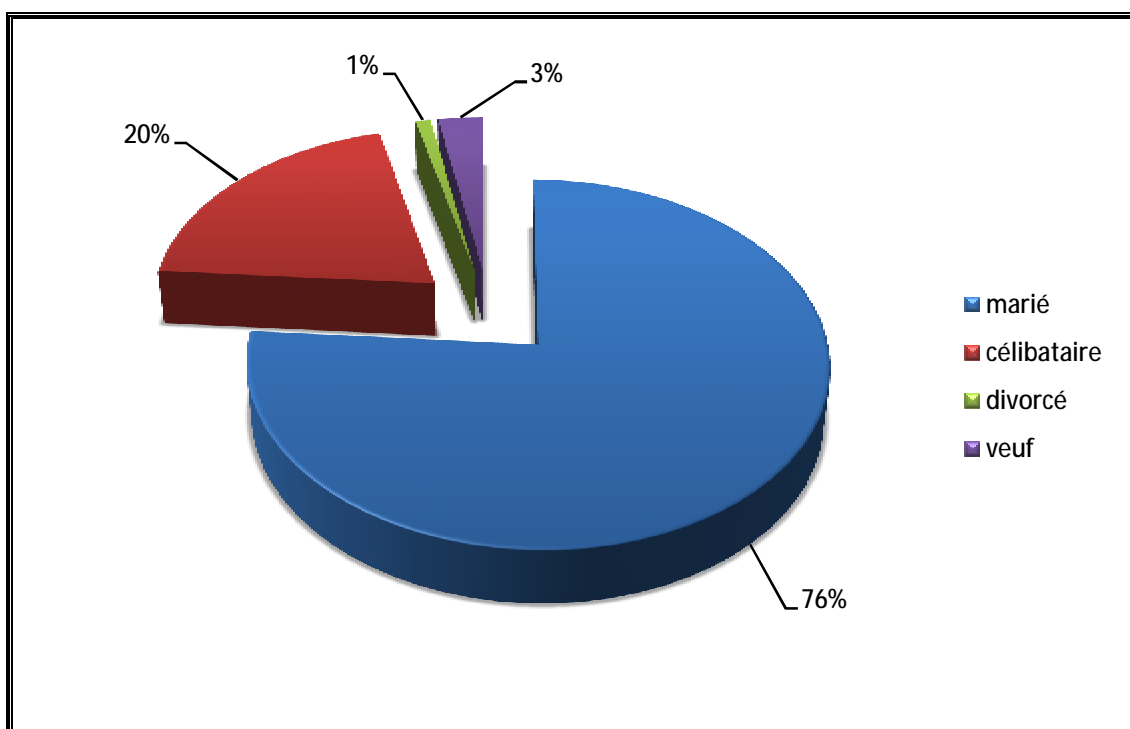


Figure 3 : répartition selon la situation matrimoniale

Ø Le niveau d'instruction : 26 (24,8%) étaient analphabètes, 15 (14,3 %) avaient fait des études primaires, 22 (21 %) avaient suivi des études secondaires, et 42 (40 %) avaient suivi un cursus supérieur (figure 4).

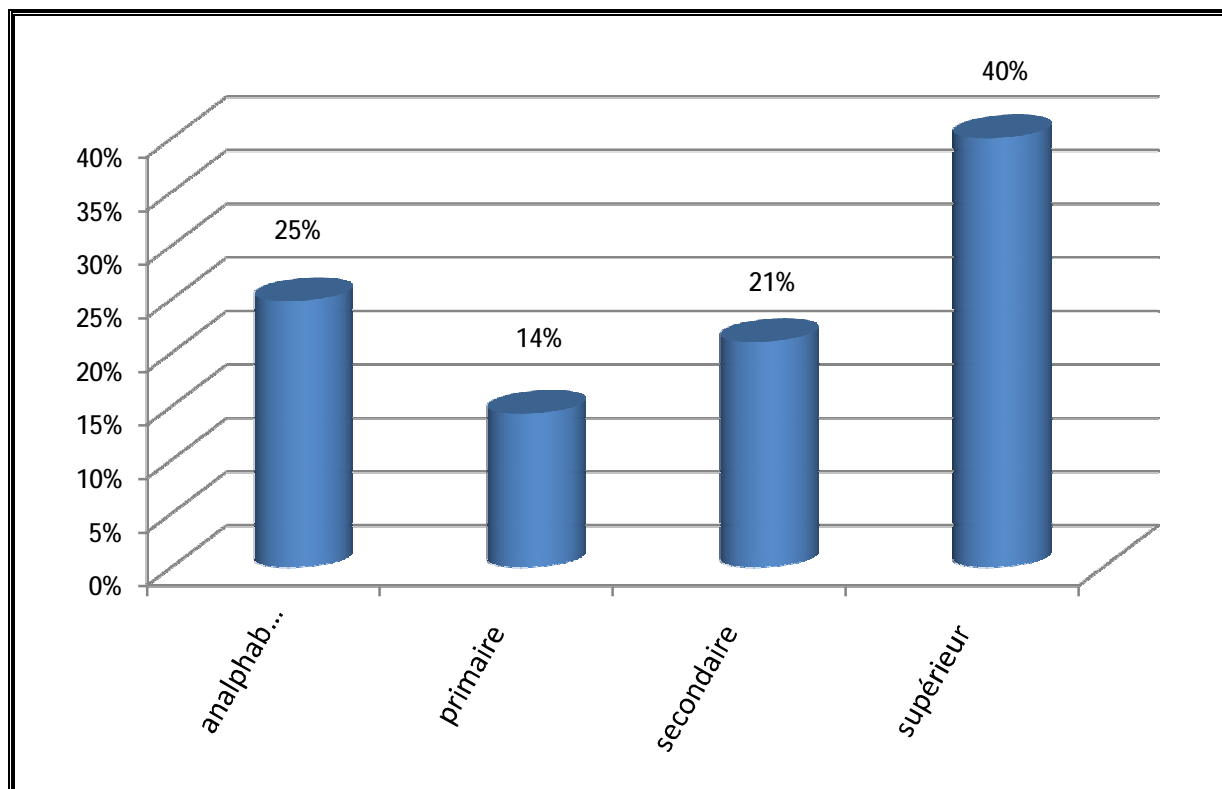


Figure 4 : Répartition selon le niveau d'instruction

En ce qui concerne l'activité professionnelle:

- 46 (soit 44 %) étaient sans profession.
- 59 (soit 56 %) avaient une profession : 38 étant fonctionnaires, 9 des cadres supérieurs, 9 ouvriers, 3 commerçants.

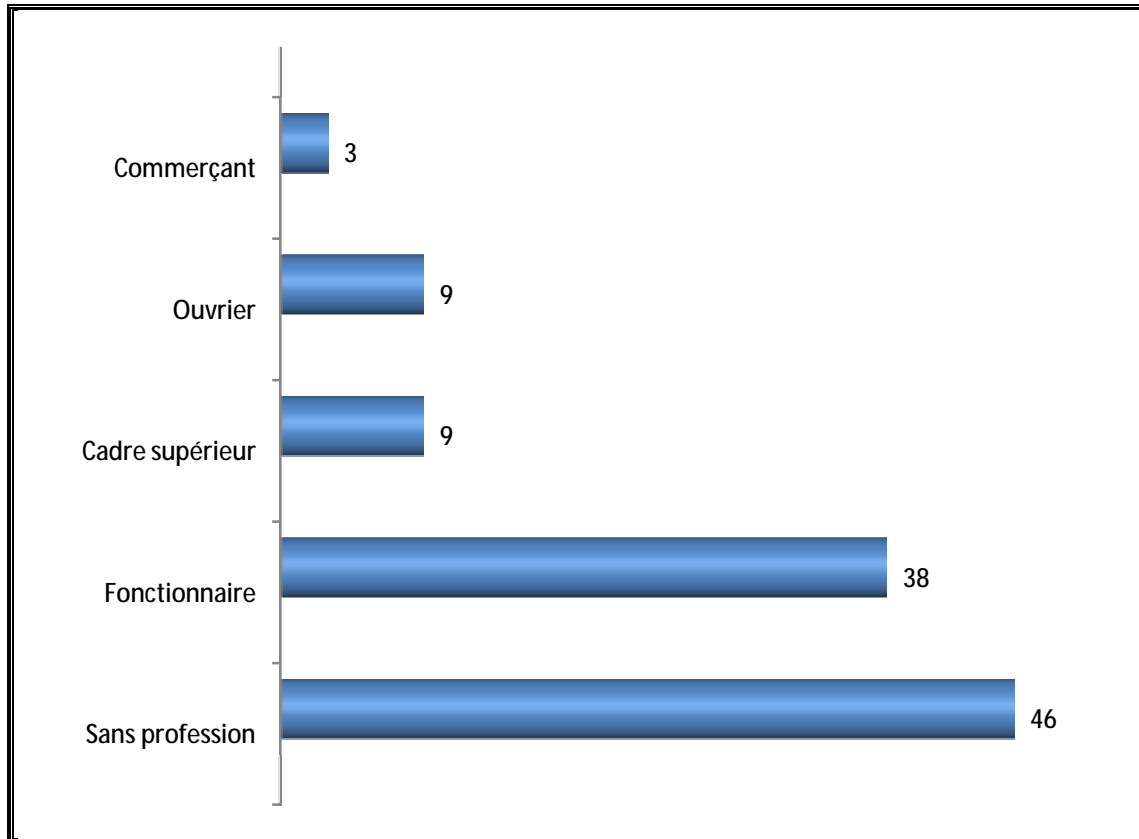


Figure 5 : Répartition selon la profession

Ø IMC :

L'indice de masse corporelle moyen des patients ayant participé à l'étude était de $26,5 \pm 8,6 \text{ kg/m}^2$, avec des extrêmes allant de 19 à 37 kg/m^2 .

2- Caractéristiques de la LCC :

o Durée des lombalgies :

L'ancienneté moyenne des lombalgies était de l'ordre de 50,85 mois avec des extrêmes de 6 mois à 360 mois, une médiane de 36 mois et un écart type de 51,64 mois. (Figure 5)

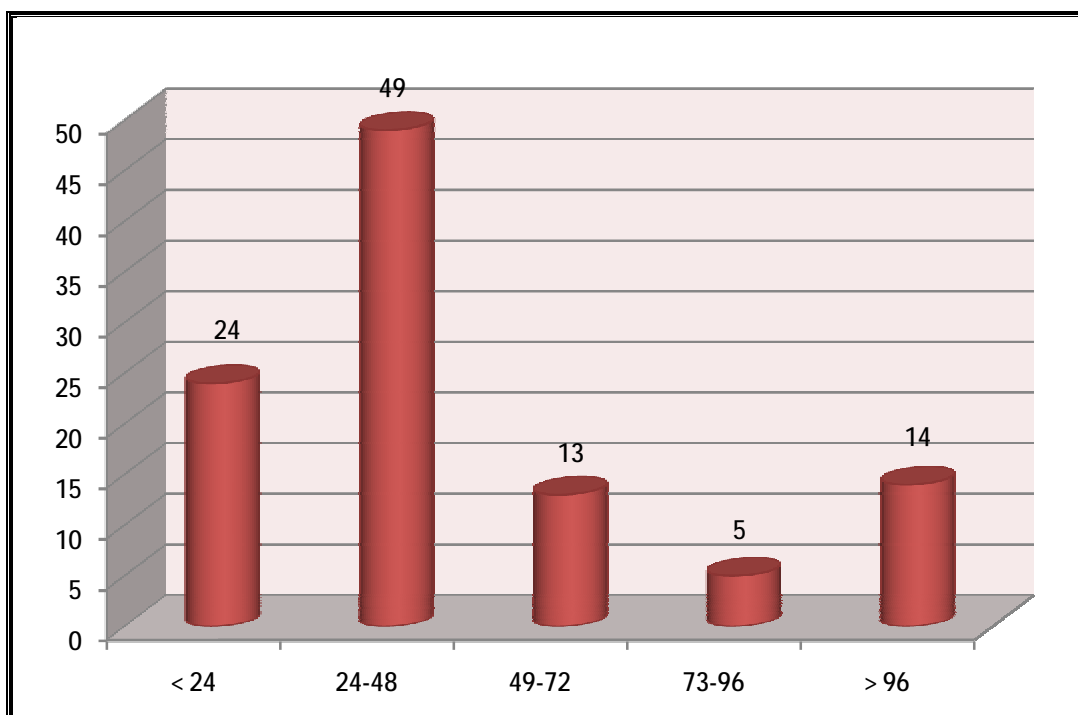


Figure 5 : Durée d'évolution des lombalgies selon les mois

○ L'EVA douleur :

L'intensité des douleurs lombaires : l'EVA moyenne était 50,52 mm avec des extrêmes de 20 à 90 mm, une médiane de 50 mm et un écart type de 16,02 mm. 63,8% des patients avaient des douleurs lombaires modérées, et 36,2 % avaient des douleurs sévères. (Tableau I)

Tableau I : EVA en fonction de son degré d'intensité

EVA douleur	Nombre	Pourcentage
(0-50mm)	67	63,8%
>50 mm	38	36,2%

○ Kinésithérapie :

Parmi nos 105 patients, seulement 22 ont déjà bénéficié de séances de kinésithérapie soit 21%, la majorité soit 83 (79%) n'ayant jamais bénéficié de ce type de traitement. (Figure 6)

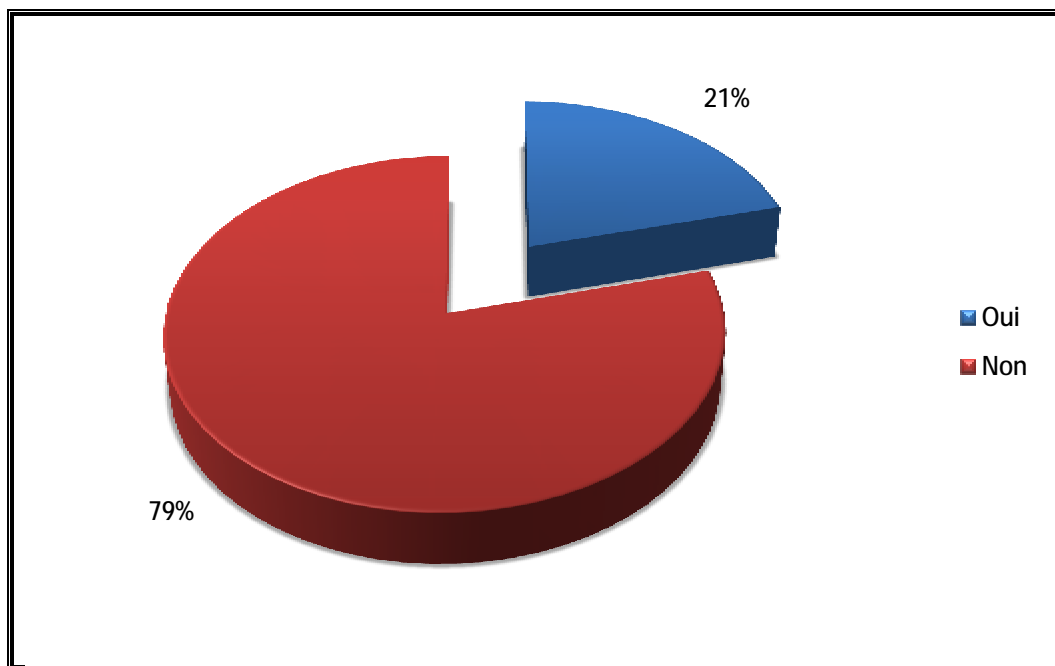


Figure 6 : Notion de kinésithérapie.

○ Port de ceinture lombaire de contention :

Seulement 12 patients soit 11,4 % avaient déjà porté une ceinture lombaire de contention (corset). (Figure 7)

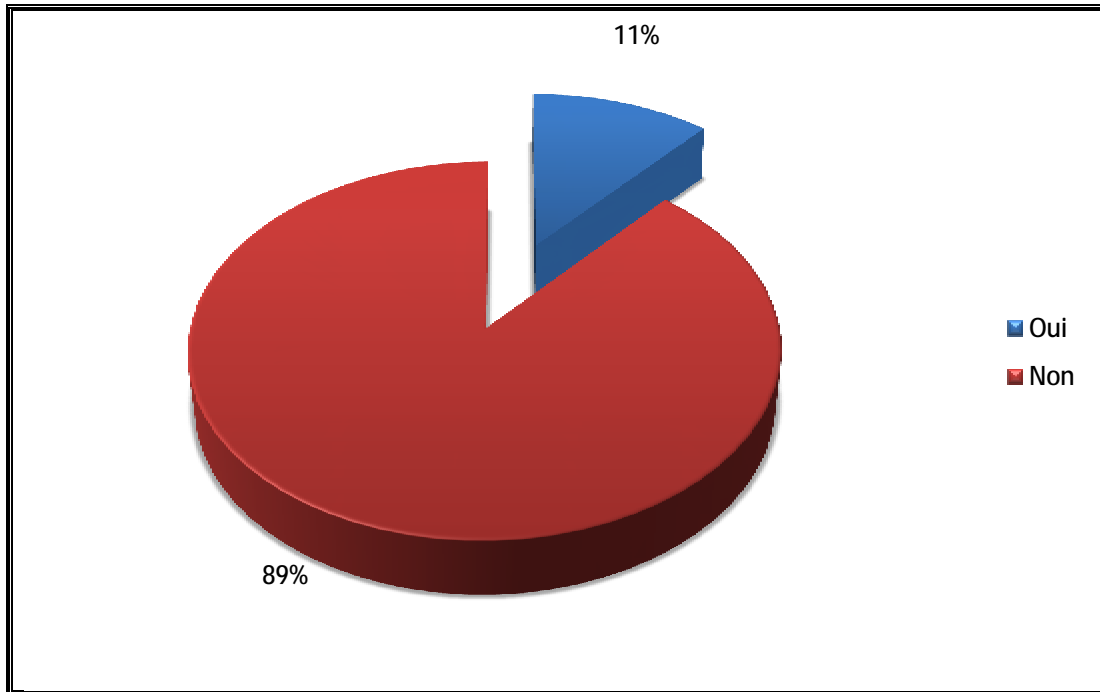


Figure 7 : Notion de port de ceinture de contention lombaire.

3- Evaluation psycho-comportementale :

a- Evaluation des peurs et croyances par l'échelle de FABQ :

Cette évaluation est appréciée par le FABQ (questionnaire comportant 2 sous scores) :

- o FABQ 1 (concernant les activités professionnelles) :

Seulement 59 patients de notre série ont répondu à ce questionnaire (catégorie ayant une activité professionnelle). Le FABQ 1 moyen était de 19,27 avec des limites allant de 4 à 42. La médiane était de 18 et un écart-type de 9.

- o FABQ 2 (concernant les activités physiques) :

Le FABQ 1 moyen était de 16,84 avec un minimum de 0 et un maximum de 24, une médiane de 18 et un écart-type de 5,29.

b- Evaluation de la dépression par l'échelle de Beck :

Dans notre série : (Figure 8)

- ✚ 23 patients ne souffraient pas de dépression (soit 22 % ayant un score allant de 0 à 3).
- ✚ 43 patients avaient une dépression légère (soit 41 % ayant un score de 4 à 7)
- ✚ 32 patients souffraient d'une dépression modérée (soit 30 % ayant un score compris entre 8 et 15).
- ✚ Et 7 patients avaient une dépression sévère (soit 7 % ayant un score supérieur ou égal à 16).

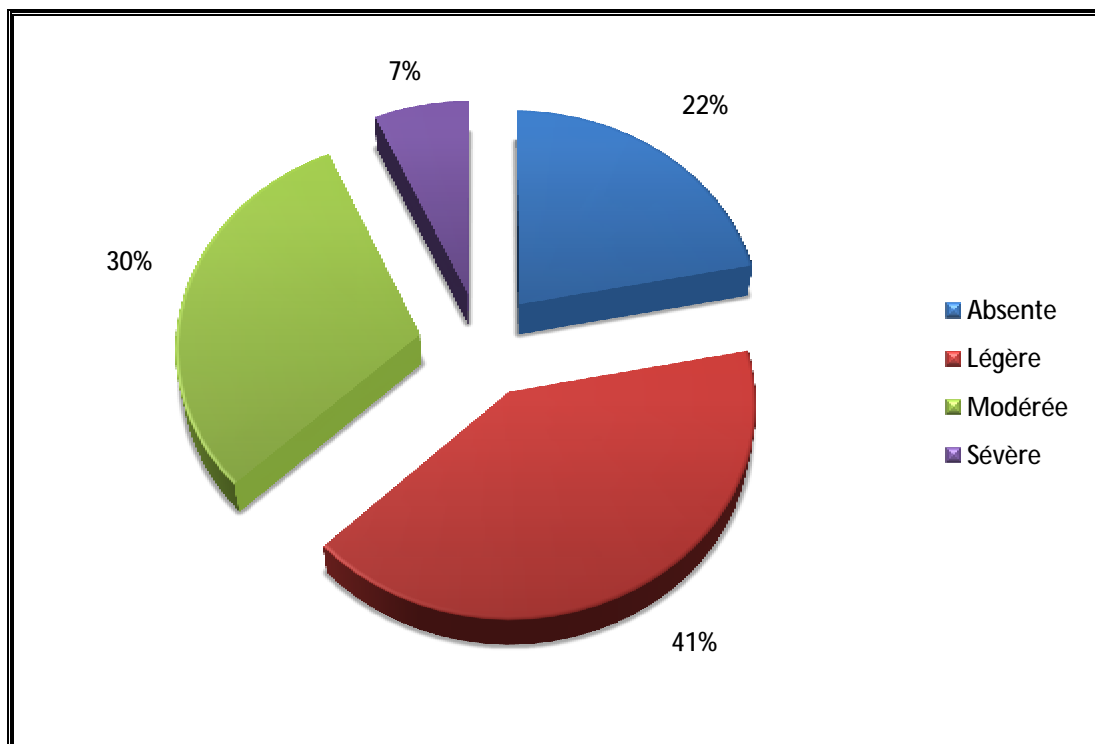


Figure 8 : Prévalence de la dépression selon l'échelle de Beck

c- Evaluation de l'anxiété et de la dépression par l'échelle HAD :

Ø Echelle HAD-A :

Les troubles anxieux étaient absents chez 55 patients (soit 52 %). Alors que 29 patients (soit 28 %) souffraient d'une symptomatologie anxieuse douteuse et 21 patients (soit 20 %) d'une symptomatologie certaine. (Figure 9)

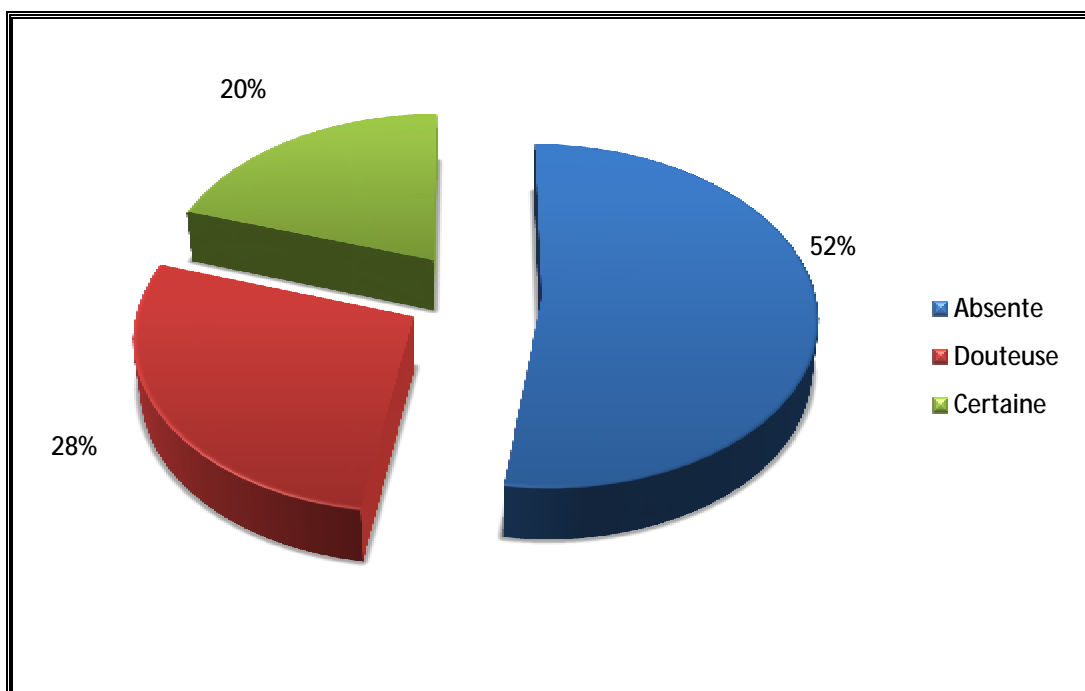


Figure 9 : Prévalence de l'anxiété selon l'échelle HAD

Ø Echelle HAD-D :

Les troubles dépressifs étaient absents chez 52 patients (soit 49 %). Alors que 23 patients (soit 22 %) souffraient d'une symptomatologie dépressive douteuse et 30 patients (soit 29 %) d'une symptomatologie certaine. (Figure 10).

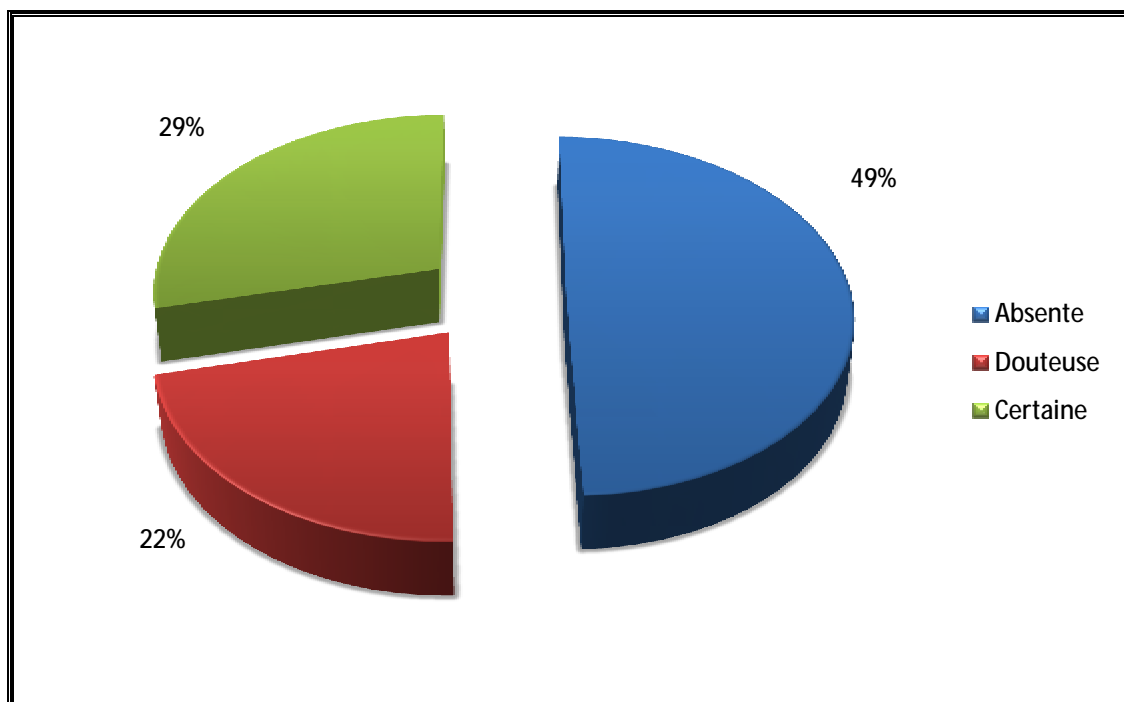


Figure 10 : Prévalence de la dépression selon l'échelle HAD

II-Etude des corrélations entre les facteurs associés à la LCC et les différentes échelles d'évaluation :

1- Facteurs individuels :

○ Age :

L'âge est faiblement corrélé à l'échelle de dépression BDI ($r = 0,30$) et à l'échelle HAD-D ($r = 0,34$). Tandis qu'il n'existe pas de corrélation entre l'âge des patients et les échelles FABQ 1 ($r = 0,20$) FABQ 2 ($r = 0,14$) et le HAD-A ($r=0,10$).

○ Sexe :

Il existe une faible corrélation entre le sexe et les échelles FABQ 1 ($r=0,55$), échelle de BDI ($r=0,32$) et le HAD-D ($r=0,30$). Le sexe des patients n'est pas corrélé au FABQ 2 ($r=0,28$) et à l'HAD-A ($r=0,23$).

○ Niveau d'instruction :

Le niveau d'instruction est moyennement corrélé au FABQ 1 ($r=0,61$), faiblement à l'échelle de Beck ($r=0,33$) et à l'HAD-D ($r=0,41$). Mais il n'existe pas de corrélation entre le niveau d'instruction et le FABQ 2 ($r=0,20$) et l'HAD-A ($r=0,13$).

○ Activité professionnelle :

L'activité professionnelle est fortement corrélée au FABQ 1 ($r=0,86$) néanmoins elle n'est corrélée au FABQ 2 ($r=0,08$), à l'échelle BDI ($r=0,10$), à l'HAD-A ($r=0$) et à l'HAD-D ($r=0,17$).

- IMC :

L'indice de masse corporelle des patients n'est pas corrélé aux différentes échelles :

- FABQ 1 ($r=0,07$)
- FABQ 2 ($r=0,23$)
- Echelle de BDI ($r=0,06$)
- HAD-A ($r=0,09$)
- HAD-D ($r=0$)

2- Facteurs liés à la LCC :

- EVA Douleur :

L'intensité de la douleur évaluée par l'EVA douleur est faiblement corrélé à l'échelle de Beck ($r=0,33$), à l'HAD-A ($r=0,28$) et à l'HAD-D ($r=0,27$). L'EVA n'est pas corrélée au FABQ 1 ($r=0,07$) et au FABQ 2 ($r=0,04$).

- Durée des lombalgies :

La durée des lombalgies est faiblement corrélée au FABQ 2 ($r=0,33$) et cette durée n'est pas corrélée aux autres échelles :

- FABQ 1 ($r=0,08$)
- BDI ($r=0$)
- HAD-A ($r=0$)
- HAD-D ($r=0,02$)

- Séances de kinésithérapie :

La notion de kinésithérapie n'est pas corrélée aux différentes échelles :

- FABQ 1 ($r=0,06$)
- FABQ 2 ($r=0,1$)
- Echelle de BDI ($r=0,24$)
- HAD-A ($r=0,06$)
- HAD-D ($r=0,09$)

- Port d'une ceinture de contention lombaire :

La notion de port d'une contention lombaire n'est pas corrélée aux différentes échelles :

- FABQ 1 ($r=0,16$)
- FABQ 2 ($r=0,02$)
- Echelle de BDI ($r=0,15$)
- HAD-A ($r=0,04$)
- HAD-D ($r=0,01$)

DISCUSSION

Les lombalgies chroniques constituent une bonne illustration des intrications médico-psycho-sociales soulignant l'intérêt d'une approche globale. Les lombalgies comportent souvent une part de souffrance psychique qui vient majorer le niveau des douleurs, expliquant la discordance entre la plainte, l'inefficacité des traitements antalgiques et le maintien d'un niveau de fonctionnement relativement élevé.

I-Prévalence de la dépression :

1-Prévalence de la dépression :

Dans notre étude 37 % des patients souffraient de troubles dépressifs modérés à sévères et 41% avaient des troubles légers selon l'échelle de Beck, 51 % présentaient une dépression selon l'échelle HAD.

Ce taux élevé de dépression a été bien rapporté dans la littérature, notamment dans une étude faite à l'hôpital El Ayachi à Rabat qui a montré une prévalence de dépression de l'ordre 60 % chez 100 lombalgiques chroniques selon l'échelle HAD [62].

A l'échelle internationale, Polatin et al. [63] avait rapportée une prévalence des troubles dépressifs de l'ordre de 49% chez 200 patients lombalgiques chroniques, de même que les résultats de Fishbain et al. [64] qui avaient également montré une prévalence élevée de dépression chez 30 % des patients.

Dans une autre étude menée par Laxmaiah Manchikanti et al. [65] chez 40 patients lombalgiques chronique avait objectivé une prévalence de dépression de 30 %.

La douleur chronique, au-delà de la simple émotion désagréable, est fréquemment associée à de réels syndromes dépressifs. La fréquence de la comorbidité entre douleur chronique et dépression est validée par de nombreuses

enquêtes épidémiologiques [66]. Cette association est délétère. En effet, la présence de symptômes dépressifs au cours de l'évolution d'une pathologie douloureuse entache le pronostic et altère la qualité de vie. Les causes de la comorbidité entre douleur et dépression sont complexes, en raison probablement à la fois de la présence de facteurs de risques communs et d'une relation de causalité entre les deux troubles.

Kroenke et al. [67] avaient remarqué que les douloureux chroniques présentent 2,5 à trois fois plus fréquemment une dépression majeure que les témoins en population générale.

Le risque pour un patient algique chronique de présenter un épisode dépressif majeur (EDM) est important mais variable selon les études allant de 15 à 54,5 % [68].

Plusieurs études ont montré que, pour les pathologies douloureuses chroniques (lombalgies, céphalées..), un score élevé aux échelles de dépression est un facteur de mauvais pronostic en termes de douleur, de handicap, d'invalidité, de qualité de vie et de coût de santé [69,70].

II-Prévalence de l'anxiété :

Dans notre étude 20 % des patients souffraient de troubles anxieux selon l'échelle HAD.

Ces résultats concordent avec ceux de l'étude marocaine de A. Boudali et al. [62] qui avait montré une prévalence de l'anxiété de l'ordre 37 %.

Polatin et al. [63] avait objectivé une prévalence des troubles anxieux de l'ordre de 15 % chez les 200 patients. Amsmundson et al [71] avait également montré que 18 % des patients atteints de douleurs musculo squelettiques chroniques présentent des troubles anxieux. Dans l'étude de Laxmaiah Manchikanti et al. [65], la prévalence de l'anxiété était de l'ordre 20 % chez les 40 patients lombalgiques chroniques.

La conférence de consensus de l'ANAES sur « la prise en charge de la douleur chronique » [33] rapporte que toute douleur chronique est anxiogène. L'absence d'étiologie du symptôme douloureux est souvent considérée par le patient comme un facteur angoissant supplémentaire. Inversement, on ne peut exclure que l'anxiété soit un facteur majorant de la douleur.

III-Facteurs associés à la dépression et à l'anxiété :

a. Age :

Dans notre étude, l'âge avancé constitue un facteur associé à la survenue d'une dépression ; l'âge jeune constitue un facteur protecteur contre la survenue de celle-ci, plus le patient est âgé, plus il a tendance à penser que « sa douleur n'ira jamais mieux » [71]. Au-delà de la lombalgie chronique, le sujet âgé est particulièrement vulnérable à la dépression pour de nombreuses raisons notamment la fragilisation liée aux pertes sociales (retraite) et affectives (veuvage, deuil, départ des enfants du foyer) et la solitude et l'isolement qui en découlent souvent. Blazer DG et al. [73] avait montré dans une étude évaluant la relation entre lombalgie chronique et dépression majeure que l'âge jeune chez son groupe d'étude était un facteur prédictif de survenue d'une dépression, mais elle a stratifié la population en étalant les tranches d'âge de 20 à 64 ans et ≥ 65 ans (ce qui avait inclus un nombre important de patients jeunes dans un même intervalle d'âge).

b. Sexe :

Dans notre étude, on note l'existence d'une corrélation entre sexe féminin et dépression. Ce même résultat a été noté par l'étude de Blazer et al [73]. Plus précisément, les femmes étaient plus susceptibles d'installer une dépression. Résultat semblable au groupe d'étude de Magni et al [74, 75].

Certains facteurs comme une fonction sociale moins gratifiante, l'exposition à l'isolement affectif et au veuvage participent à l'explication de cette différence entre les deux sexes (une fréquence 2 à 3 fois supérieure chez les femmes par rapport aux hommes. Les principales épisodes de la vie hormonale sont contemporaines à des modifications de l'humeur : cycles menstruels, grossesses, post-partum, ménopause...).

c. Niveau d'instruction :

Dans notre étude, on note l'existence d'une corrélation entre le bas niveau d'instruction et la dépression. En effet, un bas niveau d'étude constitue un facteur associé à l'installation de troubles dépressifs. Cela peut être expliqué par une mauvaise compréhension de la bénignité du symptôme chez cette catégorie de personnes.

A l'échelle internationale, Blazer et al. [73] avait constaté l'existence d'un lien entre le bas niveau d'instruction et la survenue d'une dépression majeure.

d. EVA douleur :

Dans notre étude, il existe une corrélation entre l'intensité de la douleur et la survenue d'une dépression.

Ce même constat était noté par Von Korff et Simon [76] montrant une nette corrélation entre les indices de sévérité de la douleur et l'intensité dépressive.

Cette corrélation appuie les idées reçues telles que « la douleur chronique déclenche une dépression » ou « la dépression aggrave la douleur ». [77]

III-les peurs et croyances selon l'échelle FABQ :

Dans notre étude, les facteurs pourvoyeurs de peurs et croyances envers le travail étaient le sexe féminin et le bas niveau d'instruction.

En ce qui concerne les peurs et les croyances envers l'activité physique, le seul facteur associé était la durée de la lombalgie.

Pour les autres paramètres, on n'a pas trouvé de corrélation notamment avec l'âge, l'EVA douleur, l'IMC, la notion de kinésithérapie et le port d'une ceinture de contention lombaire.

L'expérience vécue à cause de la douleur entraîne des peurs envers les mouvements susceptibles de provoquer cette douleur. Les comportements de peurs et d'évitement liés à des croyances « *fear avoidance beliefs* » aboutissent à une limitation des activités non seulement physiques, mais également sociales. En présence d'une douleur, le patient peut parvenir à contenir sa peur de la douleur de telle façon que les symptômes finissent par disparaître. Il peut au contraire avoir peur de cette douleur (c'est la dramatisation) et adopter des stratégies d'évitement (ne pas trop bouger par crainte que la douleur revienne...). Cet évitement devient une habitude pour le patient qui réduit ses activités avec pour effet une perte de la force musculaire et un déconditionnement à l'effort [78]. Ce cercle vicieux va favoriser l'évolution des douleurs alors que nous partions d'une douleur bénigne. Ce modèle cognitivo-comportemental de la peur de bouger fut élucidé par Vlaeyen [79].

Le FABQ [80] contient 16 items qui interrogent le patient sur ses croyances en rapport avec sa douleur (par exemple : « l'activité physique aggrave ma douleur ») et avec son travail (par exemple : « mon travail a aggravé ma douleur »). Ce questionnaire est très utilisé chez les patients lombalgiques au stade chronique mais n'a pas vraiment mis en évidence de facteur prédictif dans les études au stade

de lombalgie aiguë [81]

Le FABQ est le plus souvent utilisé par l'intermédiaire de ses sous-échelles et non avec un score global. Même si ce questionnaire n'est pas forcément prédictif d'un passage à la chronicité, il est parfois décrit comme prédictif de la durée de l'arrêt de travail [82].

Plus le score FABQ est élevé plus c'est en faveur de peurs et croyances élevées. Certains auteurs ont démontré qu'un score de peurs et croyances élevé pour la dimension « travail » (FABQ1 supérieur à 32 sur 42) permettrait d'identifier les patients à risque de ne pas retravailler 4 semaines après un accident du travail ayant provoqué une lombalgie [83]. Dans cette situation, on peut facilement imaginer que le patient puisse avoir peur de la reprise du travail si ses croyances sont importantes. Le score FABQ est souvent plus élevé dans une population de lombalgiques chroniques que dans une population de lombalgiques aigus [84]. Certains auteurs ont démontré qu'un score élevé chez le patient est souvent corrélé à un score élevé chez le médecin d'où l'importance de la formation des soignants [85].

Une étude faite au service de médecine physique et de réadaptation de l'hôpital Cochin sur la mesure de l'importance des facteurs cognitifs sur le maintien d'une activité physique mesurée par le FABQ. Les facteurs associés à un score élevé du FABQ traduit un comportement particulièrement inadapté et évitant, sont l'activité professionnelle, un faible niveau d'éducation, un mode de vie sédentaire, une consommation élevée d'antalgiques [86].

Dans une analyse de la littérature réalisée par Fayad et al. en 2004 [87], il avait distingué les facteurs pronostics de récurrence, de reprise du travail. Il avait trouvé comme facteurs de risque de non retour au travail, un mauvais état général et l'âge élevé (avec un fort niveau de preuve scientifique), le sexe féminin et l'intensité de la douleur (avec un niveau de preuve scientifique intermédiaire).

Steenstra et al. [88] avait regroupé des études de cohortes de travailleurs présentant une lombalgie, il avait recherché les facteurs associés au non retour au travail. Dans sa revue de littérature, les facteurs pronostics à fort niveau de preuve scientifique retenus sont les suivants : l'incapacité fonctionnelle, la présence d'une sciatique, l'âge élevé (surtout si supérieur à 51 ans), le sexe féminin (les hommes retournent au travail plus rapidement), un isolement social ou problème social, un travail physique. Certains facteurs avaient un niveau de preuve modéré : un indice de masse corporelle élevé, l'état de santé en général, la relation avec ses collègues de travail (mais pas avec ses supérieurs). D'autres ayant un niveau de preuve jugé insuffisant ou nul : l'intensité de la douleur ; la cause de la lombalgie ; le niveau d'éducation ; le statut marital.

Au Maroc, nous rapportons l'étude faite au niveau de la région de Fès, qui a analysé la prévalence de la lombalgie chronique commune chez le personnel hospitalier du CHU Hassan II ainsi que les conséquences médico-professionnelles [12]. Cette étude a montré que 16,1% des lombalgiques avaient eu un arrêt de travail, la durée moyenne de cet arrêt était de 2,1 jours, 46% avaient déclaré une répercussion de leur LCC sur leur performance au travail, 31% avaient une restriction des travaux pénibles, deux cas avaient changé leur poste de travail et aucun cas de reclassement professionnel n'a été recensé.

Il semble important de rassurer le patient sur le caractère bénin d'une lombalgie commune dès la prise en charge initiale afin de prévenir l'apparition de ces peurs et croyances et leurs conséquences sur les activités professionnelles (arrêt de travail, diminution des performances au travail et reclassement professionnel). On remarque ainsi que l'attitude du médecin vis-à-vis de son patient va jouer un rôle dans la réassurance du patient sur ses capacités malgré ses douleurs. Ces peurs et croyances pourraient ainsi refléter le manque de communication qui peut parfois exister entre le patient et son médecin traitant. Le rythme des consultations en

médecine ne permettent pas toujours de prendre le temps d'expliquer et de rassurer les patients. L'évaluation des peurs et croyances par le FABQ semblerait un bon outil pour alerter précocement le médecin sur ce défaut de communication et sur les représentations du patient.

CONCLUSION

La lombalgie commune est un véritable problème de santé publique. Ses conséquences sont importantes tant sur le plan individuel que social.

L'évaluation initiale du patient lombalgique doit comporter une évaluation de la douleur ainsi que de son retentissement fonctionnel et psychologique notamment sa composante anxieuse et/ou dépressive, afin de mieux guider la prise en charge qui doit être multidisciplinaire.

Notre travail a permis de montrer une forte prévalence de l'anxiété et de la dépression au sein des lombalgiques chroniques ainsi que leur association à certains facteurs parmi eux l'âge avancé des patients, le sexe féminin, le bas niveau d'instruction, et à l'intensité douloureuse.

Les peurs et croyances concernant le travail (évaluées par l'échelle FABQ) sont génératrices de comportement d'évitement et donc de limitation des activités professionnelles.

RESUMES

RESUME

La lombalgie commune chronique, bien que bénigne, entraîne des retentissements socio-économiques et psychologiques importantes. Parmi les facteurs psychologiques, les troubles de l'humeur, l'anxiété et la dépression en particulier, tiennent une place importante. La dépression constitue le facteur psychologique le plus fréquemment associé aux plaintes douloureuses chroniques.

L'objectif principal de notre travail était d'évaluer la prévalence de la dépression et de l'anxiété au sein de la population lombalgique chronique ainsi que les facteurs associés à la dépression et à l'anxiété.

Il s'agit d'une étude transversale chez les patients atteints de lombalgie commune chronique suivis en consultation de rhumatologie qui ont répondu à un questionnaire comportant des échelles évaluant la dépression et l'anxiété (échelle de Beck, HAD anxiété et dépression et les échelles FABQ des peurs et croyances concernant l'activité professionnelle et l'activité physique) et les données démographiques et cliniques (âge, sexe, niveau d'instruction, activité professionnelle, IMC, durée de la lombalgie, EVA douleur, kinésithérapie, port d'une ceinture de contention lombaire).

Les résultats de notre étude confirment un retentissement psychologique important avec une prévalence élevée de la dépression et de l'anxiété chez les lombalgiques chroniques. Le sexe, l'âge et le niveau d'instruction, et l'EVA douleur de la lombalgie sont les facteurs associés à la dépression et à l'anxiété.

Abstract

Low back pain, although mild, cause a socio-economic repercussions and psychological changes.

Among the psychological factors, mood disorders, anxiety and depression in particular, are important. Depression is the psychological factor most frequently associated with chronic pain complaints.

The principal objective of our study was to evaluate the prevalence of depression and anxiety in chronic low back pain population and factors associated with depression and anxiety.

This is a cross study in patients with chronic low back pain followed in rheumatology consultation through a questionnaire evaluating depression and anxiety (Beck scale, HAD anxiety and depression and FABQ scales fears and beliefs about professional and physical activity); demographic and clinical data (age, sex, educational level, profession, BMI, duration of back pain, VAS for pain, kinesitherapy, harbor the lumbar support belt).

The results of our study confirm an important psychological impact with a high prevalence of depression and anxiety in chronic low back pain. Sex, age, educational level and VAS pain are the most factors associated with depression and anxiety.

ملخص

تؤدي آلام أسفل الظهر المزمنة ، على الرغم من كونها حميدة، إلى تداعيات اجتماعية واقتصادية وتغيرات نفسية ؛ من بين هذه التغيرات النفسية : اضطرابات المزاج ، القلق والاكتئاب على وجه الخصوص. يشكل الاكتئاب العامل النفسي الذي غالبا ما يقترن بالألم المزمن

كان الهدف الرئيسي من دراستنا هو تقييم مدى انتشار الاكتئاب والقلق عند المرضى المشتكين من آلام أسفل الظهر المزمن فضلا عن العوامل المرتبطة بهما يتعلق الأمر بدراسة عرضية عند المرضى الذين يعانون من الام أسفل الظهر المزمنة والذين يتم تتبعهم بمركز تشخيص أمراض العظام والمفاصل ، و ذلك عن طريق ملء استبيان لتقييم الاكتئاب و القلق (سلم Beck و سلم HAD للاكتئاب و القلق و سلمي FABQ لتقييم المخاوف و المعتقدات حول الأنشطة المهنية والبدنية) ، والمعطيات الديموغرافية والسريية (العمر والجنس والمستوى التعليمي والمهنة ومؤشر كتلة الجسم ، ومدة آلام الظهر والسلم النظري البصري لتقييم الألم،العلاج الفيزيائي وارتداء حزام أسفل الظهر)

جاءت نتائج دراستنا لتؤكد مدى التأثير النفسي وارتفاع معدل انتشار الاكتئاب و القلق لدى المرضى الذين يعانون من الام أسفل الظهر. ويعتبر الجنس،السن،المستوى التعليمي، السلم النظري البصري لتقييم الألم العوامل الأكثر ارتباطا بالاكتئاب و القلق.

ANNEXES

FICHE D'EXPLOITATION

Évaluation psychocomportementale dans la lombalgie chronique

A/ Caractéristiques des patients :

-Nom du patient :..... -N du dossier :.....

-Âge : ans.

-Sexe : homme ... / femme

-Lieu de résidence : Milieu urbain : Milieu rural :.....

-Situation matrimoniale :

Marié :... ; Célibataire : ... ; Divorcé :... ; Veuf :...

-Niveau d'instruction :

Analphabète :..... ; Primaire :..... ; Secondaire :... ; Universitaire:.....

-Activité professionnelle :

Cadre supérieur :..... ; fonctionnaire :..... ; ouvrier : ...;

Commerçant : ; travailleur saisonnière : ... ; Sans profession :

B/ Caractéristiques de la LLC :

-Poids : (kg).

-IMC : (kg/m²)

-Durée lombalgie : (mois)

-EVA-D : (mm)

-Durée arrêt de travail :..... (mois)

-Kinésithérapie : oui ... non

Si oui : Nombre de séances de kinésithérapie :

-Port d'une contention lombaire : oui ... Non

Si oui : Durée : (mois)

-Traitement reçu : classe thérapeutique

Antalgiques : AINS : myorelaxants : autres :.....

FEAR AVOIDANCE BELIEF QUESTIONNAIRE (FABQ)

Veillez entourer le chiffre entre 0 et 6 qui exprime le mieux ce que vous éprouvez et ce qui atteint ou pourrait atteindre votre dos.

	<i>Absolument pas d'accord avec la phrase</i>	<i>Partiellement d'accord avec la phrase</i>					<i>Complètement d'accord avec la phrase</i>
FABQ PHYSIQUE							
1 – Ma douleur a été provoquée par l'activité physique	0	1	2	3	4	5	6
2 – L'activité physique aggrave ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
3 – L'activité physique pourrait abîmer mon dos	0	1	2	3	4	5	6
4 – Je ne voudrais pas faire d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
5 – Je ne devrais pas avoir d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
FABQ TRAVAIL							
<i>Les phrases suivantes concernent comment votre travail actuel affecte ou pourrait affecter votre mal de dos</i>							
6 – Ma douleur a été causée par mon travail ou par un accident de travail	0	1	2	3	4	5	6
7 – Mon travail a aggravé ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
8 – Je mérite la reconnaissance de mon mal de dos en tant qu'accident de travail	0	1	2	3	4	5	6
9 – Mon travail est trop lourd pour moi	0	1	2	3	4	5	6
10 – Mon travail aggrave ou pourrait aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
11 – Mon travail pourrait endommager/abîmer mon dos	0	1	2	3	4	5	6
12 – Je ne devrais pas effectuer mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1	2	3	4	5	6
13 – Je ne peux pas faire mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1	2	3	4	5	6
14 – Je ne peux pas faire mon travail habituel tant que ma douleur n'est pas traitée	0	1	2	3	4	5	6
15 – Je ne pense pas que je pourrais refaire mon travail habituel dans les 3 prochains mois	0	1	2	3	4	5	6
16 – Je ne pense pas que je pourrais jamais refaire mon travail	0	1	2	3	4	5	6

TOTAL DES ITEMS

Échelle 1 : croyances concernant le travail (6 + 7 + 9 + 10 + 11 + 12 + 15, 0 à 42)

Échelle 2 : croyances concernant l'activité physique (2 + 3 + 4 + 5, 0 à 24)

Echelle de Beck (BDI : Beck Depression Inventory)

A

- 0 Je ne me sens pas triste
- 1 Je me sens cafardeux ou triste
- 2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
- 3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

B

- 0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
- 1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
- 2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
- 3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

C

- 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
- 1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
- 2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
- 3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

D

- 0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
- 1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
- 2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit
- 3 Je suis mécontent de tout

E

- 0 Je ne me sens pas coupable
- 1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
- 2 Je me sens coupable
- 3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien

F

- 0 Je ne suis pas déçu par moi-même
- 1 Je suis déçu par moi-même
- 2 Je me dégoûte moi-même
- 3 Je me hais

G

- 0 Je ne pense pas à me faire du mal
- 1 Je pense que la mort me libérerait
- 2 J'ai des plans précis pour me suicider
- 3 Si je le pouvais, je me tuerais

H

- 0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
- 1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
- 2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

I

- 0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume
- 1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision
- 2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions
- 3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

J

0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant

1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux

2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux

3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant

K

0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant

1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose

2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit

3 Je suis incapable de faire le moindre travail

L

0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude

1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude

2 Faire quoi que ce soit me fatigue

3 Je suis incapable de faire le moindre travail

M

0 Mon appétit est toujours aussi bon

1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude

2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant

3 Je n'ai plus du tout d'appétit

Résultats :

Le score varie de 0 à 39.

0 à 3 : pas de dépression

4 à 7 : dépression légère

8 à 15 : dépression d'intensité moyenne à modérée

16 et plus : dépression sévère

Echelle HAD: Hospital Anxiety and Depression scale

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci :

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur :

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation :

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse
- 11 et plus : symptomatologie certaine.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] BEHRENS V., SELIGMAN P, CAMERON L.
The prevalence of back pain, hand discomfort, and dermatitis in the US working population.
Am J Public Health, 1994; 84: 1780-1785.
- [2] SPENGLER J.M., BIGOS S.J, MARTIN N.A., ZEH J, FISHER L. AND NACHEMSON A.
Back injuries in industry: a retrospective study.
Spine, 1986; 11: 241-245.
- [3] FRYMOYER J.W, CATS BARIL W.L.
An overview of the incidences and cost of low back pain.
Orthop Clin. North Am, 1991; 22: 263-271.
- [4] HADLER N.M.
The disabling backache: an international perspective.
Spine, 1995; 20: 640-649.
- [5] CHEVALLIER J, CARTER H AND VIDAL-TRECAN G.
La fréquence des lombalgies et des lomboradiculalgies en consultation libérale en France, leur cout en hospitalisation à l'Assistance Publique de Paris.
Revue du Rhumatisme Mal Ostéoartic, 1988 ; 55 : 751-754.
- [6] VIDEMAN T.
The epidemiology and economy of occupational low back pain in Finland.
Spine, 1991; 16 suppl: S675

- [7] LEINO P.I, BERG M.A AND PUSKA P.
Is back pain increasing? Results from national surveys in Finland during
1978/9- 1992
Scand J Rheumatol, 1994; 23: 269-276.
- [8] CATS-BARIL W.L. AND FRYMOYER J.W.
Identifying patient at risk of becoming disabled because of low-back pain.
Spine, 1991 ; 16 : 605 - 607
- [9] ANDERSON. G.B.
Epidemiological features of chronic low back pain.
Lancet, 1999; 354: 581-585.
- [10] BAHIRI R.
Aspect épidémiologique de la lombalgie à rabat.
Mémoire de fin de résidanat, 2000.
- [11] ACHOUKHI S.
Les lombalgies chroniques communes à la consultation de rhumatologie du
CHU de Fès.
Thèse en médecine n° 16/08.
- [12] RAID K.
Lombalgie commune chronique chez le personnel hospitalier du CHU Hassan II
Fès.
Thèse en médecine n° 59-09

- [13] Emmanuel Coudeyre, Marie-Céline Ratinaud
Quels facteurs de risque de la lombalgie et de son passage à la chronicité ?
Revue du Rhumatisme 78 (2011) S52-S55
- [14] Fayad F, Lefevre-Colau MM, Poiraudreau S, et al.
Chronicity, recurrence, and return to work in low back pain : common prognostic factors.
Ann Readapt Med Phys 2004;47:179-89.
- [15] Waddell G, Newton M, Henderson I, et al.
Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability.
Pain 1993;52:157-68.
- [16] P. Cherin, C. de Jaeger
La lombalgie chronique : actualités, prise en charge thérapeutique.
Médecine et Longévité (2011) 3, 137 – 149.
- [17] C. Nguyen et al.
Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité.
Revue du Rhumatisme 76 (2009) 537-542
- [18] Pincus T, Burton AK, Vogel S, et al.
A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain.
Spine 2002;27:E109-20.

- [19] Smith BH, Elliott AM, Hannaford PC, et al.
Factors related to the onset and persistence of chronic back pain in the community: results from a general population follow-up study.
Spine (Phila Pa 1976) 2004;29:1032-40.
- [20] Fritz JM, George SZ, Delitto A.
The role of fear-avoidance beliefs in acute low back pain: relationships with current and future disability and work status.
Pain 2000;94:7-15.
- [21] Vlaeyen JW, Kole-Snijders AM, Boeren RG, et al.
Fear of movement/ (re) injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance.
Pain 1995;62:363-72.
- [22] Pfingstein M, Kroner-Herwig B, Leibing E, et al.
Validation of the German version of the Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ).
Eur J Pain 2000;4:259-66.
- [23] Linton SJ, Andersson T.
Can chronic disability be prevented? A randomized trial of a cognitive-behavior intervention and two forms of information for patients with spinal pain.
Spine 2000;25:2825-31.

- [24] Burton AK, Waddell G, Tillotson KM, et al.
Information and advice to patients with back pain can have a positive effect. A randomized controlled trial of a novel educational booklet in primary care.
Spine 1999;24:2484-91.
- [25] Coudeyre E, Tubach F, Rannou F, et al.
Effect of a simple information booklet on pain persistence after an acute episode of low back pain: a non-randomized trial in a primary care setting.
PLoS One 2007;2:e706.
- [26] Coudeyre E, Tubach F, Rannou F, et al.
Fear-avoidance beliefs about back pain in patients with acute LBP.
Clin J Pain 2007;23:720-5.
- [27] Hoogendoorn WE, Bongers PM, de Vet HC, et al.
High physical work load and low job satisfaction increase the risk of sickness absence due to low back pain: results of a prospective cohort study.
Occup Environ Med 2002;59:323-8.
- [28] Williams RA, Pruitt SD, Doctor JN, et al.
The contribution of job satisfaction to the transition from acute to chronic low back pain.
Arch Phys Med Rehabil 1998;79:366-74.
- [29] Stéphane Grégoire, Emilie Muller, Fabien Marchand.
Structures et mécanismes cérébraux impliqués dans les aspects émotionnels et cognitifs de la douleur.
Douleur Evaluation – Diagnostic – Traitement (2010) 11, 182-193.

- [30] Foltz EL, White LE.
The role of rostral cingulotomy in « pain » relief.
Int J Neuronal 1968 ; 6(3-4) : 353-73
- [31] Phillips ML, et al.
A specific neural substrate for perceiving facial expressions of disgust.
Nature 1997 ; 389 (6650) : 495-8.
- [32] Berthier M, Starkstein S, Leiguarda R.
Asymbolia for pain : a sensory-limbic disconnection syndrome.
Ann Neurol 1988 ; 24 (1) : 41-9.
- [33] Tracey I, Mantyh PW.
The cerebral signature for pain perception and its modulation.
Neuron 2007 ; 55 (3) : 377-91.
- [34] Neugebauer V, et al.
The amygdala and persistent pain.
Neuroscientist 2004 ; 10 (3) : 221-34.
- [35] Morken T, Riise T, Moen B, Bergum O, Hauge SH, Holien S et al. Frequent musculoskeletal symptoms and reduced health-related quality of life among industrial workers.
Occup Environ Med 2002; 52: 91-98.

- [36] Hazard RG, Fenwick JW, Kalisch SM, Redmond J, Reeves V, Reid S, et al.
Functional restoration with behavioral support. A one year prospective study
of patients with chronic low back pain.
Spine 1989;14:157-61.
- [37] Mayer T, Gatchel RJ, Mayer H, Kishino ND, Keeley J, Mooney V.
A prospective two-year study of functional restoration in industrial low back
injury : An objective assessment procedure.
JAMA 1987;258:1763-7.
- [38] S. Poiraudreau, F. Rannou, M. Revel
Lombalgies communes : handicaps et techniques d'évaluation, incidences
socioéconomiques
EMC-Rhumatologie Orthopédie 1 (2004) 320-327
- [39] Alaranta H, Rytöski U, Rissanen A, Talo S, Rönnemaa T, Puukka P, et al.
Intensive physical and psychosocial training program for patients with chronic
low back pain. A controlled clinical trial.
Spine 1994;19:1339-49.
- [40] Poiraudreau S, Duvallet A, Barbosa Dos Santos, Revel M.
Efficacité à un an d'un programme de reconditionnement à l'effort proposé à
des lombalgiques chroniques lourdement handicapés.
Ann Readapt Med Phys 1999;42:33-41.

[41] Bendix AF, Bendix T, Haestrup C.

Can it be predicted which patients with chronic low back pain should be offered tertiary rehabilitation in a functional restoration program? A search for demographic, socioeconomic, and physical predictors.

Spine 1998;23:1984-95.

[42] Mayer T, Tabor J, Bovasso E, Gatchel RJ.

Physical progress and residual impairment quantification after functional restoration. Part 1. Lumbar mobility.

Spine 1994 19: 389-94.

[43] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) :

Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. Décembre 2000.

[44] Berbard Duphan, Jean François, Roche, Gérard Mallen.

Définition et évaluation de la dimension psychologique de la lombalgie.

Revue de Rhumatisme. 2001 ; 68 : 141 – 144.

[45] Calmels P, Béthoux F.

Guide des outils de mesure et d'évaluation en médecine physique et de réadaptation.

Frison – Roche, Paris (2003).

- [46] Avouac B, Blotman F, Martz M, Rozenberg S, Valat JP, les membres de la section rachis de la SFR.
Validation des versions françaises des échelles de Dallas et de Rosser chez les lombalgiques chroniques.
Revue du Rhumatisme Mal Ostéoartic 1996; 63: 427.
- [47] Kopec JA, Esdaile JM, Abrahamowicz M, Abenhaim L, Wood-Dauphinee S, Lamping D, et al.
The Quebec back pain disability scale.
Spine 1995;20:341-52.
- [48] Rainville J, Sobel JB, Hartigan C, Wright A.
The effects of compensation involvement on the reporting of pain and disability by patients referred for rehabilitation of chronic low back pain.
Spine 1997;22:2016-24.
- [49] Roger. François Stucki, Maurice waldburger.
Approche multidisciplinaire de la lombalgie commune subaigüe et chronique, expérience Suisse romande.
Revue du Rhumatisme 2001 ; 68 : 178- 84.
- [50] Henrontan Y, Rozenberg S, Balagné F, Lederer A, Roux E, Cedrashi C Avec la collaboration de Marty et ValatJ. -P.
Recommandations européennes (COST Bi 3) en matière de prévention et de prise en charge de la lombalgie non spécifique.
Revue du Rhumatisme 73 (2006) 535- 552.

- [51] Vanvelcenaher J, Raevel D, O'Miel G, Voisin P, Pstruk, Weissland T et al.
Programme de restauration fonctionnelle du rachis dans les lombalgies chroniques.
EMC 1999.
- [52] Poiraudau S, Rannou F, Martine M, Colan F, Boutron I, Revel M. Réadaptation du lombalgique à l'effort, les programmes de restauration fonctionnelle.
Presse Med 2004; 33: 413-18.
- [53] Abenhaim L, Rossignol M, Valat JP, et al.
The role of activity in the therapeutic management of back pain. Report of the International Paris Task Force on Back Pain.
Spine J 2000;25:1S-33S.
- [54] Bendix AF, Bendix T, Haestrup C, et al.
A prospective, randomized 5-year follow-up study of functional restoration in chronic low back pain patients.
Eur Spine J 1998;7:111-9.
- [55] Van Middlekoop M, Rubinstein S, Kuijpers T, et al.
A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain.
Eur Spine J (2010) [Epub ahead of print].
- [56] Hayden JA, Van Tulder MW, Tomlison G, et al.
Systematic review : strategies for using exercise therapy to improve outcomes in chronic low back pain.
Ann Intern Med 2005;142:765-75.

- [57] Brox JJ, Storheim K, Grotle M, et al.
Evidence-informed management of chronic low back pain with back schools, brief education, and fear avoidance training.
Spine J 2008;8:28-39.
- [58] Catherine Donskoff
Place de la prise en charge globale dans la lombalgie chronique
Revue du Rhumatisme 78 (2011) S79-S82
- [59] Maurice M, Blanchard-Dauphin A, Laurent P, et al.
Short and mid-term effectiveness of a back school. Retrospective cohort study on 328 patients with chronic low back pain from 1997 to 2004.
Ann Readapt Med Phys 2008;51:292-300.
- [60] Poulain C, Kernéis S, Rozenberg S, et al.
Long-term return to work after a functional restoration program for chronic low back pain patients: a prospective study.
Eur Spine J 2010;19:1153-61.
- [61] Françoise Laroche, Liset Jammet.
Thérapies cognitives et comportementales de la lombalgie chronique
Revue du Rhumatisme 78 (2011) S83-S86
- [62] A. Boudali, S. Rostom, R. Bahiri, N. Hjjaj Hassouni.
Caractéristiques de la lombalgie commune chronique chez les patients marocains et facteurs de risque de passage à la chronicité.
Société Française de rhumatologie 2010.

- [63] Polatin PB, Kinney RK, Gatchel RJ et al.
Psychiatric illness and chronic low back pain: The mind and the spine –which goes first?
Spine 1993; 18:66-71.
- [64] Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL et al.
Chronic pain associated depression: Antecedent or consequence of chronic pain? A review.
Clin J Pain 1997; 13:116-137.
- [65] Laxmaiah Manchikanti, Vidyasagar Pampati, Carla Beyer, Kim Damron, and Renee C. Barnhill
Evaluation of the Psychological Status in Chronic Low Back Pain: Comparison with General Population
Pain Physician, Volume 5, Number 2, pp 149-155 2002, American Society of Interventional Pain Physicians
- [66] F. Radat, M. Koleck
Douleur et dépression : les médiateurs cognitifs et comportementaux d'une association très fréquente
L'Encéphale (2011) 37, 172—179
- [67] Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, et al.
Physical symptoms in primary care: predictors of psychiatric disorders and functional impairment.
Arch Fam Med 1994;3:774—9.

- [68] Fishbain DA, Goldberg M, Meagher R, et al.
Male and female chronic pain patients categorized by DSM III diagnostic criteria.
Pain 1986;26:181—97.
- [69] Lanteri-Minet M, Radat F, Chautard MH, et al.
Anxiety and depression associated with migraine: influence on migraine subjects' disability and quality of life, and acute migraine management.
Pain 2005;118(3):319—26.
- [70] Trief PM, Carnrike CLM, Drudge O.
Chronic pain and depression: is social support relevant?
Psychol Reports 1995;76(1) : 227—36.
- [71] Asmundson GJ, Jacobson SJ, Allerdings MD et al.
Social phobia in disabled workers with chronic musculoskeletal pain. Behav Res Ther 1996; 34:939-943.
- [72] Rozenberg S, Alcalay M, Duplan B, Legrand E.
Facteurs de risques de la lombalgie : synthèse.
Revue du Rhumatisme (Ed Fr) 1998;65(3bis):88S-92S.
- [73] Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS.
The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey.
Am J Psychiatry 1994;151:979-86.

- [74] Magni G, Caldieron C, Rigatti-Luchini S, Merskey H.
Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the general population. An analysis of the 1st National Health and Nutrition Examination Survey data.
Pain 1990;43:299-307.
- [75] Magni G, Marchetti M, Moreschi C, Merskey H, Luchini SR.
Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the National Health and Nutrition Examination. I. Epidemiologic follow-up study. Pain 1993;53:163-8.
- [76] Von Korff M, Simon G.
The relationship between pain and depression.
Br J Psychiatry 1996;168(Suppl. 3):101-8.
- [77] F. Genêt, E. Lapeyre, A. Schnitzler, A. Hausseguy, A.-C. D'Apolito, R. Lafaye de Michaux, E. Regrain, M. Revel, S. Poiraudau
Évaluation psychocomportementale dans la lombalgie chronique
Annales de réadaptation et de médecine physique 49 (2006) 226-233
- [78] Yelnik, A., O. Hantkie, et al.
Déconditionnement, atrophie musculaire et rééducation.
Revue du Rhumatisme 2008 75(2): 137-141
- [79] Dr Johan W S Vlaeyen.
Assessment Of Fear Avoidance In Chronic Pain.
The North British Pain Association 2008.

- [80] Waddell G, Newton M, Henderson I et al.
Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ) The role of fear avoidance belief in chronic low back pain and disability.
Pain 1993;52:157-68.
- [81] Ramond A, Bouton C, et al.
Psychosocial risk factors for chronic low back pain in primary care. A systematic review.
Family practice 2011 Feb ; 28(1) : 12-21.
- [82] Crombey G, Vlaeyen JW, Heuts PH, et al.
Pain related fear is more disabling than pain itself : Evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability.
Pain 1999;80;329-39.
- [83] Fritz JM, George SZ.
Identifying psychosocial variables in patients with acute work-related low back pain : The importance of Fear Avoidance beliefs.
Phys Ther 2002;82:973-83.
- [84] Margreth Grotle, Nina K. Vollestad, Marit B. Veierod, Jens Ivar Brox.
Fear -avoidance beliefs and distress in relation to disability in acute and chronic low back pain.
Pain 112 (2004) 343-352.

- [85] Coudeyre, E., F. Rannou, et al.
General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain.
Pain 2006 124(3): 330-337.
- [86] Poireaudeau S, Rannou F, Baron et al.
Fear-avoidance beliefs about back pain in patients with subacute low back pain.
Pain 2006; 124:330-7
- [87] Fayad F, Lefevre-Colau MM, Poiraudeau S, Fermanian J, Rannou F, Wlodyka Demaille S, Benyahya R, Revel M.
Chronicity, recurrence, and return to work in low back pain: common prognostic factors.
Ann Readapt Med Phys. 2004 May;47(4):179-89.
- [88] Steenstra IA, Verbeek JH, Heymans MW, Bongers PM.
Prognostic factors for duration of sick leave in patients sick listed with acute low back pain: a systematic review of the literature.
Occup Environ Med. 2005 Dec;62(12):851-60.