

Plan

LISTE DES ABRÉVIATIONS

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

MÉTHODES

Identification et sélection des études

Analyse de la littérature et recueil de données

RÉSULTATS

Sélection et schéma des études

Analyse de la littérature et extraction des données

DISCUSSION ET CONCLUSION

Principaux résultats

Forces et faiblesses

Comparaison avec la littérature existante

Influence sur la pratique

Perspectives de recherche

Conclusion

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXES

RÉSUMÉ

Introduction: L'objectif de cette étude était d'étudier le rôle de la dépression comme cause de la chronicisation de la lombalgie commune en soins primaires.

Méthode: Une revue de littérature systématique a été réalisée à travers les bases de données suivantes: Medline, PsycARTICLES, Cochrane et CAIRN. Les articles inclus devaient avoir une exploration initiale de la dépression dans la semaine du recrutement, avec une durée d'évolution de la lombalgie inférieure à 12 semaines à l'inclusion des patients.

Résultats: Dix articles ont été inclus dans cette revue de littérature. Il a été constaté une grande hétérogénéité en termes d'échelles d'évaluation de l'humeur dépressive initiale, de critères de jugement, de méthodes statistiques utilisées ainsi que de durée de suivi, ne permettant pas la mise en commun des résultats. Neuf études sur 10 mettaient en évidence le rôle de l'humeur dépressive comme facteur de mauvais pronostic de l'évolution de la lombalgie. Une seule étude ne trouvait pas de différence statistique significative.

Conclusion: Il existe peu de publications sur le rôle de l'humeur dépressive initiale dans l'évolution de la lombalgie commune en soins primaires. Il en ressort que la dépression initiale semble avoir un impact négatif sur l'évolution de la lombalgie.

Mots-clefs : lombalgie, dépression, humeur dépressive, facteur pronostic, revue de littérature

INTRODUCTION

Selon la définition de la Haute Autorité de Santé, la lombalgie commune correspond à des douleurs lombaires de l'adulte sans rapport avec une cause inflammatoire, traumatique, tumorale ou infectieuse(1). Elle représente un motif de consultation fréquent en soins primaires. En 2007, plus de la moitié de la population française de 30 à 64 ans déclarait avoir eu une lombalgie dans les 12 mois passés. Durant cette période 15% d'hommes et 19% de femmes déclaraient avoir eu des lombalgies pendant plus de 30 jours(2). A 12 mois, 62% des patients se plaignent encore de douleur avec un absentéisme au travail fréquent(3). En France, la lombalgie représente une part importante des motifs d'indemnisation professionnelle(4). Elle génère de ce fait des coûts importants pour la société.

Durant les 4 premières semaines d'évolution d'un épisode, la lombalgie est qualifiée d'aiguë, de subaiguë entre 4 et 12 semaines et enfin de chronique lorsque cette durée est supérieure à 3 mois(5). Les patients qui ne guérissent pas rapidement ont plus de risque d'avoir une mauvaise récupération par la suite, avec une utilisation importante des ressources de santé(6).

Les facteurs psychologiques ont fait l'objet d'une attention croissante du fait de l'émergence du modèle biopsychosocial dans la lombalgie. Pour ce modèle, «les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie»(7). L'interprétation et la compréhension des symptômes par l'individu modulent son expérience vis à vis de la douleur. Il faut ajouter que le fait d'aborder cette dimension psychosociale n'implique aucunement la négation des

facteurs somatiques, et que la présence d'une pathologie spécifique peut faire négliger l'impact des facteurs psychosociaux.

De nombreuses études ont souligné la nécessité d'élaborer un modèle multi-causal cherchant à prédire l'évolution de cette pathologie complexe qu'est la lombalgie commune. Parmi ces multiples variables ressortent les facteurs psychosociaux: psychologiques, cognitifs, socio-économiques et professionnels. La dépression ou humeur dépressive est reconnue comme un facteur psychologique de mauvais pronostic de la lombalgie(8,9) mais sa place en tant que cause ou conséquence reste floue. La méthodologie appliquée à la plupart des revues de littérature ne permet pas d'éclairer le rôle précis de la dépression. En effet, elle inclut souvent des lombalgiques chroniques chez lesquels il est difficile d'établir une chronologie entre dépression et apparition de la douleur.

C'est dans le but d'étudier le rôle de la dépression comme cause de chronicisation de la lombalgie et non comme conséquence de celle-ci que cette revue de littérature a été entreprise. L'humeur dépressive est alors considérée comme un facteur de fragilité intrinsèque à l'individu et c'est son impact sur la lombalgie qui va nous intéresser.

L'objectif de cette revue de littérature était d'identifier et d'analyser les études portant sur l'évolution de la plainte lombalgique chez des patients à l'humeur dépressive.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Identification et sélection des études:

Afin de restreindre au maximum le risque d'inclure des articles concernant l'humeur dépressive induite par la lombalgie, deux critères ont paru importants : la durée de l'épisode lombalgique la plus brève possible à l'inclusion et une évaluation de l'humeur dépressive initiale pratiquée tôt dans l'évolution.

Une recherche systématique a été effectuée de mars à septembre 2015 avec les moteurs de recherche suivants : Medline, PsycARTICLES, Cochrane et CAIRN. L'équation de recherche utilisée était la suivante : «Low back pain» [Mesh Terms] AND Depression [Mesh Terms]. Les références bibliographiques des articles ont ensuite été analysées.

Les critères d'inclusion étaient les suivants: études prospectives, observationnelles ou interventionnelles, en soins primaires, population adulte (âge compris entre 18 et 65 ans), lombalgie non spécifique, dépistage initial de l'humeur dépressive dans un délai de 1 semaine lors de l'inclusion dans l'échantillon chez des patients n'ayant pas de douleur avant l'épisode actuel, lombalgie évoluant depuis moins de 12 semaines.

Les critères d'exclusion étaient l'indisponibilité des articles en français ou en anglais, et les articles parus avant l'année 2000 pour des raisons de qualité scientifique.

Analyse de la littérature et recueil des données:

Les données recueillies concernaient la date de parution, le pays de l'étude, le mode de recrutement de l'échantillon, sa taille, l'outil d'échelle diagnostique d'humeur dépressive, le dépistage initial, la durée du suivi, la méthode de mesure de la lombalgie, le critère de jugement, le lien entre l'humeur dépressive et l'évolution de la lombalgie, ainsi que les données statistiques pertinentes. La description des biais par les auteurs a également été relevée.

RÉSULTATS

Sélection et schéma des études

Lors de la recherche bibliographique, 1169 références ont été retrouvées dans les bases de données (818 dans Medline, 292 dans Cochrane, 51 dans CAIRN et 3 dans PsyARTICLES).

Après sélection, 10 articles ont été retenus. Leurs dates de publication se situaient entre 2007 et 2014, 4 études se déroulaient en Nouvelle-Zélande(10-13), 2 aux États-Unis(14,15), 1 en Australie(16) 1 en Norvège(17), 1 en Angleterre(18), et 1 en Turquie(19).

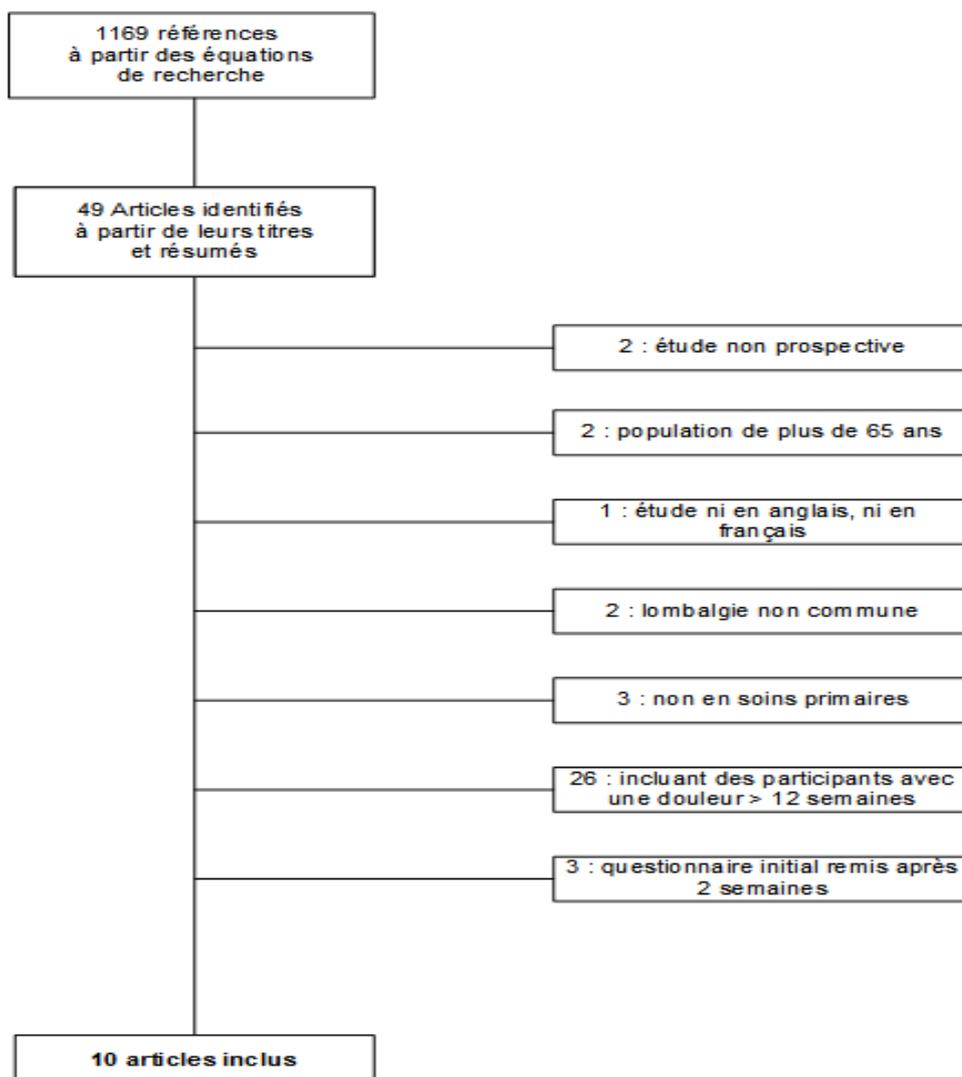


Figure 1: Diagramme de flux

Quatre études comportaient un échantillon de moins de 100 personnes: 53(12), 84(14) et 91(19). Les cohortes les plus importantes comportaient 969 personnes(16), 496(15) et 310(11). Les 10 articles étaient des études épidémiologiques réalisées sans randomisation, toutes avec des analyses multivariées. Deux études utilisaient des équations séquentielles*(13,14). Deux autres avaient formé des sous-groupes afin d'établir une valeur statistique significative(10,15).

Analyse de la littérature et extraction des données

Le recrutement initial était majoritairement réalisé en soins primaires chez des médecins généralistes(10,12,13,17,19), parfois associés à d'autres cliniciens(11,16). Il était assuré par des structures de soins (clinique et hôpital) dans les 2 études américaines et l'étude turque(14,15,19), mais la majorité de la population étudiée y consultait dans le cadre de soins primaires.

Lors de la phase initiale de suivi, la lombalgie commune étudiée évoluait depuis moins de 2 semaines(15,16), 3 semaines(17,19), 8 semaines(14), et depuis moins de 12 semaines (phase subaiguë) dans 5 études(10-13,18). Il s'agissait d'un nouvel épisode de lombalgie sachant qu'une période sans douleur allant jusqu'à 6 mois (10,14) pouvait faire partie des critères d'inclusion. Trois autres études utilisaient un critère moins important de 1 mois sans douleur(11,12,16).

*équation dont la solution est une quantité qui est en fonction du temps

Le suivi des patients s'échelonnait sur une durée allant de 6 semaines(13) jusqu'à un an(16-18), mais surtout 3 mois(14,15,19) et 6 mois(10-12).

Diverses échelles d'évaluation de la dépression* ont été utilisées à travers les études. L'outil de dépistage des symptômes dépressifs le plus utilisé dans ces études était la modified Zung Depression Scale(10-13) puis la Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)(14,15) et enfin l' Acute Low Back Pain Screening Questionnaire (ALBPSQ)(17), Short Form 36 Health Survey (SF-36)(16), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)(18), Beck Depression Inventory (BDI)(19). Il s'agissait d'échelles dont les questionnaires sont auto-administrés: les données sont rapportées par l'individu en fonction de son ressenti et permettent de l'identifier ou pas comme personne à l'humeur dépressive.

L'objectif de ces études était principalement d'étudier les facteurs pronostiques sur l'évolution de la lombalgie ; seules deux(12,13) étaient concentrées sur le rôle de la dépression. Les critères de suivi des études étaient surtout basés sur l'impotence fonctionnelle provoquée par la lombalgie en utilisant l'Oswestry Disability Index (ODI)(10,12) le Roland-Morris Disability Questionnaire (RMDQ)(17-19) et Pain Disability Index (PDI)(14). La douleur à travers l'échelle numérique (EN) et l'échelle visuelle analogique (EVA)(13,16,17,19) était également un critère de suivi avec le statut au travail(11,15-17).

*Les échelles de dépistage de l'humeur dépressive sont consultables en annexe

Auteur (Date)	Echantillon	Durée douleur à l'inclusion	Echelle de la dépression	Critère jugement	Suivi
Melloh (2011) (10)	53	<12 sem.	Modified Zung Depression Scale	Oswestry Disability Index	3-6-12 sem.-6 mois
Melloh (2012) (11)	310	<12 sem.	Modified Zung Depression Scale	Retour au Travail	3-6-12 sem.-6 mois
Melloh (2013) (12)	286	<12 sem.	Modified Zung Depression Scale	Oswestry Disability Index	3-6-12 sem.-6 mois
Elfering (2014) (13)	221	<12 sem.	Modified Zung Depression Scale	Douleur	3-6 sem.
Casey (2008)(14)	84	<8 sem.	CES-D ¹	Incapacité	3 mois
Reme (2012)(15)	496	<2 sem.	CES-D ¹	Retour au Travail	3 mois
Henscke (2008) (16)	969	<2 sem.	SF-36 ⁴	Douleur, Retour au Travail, Incapacité	6 sem.-3-12 mois
Grotle (2007) (17)	123	<3 sem.	ALBPSQ ²	Douleur, RMDQ ⁵ , Absence au travail	3-6-9-12 mois
Grotle (2010)(18)	258	<12 sem.	HADS ³	RMDQ ⁵	1 an
Gurçay (2009) (19)	91	<3 sem.	Beck Depression Inventory	Douleur, RMDQ ⁵	1-2-4-8-12 sem.

Sem. pour semaine(s); ¹Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; ²Acute Low Back Pain Screening Questionnaire;

³Hospital Anxiety and Depression Scale; ⁴Short Form 36 Health Survey; ⁵Roland-Morris Disability Questionnaire

Auteur (Date)	Pays	Thème	Biais décrits par les auteurs
Melloh (2011) (10)	Nouvelle-Zélande	Prédire la persistance d'une lombalgie aiguë	Faible échantillon
Melloh (2012) (11)	Nouvelle-Zélande	Relever les facteurs pronostiques initiaux identifiés par les patients	Echelle auto-administrée, Perdus de vue
Melloh (2013) (12)	Nouvelle-Zélande	Etude de l'évolution d'une lombalgie en fonction de la présence ou non de dépression	Perdus de vue, Hétérogénéité
Elfering (2014) (13)	Nouvelle-Zélande	Effets réciproques entre dépression et lombalgie au cours des premières semaines	Echelle auto-administrée, Faible taux de participation, Perdus de vue
Casey (2008) (14)	Etats-Unis	Effets de facteurs psychosomatiques sur la douleur chronique et l'incapacité de la lombalgie	Faible échantillon, Echelle auto-administrée, Perdus de vue
Reme (2012) (15)	Etats-Unis	Distinguer des groupes de travailleurs atteints de lombalgie liée au travail éligibles à une intervention précoce	Echelle auto-administrée, Faible échantillon
Henscke (2008) (16)	Australie	Estimation clinique ainsi que les facteurs pronostiques de la lombalgie à 1 an	Recrutement
Grotle (2007) (17)	Norvège	Evolution de la douleur et de l'incapacité après 1 an chez des patients lombalgiques	Recrutement
Grotle (2010) (18)	Angleterre	Etude des indicateurs pour prédire l'incapacité entre 2 groupes souffrant de lombalgie	Echelle auto-administrée, Faible taux de participation
Gurçay (2009) (19)	Turquie	Evolution clinique et facteurs pronostiques de la lombalgie aiguë	Echelle auto-administrée, Faible échantillon

Parmi les 10 études, 9 mettaient en évidence le rôle de l'humeur dépressive initiale comme facteur de mauvais pronostic de l'évolution de la lombalgie(11-19).

Deux études avaient englobé le critère de l'humeur dépressive avec d'autres facteurs psychosociaux afin d'établir une valeur statistique plus significative, ne le considérant ainsi pas comme un facteur pronostique isolé.

Dans l'étude de Reme(15), le critère dépressif avait été associé avec notamment le catastrophisme et un temps de guérison important attendu pour définir un groupe intitulé "détresse émotionnelle", qui avait un Odd Ratio(OR) de 5,88 IC95%[2,8-12,35] $p < 0,01$ d'incapacité à retourner au travail sans limitation fonctionnelle après 3 mois d'évolution.

De la même manière, un groupe identifié par "dépression et comportement inadapté" comprenant dépression, somatisation, attitude résignée face au travail, comportement d'évitement, rumination, sentiment d'impuissance, catastrophisme et préjugés négatifs sur le retour au travail, présentait les facteurs initiaux prédictifs de persistance de la lombalgie à 6 mois (OR=5,1 IC95%[1,04-25,1] $p < 0,05$)(10).

En se basant sur le statut au travail comme critère de jugement, on pouvait ainsi rapprocher le résultat de Reme(15) à celui de Melloh(11) qui soulignait le rôle de la dépression comme un facteur prédictif d'absence au travail à 3 semaines(OR=1,07, 95%IC [1,03-1,10]), à 6 semaines (OR=1,09 IC95%[1,04-1,14]), à 12 semaines(OR=1,10 IC95%[1,03-1,17]) et à 6 mois(OR=1,10 IC95%1,04-1,17]).

Également se basant sur le statut au travail, Henscke(16) montrait que la dépression était associée à une plus longue guérison (définie par l'absence de douleur et d'impotence

fonctionnelle avec le retour au travail) à 1 an avec un Hazard Ratio* à 0,94 (IC95% [0,91-0,97] $p < 0,001$).

Concernant l'impotence fonctionnelle, l'étude de Melloh en 2013(12) comparait l'évolution de l'ODI de 2 groupes : un groupe considéré dépressif avec un seuil de l'échelle de Zung établi à 33 et un autre groupe non dépressif, sur une durée de 6 mois. La moyenne du score ODI chez les dépressifs était plus élevée : 28,5 contre 20,5 chez les non dépressifs au temps initial. Mais c'était surtout dans l'évolution dans le temps qu'on se rendait compte que l'ODI chez les dépressifs baissait jusqu'à 25 à 6 semaines pour remonter à un score de 29,5 à 6 mois, alors que l'ODI chez les non dépressifs s'améliorait de façon progressive pour atteindre un score de 12 à 6 mois. L'auteur soulignait ainsi le fait que l'amélioration de l'incapacité était significativement ralentie par l'humeur dépressive à tout moment de la lombalgie et suggérait que le meilleur moment pour intervenir était à la phase initiale.

Casey(14) avait étudié différents modèles influençant la douleur et l'impotence fonctionnelle. Il en était ressorti que la symptomatologie dépressive était le plus fort facteur prédictif de douleur et d'impotence fonctionnelle à 3 mois.

L'étude de Grotle(18) comparait l'évolution de la lombalgie chez 2 groupes : un dont la douleur évoluait depuis moins de 12 semaines et l'autre depuis plus de 12 semaines. Au cours de l'étude, les mêmes facteurs pronostiques dans les 2 groupes avaient influencé la limitation fonctionnelle à 12 mois. L'humeur dépressive, à travers l'HADS avait montré un impact dans cette étude sur l'évolution de l'incapacité à 12 mois par rapport aux autres facteurs étudiés $\beta = 0.20$ IC95% [0.04 - 0.36] $p < 0,05$.

*même interprétation que l'Odds Ratio avec la notion de risque instantané et non cumulé comme l'Odds Ratio

Seule l'étude d'Elfering en 2014(13) utilisait le critère de la douleur comme unique critère de jugement de l'évolution de la lombalgie. Il montrait, à l'aide de différents modèles et équations séquentielles, que la dépression initiale était un facteur de risque d'une douleur plus intense à 3 semaines et que la persistance de douleur à 3 semaines augmentait le risque de symptômes dépressifs après 6 semaines de traitement. L'auteur mettait en avant le fait que l'humeur dépressive initiale jouait un rôle de biais de perception lors des 3 premières semaines. En effet, il n'y aurait pas d'aggravation clinique mais une perception de plus en plus négative de la pathologie.

Il expliquait également que suite à la première consultation de prise en charge de la lombalgie, la plupart des patients avait une pensée positive concernant l'évolution (les patients s'attendent à une bonne amélioration des symptômes sous traitement après les premières semaines). Cependant, si l'intensité de la douleur ressentie était plus importante à 3 semaines, il se créait un sentiment d'impuissance conduisant à un risque plus élevé de présenter des symptômes dépressifs.

La seule étude n'ayant pas mis en évidence la dépression comme critère de mauvais pronostic de la lombalgie était celle de Gurçay(19) sur un suivi de 1 an.

Elle ne retrouvait pas de différence significative dans la valeur de l'échelle d'humeur dépressive dans le groupe considéré comme ayant récupéré (EVA=0 et RMDQ <4) par rapport au reste de l'échantillon (BDI respectivement 13,4 +/- 10,2 et 13,8 +/- 8,5 p=0,57).

Les auteurs décrivaient globalement les mêmes biais à la fin de leurs études. Premièrement, les données concernant l'humeur dépressive étaient toutes rapportées par des questionnaires auto-administrés, ce qui diffère de ce que l'on aurait pu trouver si les informations avaient été recueillies à travers un entretien psychiatrique. Les 10 études se basaient sur des questionnaires de ce type. Les perdus de vue représentaient la deuxième limitation la plus importante, avec des taux pouvant aller jusqu'à 50% (11-14,18). La troisième limitation la plus fréquemment retrouvée était les échantillons de petite taille rapportés par les auteurs(10,14,19). Une seule étude se distinguait par un taux faible de participation de l'ordre de 70,1%(13).

DISCUSSION

Principaux résultats:

Cette revue de la littérature regroupe 10 articles basés sur des études prospectives venant de différents pays, mais surtout de Nouvelle-Zélande. Les critères de jugement étaient le statut au travail, l'impotence fonctionnelle et la douleur, souvent de façon associés pour l'interprétation des résultats. Même si l'humeur dépressive initiale n'était pas toujours présentée comme le facteur majeur de mauvais pronostic, 9 études sur 10 suggéraient son rôle péjoratif dans l'évolution de la lombalgie. Cet impact négatif a été mis en valeur à diverses périodes, allant de la phase aiguë (3 et 6 semaines), subaiguë (8 semaines) à chronique (3, 6, 9 mois et 1 an). Cependant, l'hétérogénéité entre les études en termes de participants, échelles de recueil de l'humeur dépressive initiale, critères de jugement, méthodes statistiques utilisées et durée de suivi n'a pas permis de faire une mise en commun des résultats permettant d'avoir une réponse définitive sur le rôle de la dépression initiale dans la lombalgie.

Forces et faiblesses:

La recherche des articles a été exhaustive pour les bases de données étudiées. Cette revue de littérature a essayé de suivre les critères PRISMA au possible, à l'exception principale de l'évaluation de la qualité méthodologique des études. Cette étape aurait permis d'écarter certains travaux du fait des critères d'inclusions pas toujours strictement respectés.

Tous les articles inclus étaient rédigés en anglais. De ce fait, la pertinence du recueil des données a été liée à la compréhension de la langue anglaise par l'auteur. Une durée

d'évolution de la douleur à l'inclusion plus courte avait été souhaitée initialement, idéalement à 2 semaines du début de la douleur afin d'écartier au maximum l'humeur dépressive induite par la douleur. Malheureusement, cela excluait une grande partie des études retrouvées à travers la bibliographie, rendant la revue de littérature peu pertinente. Les études de Casey(14), Reme(15) et Gurçay(19) incluaient dans leur échantillon des patients adressés dans le cadre de soins secondaires. Les 2 études de Grotle(17,18) présentaient des patients sortant du cadre de la lombalgie commune avec une irradiation de la douleur sous le genou. L'étude de Casey(14) comprenait également des patients souffrant de cervicalgies.

Comparaison avec la littérature existante:

Lors de la recherche bibliographique, aucune revue de la littérature similaire n'avait été retrouvée. Cependant, un article australien de Pinheiro(20) est paru dans The Spine Journal en janvier 2016. Il s'agit d'une revue de littérature sur les symptômes de dépression comme facteur pronostique de lombalgie. Cet article intègre tous les critères PRISMA avec une base de recherche importante: AMED, CINAHL, EMBASE, Health & Society Database, LILACS, MEDLINE, PsycINFO, Scopus, and Web of Science. Il inclut les lombalgies évoluant depuis moins de 12 semaines. Cette revue de littérature n'intègre pas l'évaluation de l'humeur dépressive dans la semaine qui suit l'inclusion des patients, laissant ainsi encore plus de place aux dépressions induites par la lombalgie. Cette revue de littérature regroupe les articles avant l'année 2000, incluant des articles concernant soins primaires et secondaires et sans poser de limite d'âge de la population.

Dix-sept articles ont ainsi été analysés permettant aux auteurs de conclure que toutes ces études ont montré un effet néfaste de la dépression sur la lombalgie, parfois sans réelle valeur significative. Ils se retrouvent confrontés au même problème d'hétérogénéité des

méthodes de recueil et les critères de jugements, ne permettant pas non plus de tirer une réponse tranchée sur les effets de la dépression sur l'évolution de la lombalgie. Ils suggèrent simplement que la dépression initiale pourrait avoir un impact négatif sur l'évolution de la lombalgie.

Influence sur la pratique:

Ces données nous incitent à suggérer qu'un dépistage précoce de l'humeur dépressive pourrait permettre d'orienter le traitement de la lombalgie commune, et cela même lors de la phase aiguë(10-13,16). L'étude de Heneweer(21) se positionne plutôt pour un dépistage dans la phase subaiguë entre 6 et 8 semaines d'évolution. Il met l'accent sur l'importance de la prise en charge adaptée à cette étape, période à laquelle l'impact de la plainte lombalgique conditionne grandement son évolution vers la chronicisation. Il serait ainsi intéressant de proposer une prise en charge biopsychosociale adaptée à chaque individu, si nécessaire dès la première consultation en fonction de son histoire de vie afin de l'accompagner au mieux dans l'évolution de sa douleur.

La dépression n'est pas le seul facteur psychosocial pronostique. Au cours de 2 études(10,15), elle a été associée à d'autres facteurs psychosociaux afin de créer un sous-groupe, décrit comme en détresse émotionnelle, présentant un allongement significatif de la durée de la lombalgie. Ces études nous montrent le rôle intriqué des facteurs psychosociaux dans l'évolution de la lombalgie, et ainsi l'intérêt de considérer la personne dans sa globalité.

Perspectives de recherche:

Peu de facteurs de risque psychosociaux indépendants ont montré une différence statistique significative sur la lombalgie(9). En effet, son évolution dans le temps repose sur un enchevêtrement complexe de multiples variables liées à l'individu concerné. Cette revue de la littérature n'a pas permis de conclure que la dépression aurait un lien de causalité sur la chronicisation de la lombalgie. Cependant une corrélation vers une évolution défavorable semble avoir été mise en valeur et mérite qu'on s'y intéresse à travers des études de cohorte de plus grandes amplitudes, avec des critères de jugements et des mesures d'humeur dépressive uniformisés permettant des méta-analyses plus pertinentes.

Conclusion:

Les études concernant la place de l'humeur dépressive initiale dans l'évolution de la lombalgie commune en soins primaires ont fait l'objet de très peu de publications. Il en ressort que la dépression initiale semble avoir un impact négatif sur l'évolution de la lombalgie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Proposition de présentation des documents de recommandations et références professionnelles - Lombalgie_2005_synth.pdf [Internet]. [cité 3 mai 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Lombalgie_2005_synth.pdf
2. Gourmelen J, Chastang J-F, Ozguler A, Lanoë J-L, Ravaud J-F, Leclerc A. Frequency of low back pain among men and women aged 30 to 64 years in France. Results of two national surveys. *Ann Réadapt Médecine Phys Rev Sci Société Fr Rééduc Fonct Réadapt Médecine Phys*. nov 2007;50(8):640-4, 633-9.
3. Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Manniche C. Low back pain: what is the long-term course? A review of studies of general patient populations. *Eur Spine J Off Publ Eur Spine Soc Eur Spinal Deform Soc Eur Sect Cerv Spine Res Soc*. avr 2003;12(2):149-65.
4. Risque AT 2010 : statistiques de sinistralité tous CTN et par CTN - RisqueAT2010-Tous CTN.pdf [Internet]. [cité 21 juin 2015]. Disponible sur: http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/etudes_statistiques/RisqueAT2010-Tous%20CTN.pdf
5. Valat J-P, Rozenberg S, Bellaïche L. Lombalgie. Critères cliniques et d'imagerie. *Rev Rhum Monogr*. avr 2010;77(2):158-66.
6. Torstensen TA, Ljunggren AE, Meen HD, Odland E, Mowinckel P, Geijerstam S. Efficiency and costs of medical exercise therapy, conventional physiotherapy, and self-exercise in patients with chronic low back pain. A pragmatic, randomized, single-blinded, controlled trial with 1-year follow-up. *Spine*. 1 déc 1998;23(23):2616-24.
7. Berquin A. The biopsychosocial model: much more than additional empathy. *Rev Médicale Suisse*. 11 août 2010;6(258):1511-3.
8. Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*. 1 mars 2002;27(5):E109-20.
9. Ramond A, Bouton C, Richard I, Roquelaure Y, Baufreton C, Legrand E, et al. Psychosocial risk factors for chronic low back pain in primary care--a systematic review. *Fam Pract*. févr 2011;28(1):12-21.
10. Melloh M, Elfering A, Egli Presland C, Roder C, Hendrick P, Darlow B, et al. Predicting the transition from acute to persistent low back pain. *Occup Med*. 1 mars 2011;61(2):127-31.
11. Melloh M, Elfering A, SALATHÉ CR, KÄSER A, BARZ T, RÖHM C, et al. Predictors of Sickness Absence in Patients with a New Episode of Low Back Pain in Primary Care. *Ind Health*. 2012;50(4):288-98.
12. Melloh M, Elfering A, Käser A, Salathé CR, Barz T, Aghayev E, et al. Depression impacts the course of recovery in patients with acute low-back pain. *Behav Med Wash DC*. 2013;39(3):80-9.
13. Elfering A, Käser A, Melloh M. Relationship between depressive symptoms and acute low back pain at first medical consultation, three and six weeks of primary care. *Psychol Health Med*. 2014;19(2):235-46.
14. Casey CY, Greenberg MA, Nicassio PM, Harpin ER, Hubbard D. Transition from acute to chronic pain and disability: A model including cognitive, affective, and trauma factors. *Pain*. janv 2008;134(1):69-79.
15. Reme SE, Shaw WS, Steenstra IA, Woiszwilllo MJ, Pransky G, Linton SJ. Distressed, immobilized, or lacking employer support? A sub-classification of acute work-related low back pain. *J Occup Rehabil*. déc 2012;22(4):541-52.

16. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, Herbert RD, Cumming RG, Bleasel J, et al. Prognosis in patients with recent onset low back pain in Australian primary care: inception cohort study. *BMJ*. 7 juill 2008;337(jul07 1):a171-a171.
17. Grotle M, Brox JI, Glomsrød B, Lønn JH, Vøllestad NK. Prognostic factors in first-time care seekers due to acute low back pain. *Eur J Pain Lond Engl*. avr 2007;11(3):290-8.
18. Grotle M, Foster NE, Dunn KM, Croft P. Are prognostic indicators for poor outcome different for acute and chronic low back pain consulters in primary care?: *Pain*. déc 2010;151(3):790-7.
19. Gurcay E, Bal A, Eksioğlu E, Hasturk AE, Gurcay AG, Cakci A. Acute low back pain: clinical course and prognostic factors. *Disabil Rehabil*. 2009;31(10):840-5.
20. Pinheiro MB, Ferreira ML, Refshauge K, Maher CG, Ordoñana JR, Andrade TB, et al. Symptoms of depression as a prognostic factor for low back pain: a systematic review. *Spine J [Internet]*. oct 2015 [cité 9 nov 2015]; Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1529943015016228>
21. Heneweer H, Aufdemkampe G, van Tulder MW, Kiers H, Stappaerts KH, Vanhees L. Psychosocial variables in patients with (sub)acute low back pain: an inception cohort in primary care physical therapy in The Netherlands. *Spine*. 1 mars 2007;32(5):586-92.

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Diagramme de Flux16



TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	09
RÉSUMÉ.....	11
INTRODUCTION.....	12
MATÉRIEL ET MÉTHODES	14
Identification et sélection des études.....	14
Analyse de la littérature et recueil des données	15
RÉSULTATS.....	116
Selection et schéma des études.....	16
Analyse de la littérature et extraction des données.....	17
DISCUSSION ET CONCLUSION	25
Principaux résultats	25
Forces et faiblesses	25
Comparaison avec la littérature existante	26
Influence sur la pratique	27
Perspectives de recherche	28
Conclusion	28
BIBLIOGRAPHIE	29
LISTE DES FIGURES	31
TABLE DES MATIÈRES.....	32
ANNEXES.....	33
Annexe 01: Résumés des articles	33
Annexe 02: Modified Zung Depression Scale	45
Annexe 03: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale	46
Annexe 04: Short Form 36 Health Survey	47
Annexe 05: Acute Low Back Pain Screening Questionnaire	51
Annexe 06: Hospital Anxiety and Depression Scale	52
Annexe 07: Beck Depression Inventory	53

ANNEXES

ANNEXE 01: RÉSUMÉS DES ARTICLES

Melloh en 2011:

Etude épidémiologique néo-zélandaise qui avait comme objectif de prédire la persistance d'une lombalgie aiguë.

Cinquante-trois patients ayant consulté en soins primaires pour lombalgie aiguë ou récurrente, après une période sans douleur d'au moins 6 mois avaient été suivis. L'existence d'une lombalgie chronique était un critère d'exclusion. Un questionnaire initial envoyé par email devait être retourné avant une semaine avec un suivi réalisé à 3, 6, 12 semaines et 6 mois.

Les données recueillies avaient été classées en 3 groupes: "conditions de travail", "dépression et comportement inadapté", "douleur et qualité de vie". La 2e catégorie nous intéressant comprenait: dépression (échelle Zung), somatisation, attitude résignée face au travail, comportement d'évitement, rumination, sentiment d'impuissance, catastrophisme et préjugés négatifs sur le retour au travail. La persistance de la lombalgie avait été établie par la limitation fonctionnelle mesurée par l'Oswestry Disability Index (ODI), dont le score devait être supérieur à 10.

Les résultats montraient que ce groupe de données étaient un facteur initial prédictif de la persistance de la lombalgie à 6 mois (OR 5.1 IC95% [1.04-25.1] p<0,05). Les 2 autres groupes n'avaient pas montré d'odd ratio statistiquement pertinents.

On retrouvait un biais de recrutement avec un échantillon de petite taille, ne permettant pas d'émettre des conclusions sur l'importance et les interactions des facteurs initiaux entre eux.

Melloh 2012:

Etude épidémiologique néo-zélandaise ayant pour but d'identifier les variables pronostiques initiales identifiées par les patients avec un nouvel épisode de lombalgie à risque d'arrêt de travail ainsi que des modèles pronostiques avec de multiples variables à 3, 6, 12 semaines et 6 mois d'arrêt de travail.

Les patients avaient été recrutés sans randomisation chez 12 médecins généralistes ainsi que 2 personnels paramédicaux. Ils souffraient d'un nouvel épisode de lombalgie aiguë (moins de 6 semaines), subaiguë (moins de 12 semaines) ou récurrente (avec une période sans douleur de 30 jours). Le premier contact avait été réalisé par une interview téléphonique suivie de l'envoi d'un questionnaire à renvoyer dans la semaine suite à la consultation, puis à 3, 6, 12 semaines et 6 mois.

Le questionnaire regroupait des données liées au travail (kinésiophobie concernant l'activité professionnelle, travail plus ou moins encadré, attitude résignée vis-à-vis du travail, support social au travail), de l'ordre du psychologique (dépression estimée par le Self Rated Zung Depression Scale) et biomédical (impotence fonctionnelle à travers l'Oswestry Disability Index et la santé physique avec le Short Form 12 Health Survey Questionnaire)

L'échantillon initial comptait 310 personnes. Les patients en arrêt de travail avaient été comparés à la population qui n'était pas en arrêt aux moments étudiés du suivi. A 3 semaines, il ressortait que la variable statistiquement la plus significative était l'environnement au travail trop encadré (sur le plan de la méthodologie de travail ou horaire) avec un Odd Ratio de 0,61; 95% IC [0,39-0,93] $p < 0,001$. A 6 semaines, les facteurs pronostiques initiaux significatifs pour l'arrêt de travail sont l'encadrement au travail, la dépression et l'impotence fonctionnelle (sensibilité 47,8 et spécificité 97,9). Concernant plus précisément la dépression, elle représentait un facteur prédictif d'absence au travail à 3 semaines (OR=1,07 IC95% [1,03-1,10] $p < 0,001$), à 6 semaines (OR=1,09 IC95% [1,04-

1,14] $p < 0,001$), à 12 semaines (OR=1,10 IC95% [1,03-1,17] $p < 0,001$) et à 6 mois (OR=1,10 IC95% [1,04-1,17] $p < 0,01$)

Les meilleurs facteurs pronostiques initiaux pour prédire un arrêt de travail chez des patients avec un nouvel épisode de lombalgie était l'encadrement au travail, la dépression et l'impotence fonctionnelle jusqu'à 6 semaines après la consultation initiale.

Les limitations de l'étude étaient un nombre de perdus de vue important (146) qui présentait des caractéristiques comparables sauf concernant leur score Zung qui était plus élevé pouvant entraîner un biais dans le suivi. Deuxièmement, les informations recueillies étaient rapportées par le patient et concernaient son ressenti vis-à-vis de sa situation.

Melloh 2013:

Etude épidémiologique néo-zélandaise étudiant l'évolution d'un nouvel épisode de lombalgie aiguë en fonction de la présence ou non de dépression.

Le recrutement de l'échantillon avait été réalisé sans randomisation, chez des patients consécutifs consultant leur médecin généraliste pour lombalgie aiguë ou persistante avec une période sans douleur d'au moins 30 jours entre les épisodes. L'épisode en question ne devait pas dépasser les 6 semaines (délai établi sur la base d'un guide de prise en charge européen). Le questionnaire initial devait être rempli dans la semaine faisant suite à la consultation puis le suivi avait été réalisé avec des entretiens téléphoniques à 3, 6, 12 semaines et 6 mois.

L'Oswestry Disability Index avait été utilisé pour évaluer la plainte lombalgique tandis que l'humeur dépressive avait été appréciée par l'échelle Zung avec un seuil de dépression à 33.

L'échantillon comptait 286 personnes dont 51 (18%) était considérées dépressives. Initialement, l'ODI du groupe témoin non dépressif avait une moyenne de 20,5 alors que la moyenne du groupe dépressif atteignait les 28,5. Lors de l'avancée dans le temps,

uniquement 151 patients dont 21 (21%) dépressifs avaient répondu pour le suivi. Il avait été constaté une amélioration linéaire de l'ODI chez le groupe témoin, alors pour le groupe dépressif étudié, la valeur de l'ODI baissait un peu jusqu'à 6 semaines pour finalement remonter lors du suivi à 6 mois.

Chez le groupe de dépressif, l'évolution de la lombalgie était significativement plus lente à tout moment du suivi que le groupe témoin. Comme limitations de l'étude on pouvait noter l'hétérogénéité de l'échantillon ainsi que la quantité de patients perdus de vue: environ 15% à chaque étape.

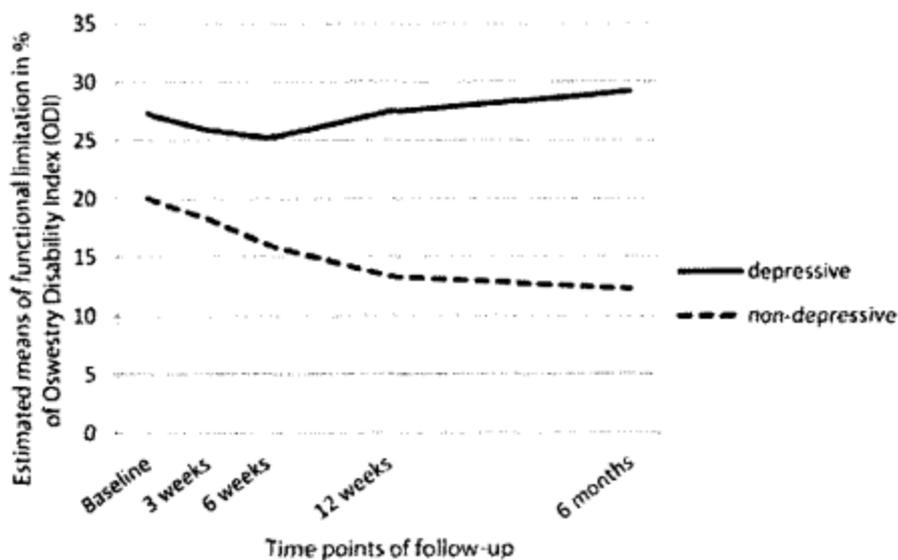


FIGURE 1 Functional limitation in depression-LBP versus non-depression-LBP groups (estimated marginal means controlled for age, sex, body mass index, and acute vs recurrent LBP; differences between group estimated means tested with Bonferroni correction).

Elfering 2014:

Etude épidémiologique néo-zélandaise visant à identifier les effets réciproques entre dépression et lombalgie au cours des premières semaines d'évolution en soins primaires.

L'échantillon comptait 221 personnes recrutées consécutivement suite à une première consultation chez leur médecin généraliste pour lombalgie. Durant la semaine suivante, un entretien téléphonique par une infirmière spécialisée dans la recherche avait été mené. Les patients inclus dans l'étude devaient avoir un premier épisode de lombalgie aiguë ou subaiguë (durée inférieure à 12 semaines). Un questionnaire par email avait été envoyé initialement, puis à 3 et 6 semaines.

L'échelle utilisée afin de quantifier la dépression avait été la Zung Self-Rating Depression Scale modifiée. La lombalgie avait été évaluée grâce au Short-Form McGill Pain Questionnaire comprenant un index de cotation de la douleur (avec comme sous-groupe le côté sensoriel ainsi que le côté affectif de la douleur durant la semaine précédente), une EVA et pour finir l'index de la douleur actuelle.

Différents modèles statistiques entre les 3 moments de recueil de données avaient été étudiés entre eux afin de faire ressortir 2 grandes idées:

La dépression initiale était un facteur de risque d'une douleur intense après 3 semaines et que la persistance de douleur après 3 semaines augmentait le risque de symptômes dépressifs importants après 6 semaines de traitement.

Les auteurs mettaient en avant le fait que la dépression initiale jouait un rôle de biais de perception lors des 3 premières semaines. En effet, il n'y aurait pas d'aggravation clinique, mais une perception de plus en plus négative de la chose.

Concernant le deuxième élément, la première consultation aboutissait probablement à une pensée positive d'évolution (la plupart des patients s'attendent à une bonne amélioration sous traitement après les premières semaines). Cependant, si l'intensité de la douleur ressentie était plus importante à 3 semaines, il se créait un sentiment d'impuissance chez le patient conduisant à un risque plus élevé d'avoir une humeur dépressive.

Ce cercle vicieux devrait être évité en effectuant une prise en charge précoce de l'humeur dépressive. On pouvait noter comme biais dans cette étude une échelle de données auto-administrée, les informations concernant les symptômes dépressifs auraient très probablement été différentes avec un entretien psychiatrique. Deuxièmement, le taux relativement important de personnes n'ayant pas participé (123 patients) pourrait compromettre la représentativité de l'échantillon. Troisièmement, environ 30% de l'échantillon avait été perdu de vue, bien qu'aucune différence significative n'avait été retrouvée entre le groupe étudié et celui perdu de vue.

Casey 2007:

Etude épidémiologique américaine ayant pour but de tester des modèles hypothétiques évaluant les effets directs et indirects des événements traumatiques de vie, l'intensité aiguë de la douleur et de l'impotence fonctionnelle, symptômes dépressifs initiaux et croyances sur la sévérité de la douleur chronique et de l'incapacité.

Les patients avaient été recrutés dans des cliniques, initialement envoyés par le service des urgences ou par du personnel paramédical. 84 personnes avaient ainsi été recrutées pour un premier épisode de lombalgie ou de cervicalgie de moins de 8 semaines.

A la phase initiale les données avaient été recueillies à l'aide d'un questionnaire, qui leur avait été remis lors du suivi à 3 mois. Les symptômes dépressifs avaient été recueillis à l'aide du Center for Epidemiological Studies – Depression Scale, avec une valeur seuil établie à 16.

Selon plus de la moitié des modèles étudiés, la dépression initiale et le fait de croire que la douleur allait durer de façon permanente étaient les plus puissants facteurs prédictifs d'incapacité chronique. Il avait également été démontré que les symptômes dépressifs étaient le plus fort facteur prédictif indépendant de douleur et d'impotence fonctionnelle à 3 mois.

Les limitations de cette étude étaient le faible échantillon, les questionnaires remplis par les patients eux-mêmes ainsi que le taux important de perdus de vue.

Reme 2012:

Etude épidémiologique américaine visant à distinguer des groupes de travailleurs avec une lombalgie aiguë liée au travail éligibles à une intervention précoce afin de prévenir l'apparition d'un handicap au travail.

Le recrutement avait eu lieu dans des cliniques privées qui étaient des lieux où l'employeur pouvait envoyer leur employé pour des blessures liées au travail en premier recours, ce qui avait été le cas dans la majorité de l'échantillon. Les autres patients venaient soit de leur propre gré, soit étaient adressés par leur médecin généraliste ou les urgences.

L'échantillon comptait 496 volontaires présentant une lombalgie depuis moins de 14 jours, à qui on demandait de remplir un questionnaire initial, avec un suivi par lettre ou email réalisé 3 mois plus tard. 8 champs de données ont été analysés: symptômes dépressifs (CES-D), limitation fonctionnelle, intensité de la douleur, interprétation de la

douleur, kinésiophobie, environnement aidant au travail, impact de la douleur sur le quotidien et le temps de guérison attendu.

Le critère de jugement était le retour au travail sans limitation fonctionnelle.

4 sous-groupes avaient ainsi été créés, celui qui avait été le plus statistiquement significatif était celui de la détresse émotionnelle (groupe 2) regroupant la dépression, le temps de guérison attendu et le catastrophisme.

Ce sous-groupe avait un Odd Ratio de 5,88 IC95%[2,80-12,35] $p < 0,01$ d'incapacité à retourner au travail après 3 mois par rapport au groupe de patient initial.

L'humeur dépressive représentait un facteur de risque de chronicisation de la lombalgie avec un impact sur la reprise du travail. Les limitations de cette étude étaient les conclusions limitées par l'échantillon (du fait des sous-groupes créés) ainsi que le biais des données rapportées par le patient lui-même.

Henschke en 2008:

Etude épidémiologique australienne visant à estimer le pronostic à 1 an et décrire les facteurs pronostiques lors de lombalgies prises en charge en soins primaires.

Un total de 170 cliniciens, comprenant 73 médecins généralistes et 97 cliniciens paramédicaux, avait accepté de participer à l'étude et avait été entraînés au protocole de l'étude. Un échantillon de 969 personnes souffrant de lombalgies depuis plus de 24h et moins de 2 semaines, avec une période d'au moins 1 mois sans douleur avait été recueilli.

Les données de base avaient été collectées par le clinicien lors de la première consultation. Les variables avaient été regroupées en 7 facteurs: histoire actuelle de la maladie, antécédents, drapeaux rouges, données sociodémographiques, état général, facteurs psychologiques et travail. Les patients ne relevant pas de la lombalgie

commune avaient été exclus de l'étude. Un interrogatoire téléphonique avait été mis en place afin d'organiser le suivi à 6 semaines, 3 et 12 mois après l'inclusion. La guérison avait été explorée sous 3 critères: intensité de la douleur, invalidité et statut au travail. Sur le plan de la douleur, la durée médiane de guérison était de 58 jours. Concernant respectivement l'invalidité et le statut au travail, les durées étaient de 31 et 14 jours avant le retour au travail dans les mêmes conditions. La guérison complète, établie par la guérison des 3 critères recherchés (pas de douleur, pas d'invalidité, retour au travail), avec une durée médiane de 59 jours (53-65). La probabilité de guérison complète cumulée était de 39%, 57,4% et 71,8% respectivement à 6 semaines, 3 mois et 1 an. L'humeur dépressive était associée à une plus longue guérison: Hazard Ratio: 0,94 (IC95% [0,91-0,97] $p < 0,001$) ainsi que d'autres facteurs dont notamment: âge, intensité de la douleur, nombre de jours d'activité réduite, risque perçu de persistance. Dans cette étude existait un biais de recrutement avec une faible représentation des classes socio-économiques désavantagées dans la cohorte. Les occupations des patients n'avaient pas été prises en compte dans le questionnaire, ce qui rendait impossible d'effectuer un lien entre ce critère et la reprise du travail.

Grotle 2007:

Etude épidémiologique norvégienne menant une investigation sur l'évolution clinique de la douleur et de la limitation fonctionnelle, ainsi que sur les facteurs pronostiques de l'absence de guérison après 1 an chez des patients souffrant de lombalgie aiguë.

Les participants avaient été recrutés lors du premier contact avec un professionnel de santé médical ou paramédical pour une lombalgie évoluant depuis moins de 3 semaines. Afin de recueillir un échantillon suffisant, une information concernant l'étude avait été relayée par les journaux locaux afin de recruter des patients.

Un suivi hebdomadaire avait été réalisé durant le premier mois, avec un autre examen clinique à la clé, suivi d'un suivi par lettre envoyée à 3,6 9 et 12 mois.

Les marqueurs évolutifs de la lombalgie choisis étaient les suivants: intensité de la douleur durant la semaine précédente évaluée par l'échelle numérique de la douleur, la limitation fonctionnelle par le Roland-Morris Disability Questionnaire et l'absence au travail.

Les données avaient été recueillies grâce à l'Acute Low Back Pain Screening Questionnaire, la Hopkin's Symptom Check List (version courte de la SL-90) pour qualifier la détresse émotionnelle et pour finir le Fear Avoidance Belief Questionnaire.

Un total de 123 personnes représentaient l'échantillon dont 33 avaient été recrutées à travers les journaux locaux. Il n'y avait pas eu de randomisation. Il avait été constaté que lors du premier mois la douleur diminuait de 53% et que la limitation fonctionnelle de 64% à travers le RMQ.

Concernant l'évolution à 1 an, il avait été démontré que les 2 facteurs prédictifs de l'absence de guérison avaient été: le ALBSQ à travers sa partie concernant les facteurs psychosociaux et la détresse émotionnelle avec respectivement un Odd Ratio à 4,37 (IC95%[1,10-17,36] $p=0,036$) et 3,30 (IC95%[1,06-10,23] $p=0,039$).

Les limitations de l'étude étaient la méthode de recrutement, même si aucune différence significative n'avait été retrouvée entre le groupe ayant pris contact avec un professionnel de santé et ceux recrutés à travers la publication dans les journaux, et l'échantillon de relativement faible taille.

Grotle 2010:

Etude épidémiologique anglaise visant à comparer la contribution des indicateurs physiques, psychologiques et sociaux pour prédire l'incapacité après 1 an entre 2 groupes souffrant de lombalgie (durée depuis moins et plus de 12 semaines).

Le total des participants atteignait le nombre de 935: 258 souffrant de lombalgie depuis moins de 12 semaines et 668 depuis plus de 12 semaines. Ils avaient été recrutés par des médecins généralistes, sans randomisation. Les données avaient été recueillies à travers un questionnaire initial puis un suivi à 1 an.

Les symptômes dépressifs avaient été enregistrés à travers la Hospital Anxiety and Depression Scale. Les autres marqueurs qui avaient été pris en compte étaient notamment: la condition sociale, la condition physique et les autres facteurs psychosociaux (l'anxiété, la kinésiophobie, le catastrophisme et le mauvais coping). La mesure référence pour étudier l'évolution de la lombalgie était la limitation fonctionnelle étudiée à travers le Roland and Morris Disability Questionnaire.

Malgré les différences significatives entre les 2 groupes, les mêmes facteurs pronostiques avaient influencé la limitation fonctionnelle lors du suivi à 12 mois: l'absence de travail, avoir d'autres sites douloureux, un haut risque de douleur chronique, et le catastrophisme. La dépression, à travers la HADS avait montré un impact significatif dans cette étude: $\beta = 0.20$ IC95% (0.04 - 0.36)

Les limitations étaient le taux de réponse faible (45,5%), des informations avaient été recueillies 4 ans plus tard après la première cohorte et le fait de séparer certaines données comme la peur de la douleur, l'attitude d'évitement de la douleur et le catastrophisme, alors que l'anxiété et la dépression avaient été mesurées par un outil global (HADS).

Gurçay en 2009:

Etude épidémiologique turque cherchant à décrire l'évolution clinique et les facteurs pronostiques de la lombalgie aiguë. Le recrutement s'était effectué sans randomisation principalement chez des patients venant consulter à l'hôpital lors de consultation de premier recours. Cependant certaines personnes ayant été adressées par des structures de soins avaient également été incluses. 91 personnes souffrant de lombalgie aiguë (durée inférieure à 3 semaines) avaient été recrutées.

Une interview initiale avait été mise en place avec un suivi organisé à 1, 2, 4, 8 et 12 semaines avec des données concernant le niveau de douleur (échelle visuelle analogique), de handicap (Roland Morris Disability Questionnaire) ainsi que de dépression (Beck Depression Inventory).

Lors du suivi à 2 semaines, l'échantillon avait été scindé en 2 groupes: groupe 1 considéré comme guéri (intensité de douleur cotée à 0 et RMDQ <4) et groupe 2 considéré comme absence de guérison. Sur le plan de la dépression, aucune différence significative n'avait pu être démontrée entre ces 2 groupes, et cela malgré la présence de 3 sous-groupes: BDI < 9: absence de dépression, entre 10 et 18: humeur dépressive discrète, entre 19 et 29: humeur dépressive modérée et > 30: humeur dépressive sévère.

Leur travail n'avait pas pu mettre en valeur la dépression comme facteur de chronicisation de la lombalgie. Les auteurs se posaient la question de la fiabilité de leur échelle de mesure (BDI) et critiquaient la faible taille de leur échantillon.

ANNEXE 02: MODIFIED ZUNG DEPRESSION SCALE

	Rarely or none of the time (less than 1 day per week)	Some or little of the time (1-2 days per week)	A moderate amount of time (3-4days per week)	Most of the time (5-7 days per week)
1. I feel downhearted and sad	0	1	2	3
2. Morning is when I feel best	3	2	1	0
3. I have crying spells or feel like it	0	1	2	3
4. I have trouble getting to sleep at night	0	1	2	3
5. I feel that nobody cares	0	1	2	3
6. I eat as much as I used to	3	2	1	0
7. I still enjoy sex	3	2	1	0
8. I notice I am losing weight	0	1	2	3
9. I have trouble with constipation	0	1	2	3
10. My heart beats faster than usual	0	1	2	3
11. I get tired for no reason	0	1	2	3
12. My mind is as clear as it used to be	3	2	1	0
13. I tend to wake up too early	0	1	2	3
14. I find it easy to do the things I used to	3	2	1	0
15. I am restless and can't keep still	0	1	2	3
16. I feel hopeful about the future	3	2	1	0
17. I am more irritable than usual	0	1	2	3
18. I find it easy to make a decision	3	2	1	0
19. I feel quite guilty	0	1	2	3
20. I feel that I am useful and needed	3	2	1	0
21. My life is pretty full	3	2	1	0
22. I feel that others would be better off I were dead	0	1	2	3
23. I am still able to enjoy the things I used to	3	2	1	0

ANNEXE 03: CENTER FOR EPIDEMIOLOGIC STUDIES DEPRESSION SCALE (CES-D)

	During the Past Week			
	Rarely or none of the time (less than 1 day)	Some or a little of the time (1-2 days)	Occasionally or a moderate amount of time (3-4 days)	Most or all of the time (5-7 days)
1. I was bothered by things that usually don't bother me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. I did not feel like eating; my appetite was poor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. I felt that I could not shake off the blues even with help from my family or friends.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. I felt I was just as good as other people.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. I had trouble keeping my mind on what I was doing.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. I felt depressed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. I felt that everything I did was an effort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. I felt hopeful about the future.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. I thought my life had been a failure.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. I felt fearful.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. My sleep was restless.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. I was happy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. I talked less than usual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. I felt lonely.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. People were unfriendly.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. I enjoyed life.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. I had crying spells.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. I felt sad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. I felt that people dislike me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. I could not get "going."	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCORING: zero for answers in the first column, 1 for answers in the second column, 2 for answers in the third column, 3 for answers in the fourth column. The scoring of positive items is reversed. Possible range of scores is zero to 60, with the higher scores indicating the presence of more symptomatology.

ANNEXE 04: SHORT FORM 36 HEALTH SURVEY (SF-36)

COMMENT REpondre : Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Veuillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

entourez la réponse de votre choix

- Excellente..... 1
- Très bonne 2
- Bonne 3
- Médiocre 4
- Mauvaise 5

2. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ?

entourez la réponse de votre choix

- Bien meilleur que l'an dernier 1
- Plutôt meilleur..... 2
- A peu près pareil 3
- Plutôt moins bon 4
- Beaucoup moins bon 5

3. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.

entourez la réponse de votre choix, une par ligne

Liste d'activités	oui, beaucoup limité(e)	oui, un peu limité(e)	non, pas du tout limité(e)
a. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	1	2	3
b. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
c. Soulever et porter les courses	1	2	3
d. Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3
e. Monter un étage par l'escalier	1	2	3
f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
g. Marcher plus d'un km à pied	1	2	3
h. Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3

i. Marcher une centaine de mètres	1	2	3
j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique,

entourez la réponse de votre choix, une par ligne

	OUI	NON
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles	1	2
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité	1	2
c. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses	1	2
d. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)	1	2

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)),

entourez la réponse de votre choix, une par ligne

	OUI	NON
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles	1	2
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité	1	2
c. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude	1	2

6. Au cours de ces 4 dernières semaines dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

entourez la réponse de votre choix

- Pas du tout 1
- Un petit peu..... 2
- Moyennement 3
- Beaucoup 4
- Enormément 5

7. Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ?

entourez la réponse de votre choix

- Nulle 1
- Très faible 2
- Faible..... 3
- Moyenne 4
- Grande 5
- Très grande 6

8. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?

entourez la réponse de votre choix

- Pas du tout 1
- Un petit peu..... 2
- Moyennement 3
- Beaucoup 4
- Enormément 5

9. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

entourez la réponse de votre choix, une par ligne

	en permanence	très souvent	souvent	quelque fois	rarement	jamais
a. Vous vous êtes senti(e) dynamique ?	1	2	3	4	5	6
b. Vous vous êtes senti(e) très nerveux(se) ?	1	2	3	4	5	6
c. Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	1	2	3	4	5	6
d. Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?	1	2	3	4	5	6
e. Vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ?	1	2	3	4	5	6
f. Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?	1	2	3	4	5	6
g. Vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ?	1	2	3	4	5	6
h. Vous vous êtes senti(e) heureux(se) ?	1	2	3	4	5	6
i. Vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ?	1	2	3	4	5	6

10. Au cours de ces 4 dernières semaines y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

entourez la réponse de votre choix

- En permanence 1
- Une bonne partie du temps 2
- De temps en temps..... 3
- Rarement 4
- Jamais 5

11. Indiquez, pour chacune des phrases suivantes, dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :

entourez la réponse de votre choix, une par ligne

	totalem ent vraie	plutôt vraie	je ne sais pas	plutôt fausse	totalem ent fausse
a. Je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
b. Je me porte aussi bien que n'importe qui	1	2	3	4	5
c. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	1	2	3	4	5
d. Je suis en excellente santé	1	2	3	4	5

ANNEXE 05: ACUTE LOW BACK PAIN SCREENING QUESTIONNAIRE (ALBPSQ)

1. What year were you born?	
2. Are you <input type="radio"/> male <input type="radio"/> female	
3. Were you born in New Zealand? <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no	
4. Where do you have pain? Place a ✓ for all the appropriate sites. <input type="radio"/> neck <input type="radio"/> shoulders <input type="radio"/> upper back <input type="radio"/> lower back <input type="radio"/> leg	2X COUNT
5. How many days of work have you missed because of pain during the past 18 months? Tick (✓) one. <input type="radio"/> 0 days [1] <input type="radio"/> 1-2 days [2] <input type="radio"/> 3-7 days [3] <input type="radio"/> 8-14 days [4] <input type="radio"/> 15-30 days [5] <input type="radio"/> 1 month [6] <input type="radio"/> 2 months [7] <input type="radio"/> 3-6 months [8] <input type="radio"/> 6-12 months [9] <input type="radio"/> over 1 year [10]	
6. How long have you had your current pain problem? Tick (✓) one. <input type="radio"/> 0 days [1] <input type="radio"/> 1-2 days [2] <input type="radio"/> 3-7 days [3] <input type="radio"/> 8-14 days [4] <input type="radio"/> 15-30 days [5] <input type="radio"/> 1 month [6] <input type="radio"/> 2 months [7] <input type="radio"/> 3-6 months [8] <input type="radio"/> 6-12 months [9] <input type="radio"/> over 1 year [10]	
7. Is your work heavy or monotonous? Circle the best alternative. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 < Not at all Extremely >	
8. How would you rate the pain that you have had during the past week? Circle one. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 < No pain Pain as bad as it could be >	
9. In the past 3 months, on average, how bad was your pain? Circle one. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 < No pain Pain as bad as it could be >	
10. How often would you say that you have experienced pain episodes, on average, during the past 3 months? Circle one. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 < Never Always >	
11. Based on all the things you do to cope, or deal with your pain, on an average day, how much are you able to decrease it? Circle one. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 < Can't decrease Can decrease it completely >	10 - X
12. How tense or anxious have you felt in the past week? Circle one. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 < Absolutely calm and relaxed As tense as I've ever felt >	
13. How much have you been bothered by feeling depressed in the past week? Circle one. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 < Not at all Extremely >	
14. In your view, how large is the risk that your current pain may become persistent? Circle one. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 < No risk Very large risk >	
15. In your estimation, what are the chances that you will be working in 6 months? Circle one. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 < No chance Very large chance >	10 - X
16. If you take into consideration your work routines, management, salary, promotion possibilities and work mates, how satisfied are you with your job? Circle one. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 < Not at all satisfied Completely satisfied >	10 - X
Here are some of the things which other people have told us about their back pain. For each statement please circle one number from 0 to 10 to say how much physical activities, such as bending, lifting, walking or driving would affect your back.	
17. Physical activities make my pain worse. Circle one. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 < Completely disagree Completely agree >	
18. An increase in pain is an indication that I should stop what I am doing until the pain decreases. Circle one. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 < Completely disagree Completely agree >	
19. I should not do my normal work with my present pain. Circle one. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 < Completely disagree Completely agree >	
Here is a list of five activities. please circle the one number that best describes your current ability to participate in each of these activities.	
20. I can do light work for an hour. Circle one. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 < Can't do it because of pain problem Can do it without pain being a problem >	10 - X
21. I can walk for an hour. Circle one. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 < Can't do it because of pain problem Can do it without pain being a problem >	10 - X
22. I can do ordinary household chores. Circle one. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 < Can't do it because of pain problem Can do it without pain being a problem >	10 - X
23. I can go shopping. Circle one. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 < Can't do it because of pain problem Can do it without pain being a problem >	10 - X
24. I can sleep at night. Circle one. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 < Can't do it because of pain problem Can do it without pain being a problem >	10 - X

ANNEXE 06: HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS)

Score	Anxiété	Score	Dépression
3 2 1 0	Je me sens tendu ou énervé : <input type="checkbox"/> la plupart du temps <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> de temps en temps <input type="checkbox"/> jamais	0 1 2 3	Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois <input type="checkbox"/> oui, tout autant <input type="checkbox"/> pas autant <input type="checkbox"/> un peu seulement <input type="checkbox"/> presque plus
3 2 1 0	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver <input type="checkbox"/> oui, très nettement <input type="checkbox"/> oui, mais ce n'est pas grave <input type="checkbox"/> un peu, mais cela ne m'inquiète pas <input type="checkbox"/> pas du tout	0 1 2 3	Je ris facilement et vois le bon côté des choses <input type="checkbox"/> autant que par le passé <input type="checkbox"/> plus autant qu'avant <input type="checkbox"/> vraiment moins qu'avant <input type="checkbox"/> plus du tout
3 2 1 0	Je me fais du souci : <input type="checkbox"/> très souvent <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/> très occasionnellement	3 2 1 0	Je suis de bonne humeur : <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> la plupart du temps
0 1 2 3	Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté : <input type="checkbox"/> oui, quoi qu'il arrive <input type="checkbox"/> oui, en général <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais	3 2 1 0	J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : <input type="checkbox"/> presque toujours <input type="checkbox"/> très souvent <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais
0 1 2 3	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> très souvent	3 2 1 0	Je ne m'intéresse plus à mon apparence : <input type="checkbox"/> plus du tout <input type="checkbox"/> je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais <input type="checkbox"/> il se peut que je n'y fasse plus autant attention <input type="checkbox"/> j'y prête autant d'attention que par le passé
3 2 1 0	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place : <input type="checkbox"/> oui, c'est tout à fait le cas <input type="checkbox"/> un peu <input type="checkbox"/> pas tellement <input type="checkbox"/> pas du tout	0 1 2 3	Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses : <input type="checkbox"/> autant qu'auparavant <input type="checkbox"/> un peu moins qu'avant <input type="checkbox"/> bien moins qu'avant <input type="checkbox"/> presque jamais
3 2 1 0	J'éprouve des sensations soudaines de panique : <input type="checkbox"/> vraiment très souvent <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> pas très souvent <input type="checkbox"/> jamais	0 1 2 3	Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision : <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> très rarement
	☛ Total du score pour l'anxiété		☛ Total du score pour la dépression

ANNEXE 07: BECK DEPRESSION INVENTORY (BDI)

1	<p>0 I do not feel bad.</p> <p>1 I feel sad.</p> <p>2 I am sad all the time and I can't snap out of it.</p> <p>3 I am so sad or unhappy that I cannot stand it.</p>
2	<p>0 I am not particularly discouraged about the future.</p> <p>1 I feel discouraged about the future.</p> <p>2 I feel I have nothing to look forward to.</p> <p>3 I feel that the future is hopeless and that things cannot improve.</p>
3	<p>0 I do not feel like a failure.</p> <p>1 I feel I have failed more than the average person.</p> <p>2 As I look back on my life, all I can see is a lot of failure.</p> <p>3 I feel I am a complete failure as a person.</p>
4	<p>0 I get as much satisfaction out of things as I used to.</p> <p>1 I don't enjoy things the way I used to.</p> <p>2 I don't get any real satisfaction out of anything anymore.</p> <p>3 I am dissatisfied or bored with everything.</p>
5	<p>0 I don't feel particularly guilty.</p> <p>1 I feel guilty a good part of the time.</p> <p>2 I feel guilty most of the time.</p> <p>3 I feel guilty all of the time.</p>
6	<p>0 I don't feel that I am being punished.</p> <p>1 I feel I may be punished.</p> <p>2 I expect to be punished.</p> <p>3 I feel I am being punished.</p>
7	<p>0 I don't feel disappointed in myself.</p> <p>1 I am disappointed in myself.</p> <p>2 I am disgusted with myself.</p> <p>3 I hate myself.</p>
8	<p>0 I don't feel I am worse than anybody else.</p> <p>1 I am critical of myself for my weaknesses or mistakes.</p> <p>2 I blame myself all the time for faults.</p> <p>3 I blame myself for everything bad that happens.</p>
9	<p>0 I don't have any thoughts of killing myself.</p> <p>1 I have thoughts of killing myself but I would not carry them out.</p> <p>2 I would like to kill myself.</p> <p>3 I would kill myself if I had the chance.</p>
10	<p>0 I don't cry anymore than usual.</p> <p>1 I cry more now than I used to.</p> <p>2 I cry all the time now.</p> <p>3 I would kill myself if I had the chance.</p>
11	<p>0 I am not more irritated by things than I ever am.</p> <p>1 I am slightly more irritated now than usual.</p> <p>2 I am quite annoyed or irritated a good deal of the time.</p> <p>3 I feel irritated all the time now.</p>

Chronicisation de la lombalgie chez les patients à l'humeur dépressive: Revue de littérature

RÉSUMÉ

Introduction: L'objectif de cette étude était d'étudier le rôle de la dépression comme cause de la chronicisation de la lombalgie commune en soins primaires.

Méthode: Une revue de littérature systématique a été réalisée à travers les bases de données suivantes: Medline, PsycARTICLES, Cochrane et CAIRN. Les articles inclus devaient avoir une exploration initiale de la dépression dans la semaine du recrutement, avec une durée d'évolution de la lombalgie inférieure à 12 semaines à l'inclusion des patients.

Résultats: Dix articles ont été inclus dans cette revue de littérature. Il a été constaté une grande hétérogénéité en termes d'échelles d'évaluation de l'humeur dépressive initiale, de critères de jugement, de méthodes statistiques utilisées ainsi que de durée de suivi, ne permettant pas la mise en commun des résultats. Neuf études sur 10 mettaient en évidence le rôle de l'humeur dépressive comme facteur de mauvais pronostic de l'évolution de la lombalgie. Une seule étude ne trouvait pas de différence statistique significative.

Conclusion: Il existe peu de publications sur le rôle de l'humeur dépressive initiale dans l'évolution de la lombalgie commune en soins primaires. Il en ressort que la dépression initiale semble avoir un impact négatif sur l'évolution de la lombalgie.

Mots-clés : lombalgie, dépression, humeur dépressive, facteur pronostic, revue de littérature systématique

Evolution of persistent low back pain of patients with baseline depression mood: Systemic review of literature

ABSTRACT

Introduction: The aim of this review was to investigate the role of depression in persistent non-specific low back pain in primary care.

Method: A systemic review of literature has been performed through the following database: Medline, PsycARTICLES, Cochrane et CAIRN. The studies had to investigate depressive mood within a week at baseline and include participants with low back pain less than 12 weeks duration.

Results: Ten articles have been included. There was an important variability in terms of the method of assessment of depression, outcomes, statistical methods, and follow-up length, which prevented from pooling the results. Nine out of 10 studies have reported that baseline depression is related to worse low back pain outcome. Only one article hasn't found a statistically significant difference.

Conclusion: There are few studies about the role of baseline depression in the evolution of low back pain in primary care. It indicates that baseline depression may have an adverse effect in the outcome of low back pain.

Keywords : low back pain, depression, depressive mood, pronostic factor, systematic review