

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

N°.....

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : MEDECINE GENERALE

Par

Cécile CHATELLIER

Né le 21 septembre 1982 à Fontenay-Le-Comte

Présentée et soutenue publiquement le : 22 octobre 2013

***LOMBALGIES, DOULEURS RACHIDIENNES ET FACTEURS DE RISQUE
PSYCHOSOCIAUX DE PASSAGE A LA CHRONICITE LIES AU COUPLE
ET A LA FAMILLE: REVUE DE LITTERATURE.***

Président : Monsieur le Professeur ROQUELAURE Yves

Directeur : Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen
Vice doyen recherche
Vice doyen pédagogie

Pr. RICHARD
Pr. PROCACCIO
Pr. COUTANT

Doyens Honoraires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. Gilles GUY, Pr. Jean-Pierre ARNAUD

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PENNEAU-FONTBONNE, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. VERRET, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

MM. ABRAHAM Pierre	Physiologie
ASFAR Pierre	Réanimation médicale
AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
AUDRAN Maurice	Rhumatologie
AZZOUZI Abdel-Rahmène	Urologie
Mmes BARON Céline	Médecine générale (professeur associé)
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
MM. BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BONNEAU Dominique	Génétique
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
CALÈS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
COUTANT Régis	Pédiatrie
COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie
FURBER Alain	Cardiologie
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie
GARNIER François	Médecine générale (professeur associé)
MM. GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
Mme GOHIER Bénédicte	Psychiatrie
MM. GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion
HAMY Antoine	Chirurgie générale
HUEZ Jean-François	Médecine générale
Mme HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
M. IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
Mmes JEANNIN Pascale	Immunologie
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM. LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
LE JEUNE Jean-Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
LEGRAND Erick	Rhumatologie
LEROLLE Nicolas	Réanimation médicale
Mmes LERMITE Emilie	Chirurgie générale
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM. MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie
MENEI Philippe	Neurochirurgie
MERCAT Alain	Réanimation médicale
MERCIER Philippe	Anatomie
Mme NGUYEN Sylvie	Pédiatrie

MM. PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
PROCACCIO Vincent	Génétique
PRUNIER Fabrice	Cardiologie
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
Mme RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
MM. RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
Mmes ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MM. ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique
SUBRA Jean-François	Néphrologie
URBAN Thierry	Pneumologie
VERNY Christophe	Neurologie
MM. WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion
<u>MAÎTRES DE CONFÉRENCES</u>	
MM. ANNAIX Claude	Biophysique et médecine nucléaire
ANNWEILER Cédric	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillessement
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie
Mmes BEAUVILLAIN Céline	Immunologie
BELIZNA Cristina	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillessement
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion
M. BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mme BOUTON Céline	Médecine générale (maître de conférences associé)
MM. CAILLIEZ Éric	Médecine générale (maître de conférences associé)
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
CASSEREAU Julien	Neurologie
CHEVAILLER Alain	Immunologie

Mme CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire
MM. CONNAN Laurent	Médecine générale (maître de conférences associé)
CRONIER Patrick	Anatomie
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
Mmes de CASABIANCA Catherine	Médecine générale (maître de conférences associé)
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM. DUCLUZEAU Pierre-Henri	Nutrition
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie
HINDRE François	Biophysique et médecine nucléaire
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Mmes JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MM. LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire
Mmes LOISEAU-MAINGOT Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
MARCHAND-LIBOUBAN Hélène	Biologie cellulaire
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MESLIER Nicole	Physiologie
MM. MOUILLIE Jean-Marc	<i>Philosophie</i>
PAPON Xavier	Anatomie
Mmes PASCO-PAPON Anne	Radiologie et Imagerie médicale
PELLIER Isabelle	Pédiatrie
PENCHAUD Anne-Laurence	<i>Sociologie</i>
M. PIHET Marc	Parasitologie et mycologie
Mme PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
M. PUISSANT Hugues	Génétique
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
Mme TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion
M. TURCANT Alain	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur ROQUELAURE Yves

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François

Monsieur le Professeur LEGRAND Erick

Madame le Docteur RAMOND-ROQUIN Aline

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer mes sincères remerciements à Monsieur le Professeur Yves ROQUELAURE, qui m'a fait l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse. Merci de m'accorder un peu de votre temps au sein de vos nombreuses obligations hospitalières et universitaires.

Mes remerciements vont également à l'ensemble des membres du jury,

Monsieur le Professeur Jean-François HUEZ, mon directeur de thèse, qui m'a encadré avec expérience et patience tout au long de ce travail. Merci pour vos conseils avisés et votre disponibilité au cours de la rédaction de cette thèse et pour votre engagement dans l'enseignement de la médecine générale.

Monsieur le Professeur Erick LEGRAND, vous me faites l'honneur de bien vouloir accepter l'évaluation et la critique de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Madame le Docteur Aline RAMOND-ROQUIN, vous avez accepté de participer à ce jury. Je vous remercie de l'intérêt porté à ce travail. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude.

Merci à mes maîtres de stage PRAT et SASPAS, Monsieur le Professeur François PARE, Monsieur le Docteur Alain GAHAGNON, Monsieur le Docteur Patrice FAMERY, Madame et Monsieur les Docteurs DERQUIN pour m'avoir fait découvrir et aimer la médecine générale.

Je dédie cette thèse à mes proches :

A mes parents, pour votre bienveillance et votre amour. Merci pour votre présence et vos encouragements tout au long de mon cursus et bien au-delà...

A Grégory, pour ton soutien indéfectible et pour ton amour. Enfin nous allons pouvoir nous consacrer à nos projets...

A Arthur, mon soleil depuis ces dix derniers mois,

A Nicolas et Claudine, Etienne et Caroline, pour votre bienveillance et pour votre exemple. Vous comptez beaucoup pour moi,

A mon grand-père pour avoir veiller sur moi,

A Thérèse et Gilles, Vanessa et Erwann pour m'avoir fait une place au sein de votre famille,

A Camille, Guillaume, Lou, Eloïse, Mathias et Pierre, pour les sourires et la joie que vous m'apportez,

A Sophie et Bruce, Blandine et Jean-Luc, Anne et Arnaud, pour cette belle amitié qui nous lie depuis tant d'années, et qui m'est si chère,

A Lise et Julien, Dedette, Julie, Céline et Alice, pour avoir été présents durant ces années d'internat, votre amitié est très importante pour moi,

A toute ma famille et mes amis pour leur soutien et leurs encouragements.

Merci Caroline, Etienne, Grégory, Dedette et Lise pour votre aide si précieuse durant ce travail.

LISTE DES ABBREVIATIONS

- BDI: Beck Depression Inventory
- BSI: Brief Symptom Inventory
- CESD-S: Center Epidemiological Studies Depression Scale
- DAS: Dyadic Adjustment Scale
- EVA: Echelle Visuelle Analogique
- FES : Family Environment Scale
- FPS: Facteurs psychosociaux
- HADS: Hopital Anxiety and Depression Scale
- MCI: Marital Communication Inventory
- MPI: Multidimensional Pain Inventory
- NA: Non Adaptable
- NC: Non Connu
- RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire
- SIP: Sickness Impact Profile
- WHYMPI: West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory

PLAN

Introduction.....	11
Matériel et méthode.....	13
Résultats.....	15
Discussion.....	59
Références bibliographiques.....	66
Table des matières.....	72
Annexes.....	73

INTRODUCTION

La lombalgie commune se définit comme une douleur de la région lombaire ne présentant pas de signe évocateur d'une pathologie inflammatoire, infectieuse, fracturaire ou tumorale ; elle est dite chronique après trois mois d'évolution consécutive (1).

La prise en charge des patients lombalgiques chroniques est un vrai défi pour les médecins. En effet, des patients présentent souvent des lésions bénignes du rachis qui n'expliquent ni l'intensité ni la durée de leurs douleurs. Depuis plusieurs années, ont été mis en évidence de nombreux facteurs psychosociaux (FPS) pouvant être en jeu ou expliquer le passage à la chronicité de leur plainte lombalgique. Les FPS sont définis par l'OMS comme « tout facteur déterminant la façon dont quelqu'un réagit face aux contraintes et difficultés de la vie quotidienne, maintient son bien-être mental et interagit avec les autres, dans sa culture et son environnement » (2). Les FPS peuvent être rangés en trois catégories :

- les facteurs psychologiques ou comportementaux comme les facteurs iatrogènes, les peurs et croyances, la stratégie de « coping », la dépression, le comportement maladif, la volonté de changer son comportement.

- les facteurs socio-économiques comme l'influence familiale (nombre d'enfants, le statut parental, la relation de couple), la situation professionnelle, les mécanismes de compensation professionnelles ou les décisions de justice.

- les facteurs professionnels comme la satisfaction au travail, les conditions de travail, les caractéristiques liées à la profession ou la politique sociale (3).

Un facteur isolé est peu significatif, mais la conjonction de plusieurs facteurs est indicatrice d'une augmentation du risque de chronicisation (4). On sait que les FPS liés au travail jouent un rôle important dans le passage à la chronicité des patients souffrant de lombalgies communes ; ils ont été explorés et décrits. Les FPS plus intimes liés à l'environnement familial et affectif, la vie de couple, l'ont beaucoup moins été.

Selon M. Vannotti, psychiatre : « la famille est le système naturel d'appartenance, dans lequel nos patients tissent leurs rapports significatifs. Ils y exercent et y subissent des influences par le jeu des comportements, des émotions, des affects. Dans la famille le

corps a une place prépondérante et c'est à travers le corps et les comportements que la famille gère ses relations ». Un certain nombre d'interactions entre le malade et son milieu familial peuvent renforcer le processus de chronicisation (5).

Toujours d'après M. Vannotti, on peut mettre en évidence dans l'histoire des patients lombalgiques chroniques:

- des expériences traumatiques pendant l'enfance (pertes d'adultes protecteurs, violences physiques, psychologiques et sexuelles...),
- une gestion difficile de la maladie qui transforme la vie de couple. Source de conflits en même temps que de réparations et de dévouements,
- une diminution de la compétence parentale du patient comme conséquence de sa maladie,
- des expériences familiales de séparation et de deuil (deuil dans l'enfance, l'attente d'un décès),
- une cohésion familiale excessive en faveur de la personne malade au détriment des autres (5).

La prise en charge des patients lombalgiques chroniques doit donc tenir compte de leur environnement psychosocial, dont l'environnement familial, et des interactions avec celui-ci. L'hypothèse développée par Vannotti suggère l'idée qu'aider le patient à faire des liens avec des traumatismes dans l'enfance, des expériences de séparations et de deuils, des difficultés au sein du couple, des difficultés en tant que parents pourrait permettre de débloquer certaines situations de lombalgie commune en cours de chronicisation ou chronicisées.

L'objectif de ce travail était de rechercher et d'analyser dans la littérature médicale et psychologique liée à la prise en charge des patients lombalgiques, les études observationnelles et interventionnelles concernant l'environnement familial et la vie de couple.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une revue systématique de littérature médicale et psychologique portant sur des patients lombalgiques ou rachialgiques, et leur environnement familial (enfance, vie de couple, parentalité). La recherche a été menée de janvier à juin 2012 à partir des bases de données : PubMed, Psycarticle et CAIRN.

Les critères d'inclusion concernaient des études:

- médicales, psychologiques ou sociologiques,
- observationnelles ou interventionnelles
- publiées depuis 1980.
- portant sur une population adulte (âge supérieur à 18 ans)
- et traitant de lombalgies communes ou douleurs rachidiennes et de l'environnement familial (enfance, couple, parentalité).

Les critères d'exclusion étaient:

- articles traitant des lombalgies non communes ou de douleurs chroniques en général,
- lombalgies dans l'enfance,
- articles rédigés dans une autre langue que le français ou l'anglais.

Les équations de recherche utilisées ont été:

-Sur Medline:

1- Low Back Pain AND spouse or marriage or marital relation or family environment or family relation or childhood or sexual abuse or daughter or son or widowhood

2- Back Pain AND spouse or marriage or marital relation or family environment or family relation or childhood or sexual abuse or daughter or son or widowhood

-Sur PsycArticles: Pain AND spouse or marriage or marital or famil* or childhood or son or daughter or sexual abuse or widowhood

-Sur CAIRN:

1-Lombalgie et époux ou mariage ou relation maritale ou environnement familial ou famille ou relation familiale ou enfance ou abus sexuel ou deuil.

2-Douleurs chroniques et époux ou mariage ou relation maritale ou environnement familial ou famille ou relation familiale ou enfance ou abus sexuel.

Enfin certaines références d'articles ont été retenues sans recherche dans les bases de données mais à partir des bibliographies des articles choisis.

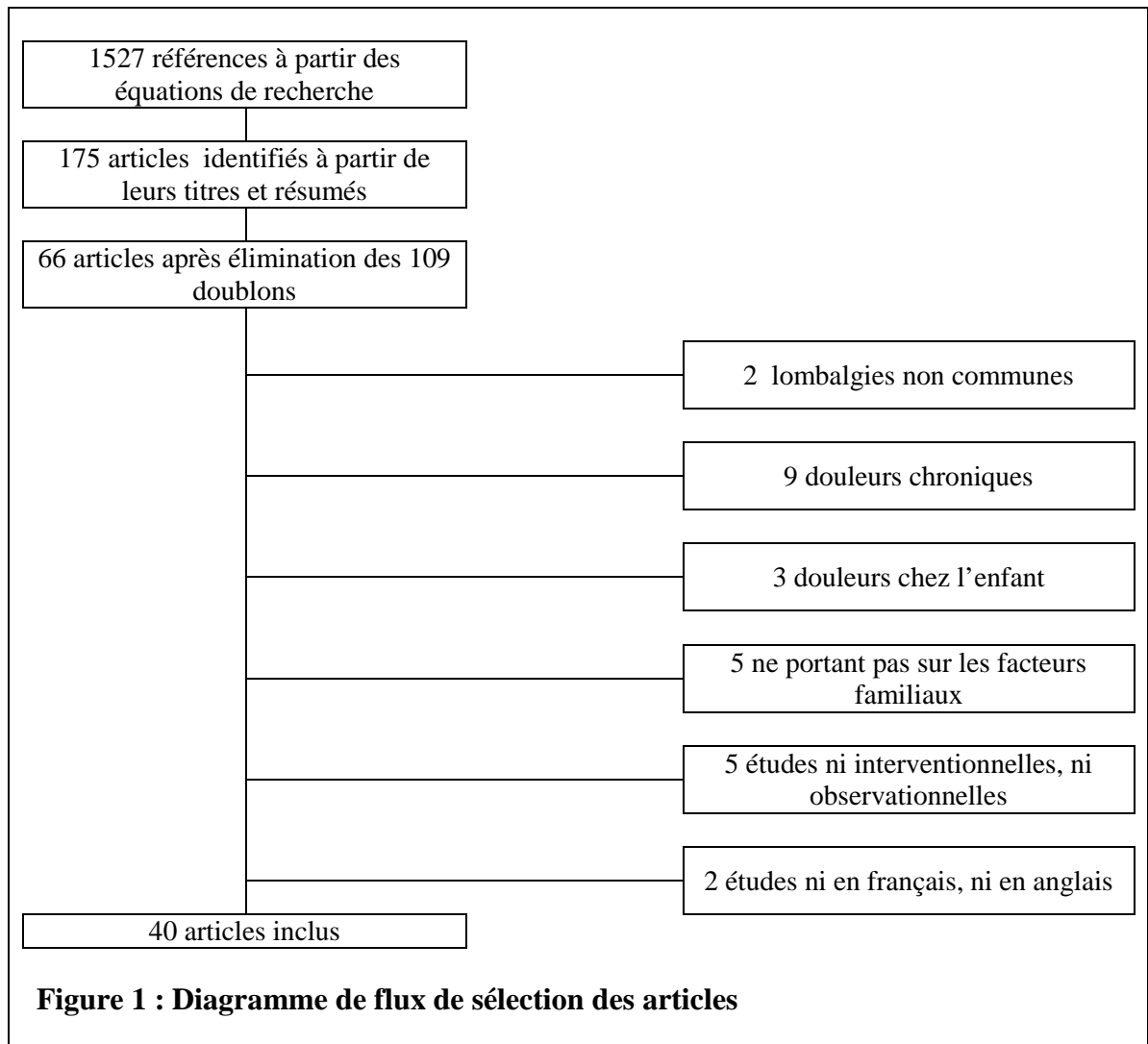
Les articles ont ensuite été analysés à l'aide d'une grille de lecture selon les critères suivants :

- Titre de revue
- Date de publication
- Pays de l'étude
- Thèmes
- Type d'étude
- Taille de l'échantillon de population sélectionné, groupes appariés
- Méthodes de mesure pour chaque variable
- Durée des lombalgies
- Description des biais
- Critère de jugement pour les études interventionnelles

RESULTATS

1527 références ont été trouvées dans les bases de données à partir des équations de recherche (1165 dans Medline, 211 dans Psycarticles, 151 dans CAIRN). 175 articles ont été identifiés à partir de leurs titres et abstracts (165 dans Medline, 9 dans PsycArticles et 1 dans CAIRN). 66 articles persistaient après élimination des 109 doublons.

Sur les 66 articles retenus, 2 traitaient de lombalgies non communes, 9 de douleurs chroniques en général, 3 de douleur lombaire dans l'enfance, 5 n'étaient pas spécifique de l'environnement familial, 5 n'étaient pas des études interventionnelles ou observationnelles et 2 n'étaient ni en français, ni en anglais. L'analyse a donc porté sur 40 textes.



1. Le Couple et la lombalgie chronique

17 articles concernaient la lombalgie chronique et le couple. La période de publication s'étalait sur 30 ans environ (1981-2012), limitant les possibilités de comparaison méthodologique entre les articles. Pour la plupart, les études étaient observationnelles, excepté 3 études interventionnelles (Saarijarvi en 1991(6), Lousberg en 1991(7) et Flor en 1995(8)). 9 études seulement étaient comparatives et une seule étude était randomisée (Saarijarvi en 1991(6)). (*cf. tableau I*)

La durée de la lombalgie était dans tous les articles, supérieure à 3 mois. Très souvent elle durait depuis plusieurs années. Les études de Bonomi(9), Wuest(10) et Vives-Cases(11), n'étaient pas renseignées.

Les outils d'évaluation utilisés dans ces études étaient multiples et variées. On retrouvait cependant un certain nombre d'entre eux dans plusieurs études :

- Le Sickness Impact Profile (SIP) qui évalue la qualité de vie des patients douloureux(12–15). Celui-ci, après quelques modifications, a été à l'origine du Rolland Morris Disability Questionnaire (RMDQ) qui évalue l'incapacité.
- Le Mc Gill Pain Questionnaire qui évalue les aspects sensoriels et affectifs de la douleur(12,16).
- Le Pain Self Efficacy Questionnaire (PSEQ) qui évalue l'adaptation du patient à sa douleur(17).
- Le Center Epidemiological Studies Depression Scale (CESD-S) qui évalue la dépression(10,12,16), tout comme le Brief Symptom Inventory (BSI) issu du SCL-90R(6,18,19), l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)(20), le Beck Depression Inventory (BDI)(14,15,17,21) ou le Mood and Anxiety Symptom Questionnaire (MASQ)(13).
- le Dyadic Adjustment Scale (DAS) qui évalue l'adaptation au sein du couple(6,12,14,17–20).
- le West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI) qui évalue l'impact de la douleur sur la vie des patients, la réponse des proches au comportement douloureux du patient et dans quelle mesure le patient participe aux tâches quotidiennes. Ce test n'est pas spécifique de la lombalgie(7,8,15,16,20,21).

1.1 Résultats détaillés des études

- Lousberg en 1992 : Etude épidémiologique, interventionnelle. L'objectif de l'étude était d'explorer expérimentalement la relation directe entre l'influence environnementale (la sollicitude de l'époux) et le comportement douloureux observable des patients lombalgiques chroniques.

42 patients lombalgiques chroniques ont été recrutés via une annonce dans un journal local, pour réaliser 2 épreuves de marche sur un tapis roulant, une sans le conjoint et l'autre en sa présence. Deux patients ont été exclus, l'une pour incapacité à faire le test et l'autre pour anomalie d'enregistrement des données. Les patients et conjoints remplissaient le WHYMPI (version patient et version adaptée au conjoint) afin de différencier 2 groupes d'étude : ceux avec un conjoint attentionné et ceux avec un conjoint non soucieux. L'intensité de la douleur pré et post test, le temps de marche et la fréquence cardiaque étaient également mesurés.

En se basant sur la version du WHYMPI remplie par le patient, deux groupes étaient formés : le groupe « patients avec un conjoint attentionné » pour ceux qui avaient un score supérieur à la médiane de 14 et le groupe « patients avec un conjoint non soucieux » pour ceux qui avaient un score inférieur à la médiane de 14). Les résultats de mesure de la douleur pendant les tests étaient les mêmes pour les deux groupes : augmentation de la douleur, diminution du temps de marche, intensité de l'effort physique plus basse en présence du conjoint. Les 2 groupes étaient appariés.

Si au contraire, on se basait sur les résultats de la WHYMPI des conjoints (même répartition pour les 2 groupes avec une médiane à 20), les patients du groupe « conjoint attentionné » rapportaient une augmentation plus importante de la douleur, une diminution du temps de marche et une diminution de l'intensité de l'effort physique en présence du conjoint, alors que dans le groupe « conjoint non soucieux », les effets opposés étaient constatés. Les 2 groupes étaient appariés.

Les biais de cette étude étaient un biais de recrutement avec un échantillon trop petit et un biais de mesure avec une faible fiabilité de la version conjoint du WHYMPI (coefficient alpha bas).

En conclusion, il convenait de noter que la fiabilité modérée de la version époux empêchait, pour l'instant, des conclusions définitives sur l'expression de la douleur.(7)

- Papas en 2001 : Etude épidémiologique, descriptive, transversale. L'objectif de cette étude était d'identifier tous les sous groupes correspondant au type de réponse du conjoint face à la douleur du patient et d'identifier les variables pertinentes dans les sous-groupes identifiés pour établir la validité de ces groupes.

774 patients en couple ont été recrutés dont 69% de lombalgiques chroniques pour répondre au Multidimensional Pain Inventory et au Beck Depression Inventory. Une analyse hiérarchique du groupe identifiait 3 sous groupes distincts: le groupe dont le conjoint a une attention positive (65% des patients), celui dont le conjoint a une attention négative (20% des patients) et celui où le conjoint est inattentif à la douleur (15% des patients). Les 3 groupes n'étaient pas appareillés.

Une analyse discriminante a été réalisée en utilisant tous les sous groupes du score MPI ; elle a fait apparaître 2 fonctions discriminantes significatives qui ont permis de classer 71,1% des participants. La variable « soutien » du MPI était la meilleure distinction entre les groupes attention positive et attention négative, alors que la variable « interférence » du MPI était la meilleure distinction entre les groupes attention négative et inattention. Les résultats suggéraient que les profils avaient une validité conceptuelle et clinique, avec les groupes « attention positive » et « attention négative » présentant la plus pauvre adaptation à la douleur. (21)

- Flor en 1995 : Etude épidémiologique, interventionnelle. L'objectif de cette étude était de tester 2 aspects de la douleur chronique dans une situation de laboratoire qui se rapproche le plus possible d'une situation de la vie réelle. Les patients douloureux chroniques et leurs conjoints étaient évalués durant un échange conflictuel et un échange neutre. De plus, 2 tests de résistance au froid ont été effectués sur les patients, un en présence des conjoints et l'autre sans.

La population étudiée était composée de 17 patients avec des douleurs rachidiennes chroniques et 15 personnes contrôles ainsi que leurs conjoints. Les deux groupes étaient

appareillés (âge, genre et éducation). Les patients et personnes contrôles ont répondu à des questionnaires sur la douleur (Pain Related Self Statements Scale) et sur leur relation maritale (WHYMPI et Terman Rating Scale). Ils ont été séparés en 2 groupes en fonction de l'attitude du conjoint qu'ils percevaient (soucieux de l'état du patient et de son bien être ou non) dans le WHYMPI.

Un haut niveau de sollicitude de la part du conjoint était relié à une forte perception de la douleur, lorsque le conjoint était présent au test, seulement pour les patients. Une réactivité musculaire lombaire était généralement élevée chez les patients lors de l'échange conflictuel. Lors des échanges, les conjoints des patients douloureux étaient plus à l'écoute de leur époux/ épouse que les conjoints des personnes témoins. Les patients avec un conjoint soucieux montraient moins d'expression verbale directe lors des échanges que ceux avec un conjoint peu soucieux.

On retrouvait dans cette étude un biais de recrutement, seuls les couples avec un conjoint motivé participaient à l'étude. De plus il existait également un biais de mesure : l'évaluation des variables physiologiques empêchait l'évaluation simultanée des comportements douloureux et de la réponse des époux ; les autoévaluations des patients pour la sollicitude du conjoint n'étaient pas corrélées avec des comportements réels. (8)

- Newton-John en 2006 : Etude épidémiologique, descriptive, transversale. Les objectifs de cette étude étaient : premièrement de déterminer si les réponses du conjoint au comportement douloureux du patient couvraient un répertoire plus large que celui de la littérature de la douleur chronique. La littérature identifiait trois types de réponse comportementale des conjoints aux comportements douloureux des patients: sollicitude (par exemple "essaie que je me repose"), de punition ou négative ("s'énervé contre moi") et de détournement ("essaie de m'impliquer dans une autre activité"). Le deuxième objectif était d'évaluer l'impact affectif/émotionnel de la réponse de l'époux/se sur le patient, afin de tester certaines hypothèses sur le lien entre l'attitude prévenante/attentionnée ou au contraire punitive et la douleur. Troisièmement, le fait de parler de la douleur du patient était étudié en relation avec la communication au sein du couple et la satisfaction maritale du patient et du conjoint.

95 couples comportant un patient douloureux avaient accepté de participer à l'étude dont 64% souffrant de lombalgie chronique. Les patients étaient issus d'un programme de gestion de la douleur chronique. 95 couples ont rempli les questionnaires et seulement 80 ont participé à l'entretien semi-structuré. Ils ont rempli plusieurs questionnaires : l'échelle numérique de la douleur, Beck Depression Inventory, Dyadic Adjustment scale, Pain Self-efficacy Questionnaire et une évaluation de la communication au sein du couple. Les résultats étaient analysés par des méthodes quantitatives et qualitatives.

Les déclarations des conjoints de patients souffrant de douleur chronique ont permis de constituer un répertoire beaucoup plus large de réponses à des comportements douloureux que ce qui avait été reconnu jusqu'alors. De nouvelles catégories de réponse comme «sollicitude hostile» et attitude d'observation simple ont été identifiées. La catégorie « observation simple » représentait une absence de réponse volontaire du conjoint envers le patient douloureux. Dans cette situation, après avoir été témoins du comportement douloureux du patient, leur réaction a été tout simplement d'observer et de surveiller la situation plutôt que d'agir immédiatement. « La sollicitude hostile » englobait la notion habituelle de sollicitude, dans la mesure où le conjoint était ouvertement tenté de soulager la douleur ou la détresse du patient, mais ici, le comportement était connoté d'une manière agressive ou irritée. Généralement les patients ont interprété les réponses de sollicitude (comme les massages ou la délivrance de médicament par le conjoint) moins favorablement que les réponses du conjoint qui ont encouragé le maintien des tâches quotidiennes. Les conjoints ont identifié moins de situations liées à la douleur que les conjointes, mais étaient plus susceptibles de déclarer répondre avec sollicitude aux comportements douloureux du patient. La satisfaction maritale était significativement plus élevée chez les patients qui parlaient plus souvent de leur douleur. La fréquence des conversations portant sur la douleur, perçue par le conjoint n'était pas liée à la satisfaction conjugale du partenaire. Il n'y avait pas de différences entre les sexes dans la satisfaction conjugale.

On retrouvait un biais de non réponse, sur 162 couples éligibles seulement 95 acceptèrent de participer à la première partie de l'étude. Les causes de refus étaient : les enfants, la distance, le coût du voyage, les engagements professionnels du conjoint, le désintéressement à l'étude. Seulement 80 couples participèrent à la deuxième partie de l'étude. Un couple refusa de répondre aux questions de l'entretien et 14 n'étaient pas disponibles à cause de contraintes de temps. L'échantillon était composé principalement

de personnes d'origine caucasienne, souffrant de lombalgies avec de longs antécédents de douleur et de dépression. La satisfaction conjugale était généralement élevée, tandis que la durée moyenne de la relation dépassait 20 ans. Les réponses étant basées sur des souvenirs, on retrouvait un biais de mémorisation. (17)

- Campbell en 2012 : Etude épidémiologique, descriptive, transversale. Les objectifs de l'étude étaient d'une part, d'étudier les associations des concepts de la qualité de la relation (cohésion, consensus et satisfaction) et la perception de la réponse du partenaire au comportement douloureux (sollicitude, réponse négative) avec les résultats de niveaux de douleur et d'invalidité des patients lombalgiques chroniques, et d'autre part d'explorer le rôle de l'humeur dépressive du patient sur ces associations.

Des questionnaires d'autoévaluation sur l'intensité de la douleur (évaluation numérique), l'incapacité (Roland Morris Disability Questionnaire), la qualité de la relation maritale (revised Dyadic Adjustment Scale) , la perception des réactions des partenaires à la douleur (West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory section 2) et les symptômes dépressifs (Hospital Anxiety and Depression Scale) ont été recueillies auprès de participants issus de soins primaires (N = 174) prenant part à une étude de cohorte sur la lombalgie. Une corrélation de Pearson a d'abord été utilisée pour évaluer l'association entre les variables de la relation (RDAS et MPI), la dépression (HADS) et le niveau de douleur et d'incapacité. Puis plusieurs modèles de régression linéaire ont été utilisés pour tester les associations des trois concepts de la relation selon le RDAS (consensus, cohésion et satisfaction) sur l'intensité de la douleur et l'incapacité.

Les participants rapportant plus de consensus dans leur relation (par exemple : une entente sur leur intimité sexuelle, leur niveau d'affection) avaient étonnamment une intensité douloureuse significativement plus élevée ($P = 0,03$), et les réponses de sollicitude du partenaire ($P = 0,04$) étaient associées positivement avec le niveau d'incapacité de manière significative. Cependant les résultats sur l'intensité de la douleur étaient seulement présents chez ceux qui avaient un haut niveau de dépression, alors que l'association des réponses de sollicitude avec l'incapacité était seulement significative chez les patients avec des niveaux inférieurs de dépression.

On retrouvait un biais d'échantillonnage avec des patients qui rapportaient moins de symptômes dépressifs, moins d'incapacité et un plus grand nombre de femmes par rapport au groupe original. Il y avait également un biais de non réponse avec certaines questions sur l'intimité qui avaient engendré peu de réponses.

En conclusion, les variables de la qualité de la relation de couple étaient associées au niveau de douleur et d'incapacité des patients, mais ceci apparaissait être dépendant du niveau de dépression du patient. De manière similaire, certaines associations entre les réponses déclarées des partenaires étaient dépendantes de la construction de la qualité relationnelle, mais apparaissaient encore liées au niveau de dépression des patients. (20)

- Waxman en 2008 : Etude, épidémiologique, descriptive, transversale. L'objectif de l'étude était de déterminer quelles variables psychosociales servaient d'intermédiaire dans la relation entre la douleur du patient lombalgique chronique et sa satisfaction conjugale et à quel degré ces variables comptaient dans cette relation.

54 patients lombalgiques chroniques (24 hommes et 30 femmes) mariés ou vivant en couple étaient issus d'une clinique de la douleur chronique ou avaient répondu à une annonce ou à une sollicitation médicale. Les questionnaires ont été envoyés par courrier, remplis à domicile seulement par les patients. Ces questionnaires regroupaient : Multidimensional Pain Inventory, la version courte du Mc Gill Pain Questionnaire, Center for Epidemiological Studies Depression Scale, Pain Catastrophizing Scale comprenant 3 scores séparés sur la rumination, l'amplification et l'impuissance liée à la douleur, Tampa Scale of Kinesiophobia évaluant la peur de la douleur et Dyadic Adjustment Scale.

Les résultats montraient que les réponses négatives du partenaire et la dépression servaient d'intermédiaire entre la douleur et la satisfaction conjugale, avec les réponses négatives des conjoints émergeant comme le plus important médiateur. Les résultats présents étaient conformes au modèle biopsychosocial de la douleur chronique (ce modèle souligne l'interaction de facteurs biologiques et psychosociaux dans le développement, l'expression et l'entretien de la douleur) et suggéraient que les interactions interpersonnelles négatives chez les patients lombalgiques chroniques pouvaient être d'une importance capitale si l'on considérait l'intervention psychosociale.

On retrouvait un biais de recrutement car basé sur l'auto-sélection ; il était donc possible que les personnes qui avaient choisi de ne pas participer supportaient une plus grande douleur, une plus grande dépression et une tension relationnelle plus importante. Il y avait également des biais de mesure du fait de l'autoévaluation des questionnaires. L'évaluation objective des modes d'interaction entre les participants et leurs partenaires n'avait pas été faite et il n'avait pas été demandé aux conjoints de donner leurs opinions sur leurs propres comportements ou croyances, ce qui limite la possibilité de généraliser les résultats. De plus, il n'y avait aucune garantie sur le fait que les questionnaires avaient effectivement été remplis par chaque personne. (16)

- Romano en 1989 : Etude épidémiologique, descriptive, transversale. L'objectif de cette étude était d'explorer les différences de genre dans la relation de couple d'un patient lombalgique chronique. Ils se basaient sur l'évaluation de l'adaptation émotionnelle et conjugale du conjoint vu par le patient et le conjoint lui-même. Plus précisément, l'étude abordait les questions suivantes : l'adaptation du conjoint par rapport au fonctionnement du patient était-elle similaire pour les époux et les épouses de patients douloureux chroniques ? Les patients et conjoints différaient-ils dans leur niveau d'adaptation maritale et émotionnelle ? De telles différences étaient-elles liées au sexe du patient ou de son conjoint ?

83 patients lombalgiques chroniques (41 hommes, 42 femmes) étaient sélectionnés ainsi que leurs conjoints. Ils étaient issus d'une étude sur le traitement des lombalgies ou avaient répondu à une annonce publicitaire. Les patients et leurs conjoints ont rempli plusieurs questionnaires : le Sickness Impact Profile (autoévaluation classant les dysfonctions liées à la maladie), Pain Behaviours Checklist (évaluant les comportements douloureux), Dyadic Adjustment Scale (évaluant la satisfaction conjugale), Center for Epidemiological Studies-Depression Scale, Mc Gill Pain Questionnaire (évaluant la sévérité de la douleur).

Les résultats suivants caractérisaient les couples des patients masculins et non celui des patientes. Les épouses rapportaient significativement un score moins élevé de satisfaction conjugale que les patients. Un plus faible score de satisfaction conjugale de l'épouse était lié à un score plus élevé de dépression du patient. Un score plus grand de dépression de l'épouse était lié avec un résultat plus grand de dépression et plus faible de satisfaction

conjugale du patient. Dans les couples où la femme était la patiente, les époux rapportaient significativement moins de dépression que les patientes. Des liens significatifs étaient plus fréquemment observés entre les évaluations des conjoints à propos des dysfonctions du patient, la dépression du conjoint et la satisfaction conjugale du conjoint dans les couples où l'homme était le patient.

En conclusion, les résultats suggéraient une plus forte relation pour les épouses que pour les époux entre la perception qu'avait l'épouse de la gêne du patient et l'adaptation émotionnelle et conjugale de l'épouse. (12)

- Geisser en 2005 : Etude épidémiologique, descriptive, transversale. L'objectif de l'étude était d'étudier les facteurs liés à l'humeur et la satisfaction conjugale de conjoints de patients douloureux chroniques.

110 couples dont un des partenaires avait des douleurs du dos chroniques ont été recrutés. Les patients et leurs conjoints ont rempli séparément : Marital Adjustment Test, Mood and Anxiety Symptom questionnaire, Multidimensional Pain Inventory et Sickness Impact Profile.

Les résultats montraient que les évaluations sur l'invalidité perçue par le conjoint, (plutôt que la divergence entre les évaluations des époux et des patients), ont été les plus fortement associées avec l'insatisfaction conjugale et la détresse affective du conjoint. Les facteurs prédictifs de la satisfaction conjugale et de la détresse du conjoint ont été examinés à l'aide de régressions multiples simultanées. Les évaluations des conjoints montrant une plus grande incapacité physique du patient étaient significativement corrélées à une plus grande détresse affective des conjoints. Les évaluations de conjoints rapportant un niveau d'incapacité psychosociale supérieur du patient, une satisfaction conjugale du conjoint plus basse, et le fait d'être un patient masculin ont été plus légèrement reliées à une détresse affective du conjoint plus élevée. L'insatisfaction conjugale du conjoint était significativement associée avec les évaluations des patients sur une plus grande incapacité psychosociale et une douleur plus faible. Les évaluations sur le handicap psychosocial du patient et la détresse affective des conjoints ont également été légèrement liées à la satisfaction conjugale du conjoint.

Il existait un biais de mesure puisqu' une auto-évaluation avait été utilisée pour définir la détresse psychologique, et l'examen par un tiers de la fréquence des états psychopathologiques n'avait pu être fait ; l'évaluation de la gravité de la détresse psychologique s'était avérée difficile.

Ces résultats soulignent l'importance de l'invalidité des patients, en particulier les limitations des possibilités fonctionnelles telles qu'elles sont perçues par le conjoint, sur l'adaptation du conjoint.(13)

- Schwartz en 1991 : Etude épidémiologique, descriptive, transversale. L'objectif était d'examiner la contribution de cinq dimensions importantes proposées dans la littérature pour expliquer les symptômes dépressifs des conjoints de patients douloureux chroniques. Spécifiquement ces dimensions étaient : l'expérience douloureuse du patient (l'intensité, le niveau d'invalidité, la durée), la détresse émotionnelle du patient (les symptômes dépressifs et la colère), la relation conjugale (la satisfaction conjugale du patient et du conjoint), le « modèle » cognitif du conjoint (les déformations cognitives) et les ressources externes du conjoint (les supports sociaux, les ressources économiques, le statut professionnel du patient).

29 patients hommes, lombalgiques chroniques issus d'une étude plus large sur les facteurs psychosociaux et leurs épouses ont été recrutés. Les symptômes dépressifs de l'épouse ont été mesurés par le Beck Depression Inventory. L'expérience douloureuse du patient a été mesurée par la durée en mois de la douleur, une échelle numérique analogique de la douleur et par le Sickness Impact Profile. La détresse émotionnelle du patient a été mesurée par le Beck Depression Inventory et le Profile of Mood States, ce dernier évaluait l'hostilité et la colère du patient. La relation conjugale était évaluée par le Dyadic Adjustment Scale. Les ressources internes des épouses qui étaient définies comme la tendance qu'avaient les conjoints à interpréter des événements de vie, ont été mesurées par le Cognitive Errors Questionnaire. Les ressources externes qui pouvaient affecter la capacité à s'adapter au stress d'être marié à quelqu'un souffrant de douleurs chroniques, ont été mesurées par le Social Support Questionnaire. Les patients et leurs épouses ont rempli les questionnaires dans des pièces séparées.

Les résultats montraient que 28% des épouses de l'échantillon rapportaient de manière significative un état dépressif. Une analyse à 2 niveaux de régression a été employée pour

révéler 3 facteurs prédictifs significatifs de l'état dépressif de l'épouse, à savoir : l'intensité moyenne de la douleur du patient, les résultats du patient sur son niveau de colère et d'hostilité et le niveau de satisfaction conjugale du conjoint. (14)

- Schwartz en 1996 : Etude épidémiologique, descriptive, transversale. L'objectif était d'évaluer les relations entre le comportement douloureux du patient en réponse aux conflits conjugaux, les sentiments et comportements des conjoints face à la douleur des patients et la relation de ces variables avec l'adaptation à la douleur des patients. Les patients répondaient-ils aux conflits conjugaux plus souvent en augmentant leurs comportements douloureux qu'avec des réponses typiques aux conflits ? Comment le style de réponse du patient était-il relié à l'adaptation du conjoint ? Les conjoints qui avaient un sentiment négatif à propos de la douleur des patients répondaient-ils aux expressions douloureuses des patients de manière plus punitive ? Comment les réponses du conjoint par rapport aux comportements douloureux du patient pouvaient être reliées au fonctionnement du patient ?

61 patients hommes avec des rachialgies chroniques et leurs épouses étaient interrogés. Ils devaient remplir : Response to Conflict Scale qui évaluait la perception du partenaire sur ses propres réponses ou celles mal adaptées du conjoint à une situation typique de conflit conjugal, Multidimensional Pain Inventory, Significant others Pain Questionnaire qui était la version conjoint du MPI, Echelle numérique de la douleur, Sickness Impact Profile et Beck Depression Inventory.

Les résultats montraient que le conflit conjugal dans les couples avec un conjoint lombalgique chronique était associé avec des augmentations d'affichage de comportements douloureux qui, à leur tour, étaient associés à des réponses affectives négatives plus grandes et des comportements plus punitifs de la part de l'épouse. Une association était trouvée entre les comportements punitifs des épouses et les troubles physiques et psychosociaux des patients.

On retrouvait des biais de mesures avec des données basées sur des auto-évaluations, deux questionnaires différents ont été employés pour obtenir les données sur la réponse des épouses. Il y avait également un biais de recrutement avec seulement des patients masculins. (15)

- Sjogren en 1981 : Etude épidémiologique, descriptive, transversale qui posait plusieurs questions : quelle était la prévalence des dysfonctions sexuelles avant et après le début de l'invalidité liée aux douleurs du rachis ? Les dysfonctions sexuelles étaient-elles reconnues par le patient avant l'invalidité ? Dans quelles mesures la routine et les habitudes coïtales changeaient du fait des rachialgies invalidantes ?

60 patients lombalgiques chroniques, 35 hommes et 25 femmes, étaient interrogés lors d'entretiens structurés de 30 minutes. Le même observateur avait effectué tous les entretiens.

Les résultats montraient que, avant le début des douleurs, le dysfonctionnement orgasmique était commun chez 60% des femmes et s'accompagnait d'un niveau relativement plus faible de frustration sexuelle que les hommes. Le dysfonctionnement sexuel était substantiellement moins caractéristique chez les hommes. Avec les rachialgies, le dysfonctionnement sexuel s'était accru pour les deux sexes. La fréquence des coïts était réduite chez la moitié des sujets et environ 50% avaient aussi modifié les positions coïtales. La fatigue et la douleur étaient communes et le plaisir sexuel était diminué chez la plupart des sujets. Chez beaucoup de femmes, les rachialgies pouvaient servir à légaliser le dysfonctionnement sexuel précédemment latent. Toutefois, chez les hommes comme chez les femmes, les rachialgies provoquaient l'inadaptation sexuelle.

(22)

- Saarijarvi en 1990 : Etude épidémiologique, descriptive, transversale. L'objectif était d'expliquer comment le patient lombalgique chronique, qui consultait en soins primaires, et son conjoint étaient satisfaits de leur relation de couple. Quel niveau de douleur avaient-ils ? Le but était de comparer le patient et son conjoint.

Les patients avaient été sélectionnés par leurs médecins généralistes pour participer à une autre étude. 63 couples ont été retenus (31 patients et 32 patientes) pour celle-ci. Les patients et leurs conjoints avaient répondu à plusieurs questionnaires : Dyadic Adjustment Scale et Marital Communication Inventory pour la satisfaction conjugale, Brief Symptom Inventory pour la détresse psychologique, Attitude Scale pour évaluer les pensées,

croyances et attitudes face à la douleur et Standardized Nordic Questionnaire pour analyser les symptômes musculo-squelettiques.

Les résultats montraient que les patients lombalgiques somatisaient significativement plus que leurs conjoints alors que d'autres scores de détresse psychologiques ne révélaient statistiquement pas de différence dans le couple. Les patients hommes éprouvaient significativement plus de culpabilité à avoir mal que les conjoints. Les patients avaient plus de contrôle interne à la douleur, alors que leurs conjoints développaient plus de qualités de contrôle externe de la douleur. Les épouses avaient significativement plus de douleurs musculo-squelettiques dans le cou et les épaules la semaine précédant le test que les époux. La prévalence des douleurs musculo-squelettiques des patients ne différait pas entre les 2 sexes.

On retrouvait un biais de recrutement avec des couples qui avaient un niveau de satisfaction conjugale élevée. (18)

- Saarijarvi en 1991 : Etude épidémiologique, interventionnelle, longitudinale. L'objectif de l'étude était d'étudier l'efficacité d'une thérapie de couple structurée, limitée dans le temps, dans la prise en charge de patients lombalgiques chroniques issus des soins primaires.

63 couples dont un des deux était lombalgique chronique acceptèrent de participer à l'étude. Les couples ont été randomisés, 33 couples étant assignés à la thérapie conjugale et 30 couples dans le groupe contrôle. La thérapie de couple consistait en 5 rencontres mensuelles menées par 2 thérapeutes. 4 couples stoppèrent l'étude après la première session. Les analyses finales ont donc porté sur 29 couples en thérapie. Les deux groupes étaient appariés sur la durée de la douleur, l'âge et le genre des patients. Le suivi post thérapie s'est effectué sur 12 mois. Les patients et leurs conjoints ont rempli des questionnaires avant et après la thérapie. Il y avait : le Dyadic Adjustment Scale, le Marital Communication Inventory, le Brief Symptom Inventory (une version courte du SCL-90-R), l'Attitude Scale qui couvrait les opinions, les croyances et attitudes concernant la santé et la douleur et d'autres items (la croyance en l'avenir, la punition et la culpabilité, confiance dans les professionnels de santé, la satisfaction à propos des informations sur le patient).

Les résultats montraient que la communication au sein du couple s'améliorait chez les patients du groupe thérapie alors qu'elle s'aggravait chez les patients du groupe contrôle. La détresse psychologique diminuait chez les patients hommes du groupe thérapie alors qu'elle augmentait chez ceux du groupe contrôle. Cependant, en raison d'un haut niveau de détresse psychologique initiale chez les patients hommes du groupe thérapie, aucune conclusion solide de l'effet de la thérapie n'a pu être faite. Aucune différence dans les mesures n'avait été retrouvée chez les conjoints. Le critère de jugement était ici le bien être du patient.

On retrouvait comme biais, des biais de recrutement, avec des couples qui devaient avoir une satisfaction conjugale plus grande pour participer à l'étude par rapport à ceux qui ont refusé. De plus on mettait en évidence dans le groupe thérapie une détresse psychologique plus importante chez les patients hommes que dans le groupe témoin avant le début de la thérapie. (6)

- Saarijarvi en 1992 (date de publication) : Etude épidémiologique, descriptive, longitudinale. Cette étude reprenait l'étude précédente et son objectif était d'évaluer à 5 ans les effets à long terme de la thérapie conjugale sur le comportement de patients lombalgiques chroniques.

Les patients étaient donc issus de l'étude de Saarijarvi présentée en 1991. Elle incluait au final 56 patients, 28 dans chaque groupe (thérapie/ contrôle). Les patients ont rempli : le Brief symptom Inventory, le Dyadic Adjustment Scale, le Marital Communication Inventory, le Health Locus on Control Inventory, qui décrivait les croyances sur les contrôles externes, internes et la chance). Ils ont subi également des mesures d'intensité de la douleur et d'invalidité.

Les résultats montraient qu'à 5 ans de la thérapie, la détresse psychologique était toujours en diminution dans le groupe thérapie alors qu'elle augmentait dans le groupe témoin. La différence entre les 2 groupes était significative. Aucune différence n'avait été retrouvée dans les autres résultats. Ils conclurent que la thérapie de couple avait un effet prolongé sur le bien être mental des patients lombalgiques.

Cependant il y avait un biais de comportement, la situation maritale de certains patients dans chaque groupe avait changé (divorcé, remarié ou veuf). La communication au sein du couple, la satisfaction conjugale pour ces patients là ne pouvait être comparée. (19)

- Wuest en 2008 : Etude épidémiologique, descriptive, transversale. Les objectifs étaient de mesurer le niveau de gravité de la douleur chronique chez les femmes victimes de leur mari, tel que mesuré par le Chronic Pain Grade, d'illustrer la variétés des sites, la fréquence et les interférences de la douleur rapportée comme problème dans le mois passé en fonction de la gravité de la douleur, de décrire la relation entre la sévérité de la douleur chronique comme indiqué par les catégories d'incapacité (haut/bas) avec l'histoire des femmes abusées, certains indicateurs de santé, services de santé utilisés et certaines variables démographiques. Enfin il fallait documenter le schéma d'utilisation des médicaments lors de la douleur.

L'étude a regroupé 292 femmes adultes, séparées de leur mari depuis plus de 3 mois mais moins de 3 ans. Elles ont rempli le Chronic Pain Grade Scale (CPGS), le Partner Abuse Symptom Scale, l'Index of Spouse Abuse, le Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale, le Davidson Trauma Scale (syndrome post traumatique) et fait un compte de leur usage médicamenteux.

Sur ces 292 femmes, 187 déclaraient avoir des problèmes de douleurs rachidiennes, soit plus de la moitié. Les femmes avec un haut score d'incapacité au CPGS (soit 35% des femmes interrogées) rapportaient plus d'abus sévères de la part de leur mari. Une forte incapacité au CPGS était associée avec une histoire d'abus dans l'enfance et une histoire de viol à l'âge adulte autre que par leur mari. Les symptômes de dépression, de stress post traumatique, les tentatives de suicide étaient pour chacun d'eux associés à un haut niveau d'incapacité au CPGS.

On retrouvait un biais de mémorisation, car l'étude était basée sur des mesures rétrospectives. De plus, par cette étude transversale, un lien de causalité n'a pu être établi. (10)

- Bonomi en 2009 : Etude épidémiologique, descriptive, transversale. L'objectif de cette étude était de caractériser le risque relatif d'un large éventail de diagnostics associés chez les femmes ayant des antécédents de violence conjugale comparativement aux femmes n'ayant jamais été maltraitées.

L'échantillon comprenait 3568 femmes anglophones qui ont été choisies au hasard à partir d'un grand plan de santé américain et qui ont accepté de participer à un sondage téléphonique pour évaluer les antécédents de violence conjugale dans l'année écoulée en utilisant des questions du Système de surveillance des facteurs de risque comportementaux (violence physique, sexuelle et psychologique) et la Women's Experience with Battering Scale. Les diagnostics médicaux et psychosociaux de l'année écoulée ont été déterminés à partir des données automatisées recueillies dans leurs dossiers de régimes de santé. Le risque relatif de recevoir des diagnostics pour les femmes ayant des antécédents IPV dans l'année écoulée a été estimé par rapport aux femmes sans antécédents IPV.

Dans les modèles ajustés selon l'âge, par rapport aux femmes n'ayant jamais été victimes de violence, les femmes victimes de violence ont constamment augmenté de façon significative les risques relatifs de ces troubles: psychosociaux /santé mentale (consommation de drogues, 5,89; problèmes familiaux et sociaux, 4,96; dépression, 3,26; anxiété / névroses, 2,73; l'usage du tabac, 2.31); maladies musculo-squelettiques (articulaire dégénérative, 1,71; lombalgies, 1,61; troubles articulaires liés à un traumatisme, 1,59; douleurs cervicales, 1,54; entorses aiguës et les foulures, 1,35), et les troubles de la reproduction (menstruel de la femme, 1,84; vaginite / vulvite / cervicite, 1,56). Les femmes violentées ont un risque plus de 3 fois plus élevé d'être diagnostiquées avec une maladie sexuellement transmissible (3.15) et un risque accru de 2 fois de lacérations (2.17) ainsi que le risque accru d'infection aiguë des voies respiratoires (1,33), le reflux gastro-œsophagien maladie (1,76), les douleurs thoraciques (1,53), douleurs abdominales (1,48), les infections des voies urinaires (1,79), maux de tête (1,57), et les contusions / abrasions (1,72).

On retrouvait un biais d'échantillonnage car les femmes devaient être assurées pendant au moins 3 ans au cours d'une période de 10 ans pour satisfaire un autre volet de l'étude. Les femmes qui n'étaient pas systématiquement assurées connaissaient des taux plus élevés de violence conjugale et pouvaient avoir une santé plus compromise ; ceci incitait à une

interprétation prudente des résultats. Les femmes dans l'échantillon étaient plus âgées, avaient des niveaux de revenus plus élevés, et ont été plus éduquées par rapport à toutes les femmes aux États-Unis. Le petit nombre de femmes de l'échantillon ayant des antécédents de violence conjugale durant l'année écoulée et la faible prévalence de la plupart des diagnostics, ne permettait pas d'ajuster des caractéristiques supplémentaires (par exemple, le niveau d'éducation des femmes) dans ce modèle multi variée. (9)

- Vives-Cases en 2011 : Etude épidémiologique, descriptive, transversale. Les objectifs étaient : d'analyser la prévalence des différentes formes de violence contre les femmes (physiques, sexuelles et psychologiques) perpétrées par des hommes à la maison, au travail et dans d'autres milieux sociaux en Espagne et d'analyser si la violence conjugale et d'autres formes de violence contre les femmes ont un impact négatif différent ou similaire sur la santé des femmes.

Cette étude a été basée sur les données de l'Enquête nationale espagnole de la Santé 2006, qui a été recueillie lors d'entretiens à la maison. Cette étude a porté sur les 13094 femmes qui ont déclaré être prêtes à répondre aux questions relatives à l'agression (87,2% des femmes interrogées). Statistiquement, aucune différence n'a été observée entre le profil socio-démographique des femmes qui ont répondu oui et celui des femmes qui ont répondu non à la question sur l'agression. Huit variables dépendantes étaient considérées, cinq liées à l'état de santé physique (HTA, pathologie coronarienne, lombalgies chroniques, cervicalgies chroniques et céphalées chroniques), deux liées à la santé mentale et une pour une autoévaluation de la santé.

La probabilité de maladie coronarienne [OR: 5,28 (1,45 à 19,25)], cervicalgie chronique [OR: 2,01 (1,35 à 2,97)] et la douleur dorsale [OR: 2,34 (1,53-3,57)] était plus élevée chez les femmes ayant signalé des violences conjugales. Des associations similaires ont été trouvées dans le cas des femmes touchées par d'autres formes de violence. Des problèmes de santé mentale, à l'exception de la consommation de psychotropes, ont été plus fréquents et plus fortement associés avec la violence conjugale que d'autres formes de violence faite aux femmes.

On retrouvait un biais d'information dû à l'entretien en face-à-face. Les femmes déclaraient moins facilement les problèmes de violence. (11)

Tableau I : Le couple et les lombalgies 1 / 2

Auteur	Pays d'origine	Revue	Date de publication	Thème	Type d'étude	Etude qualitative ou quantitative	Echantillon	Questionnaires utilisés	Durée moyenne de la lombalgie	Critère de jugement	Description des biais
LOUSBERG	Pays-Bas	Pain	1992	Expression de la douleur et présence du conjoint	Interventionnelle Comparative	Quantitative	40 couples	-WHYMPI -VAS - Back Pain Intensity	6 mois	Comportement douloureux du patient	Recrutement, Mesure
PAPAS	USA	The Journal of Pain	2001	Typologie des réactions du conjoint (attention)	Observationnelle Transversale Comparative	Quantitative	774 patients dont 69% de lombalgiques	-WHYMPI -BDI	>3mois	NA	Non décrits
FLOR	Allemagne	Behaviour Therapy	1995	Effets de l'attitude du conjoint	Interventionnelle Comparative	Quantitative	32 couples	-WHYMPI - Pain-Related-Self Statement Scale -Terman Rating Scale -Kategoriensystem für Partnerschaftliche Interaktion	127 mois	Comportement douloureux du patient	Recrutement, Mesure
NEWTON-JOHN	Australie, Royaume-Uni	Pain	2006	Typologie des réactions du conjoint, interrelation malade-conjoint	Observationnelle Transversale	Quantitative et Qualitative	80 couples dont 64% de lombalgiques	-BDI -DAS -Pain Self Efficacy Questionnaire -Pain Intensity	113 mois	NA	Recrutement, Non Réponse
CAMPBELL	Royaume-Uni	Pain Medicine	2012	Qualité de la relation, réponse du partenaire au comportement douloureux, au niveau de douleur et d'incapacité et niveau de dépression du patient	Observationnelle Transversale	Quantitative	174 patients	-RMDQ -HADS - revised DAS - WHYMPI	120 mois	NA	Non décrits
WAXMAN	Canada	The Journal of Pain	2008	Place des interactions personnelles	Observationnelle transversale	Quantitative	54 patients	-WHYMPI - Mc Gill Pain Questionnaire -CESD-S -Pain Catastrophizing Scale	Entre 12 et 492 mois	NA	Recrutement, Mesure
ROMANO	USA	Pain	1989	Relation de couple d'un lombalgique : différence de genre	Observationnelle Transversale Comparative	Quantitative	83 couples	-SIP - Pain Behaviour Checklist -DAS -CESD-S - McGill Pain Questionnaire -EVA	76 mois	NA	Non décrits
GEISSER	USA	The Journal of Pain	2005	Perception de l'invalidité du lombalgique et adaptation du conjoint	Observationnelle Transversale	Quantitative	110 couples	-Marital Adjustment Test -Mood and Anxiety Symptom Questionnaire -MPI -SIP	72 mois	NA	Mesure

Tableau I : Le couple et les lombalgies 2 / 2

Auteur	Pays d'origine	Revue	Date de publication	Thème	Type d'étude	Etude qualitative ou quantitative	Echantillon	Questionnaires utilisés	Durée moyenne de la lombalgie	Critère de jugement	Description des biais
SCHWARTZ	USA	Pain	1991	Dimensions de l'état dépressif du conjoint de patients lombalgiques	Observationnelle Transversale	Quantitative	29 couples	-BDI -SIP -Echelle numérique -Profile of Mood State -DAS -Cognitive Errors Questionnaire -Social Support Questionnaire	6 mois	NA	Non décrits
SCHWARTZ	USA	Pain	1996	Inter relation dans le conflit conjugal du patient lombalgique	Observationnelle Transversale	Quantitative	61 couples	-Response to Conflict scale -WHYMPI -SIP -BDI	>6mois	NA	Recrutement Mesure
SJOGREN	Suède	Internal Rehabilitation Medicine	1981	Activité sexuelle et rachialgies	Observationnelle Transversale	Quantitative	60 patients	-Entretien structuré	>6mois	NA	Non décrits
SAARIJARVI	Finlande	Journal of Psychosomatic Research	1990	Satisfaction de la relation de couple de patient lombalgique	Observationnelle Transversale Comparative	Quantitative	63 couples	-DAS -MCI -BSI -Attitude scale -Standardized Nordic questionnaire	>10 mois	NA	Recrutement
SAARIJARVI	Finlande	Journal of Psychosomatic Research	1991	Thérapie de couple de patients lombalgiques	Interventionnelle Longitudinale Comparative	Quantitative	63 couples	-DAS -MCI -BSI -Attitude scale -Standardized Nordic questionnaire	>12mois	Le bien être du patient	Recrutement
SAARIJARVI	Finlande	Journal of Psychosomatic Research	1992	Effet à 5 ans de la thérapie de couple	Observationnelle Longitudinale Comparative	Quantitative	56 couples	-DAS -MCI -BSI - Health Locus on Control Inventory	>12mois	Le bien être du patient	Classement (comportement)
WUEST	Canada	The Journal of Pain	2008	Douleur et violences conjugales ou abus dans l'enfance	Observationnelle Transversale	Quantitative	292 femmes	-Chronic Pain Grade, Partner Abuse Symptom Scale -Index of Spouse Abuse -CESD-S -Davidson Trauma Scale	NC	NA	Mémorisation
BONOMI	USA	Archives Internal Medicine	2009	Co-morbidité et violence conjugale	Observationnelle Transversale Comparative	Quantitative	3568 femmes	-ACG software -Women's Experience with Bettering Scale	NC	NA	Recrutement
VIVES-CASES	Espagne	Journal of Public Health	2011	Violence conjugale et effets sur la santé	Observationnelle Transversale Comparative	Quantitative	13094 femmes	-General Health questionnaire et questions directes	NC	NA	Information

2. L'enfance et la lombalgie chronique.

12 études concernaient la lombalgie chronique et les facteurs psychosociaux de l'enfance. La période de publication s'étalait de 1993 à 2008. 10 études étaient comparatives. Toutes les études étaient observationnelles. 4 études étaient prospectives (Linton en 2002 (23), Kopec(24), Mustard(25) et Hestbaeck(26)). La durée des lombalgies était supérieure à 3 mois, sauf pour Hestbaeck(26) et Mustard(25). Les outils de mesures utilisés n'étaient pas comparables d'une étude à l'autre, sauf les études de Schofferman (27) et de Nickel en 2002 (28). (cf : *tableau II*)

2.1 Résultats détaillés des études

- Schofferman en 1993 : Etude épidémiologique, descriptive, transversale. L'objectif était d'examiner la corrélation entre les traumatismes psychologiques de l'enfance et les douleurs de dos réfractaires chez des patients ayant ou non subi une chirurgie. Le but était de déterminer la prévalence des traumatismes psychologiques de l'enfance dans les 2 groupes de patients lombalgiques chroniques issus de la population américaine (le premier groupe avec des patients lombalgiques chroniques non soulagés par la chirurgie et le deuxième groupe avec des patients lombalgiques chroniques sans prise en charge chirurgicale).

101 patients ont été répartis dans les 2 groupes. Lors d'un entretien semi-structuré conduit par un psychiatre, celui-ci déterminait si chaque facteur de risque psychologique (abus physique, abus sexuel, abus ou négligence émotionnels, abandon, dépendance chimique du tuteur) était présent ou non durant l'enfance (la période étudiée pour les facteurs de risques allait jusqu'à l'âge de 21 ans). Il y avait 56 patients dans le groupe chirurgie, 28 hommes et 28 femmes, avec un âge moyen de 43 ans et une durée moyenne de la douleur de 45 mois. Il y avait 45 patients dans le groupe sans chirurgie, 26 hommes et 19 femmes, avec un âge moyen de 43 ans et une durée moyenne de la douleur de 33 mois.

Dans le groupe chirurgie, 27 patients (48%) avaient 3 facteurs de risque ou plus et 39 patients (70%) en avaient 2 ou plus. Lorsque l'on ne considérait pas les 12 patients avec des lombalgies significatives sur un plan organique, 24 des 44 patients restant (55%) avaient 3 facteurs de risque ou plus. Dans le groupe sans chirurgie, 26 patients (58%) avaient 3 facteurs de risques ou plus et 38 patients (84%) en avaient 2 ou plus. Lorsque

l'on écartait les 5 patients avec une pathologie lombaire organique, 24 patients (60%) avaient 3 facteurs de risque ou plus. De multiples traumatismes psychologiques dans l'enfance pouvaient prédisposer une personne à la lombalgie chronique. Dans cette étude, les patients lombalgiques chroniques avec ou sans chirurgie, avaient 3 facteurs de risques psychologiques ou plus, surtout chez les patients avec une pathologie organique pauvre.

Il existait des biais de recrutement : seul l'avis propre des patients sur la réussite ou non de leur prise en charge chirurgicale ou médicale était pris en compte dans leur sélection. Il n'y avait pas de groupe contrôle en population générale. Le pourcentage d'individus dans la population générale avec 3 facteurs ou plus n'était pas connu. Enfin les groupes étaient trop petits pour avoir des différences significatives. (27)

- Nickel en 2002 : Etude épidémiologique, descriptive, transversale. L'objectif était de reprendre les critères de l'étude de Schofferman en 1993 pour réaliser une étude cas-témoin dans la population allemande afin de démontrer si les patients avec des lombalgies chroniques avaient une fréquence plus élevée de facteurs de risque dans l'enfance.

109 patients lombalgiques chroniques issu d'un service d'orthopédie, traités pour des lombalgies chroniques et 109 patients témoins (sans douleur) ont été sélectionnés. Les 2 groupes étaient appariés en âge, en genre, et pour la classe sociale (diplômes, niveau d'éducation, professions et statut marital). Les sujets étaient interrogés par un même examinateur lors d'un entretien biographique structuré. Celui-ci ne connaissait pas le statut de la personne en face de lui. Les sujets confirmaient la présence ou non des facteurs de risque dans l'enfance mis en place par Schofferman. La définition de l'enfance était ici limitée à l'âge de 15 ans.

Les résultats montraient que seulement 11% des patients lombalgiques chroniques allemands avaient 3 facteurs de risque ou plus, en comparaison à l'étude de Schofferman qui en trouvait plus de 50%, et 47,7% des patients lombalgiques n'en avaient aucun, alors que pour Schofferman il n'y en avait que 11%. De plus, aucune différence dans la distribution de chaque facteur de risque ou dans leur fréquence n'a été retrouvée entre le groupe lombalgiques chroniques et le groupe témoin. (28)

- Kopec en 2005 : Etude épidémiologique, descriptive, prospective. L'objectif était de déterminer dans une large cohorte issue de la population générale, si les expériences négatives et stressantes dans l'enfance et l'adolescence augmentaient le risque de problèmes chroniques du dos dans la vie future. Ils examinèrent aussi quelles expériences spécifiques étaient reliées à la douleur du dos, si l'effet dépendait du nombre d'évènements stressants et si le genre, le statut socio-économique et la santé initiale modifiaient cette relation.

Etude de cohorte dans la population Canadienne, les participants avaient répondu aux premiers cycles de l'enquête nationale sur la santé de la population canadienne. Ils avaient 18 ans ou plus au début de l'étude et n'avaient aucune douleur de dos (n=9552). Les cas de douleur de dos chronique durant les 4 ans suivants étaient vérifiés par un questionnaire propre à l'étude. Les évènements stressants dans l'enfance étaient mesurés par un index de 7 questions.

Les résultats montraient que, dans des analyses multi variées, le risque relatif de douleur de dos était de 1,17 (95% intervalle de confiance 0,97-1,41) pour un évènement stressant et de 1,49 (95% intervalle de confiance 1,21-1,84) pour deux évènements et plus. Les résultats étaient homogènes dans les sous groupes définis selon le genre, le statut socio économique et l'état de santé. Des évènements spécifiques étaient associés à une augmentation du risque de douleur du dos chronique, comme des expériences effrayantes, une hospitalisation prolongée et le chômage des parents.

Le biais des perdus de vue, avec des sujets qui étaient significativement plus jeunes et qui avaient des revenus plus bas que le reste de la cohorte, concernait 14% des participants. Il y avait également des biais de mesures, avec un biais de mémorisation, en ce qui concerne le rapport des évènements stressants. Les items de l'étude n'ont pas fait l'objet d'une validation psychométrique rigoureuse, mais il y avait une bonne validité du contenu comparé à d'autres mesures cliniques publiées. L'item sur les expériences effrayantes était non spécifique et pouvait couvrir un large éventail d'expériences stressantes. Enfin une autre faiblesse de cette étude était le manque d'items sur les abus sexuels. (24)

- Pecukonis en 1996 : Etude épidémiologique, descriptive, transversale. L'objectif était d'explorer si les abus sexuels dans l'enfance étaient liés à des douleurs de dos chroniques incurables.

112 femmes ont été recrutées, 59 patientes avaient des douleurs du rachis chroniques et 53 femmes étaient dans le groupe témoin. Les 2 groupes étaient appariés. Elles ont répondu à une version modifiée du Finkelhor's survey of childhood Experiences pour évaluer les abus sexuels subis dans l'enfance (avant l'âge de 15 ans). Elles devaient préciser leur âge au moment de l'abus, leur relation avec l'abuseur et la fréquence de chaque abus.

Les résultats montraient que 61% des patientes avec des douleurs de dos chroniques avaient une histoire d'abus sexuel dans l'enfance contre 35% du groupe contrôle. La fréquence des abus sexuels était plus importante dans le groupe des patientes (2,4 fois en moyenne). L'âge de début des abus était le même dans les 2 groupes. Plus de 80% des agresseurs avaient le rôle de tuteur (père biologique, beau-père, grand-père, frère aîné ou oncle). (29)

- Lampe en 2003 : Etude épidémiologique, descriptive, transversale. L'objectif était d'étudier l'histoire d'abus dans l'enfance, d'événements de vie stressants et de dépression chez des femmes avec des douleurs pelviennes chroniques, des lombalgies chroniques et des femmes n'ayant aucune douleur. Ceci pour évaluer l'hypothèse selon laquelle les abus dans l'enfance conduiraient à la dépression aussi bien qu'à un taux plus élevé et une vulnérabilité accrue aux événements de vie stressants ; tous ces facteurs étaient susceptibles de contribuer à l'apparition de douleurs chroniques.

40 patientes lombalgiques chroniques, 43 patientes avec des douleurs chroniques du pelvis et 22 personnes témoins ont été interrogées en entretien semi-structuré sur les abus (physiques et sexuels) dans l'enfance, les événements de vie stressants dans les 2 ans précédents le début des douleurs (Inventory of Life Changing Events) et leur niveau de dépression (Beck Depression Inventory). Les groupes n'étaient pas appariés. Les femmes lombalgiques chroniques étaient plus âgées et avaient un statut social plus bas que celles des deux autres groupes.

Les résultats montraient que les abus physiques dans l'enfance, les événements de vie stressants et la dépression avaient un impact significatif sur les douleurs chroniques en général (lombalgies et douleurs pelviennes), alors que les abus sexuels dans l'enfance étaient liés seulement avec les douleurs pelviennes chroniques. De plus, les abus sexuels dans l'enfance étaient reliés à la dépression. Les abus physiques et sexuels dans l'enfance ont montré une relation étroite avec une fréquence accrue d'événements de vie stressants.

Cette étude transversale ne permettait pas d'établir un lien causal. Un autre obstacle était l'omission des abus psychologiques et des négligences émotionnelles dans l'évaluation des difficultés de l'enfance. Enfin l'analyse de la dépression par l'étude de la moyenne d'un questionnaire ne permettait pas le diagnostic des différents types de dépression. (30)

- Linton en 1997 : Etude épidémiologique, descriptive, transversale. L'objectif était d'examiner la prévalence des abus sexuels auto-déclarés dans la population générale et de relier ces abus à des plaintes douloureuses rachidiennes.

A partir d'un groupe de personnes âgées entre 35 et 45 ans, sélectionnées au hasard, 3 groupes ont été formés à partir de leurs évaluations sur les douleurs vertébrales. Il y avait un groupe sans douleur (449), un autre avec des douleurs dorsales moyennes (229) et un avec des douleurs dorsales importantes (271). Un groupe de 142 patients avec des douleurs vertébrales chroniques était utilisé comme groupe de référence. Un questionnaire standardisé a été employé pour déterminer l'auto-évaluation des abus physique et sexuels. Le taux de réponse était de 68%.

Les résultats montraient que les abus sexuels étaient plus fréquemment rapportés que les abus physiques et que les femmes avaient tendance à rapporter plus d'abus sexuel que les hommes. Pour les femmes, la prévalence des abus physiques variait de 2% dans le groupe sans douleur à 8% dans le groupe avec les douleurs importantes. La totalité des auto-déclarations sur les abus sexuels variait de 23% dans le groupe sans douleur à 46% dans le groupe avec des douleurs importantes. La prévalence de l'auto-déclaration des abus pour le groupe de patients douloureux chroniques différait sensiblement du groupe avec les douleurs importantes et était de 35%. Pour les femmes seulement, il y avait un lien clair entre l'auto-déclaration des abus et la douleur. Ainsi les abus physiques

augmentaient le risque de douleur importante de 5 fois et les abus sexuels augmentaient ce risque de 4 fois.

Il existait un biais de recrutement, avec des non-répondants qui différaient sensiblement en termes d'âge, de genre, de douleur moyenne durant le mois passé, du nombre d'épisodes durant l'année passée, d'arrêts maladie durant l'année passée, ou de l'estimation des entraves dues à la douleur. La seule différence qui apparaissait comme notable était le genre pour le groupe avec des douleurs importantes, où les répondants étaient dans une plus large proportion des femmes (50%) en comparaison aux non-répondants (40%). Il y avait également un biais de mesures ; un biais dans le nombre de réponses pouvait être suspecté étant donné la nature très intime des questions liées aux abus sexuels. (31)

- Linton en 2002 : Etude épidémiologique, descriptive, prospective. L'objectif était d'étudier l'effet d'abus physiques et sexuels auto-déclarés sur les douleurs et le handicap à venir afin de mieux comprendre le rôle causal possible de ces abus.

Les participants étaient 422 femmes issues de l'étude précédente de 1997, qui n'avaient rapporté aucune douleur rachidienne (n=194) ou quelques douleurs rachidiennes (n=228). Lors de cette première étude, un questionnaire standardisé avait été utilisé pour évaluer les abus physiques et sexuels auto-déclarés subis dans l'enfance et à l'âge adulte. Un an après, un autre questionnaire a été envoyé pour évaluer les douleurs rachidiennes et l'invalidité qui sont apparus dans l'intervalle.

Les résultats montraient que pour le groupe sans douleur, seule l'auto-déclaration d'abus physiques au départ était associée avec une augmentation de l'apparition de nouveaux épisodes de douleurs rachidiennes (odds ratio=2,65). Les abus physiques et sexuels étaient liés 4 fois plus à l'apparition de nouveaux épisodes de troubles fonctionnels au cours du suivi. Les abus dans l'enfance n'augmentaient pas significativement le risque de troubles fonctionnels liés aux douleurs rachidiennes. En revanche, pour le groupe avec des douleurs rachidiennes dans l'étude de 1997, aucune différence significative n'a été trouvée entre celles qui ont ou non rapporté des abus au départ et leur douleur et troubles fonctionnels au cours du suivi.

Il existait un biais de mémorisation, avec l'oubli de certains abus lors de l'auto-déclaration. L'étude ne tenait pas compte de la fréquence et de l'intensité des abus. Elle n'a pas été strictement contrôlée en ce qui concerne les facteurs de confusion possibles, tels que le statut social ou la dépression. Les critères d'évaluation, le simple rapport de la douleur, pouvaient ne pas mesurer correctement le problème. Enfin le suivi sur 1 an pouvait être trop court pour le développement de problème de dos. Bien que ces questions méthodologiques aient pu limiter les conclusions qui ont pu être tirées, leur effet global semblait réduire la taille de l'effet. En d'autres termes, si ces problèmes méthodologiques affectaient considérablement les résultats, ils avaient tendance à sous-estimer l'effet des abus sur la douleur à venir. (23)

- Yucel en 2002 : Etude épidémiologique, descriptive, transversale. L'objectif était d'examiner la relation entre l'histoire de traumatismes dans l'enfance et les expériences dissociatives ainsi que les douleurs chroniques en Turquie, un pays qui a beaucoup de caractéristiques différentes par rapport aux pays occidentaux. Les désordres dissociatifs ainsi que l'histoire d'abus dans l'enfance étaient très répandus chez les femmes. Le but était d'étudier les abus et les abandons dans l'enfance dans un groupe de femmes qui avaient des douleurs rachidiennes ou des céphalées.

73 patientes ont été incluses dans l'étude : 41 avec des céphalées chroniques depuis 6 mois et 32 avec des lombalgies chroniques depuis 3 mois. Toutes les patientes ont été évaluées par des questionnaires semi-structurés : le Dissociative Experiences Scale (DES), le Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ) et le Childhood Abuse and Neglect Questionnaire (CANQ).

Les résultats ont montré qu'il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes en terme de prévalence d'histoire de négligence, d'abus, ou d'abus sexuels, physiques et émotionnels pris séparément. De plus, il n'y avait aucune différence significative entre les deux groupes en ce qui concernait le score du DES. Toutefois, l'analyse des scores du SDQ montrait que le niveau de négligence entre les deux groupes différait significativement. Selon l'étude, le niveau de négligence était supérieur dans le groupe de patientes avec des céphalées chroniques (41,4% vs 28,1%).

On retrouvait un biais de non réponse, les problèmes d'abus sexuels, physiques et de négligences étant encore tabous en Turquie. (32)

- Pecukonis en 2004: Etude épidémiologique, descriptive, transversale. L'objectif était d'explorer s'il existait une relation chez les femmes qui souffraient de douleurs rachidiennes chroniques (sans étiologie claire) avec une histoire de parents alcooliques.

59 femmes lombalgiques et 53 femmes témoins ont été retenues. Les deux groupes étaient appariés. Elles ont répondu à un questionnaire, le « Children of Alcoholics Screening test ». Un score supérieur à 6 définissait un enfant de parent alcoolique.

Les résultats montraient un score plus élevé pour le groupe lombalgie que pour le groupe témoin (10,72 vs 2,58). Environ 55% des patientes lombalgiques avaient été élevées par un des deux parents alcooliques contre 13% dans le groupe témoins. (33)

- Hestbaeck en 2008: Etude épidémiologique, descriptive, transversale puis prospective. Les objectifs étaient d'explorer l'association entre le statut socio-économique des parents et la lombalgie durant l'adolescence puis l'association entre le statut socio-économique durant l'adolescence et la lombalgie au début de l'âge adulte.

Une base de données contenant des données sur la lombalgie chez 4771 jumeaux a été fusionnée avec les données sociales et économiques de leurs parents, provenant de statistiques du Danemark. Les données sur la lombalgie « aucune lombalgie » et « lombalgie persistante (plus de 30 jours) » ont été recueillies en 1994, lorsque les sujets avaient 12-18 ans, et recueillies huit ans plus tard chez 3245 jumeaux grâce au Nordic Back Pain Questionnaire. Les données socio-économiques des parents (l'éducation, les revenus, la classe sociale et des maladies chroniques pour la mère et le père) ont été recueillies en 1994. Une régression logistique a été utilisée pour estimer l'association entre chaque paramètre socio-économique des parents dans l'adolescence et les lombalgies au début et au cours du suivi. Finalement, une variable combinant les différents paramètres socio-économiques a été établie. Toutes les estimations ont été contrôlées pour le tabac, l'alcool et l'Index de masse corporelle au début.

Les résultats ont montré que dans les modèles de régression logistique, seulement 3 des 32 estimations étaient statistiquement significatives. Il y avait une association négative entre l'éducation du père et la lombalgie en 1994. La maladie chronique chez le père était liée significativement, de manière négative, avec les 2 groupes (sans et avec lombalgie en 2002). Lorsqu'on a fusionné les variables socio-économiques en un score combiné, les résultats indiquaient qu'un bon entourage social avait un effet protecteur sur la persistance des lombalgies, alors qu'il n'y avait pas d'association pour le groupe sans lombalgie.

On retrouvait un biais de perdus de vue, avec pour les répondants en 2002, une proportion plus importante de femmes et un meilleur environnement social pour les répondants. Il y avait également une sur représentation de personnes qui n'avaient pas de lombalgie en 1994.

En conclusion, il a été trouvé peu ou pas de relation entre lombalgie et facteurs sociaux dans l'adolescence. (26)

- Mustard en 2005 : Etude épidémiologique, descriptive, prospective. L'objectif était de décrire les facteurs associés à l'apparition d'un premier épisode de douleur rachidienne durant l'année écoulée, à partir de l'étude de santé des enfants de l'Ontario (une étude de cohorte concernant des enfants de 4 à 16 ans au moment de l'entrée dans l'étude en 1983 et réinterrogés en 2001).

L'OCHS était une étude de cohorte regroupant 3294 enfants. Le premier objectif était d'estimer la prévalence des désordres émotionnels et comportementaux chez ces enfants (hyperactivité, troubles de conduite et troubles émotionnels). En 2001, les enfants de l'OCHS, âgés de 21 à 34 ans, ont été réinterrogés dans l'objectif d'évaluer l'impact des expériences de l'enfance sur le premier épisode de douleurs rachidiennes qui se déclarait dans l'année précédant l'étude de 2001. 143 sujets rapportèrent un premier épisode de douleurs rachidiennes durant l'année écoulée contre 896 qui n'avaient présenté aucune douleur. Les participants remplirent des questionnaires sur leurs supports sociaux (famille, amis), leur statut psychologique (SF36health questionnaire), leurs caractéristiques physiques, leur consommation de tabac, leur statut socio-économique actuel et dans l'enfance et leur santé physique dans l'enfance.

Les résultats montraient que l'incidence annuelle du premier épisode de douleur rachidienne dans cet échantillon de jeunes adultes était de 74,1 pour mille. Suivant un ajustement pour l'âge, le sexe, les conditions de vie et le niveau de santé dans l'enfance et les mesures du niveau de santé à l'âge adulte, du comportement, du statut socio-économique, de l'environnement au travail, le risque de douleurs rachidiennes était associé à la détresse psychologique, un tabagisme important, un faible niveau d'éducation parentale dans l'enfance et à des désordres émotionnels et comportementaux dans l'enfance.

On retrouvait un biais de recrutement. En effet, les personnes qui avaient eu des épisodes de douleur rachidienne avant l'année étudiée n'étaient pas dans l'étude et auraient pu avoir des facteurs de risque différents de ceux rapportés ici. (25)

- Nickel en 2006 : Etude épidémiologique, descriptive, transversale. L'objectif était d'étudier le lien entre les abus sexuels et physiques dans l'enfance et les modes de défense psychologique immatures, ainsi que l'influence des deux sur la somatisation et la détresse psychologique à l'âge adulte. Dans deux groupes de patients qui différaient par leur détresse psychologique et leur somatisation, ils examinèrent si les épreuves de l'enfance et les modes de défense immatures étaient associés avec des symptômes psychopathologiques.

266 patients issus du département de psychosomatique et psychothérapie et 109 patients lombalgiques chroniques issus du département d'orthopédie ont été inclus. Ils ont participé à des entretiens semi-structurés portant sur leur enfance, les antécédents de maladies chroniques chez les parents et le début de leurs pathologies. Les styles de défense étaient évalués par le Defense Mechanism Inventory, la détresse psychologique par le Symptom Checklist 90 (SCL-90-R) et les symptômes somatiques par le Screening for Somatoform Disorders.

Les deux groupes n'étaient pas appariés pour les paramètres psychosociaux, l'âge, le genre, la situation de couple et pour l'histoire de la maladie. Les deux échantillons ont montré un lien significatif entre les styles de défense immatures et la détresse psychologique globale ainsi que la somatisation. Les abus sexuels et / ou physiques déclarés dans les deux groupes ont été directement associés à la somatisation. Le souvenir

d'abus sexuels ou physiques dans l'enfance et les styles de défense immature présentaient une association avec la psychopathologie à l'âge adulte.

On retrouvait un biais de mesure avec une procédure non standardisée pour classer les résultats de désordres mentaux. (34)

Tableau II : L'enfance et les lombalgies 1 / 2

Auteur	Pays d'origine	Revue	Date de publication	Thème	Type d'étude	Etude qualitative ou quantitative	Echantillon	Questionnaires utilisés	Durée moyenne de la lombalgie	Critère de jugement	Description des biais
SCHOFFERMAN	USA	The clinical journal of pain	1993	Traumatismes psychologiques dans l'enfance de patients lombalgiques	Observationnelle Transversale Comparative	Quantitative	101 patients	-entretiens semi-structurés	33 mois	NA	Recrutement
NICKEL R	Allemagne	European journal of pain	2002	Traumatismes psychologiques dans l'enfance de patients lombalgiques	Observationnelle Transversale Comparative	Quantitative	218 patients	-entretiens semi-structurés	55 mois	NA	Non décrits
KOPEC	Canada	Clinical Journal of Pain	2005	Expériences négatives, stressantes et rachialgies	Observationnelle Cohorte	Quantitative	9552 jeunes adultes	-questionnaires propre à l'étude	>6 mois	NA	Recrutement Mesure
PECUKONIS	USA	Social Work in Health Care	1996	Abus sexuels dans l'enfance et lombalgies	Observationnelle Transversale Comparative	Quantitative	112 femmes	-version modif de survey of childhood experiences -question sur la douleur	>6 mois	NA	Non décrits
LAMPE	Autriche	Journal of psychosomatic research	2003	Traumatismes dans l'enfance, événements de vie stressants et douleurs chroniques	Observationnelle Transversale Comparative	Quantitative et qualitative	105 patients	-entretiens semi-structurés -Inventory of Life Changing Events -BDI	>6 mois	NA	Analyse
LINTON	Suède	Pain	1997	Abus sexuels dans l'enfance et plaintes dorsalgiques	Observationnelle Transversale Comparative	Quantitative	1091 adultes	-questionnaire propre à l'étude	nombre d'épisodes douloureux dans les 12 mois	NA	Recrutement Mesure
LINTON	Suède	Pain	2002	Effets d'abus sur le handicap et les douleurs à venir	Observationnelle Cohorte Comparative	Quantitative	422 femmes	-questionnaire propre à l'étude	Dans les 12 mois	NA	Mesures Memorisation

Tableau II : L'enfance et les lombalgies 2 / 2

Auteur	Pays d'origine	Revue	Date de publication	Thème	Type d'étude	Etude qualitative ou quantitative	Echantillon	Questionnaires utilisés	Durée moyenne de la lombalgie	Critère de jugement	Description des biais
YUCEL	Turquie	The clinical journal of pain	2002	Traumatismes dans l'enfance, troubles dissociatifs et douleur chronique	Observationnelle Transversale Comparative	Quantitative	73 patientes	-Dissociative Experiences Scale -Somatoform Dissociative Questionnaire -Childhood Abuse and Neglect Questionnaire	>3 mois	NA	Non décrits
PECUKONIS	USA	Pain Medicine	2004	Parents alcooliques et lombalgies	Observationnelle Transversale Comparative	Quantitative	112 femmes lombalgiques	-Physician back pain checklist -Children of Alcoholics Screening Test Questionnaire	>6 mois	NA	Non décrits
HESTBAECK	Danemark	European spine Journal	2008	Facteurs socio économiques et lombalgies	Observationnelle Transversale puis Cohorte	Quantitative	4771 jumeaux en 1994 puis 3245 en 2002	-Nordic Back Pain Questionnaire	> 30 jours dans les 12 derniers mois	NA	Recrutement, Perdus de vues
MUSTARD	Canada	American Journal of Epidemiology	2005	Evénements de vie et premier épisode de rachialgies	Observationnelle Cohorte Comparative	Quantitative	1039 jeunes adultes	-Questionnaire propre à l'étude	1 ^{er} épisode dans les 12 mois	NA	Recrutement
NICKEL R	Allemagne	Child abuse and neglect	2006	Modes de défenses psychologiques	Observationnelle Transversale Comparative	Quantitative et qualitative	375 adultes	-Entretien structuré pour ATCD enfance -Defense Mechanism Inventory -SCL-90-R -Screening for somatoform disorders	>6 mois	NA	Mesure

3. Famille et la lombalgie chronique

Les 11 articles de ce dernier groupe étaient des études observationnelles transversales sauf l'étude de Gatchel (35) qui était une étude interventionnelle. 5 études étaient comparatives(35–39). Leurs dates de publication s'étalaient de 1985 à 2011. Elles ont été menées surtout dans des pays anglo-saxons. La durée des douleurs était d'au moins 6 mois sauf pour les études de Finkelstein (40), McCluskey (41) et Matsui (42) où l'information n'était pas renseignée. Dans plusieurs études, le Family Environment Scale qui évalue le climat social familial, et le Beck Depression Scale étaient utilisés. (cf : *tableau III*)

3.1 Résultats détaillés des études

- Finkelstein en 1995 : Etude épidémiologique, descriptive, transversale. L'objectif était de vérifier si les douleurs rachidiennes d'une population active étaient associées avec la parentalité.

Un questionnaire portant sur les douleurs rachidiennes et sur les habitudes de vie et le nombre d'enfants a été rempli par 129 pompiers et 346 policiers d'une même ville. Le questionnaire a été réalisé pour l'étude.

36% des répondants se plaignaient de problème de dos. La prévalence augmentait de 13% pour les hommes de 19 à 28 ans, à 47% pour ceux de 49 à 59%. La plainte douloureuse était plus fréquente chez les pompiers (42%) que pour les policiers (33%). Après régression logistique, on constatait que les problèmes de dos étaient significativement associés avec la durée de l'emploi, le tabac et le nombre d'enfants.

On retrouvait un biais de recrutement avec un groupe de pompiers trop petit. (40)

- Gatchel en 2005 : Etude épidémiologique, interventionnelle, prospective qui explorait, sur un a priori, l'existence et l'étendue des différences dans les résultats de la réadaptation sur la douleur chronique (le rapport à la douleur, le retour au travail et l'utilisation future des services de santé) pour les mères célibataires qui travaillaient, par rapport à d'autres patients.

Une cohorte de 1679 patients ayant des troubles du dos chroniques liés au travail a été placée dans huit groupes en fonction de leur genre (homme ou femme), de leur statut marital (marié ou célibataire) et de leur parentalité (avec ou sans enfants). Les groupes n'étaient pas appareillés pour l'âge et le nombre d'années d'étude. Tous les patients ont rempli une batterie d'évaluations mesurant les variables physiques (Echelle analogique douleur) et psychosociales (Beck Depression Inventory) en pré-et post-traitement, et ont réalisé un entretien téléphonique structuré pour évaluer les résultats socioéconomiques 1 an après l'achèvement d'un programme de restauration fonctionnelle qui avait duré 5 à 7 semaines.

Les résultats ont révélé que les femmes seules avec des enfants différaient de tous les autres groupes par leur représentation raciale, 57,1% étaient afro-américaines. Les femmes célibataires et les hommes ayant des enfants avaient une incidence plus élevée de lésions cervicales (25,0% et 26,7%, respectivement) par rapport à tous les autres groupes (5,4 à 16,6%, $p < .001$). Contrairement aux attentes, les 8 groupes ne différaient pas de façon significative pour le taux d'achèvement du programme, le retour au travail, le maintien dans l'emploi, l'utilisation des ressources de santé ou les blessures récurrentes à un an de suivi. Les femmes seules avec enfants présentaient des niveaux plus élevés de dépression en prétraitement par rapport aux autres groupes. Cependant, en post-traitement, ces différences n'existaient plus.

Il existait un biais de mesures lié à l'utilisation d'une stratégie de modélisation multi variée pour l'analyse de la plupart des résultats : il y avait toujours un risque de confusion résiduelle des associations trouvées.

En conclusion, le sexe, le statut marital et la parentalité ne semblaient pas jouer un rôle important dans les résultats des traitements des troubles rachidiens chroniques invalidants. En outre, alors que ces facteurs pouvaient jouer un rôle limité dans le fonctionnement physique et psychosocial en prétraitement, leur influence pouvait être minimisée par une restauration fonctionnelle appropriée. (35)

- Matsui en 1997: Etude épidémiologique, descriptive, transversale. Celle-ci explorait les facteurs de risques de lombalgie, en tenant compte des facteurs familiaux et

physiques en plus des facteurs liés au travail précédemment évalués, chez les travailleurs japonais avec différents types d'emplois dans une manufacture.

3042 employés (2517 hommes, 525 femmes) avec des emplois qui demandaient différentes exigences physiques, ont rempli un questionnaire propre à l'étude.

La prévalence des lombalgies était corrélée à la demande physique au travail. Les causes perçues comme liées aux lombalgies étaient les travaux modérés à lourds et l'activité sportive chez les employés sédentaires. Les antécédents familiaux de lombalgie chez les parents, frères et sœurs et les enfants étaient un facteur de risque de lombalgie. L'âge moyen du premier épisode de lombalgie chez les travailleurs ayant des antécédents familiaux chez leurs parents était beaucoup plus jeune que celui des travailleurs sans antécédents familiaux. Dans une analyse logistique multiple, chez les travailleurs masculins, la demande physique du travail, l'âge et les antécédents familiaux de lombalgie chez les parents étaient des facteurs de risque ; alors que l'obésité n'en était pas un. (42)

- Feuerstein en 1985 : Etude épidémiologique, descriptive, transversale. L'objectif était de mieux décrire le rôle des causes générales de stress et de la perception de l'environnement social (famille et travail) dans la modulation des épisodes de lombalgies chroniques. Spécifiquement, les hypothèses étaient : premièrement, les patients lombalgiques expérimentaient un modèle différent de stress environnemental ou de climat social par rapport au groupe témoin. Deuxièmement, les patients lombalgiques expérimentaient une plus grande pression ou détresse psychologique que le groupe contrôle. Troisièmement, la détresse observée chez les sujets lombalgiques était associée à des causes de stress environnementales ou des variables du climat social. Enfin, les aspects de l'environnement familial et le travail associé à la détresse contribuaient différemment aux dimensions sensorielles, affectives et évaluatives de la douleur.

33 patients lombalgiques chroniques ambulatoires et 35 personnes contrôles ont été recrutés pour remplir plusieurs questionnaires : le Social Readjustment Rating Scale qui donnait un index général du stress, le Family Environment Scale, le Work Environment Scale, le Spielberger State-Trait Anxiety Inventory pour évaluer l'anxiété chronique et le Beck Depression Inventory. Les patients lombalgiques remplissaient également le Mc

Gill Pain Questionnaire pendant un épisode douloureux. Les deux groupes étaient appariés pour l'âge, le genre, le statut socio-économique, le poids et la taille.

Les résultats indiquaient que les causes de stress environnemental et les mesures du climat social incluant le conflit familial, le contrôle familial et le stress général étaient plus grandes chez les patients lombalgiques. Les mesures de détresse psychologique étaient aussi plus élevées chez les patients lombalgiques. Une augmentation des conflits familiaux était associée avec une augmentation de la détresse psychologique et de la douleur, alors que l'indépendance familiale était corrélée avec moins de détresse psychologique et plus de douleur. Moins de cohésion, moins de confort physique et moins de clarté au travail étaient corrélés avec plus de douleur mais pas de détresse psychologique. La pression au travail était associée avec une diminution de la dépression et moins de douleur. (36)

- Naidoo en 1994 : Etude épidémiologique, descriptive, transversale qui explorait le rôle des facteurs de stress généraux et la perception de l'environnement familial dans la modulation de la lombalgie chronique pour un échantillon de femmes noires d'Afrique du Sud.

15 femmes avec des lombalgies chroniques et 15 femmes en bonne santé étaient recrutées. Les deux groupes étaient appariés pour l'âge, le sexe et le statut socio-économique. Les 2 groupes ont rempli le Life Experiences Survey, le Family Environment Scale et le Beck Depression Inventory. Les femmes ayant des lombalgies ont rempli le Mc Gill Pain Questionnaire lors d'un épisode douloureux.

Il existait une différence significative entre les deux groupes pour les expériences de vie négatives mesurées par le Life Experiences Survey, les femmes avec les douleurs ayant expérimenté plus d'événements négatifs. Une autre différence significative a été mise en évidence concernant le Family Environment Scale. Le groupe lombalgie décrivait plus de conflits et moins de cohésion au sein de la famille. Il exprimait également moins d'indépendance et un manque d'organisation familiale. Le score de dépression était significativement supérieur chez les femmes douloureuses. Il fallait noter qu'un nombre significatif de ces patientes vivaient dans des familles élargies avec un système patriarcal.

Les groupes trop petits provoquaient un biais de recrutement. (37)

- Trief en 1995 : Etude épidémiologique, descriptive, transversale, qui examinait la relation entre les supports sociaux et la dépression chez les patients rachialgiques chroniques. Trois hypothèses avaient été formulées. Premièrement, percevoir un bas niveau de support social et une faible satisfaction avec ce support aurait pu être lié avec un haut niveau de dépression chez les patients avec des douleurs rachidiennes chroniques. Deuxièmement, l'environnement familial des patients avec des douleurs chroniques devrait être différent pour ceux qui sont dépressifs et ceux qui ne le sont pas, avec des patients dépressifs percevant moins de cohésion familiale. Troisièmement, les patients dépressifs devraient terminer le programme de restauration fonctionnelle avec des résultats plus mauvais.

48 patients avec des douleurs rachidiennes depuis plus de 6 mois et résistant à de nombreuses interventions médicales ont accepté de participer à un programme de restauration fonctionnelle multidisciplinaire. Au début de l'étude, on leur a fait remplir le Beck Depression Inventory afin de les classer dans le groupe dépressif (score supérieur ou égal à 15) et le groupe non dépressif (score inférieur à 14), le Family Environment Scale, le Sarason Social Support Questionnaire, le Psychosocial Adjustment to Illness Scale et un questionnaire propre à l'étude pour évaluer leurs progrès durant le programme.

23 patients ont été classés dans le groupe non dépressif et 25 dans le groupe dépressif. Les deux groupes étaient appariés pour l'âge, le sexe, le statut marital, la durée de la douleur et la durée d'incapacité. Par contre, les dépressifs avaient plus de risque d'être au chômage et avaient fait plus d'études. Les deux groupes différaient dans leur perception des supports sociaux et dans la qualité de leur environnement familial de manière significative. Le groupe non dépressif déclarait plus de supports sociaux et une meilleure satisfaction avec ceux-ci. Lorsque la cohésion familiale augmentait (exemple : l'engagement et le soutien des membres de la famille pour l'un d'entre eux) le score de dépression diminuait. Lorsqu'il y avait des conflits familiaux, comme de la colère, de l'agressivité contre un membre de la famille ou un contrôle familial important avec des règles strictes, le score de Beck augmentait. Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes en ce qui concernait la satisfaction et l'amélioration fonctionnelle au cours du programme.

Il y avait un biais de recrutement avec des patients participant à l'étude plus jeunes et ayant fait plus d'études que ceux qui avaient refusé. De plus, l'échantillon était trop petit. (38)

- Mc Cluskey en 2011 : Etude épidémiologique, descriptive, transversale qui avait pour but d'initier une recherche qualitative sur la perception des patients et de leur proches (conjoint/ enfants) vis-à-vis de la persistance des douleurs rachidiennes et la participation du travail à celle-ci.

5 binômes (3 couples et 2 parents/ enfants) dont l'un des participants avait des problèmes de dos, ont été interrogés lors d'entretien semi-structurés. Ces interviews étaient basées sur une version révisée de l'Illness Perceptions Questionnaire portant sur la douleur chronique. La personne avec les douleurs et le proche étaient interrogés séparément.

Il a été mis en évidence que les proches partageaient et même pouvaient renforcer les croyances du patient sur sa maladie, comme la peur de la douleur, la récurrence associée à un certain type de travail et d'activité et le pessimisme sur la possibilité d'un retour au travail. Dans certains cas, les proches semblaient plus résignés sur la permanence et les conséquences négatives inévitables des douleurs rachidiennes du patient sur leur présence au travail et ils étaient plus sceptiques quant à la disponibilité d'un emploi adapté et à la compassion des employeurs. Dans leur quête d'authenticité, les patients avaient tenu à souligner leur volonté de travailler tout en mettant l'accent sur la façon dont la gravité et les limites physiques de leur condition les avaient empêchés de le faire. Dans cette veine, et basé sur leurs perceptions de ce qu'était un « bon » proche, les proches avaient agi comme « témoins de la douleur », en soutenant les comportements d'autolimitation et d'incapacité, et en répondant avec empathie et assistance. Les croyances et réponses des proches pouvaient être influencées par leurs propres expériences de la maladie chronique, ainsi la vie des participants était souvent étroitement liée et définie par la maladie.

Il y avait un biais de recrutement avec un échantillon trop petit. (41)

- Kopp en 1995 : Etude épidémiologique, descriptive, transversale qui avait pour but de comparer des familles avec une personne souffrant de céphalées chroniques, des familles avec une personne lombalgique chronique et des familles où il n'y avait pas de douleur. Les questions posées étaient : Y avait-il des différences entre le système de la famille ayant un membre souffrant de céphalées chroniques par rapport à celle d'un membre souffrant de lombalgies chroniques et en comparaison avec les familles n'ayant pas de membres avec une maladie chronique? Etait-il possible d'obtenir des caractéristiques familiales spécifiques pour les différents groupes de la douleur? Y avait-il des différences intrafamiliales dans la perception du fonctionnement de la famille entre les différents groupes?

36 familles (12 dans chaque groupe) ont rempli le Family Environment scale. Les groupes étaient appariés pour l'âge de la mère, le nombre, l'âge et le sexe des enfants, les conditions de vies et la durée de la douleur.

Dans les familles avec une mère ayant des céphalées chroniques, il y avait une diminution significative de l'expression intra-familiale par rapport aux 2 autres groupes. Les deux groupes de la douleur étaient moins actifs dans leur temps de loisir que les familles sans douleur.

On retrouvait un biais de recrutement avec un échantillon trop petit qui limitait l'interprétation des résultats. (39)

- De Souza en 2011 : Etude épidémiologique, descriptive, transversale. L'objectif était d'étudier comment les individus expérimentaient la douleur et ses conséquences sur la vie de famille et le travail.

Des entretiens libres, utilisant l'approche « Framework » avec un guide thématique, ont été enregistrés et retranscrits. Les patients ont été recrutés par âge, genre, origine ethnique et comme nouveaux patients adressés en consultation en clinique rhumatologique. 11 patients lombalgiques (5 hommes et 6 femmes) ont été interviewés en anglais (n=9) ou dans leur langue natale (n=2). Les entretiens ont été lus deux fois en détails pour identifier les thèmes.

Les résultats retrouvaient des thèmes en rapport avec : les relations avec les conjoints, les relations parents-enfants, les relations avec d'autres membre de la famille et les problèmes liés au travail. Sept patients ont décrit des problèmes impliquant leurs conjoints à leurs lombalgies. Dans certains cas, la serviabilité et le support du conjoint étaient décrits et appréciés par le patient lombalgique. Au contraire, des problèmes survenaient lorsque la détresse ou le sentiment d'incapacité étaient attribués au conjoint. Pour six patients, leurs expériences douloureuses avaient des conséquences sur leur famille au sens large (parents, enfants, grands-parents). Les influences sur les enfants semblaient être en lien avec l'âge. Les enfants les plus jeunes étaient inquiets, bouleversés, ou ne comprenaient pas la douleur de leurs parents. Les patients avec des enfants plus vieux se considéraient comme un poids pour leurs enfants. Sept patients rapportaient des influences sur d'autres membres de la famille ou des amis. Pour la majorité, la famille et les amis étaient vus comme accompagnants.

On retrouvait un biais de recrutement avec un petit échantillon (5 personnes avaient refusé de répondre). Il y avait également un biais de mesures. On ne savait pas si la relecture des verbatim était réalisée par la ou les mêmes personnes. (43)

- Duquesnoy en 1998: Etude épidémiologique, descriptive, transversale qui évaluait les composants psychosociaux et occupationnels de la lombalgie chronique.

Une enquête transversale a été réalisée auprès de 1282 médecins sur des patients souffrant de lombalgies aiguës ou chroniques. Les données ont été recueillies sur une seule journée à l'aide d'un questionnaire de 85 questions à choix multiples ou binaires. Les médecins ont complété un questionnaire avec chaque patient souffrant de lombalgies communes vus ce jour là. Une mesure de l'impact sur la vie familiale et personnelle était réalisée à l'aide d'une échelle semi quantitative graduée de 1 à 6. L'analyse portait sur 1072 lombalgiques chroniques dits actifs dont l'âge moyen était de 44 ans.

La répartition selon l'activité professionnelle différait de celle de la population générale avec moins d'ouvriers, de cadres et de professions libérales, mais plus de professions intermédiaires. 12% des patients bénéficiaient d'une adaptation ou d'un changement de poste de travail, mais une proportion égale de patient restait totalement inapte ou dans l'attente d'une adaptation. La gêne dans la vie personnelle affectait 80% des patients

dans leur vie courante, 58% dans leur vie affective et 46% dans leur vie sexuelle. La majorité des patients réduisait son activité extra-professionnelle : sport et activité domestique. Un quart rapportait avoir des difficultés à s'occuper des enfants et 21% avait annulé leurs projets familiaux.

On retrouvait un biais de recrutement avec un échantillon qui n'était pas représentatif de la population générale. (44)

- Strunin en 2004 : Etude épidémiologique, descriptive, transversale qui examinait les blessures rachidiennes faites au travail telles qu'elles étaient décrites par les travailleurs et l'impact sur leurs capacités à fonctionner dans leur rôle au sein de la famille et en société.

414 personnes avec des blessures au dos liés au travail ont été interrogées par téléphone en Floride et au Wisconsin. L'échantillon a été choisi parmi les travailleurs qui ont perdu soit plus de 28 jours de travail ou qui ont reçu une rémunération de prestations d'invalidité partielle permanente. Il a été réalisé des entretiens ethnographiques. Les personnes interrogées ont été classées par âge, genre et origine raciale.

Les personnes interrogées ont indiqué un large éventail de limitations dans les rôles familiaux et sociaux, par exemple leur capacité à réaliser les tâches ménagères, à prendre part à l'éducation des enfants et à s'engager dans des loisirs avec leurs conjoints. Les conjoints et les enfants avaient plus de responsabilités familiales. Les impacts des limitations fonctionnelles ont entraîné une restructuration des rôles familiaux et sociaux, des relations et de leur propre identité. De plus ces impacts ont conduit à la dépression et à la colère parmi les travailleurs blessés ainsi qu'au stress et à des tensions dans les relations familiales. (45)

Tableau III : La famille et les lombalgies 1 / 2

Auteur	Pays d'origine	Revue	Date de publication	Thème	Type d'étude	Etude qualitative ou quantitative	Echantillon	Questionnaires utilisés	Durée moyenne de la lombalgie	Critère de jugement	Description des biais
FINKELSTEIN	Canada	Occupational and Environmental medicine	1995	Parentalité et lombalgie	Observationnelle Transversale	Quantitative	475 adultes	-Questionnaires propres à l'étude	NC	NA	Recrutement
GACHEL	USA	Journal of Occupational Rehabilitation	2005	Influence de l'environnement social sur la réadaptation à la douleur rachidienne chronique	Interventionnelle Cohorte Comparative	Quantitative	1679 patients	-BDI -échelle analogique de la douleur	>6mois	retour au travail, utilisation des services de santé	Mesure
MATSUI	Japon	Spine	1997	antécédent familial de lombalgie comme facteur de risque	Observationnelle Transversale	Quantitative	3042 employés	-Questionnaires propres à l'étude	NC	NA	Non décrits
FEUERSTEIN	USA	Pain	1985	lombalgie et stress social et familial	Observationnelle Transversale Comparative	Quantitative	68 adultes	-Social Readjustment Rating Scale -FES -Work Environment Scale -Spielberger State Trait Anxiety inventory -BDI -McGill Pain Questionnaire	6 mois	NA	Non décrits
NAIDOO	Afrique du Sud	Perceptual and motor Skills	1994	Rôle des facteurs de stress et de l'environnement familial dans l'évolution de la lombalgie chronique	Observationnelle Transversale Comparative	Quantitative	30 femmes	-Life Experience survey -FES -BDI -Mc Gill Pain Questionnaire	>6 mois	NA	Recrutement
TRIEF	USA	Psychological Reports	1995	Relation entre les supports sociaux et la dépression chez les patients rachialgiques chroniques	Observationnelle Transversale Comparative	Quantitative	48 patients	-BDI -Sarason Social Support Questionnaire -FES -Psychosocial Adjustment to Illness Scale	>6 mois	NA	Recrutement

Tableau III : La famille et les lombalgies 2 / 2

Auteur	Pays d'origine	Revue	Date de publication	Thème	Type d'étude	Etude qualitative ou quantitative	Echantillon	Questionnaires utilisés	Durée moyenne de la lombalgie	Critère de jugement	Description des biais
McCLUSKEY	Royaume-Uni	BMC Musculoskeletal Disorders	2011	perceptions par les proches des aspects douloureux du rachialgique	Observationnelle Transversale	Qualitative	5 binômes (patient-proche)	-Illness Perceptions Questionnaire	NC	NA	Recrutement
KOPP	Autriche	Pain	1995	Différence entre les familles des patients lombalgiques et migraineux chroniques	Observationnelle Transversale Comparative	Quantitative	36 familles	-FES	>6 mois	NA	Recrutement
DESOUZA	Royaume-Uni	Disability and Rehabilitation	2011	conséquences de la lombalgie sur la vie de famille et le travail	Observationnelle Transversale	Qualitative	11 patients	-approche "Framework"	>6 mois	NA	Recrutement Mesure
DUQUESNOY	France	Revue du rhumatisme	1998	composants psychosociaux et occupationnels de la lombalgie chronique.	Observationnelle Transversale	Quantitative	1072 patients	-Questionnaire propre à l'étude	> 6 mois pour 87%des patients	NA	Recrutement
STRUNIN	USA	Social Science & Medecine	2004	conséquences de la lombalgie sur la vie de famille	Observationnelle Transversale	Qualitative	414 adultes	-entretien ethnographique	>6mois	NA	Non décrits

DISCUSSION

1. Principaux résultats

La question des douleurs rachidiennes et des facteurs de risque de chronicité liés à la famille et au couple a intéressé depuis une trentaine d'année quelques groupes de recherche, souvent des équipes anglo-saxonnes, nord européennes ou germanophone et plus rarement espagnole (11), turque (32), japonaise (42), sud-africaine (37) et française (44). Aucune étude retenue n'a permis de faire un lien de causalité entre les problèmes de couple ou de famille, les difficultés dans l'enfance et les douleurs rachidiennes. En effet, la plupart de ces études étaient observationnelles (excepté Lousberg(7), Flor(8), Saarijarvi en 1991(6), Gatchel(35) qui étaient interventionnelles), transversales (excepté Saarijarvi en 1991 et 1992(6,19), Kopec(24), Linton en 2002(23), Hestbaeck(26), Mustard(25), Gatchel(35) qui étaient prospectives). Par ailleurs, ces études étaient quantitatives (excepté Newton-John(17), Lampe(30), Nickel en 2006(34), McCluskey(41), De Souza(43) et Strunin(45) qui étaient qualitatives).

2. Forces et faiblesses de l'étude

Aucune revue de littérature n'avait encore été réalisée sur la thématique lombalgie et/ou douleur rachidienne, et facteurs psychosociaux liés au couple et à la famille. La recherche bibliographique, d'abord sélective sur les mots clés, a dû être élargie devant le peu de données retrouvées. La base de données la plus productive a été Pubmed. Les résultats sur CAIRN et Psycarticles ont été plus limités avec les mêmes mots clés. Aucun résultat n'a été retrouvé dans les bases Cochrane ou Persée ; elles n'ont donc pas été retenues pour la sélection des données. Un certain nombre d'études ont utilisé des questionnaires reconnus sur un plan international (WHYMPI, DAS, BDI, HADS, SIP, Mc Gill Pain Questionnaire, FES). Des enquêtes populationnelles ont été intégrées du fait de leur intérêt épidémiologique diminuant le biais des perdus de vue(9,11,24–26,31,35,42,44).

La qualité d'interprétation des études a été fortement liée à la compréhension de la langue anglaise de l'auteure ; les articles retrouvés étaient tous rédigés en langue anglaise ce qui a pu limiter la compréhension de certains termes, en particulier sur le plan psycho comportemental, comme « spouse solicitousness » traduit par conjoint soucieux ou attentionné. Il n'y a pas eu de lecture croisée des articles. Par ailleurs, du fait du peu d'articles récupérés, la sélection des études a été essentiellement effectuée sur leur thématique, et non sur leur qualité méthodologique. Deux articles ont été retenus bien que l'échantillon de patients ne soit pas composé exclusivement de patients lombalgiques ; ils représentaient toutefois plus de 50% des personnes douloureuses chroniques retenues(17,21). Une recherche est restée infructueuse : « deuil et douleur rachidienne » ne donnant aucun résultat quelque soit la base de données consultée.

3. La relation de couple semble interférer sur le patient lombalgique

L'attitude du conjoint peut avoir un effet sur les douleurs rachidiennes ressenties par le patient. Un lien entre l'attitude soucieuse du conjoint et un renforcement de la perception douloureuse ou un manque d'adaptation à la douleur du patient a pu être montré(7,8,21). Les réponses des conjoints couvraient un large champ d'interaction patient-conjoint, la sollicitude envers le patient étant l'attitude la plus répandue(17). En 1976, Fordyce présentait une théorie comportementale identifiant le comportement de sollicitude du conjoint comme renfort du comportement douloureux du malade alors que les réponses négatives des conjoints ou l'ignorance l'atténuaient voir l'éteignaient(46). Il a été montré que l'attitude de sollicitude de l'épouse était renforçatrice de la douleur si le patient avait une appréciation positive de son couple(47). Cependant dans l'étude de Papas, les patients avec des conjoints qui avaient une réponse négative à la douleur s'adaptaient moins bien que ceux qui avaient des époux indifférents(21).

Les symptômes dépressifs du patient lombalgique peuvent influencer la qualité des relations du couple et l'adaptation de chacun de ses membres à la douleur. La dépression du patient rachialgique avait un rôle important dans la détermination des associations entre la qualité de la relation conjugale ou les réactions des partenaires perçues par les malades et le niveau de douleur ou d'incapacité des patients(20). La

dépression du patient et les réponses négatives du conjoint avaient un effet sur l'association entre la douleur et la satisfaction relationnelle(16). Ces résultats sont similaires à d'autres études sur la douleur chronique(48,49).

L'adaptation du conjoint peut être modulée par la douleur et l'invalidité du patient lombalgique. Il y avait une relation plus forte pour les épouses de patients lombalgiques entre la perception qu'elles avaient de l'invalidité du patient et leur adaptation émotionnelle et conjugale que pour les époux(12). Il a été montré dans plusieurs études que les épouses étaient plus précises dans leurs observations des comportements non verbaux que les époux(50–52). L'adaptation du conjoint de patient lombalgique chronique était associée à la perception qu'avait le conjoint des limitations physiques et psychosociales du patient. L'incapacité psychosociale apparaissait particulièrement associée à la satisfaction conjugale du conjoint(13). La dépression des épouses de patients lombalgiques était liée à l'intensité moyenne de la douleur, à la colère et à l'hostilité du patient(14). Les conflits conjugaux augmentaient l'affichage des comportements douloureux des patients, ceux-ci entraînant une majoration des réponses affectives négatives et des réponses punitives des conjoints(15).

La lombalgie interfère dans la vie sexuelle du couple. Les douleurs rachidiennes chroniques des patients provoquaient une inadaptation sexuelle. Chez certaines femmes, elles pouvaient servir à légaliser un trouble sexuel latent (22).

Les violences conjugales augmentent le risque de lombalgies. Les femmes ayant subi des violences conjugales (physiques ou sexuelles) développaient plus de pathologies gynécologiques, rhumatologiques, psychiatriques(9-11).

Les patients lombalgiques semblent somatiser plus que leurs conjoints. Lipowski définit le processus de somatisation comme « une tendance à ressentir et à exprimer des symptômes somatiques dont ne rend pas compte une pathologie organique, à les attribuer à une maladie physique et à rechercher dans ce contexte une aide médicale. » Ce processus de somatisation interviendrait en réponse à un « stress psychosocial ou une souffrance psychologique » qui pourrait être en lien avec des problèmes de couple ou familiaux(53). En 1990, Saarijarvi comparait les patients lombalgiques et leurs conjoints. Dans l'étude, les patients somatisaient et culpabilisaient plus que leurs conjoints(18).

La thérapie de couple peut être intégrée à la prise en charge du lombalgique chronique. Elle a été utilisée comme moyen de prise en charge des patients lombalgiques dans l'étude de cohorte de Saarijarvi en 1991(6). La thérapie améliorait la communication au sein du couple et permettait une diminution de la détresse psychologique des patients. Il n'y avait pas de changement sur le plan de la douleur. A 5 ans de cette prise en charge, il existait toujours une amélioration de la détresse psychologique des patients, mais pas de changement sur l'intensité de la douleur(19).

Il faut noter que pour toutes les études portant sur le couple et faisant intervenir le conjoint, l'évaluation de la satisfaction au sein du couple était bonne. Deux raisons nuancent cette affirmation. Au niveau du recrutement, les couples avec des problèmes de communication et une mauvaise satisfaction dans la relation ont pu ne pas intégrer l'étude. Sur le plan méthodologique, beaucoup de ces travaux ont été basés sur des auto-évaluations remplies par les patients ou leurs conjoints sans aide extérieure, ce qui posait des problèmes de compréhension et d'interprétation des questions.

4. Les difficultés dans l'enfance interfèrent peu sur la lombalgie

Les traumatismes de l'enfance (accident, hospitalisation longue, abus physiques ou sexuels, négligence parentale) peuvent être associés à des lombalgies à l'âge adulte. Des événements stressants ou traumatiques dans l'enfance étaient liés à des douleurs rachidiennes chroniques à l'âge adulte(24,27). Cependant Nickel en 2002, dans une étude identique à celle de Schofferman démontrait des résultats opposés(28). Plusieurs études révélaient que les abus dans l'enfance (physiques ou sexuels) étaient retrouvés chez des patients lombalgiques(23,29–31). Ces études établissaient un lien entre les violences dans l'enfance et les douleurs rachidiennes à l'âge adulte sans pour autant montrer un lien de causalité. « Une explication à ce lien pourrait être la «compulsion de répétition» qui répétait une expérience traumatique, véritable effraction dans le psychisme du sujet, impossible à lier à des représentations mentales(54). Pour Burloux, ce modèle de la «compulsion de répétition» du traumatisme était à l'œuvre chez les lombalgiques chroniques qui répétaient une enfance particulièrement traumatique(55). Un autre modèle pouvait être mis en évidence dans lequel la douleur serait liée de façon spécifique à

certaines affects à la suite d'événements de vie traumatiques durant l'enfance (la maltraitance, la maladie). La douleur serait alors un mécanisme de défense utilisé lorsque l'individu adulte est appelé à faire face à la culpabilité ou bien à des liens impliquant une dépendance affective »(54). Le souvenir d'abus sexuels ou physiques dans l'enfance et les mécanismes de défense immature présentaient une association avec la psychopathologie à l'âge adulte (lombalgie chronique et autres troubles psychosomatiques). Ceci suggérait que les mécanismes de défense immature pouvaient, en partie, agir comme médiateurs entre les traumatismes recherchés et la psychopathologie à l'âge adulte(34). Dans l'étude de Yucel, on retrouvait un niveau de négligence parentale dans l'enfance, supérieur chez les patientes migraineuses par rapport aux patientes lombalgiques mais aucune différence en termes d'abus (physique ou sexuel). Cependant la violence physique et sexuelle étant encore tabou en Turquie, les résultats pourraient être sous-estimés(32).

Le contexte social et familial dans l'enfance pourrait être associé aux douleurs rachidiennes. Un statut socio économique faible, les troubles émotionnels et comportementaux dans l'enfance étaient mis en évidence chez les patients avec des douleurs rachidiennes(25). Un patient lombalgique sur deux avait été élevé par un parent alcoolique (33). Plusieurs études ont également montré que des problèmes financiers, un comportement social inadapté dans l'enfance étaient liés à des pathologies chroniques à l'âge adulte(56–58). Toutefois dans l'étude d'Hestbaeck en 2008, les facteurs sociaux dans l'adolescence n'étaient pas liés aux lombalgies adultes(26).

5. Le contexte familial et la lombalgie interfèrent l'un sur l'autre

Le statut familial influence peu les douleurs lombaires. Les statuts marital et parental n'agissaient pas sur les résultats d'une prise en charge de réadaptation des personnes lombalgiques chroniques(35). Dans un article, Finkelstein retrouvait une association entre le nombre d'enfants et les douleurs rachidiennes(40). Dans l'étude de Matsui, les antécédents de lombalgie chronique chez un parent du 1^{er} degré étaient un facteur de risque de lombalgie chez les ouvriers interrogés(42).

Le contexte familial peut influencer le patient lombalgique chronique. Un contexte familial défavorable (conflits familiaux, manque de cohésion, manque d'indépendance) ou des circonstances sociales négatives (stress) contribuaient à la persistance des douleurs rachidiennes(36,37). Déjà en 1977, Waring suggérait que les familles de patients douloureux chroniques démontraient une incapacité à exprimer leurs idées ou sentiments, caractéristiques souvent observées dans les familles de patients ayant des désordres psychosomatiques, confirmant une part psychologique de la douleur(59). Au contraire, un bon soutien familial diminuait le risque de dépression chez les patients rachialgiques (38). Il existerait deux principaux modèles théoriques qui ont été avancés pour expliquer les effets du soutien social. Le premier était le modèle d'effet direct ou d'effet principal par lequel on pensait qu'avoir des niveaux plus élevés de soutien social favorisait une bonne santé générale et donc moins de risque de développer la maladie. Le second modèle était le modèle « tampon », où le soutien social agissait pour atténuer et réduire le stress, ce qui en retour réduisait les risques de maladie ou accélérail le rétablissement face à l'adversité (60,61).

Les proches peuvent amplifier le développement de la lombalgie. Les proches pouvaient partager voire renforcer les croyances des patients sur leur douleur et augmenter leur incapacité(41).

Les lombalgies ont des conséquences négatives sur la famille. Les patients exprimaient une anxiété sur la manière dont leurs douleurs affectaient le reste de la famille (conjoint, enfants, petits-enfants)(43). Les patients rapportaient de nombreuses limitations dans leur vie quotidiennes (taches ménagères, éducation des enfants, loisirs)(39,44,45).

6. Perspectives

L'observation clinique laisse supposer que des problèmes de couple ou des problèmes au sein de la famille interfèrent avec les douleurs chroniques des patients ; pourtant, les recherches sur les lombalgies centrées sur cette problématique restent peu nombreuses. Toutes les pistes suggérées par les articles présentés dans ce travail demandent à être validées par d'autres études. Néanmoins un suivi pluridisciplinaire pourrait être proposé au patient lombalgique en abordant les problématiques complexes comme la relation de couple, le contexte familial et prenant en compte la psycho-dynamique personnelle. Les données d'ordre psychosociales ou psycho-comportementales liées à la personne pourraient ainsi être étudiées. En effet, les facteurs psychologiques ou comportementaux, troisième branche des FPS, demanderaient à être examinés dans une nouvelle étude. Dans ce cadre, une étude sur le deuil et la lombalgie pourrait être initiée.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bouton C, Roche G, Roquelaure Y, Legrand E, Penneau-Fontbonne D, Dubus V, et al. Management of low back pain in primary care prior to multidisciplinary functional restoration: a retrospective study of 72 patients. *Ann Readapt Med Phys.* nov 2008;51(8):650-656, 656-662.
2. WHO. Life Skills Education for Children and Adolescents in Schools. World Health Organization, 1993; WHO/MNH/PSF/93.7A.Rev.2.
3. Keel peter. Prévenir la chronification des lombalgies non spécifiques. *Forum Med Suisse.* 2007;
4. Mazieres B. Le kaléidoscope des lombalgies : synthèse des présentations et des discussions des 21es Entretiens du Carla1.
5. Vannotti M. [Disabling chronic lumbago: should one be concerned about the couple and the family?]. *Rev Med Suisse Romande.* déc 1995;115(12):955-959.
6. Saarijärvi S. A controlled study of couple therapy in chronic low back pain patients. Effects on marital satisfaction, psychological distress and health attitudes. *Journal of Psychosomatic Research.* 1991;35:265-272.
7. Lousberg R, Schmidt AJM, Groenman NH. The relationship between spouse solicitousness and pain behavior: searching for more experimental evidence. *Pain.* oct 1992;51(1):75-79.
8. Flor H, Breitenstein C, Birbaumer N, Furst M, Gil KM. A psychophysiological analysis of spouse solicitousness towards pain behaviors, spouse interaction, and pain perception (English). *Behav ther.* cover date 1995;26(2):255-272.
9. Bonomi AE, Anderson ML, Reid RJ, Rivara FP, Carrell D, Thompson RS. Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence. *Arch Intern Med.* 12 oct 2009;169(18):1692-1697.
10. Wuest J, Merritt-Gray M, Ford-Gilboe M, Lent B, Varcoe C, Campbell JC. Chronic pain in women survivors of intimate partner violence. *J Pain.* nov 2008;9(11):1049-1057.
11. Vives-Cases C, Ruiz-Cantero MT, Escribà-Agüir V, Miralles JJ. The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. *Journal of Public Health.* 1 mars 2011;33(1):15 -21.
12. Romano JM, Turner JA, Clancy SL. Sex differences in the relationship of pain patient dysfunction to spouse adjustment. *Pain.* déc 1989;39(3):289-295.
13. Geisser ME, Cano A, Leonard MT. Factors associated with marital satisfaction and mood among spouses of persons with chronic back pain. *J Pain.* août 2005;6(8):518-525.

14. Schwartz L, Slater MA, Birchler GR, Atkinson JH. Depression in spouses of chronic pain patients: the role of patient pain and anger, and marital satisfaction. *Pain*. janv 1991;44(1):61-67.
15. Schwartz L, Slater MA, Birchler GR. The role of pain behaviors in the modulation of marital conflict in chronic pain couples. *Pain*. juin 1996;65(2-3):227-233.
16. Waxman SE, Tripp DA, Flamenbaum R. The mediating role of depression and negative partner responses in chronic low back pain and relationship satisfaction. *J Pain*. mai 2008;9(5):434-442.
17. Newton-John TR, Williams AC de C. Chronic pain couples: Perceived marital interactions and pain behaviours. *Pain*. juill 2006;123(1-2):53-63.
18. Saarij rvi S, Hyyp   MT, Lehtinen V, Alanen E. Chronic low back pain patient and spouse. *Journal of Psychosomatic Research*. 1990;34(1):117-122.
19. Saarij rvi S, Alanen E, Ryt  koski U, Hyyp   MT. Couple therapy improves mental well-being in chronic low back pain patients. A controlled, five year follow-up study. *Journal of Psychosomatic Research*. oct 1992;36(7):651-656.
20. Campbell P, Jordan KP, Dunn KM. The Role of Relationship Quality and Perceived Partner Responses with Pain and Disability in Those with Back Pain. *Pain Medicine* (Malden, Mass). 5 janv 2012; Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22222190>
21. Papas RK, Robinson ME, Riley III JL. Perceived spouse responsiveness to chronic pain: Three empirical subgroups. *The Journal of Pain*. oct 2001;2(5):262-269.
22. Sjögren K, Fugl-Meyer AR. Chronic back pain and sexuality. *Int Rehabil Med*. 1981;3(1):19-25.
23. Linton SJ. A prospective study of the effects of sexual or physical abuse on back pain. *Pain*. avr 2002;96(3):347-351.
24. Kopec JA, Sayre EC. Stressful experiences in childhood and chronic back pain in the general population. *Clin J Pain*. d  c 2005;21(6):478-483.
25. Mustard CA, Kalceovich C, Frank JW, Boyle M. Childhood and early adult predictors of risk of incident back pain: Ontario Child Health Study 2001 follow-up. *Am J Epidemiol*. 15 oct 2005;162(8):779-786.
26. Hestbaek L, Korsholm L, Leboeuf-Yde C, Kyvik KO. Does socioeconomic status in adolescence predict low back pain in adulthood? A repeated cross-sectional study of 4,771 Danish adolescents. *Eur Spine J*. d  c 2008;17(12):1727-1734.
27. Schofferman J, Anderson D, Hines R, Smith G, Keane G. Childhood psychological trauma and chronic refractory low-back pain. *Clin J Pain*. d  c 1993;9(4):260-265.
28. Nickel R, Egle UT, Hardt J. Are childhood adversities relevant in patients with chronic low back pain? *Eur J Pain*. 2002;6(3):221-228.

29. Pecukonis EV. Childhood sex abuse in women with chronic intractable back pain. *Soc Work Health Care*. 1996;23(3):1-16.
30. Lampe A. Chronic pain syndromes and their relation to childhood abuse and stressful life events. *Journal of Psychosomatic Research*. avr 2003;54(4):361-367.
31. Linton SJ. A population-based study of the relationship between sexual abuse and back pain: establishing a link. *Pain*. oct 1997;73(1):47-53.
32. Yücel B, Ozyalcin S, Sertel HO, Camlica H, Ketenci A, Talu GK. Childhood traumatic events and dissociative experiences in patients with chronic headache and low back pain. *Clin J Pain*. déc 2002;18(6):394-401.
33. Pecukonis EV. Female children of alcoholics and chronic back pain. *Pain Med*. juin 2004;5(2):196-201.
34. Nickel R, Egle UT. Psychological defense styles, childhood adversities and psychopathology in adulthood. *Child Abuse Negl*. févr 2006;30(2):157-170.
35. Gatchel RJ, Mayer TG, Kidner CL, McGeary DD. Are gender, marital status or parenthood risk factors for outcome of treatment for chronic disabling spinal disorders? *J Occup Rehabil*. juin 2005;15(2):191-201.
36. Feuerstein M, Sult S, Houle M. Environmental stressors and chronic low back pain: life events, family and work environment. *Pain*. juill 1985;22(3):295-307.
37. Naidoo P, Pillay YG. Correlations among general stress, family environment, psychological distress, and pain experience. *Percept Mot Skills*. juin 1994;78(3 Pt 2):1291-1296.
38. Trief PM, Carnrike CL Jr, Drudge O. Chronic pain and depression: is social support relevant? *Psychol Rep*. févr 1995;76(1):227-236.
39. Kopp M, Richter R, Rainer J, Kopp-Wilfling P, Rumpold G, Walter MH. Differences in family functioning between patients with chronic headache and patients with chronic low back pain. *Pain*. nov 1995;63(2):219-224.
40. Finkelstein MM. Back pain and parenthood. *Occup Environ Med*. janv 1995;52(1):51-53.
41. McCluskey S, Brooks J, King N, Burton K. The influence of « significant others » on persistent back pain and work participation: a qualitative exploration of illness perceptions. *BMC Musculoskelet Disord*. 2011;12:236.
42. Matsui H, Maeda A, Tsuji H, Naruse Y. Risk indicators of low back pain among workers in Japan. Association of familial and physical factors with low back pain. *Spine*. 1 juin 1997;22(11):1242-1247; discussion 1248.
43. De Souza L, Oliver Frank A. Patients' experiences of the impact of chronic back pain on family life and work. *Disability and Rehabilitation*. févr 2011;33(4):310-318.

44. Duquesnoy B, Allaert FA, Verdoncq B. Psychosocial and occupational impact of chronic low back pain. *Rev Rhum Engl Ed.* janv 1998;65(1):33-40.
45. Strunin L, Boden LI. Family consequences of chronic back pain. *Soc Sci Med.* avr 2004;58(7):1385-1393.
46. Fordyce W. *Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness.* Mosby (St Louis). 1976;
47. Turk DC, Kerns RD, Rosenberg R. Effects of marital interaction on chronic pain and disability: Examining the down side of social support. *Rehabilitation Psychology.* 1992;37(4):259-274.
48. Cano A, Gillis M, Heinz W, Geisser M, Foran H. Marital functioning, chronic pain, and psychological distress. *Pain.* janv 2004;107(1-2):99-106.
49. Feldman SI, Downey G, Schaffer-Neitz R. Pain, negative mood, and perceived support in chronic pain patients: a daily diary study of people with reflex sympathetic dystrophy syndrome. *J Consult Clin Psychol.* oct 1999;67(5):776-785.
50. Cunningham MR. Personality and the structure of the nonverbal communication of emotion. *J Pers.* déc 1977;45(4):564-584.
51. Hall JA. Gender effects in decoding nonverbal cues. *Psychological Bulletin.* 1978;85(4):845-857.
52. Turk DC, Meichenbaum D, Genest M. *Pain and Behavioral Medicine: A Cognitive-Behavioral Perspective.* Guilford Press; 1983.
53. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry.* nov 1988;145(11):1358-1368.
54. Radat F. La dimension psychique de la douleur chronique: modèles étiopathogéniques. *Douleur et Analgésie.* 2003 [cité 29 août 2013];(4). Disponible sur:
http://mhsrvweb.medhyg.ch/revues/r_article.php4?article_id=99910034&num_char=9579&list_num_char=-
55. Burloux. *Le psychiatre et la douleur (physique), Confrontations psychiatriques.* 2001;
56. Tucker-Seeley RD, Li Y, Sorensen G, Subramanian SV. Lifecourse socioeconomic circumstances and multimorbidity among older adults. *BMC Public Health.* 2011;11:313.
57. Pang D, Jones GT, Power C, Macfarlane GJ. Influence of childhood behaviour on the reporting of chronic widespread pain in adulthood: results from the 1958 British Birth Cohort Study. *Rheumatology (Oxford).* oct 2010;49(10):1882-1888.
58. Jones GT, Power C, Macfarlane GJ. Adverse events in childhood and chronic widespread pain in adult life: Results from the 1958 British Birth Cohort Study. *Pain.* mai 2009;143(1-2):92-96.

59. Waring EM. The role of the family in symptom selection and perpetuation in psychosomatic illness. *Psychother Psychosom.* 1977;28(1-4):253-259.
60. Campbell P, Wynne-Jones G, Dunn KM. Review: The influence of informal social support on risk and prognosis in spinal pain: A systematic review. *European Journal of Pain.* mai 2011;15(5):444.e1-444.e14.
61. Chronister JA, Johnson EK, Berven NL. Measuring social support in rehabilitation. *Disabil Rehabil.* 30 janv 2006;28(2):75-84.

LISTES DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux de sélection des articles

LISTES DES TABLEAUX

Tableau I : Le couple et les lombalgies

Tableau II : L'enfance et les lombalgies

Tableau III : La famille et les lombalgies

TABLE DES MATIERES

PLAN.....	10
INTRODUCTION.....	11
MATERIEL ET METHODE	13
RESULTATS	15
1. Le Couple et la lombalgie chronique.....	16
1.1 Résultats détaillés des études.....	17
2. L'enfance et la lombalgie chronique.	35
2.1 Résultats détaillés des études.....	35
3. Famille et la lombalgie chronique	48
3.1 Résultats détaillés des études.....	48
DISCUSSION	59
1. Principaux résultats	59
2. Forces et faiblesses de l'étude	59
3. La relation de couple semble interférer sur le patient lombalgique.....	60
4. Les difficultés dans l'enfance interfèrent peu sur la lombalgie	62
5. Le contexte familial et la lombalgie interfèrent l'un sur l'autre.....	63
6. Perspectives	65
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	66
LISTES DES FIGURES.....	71
LISTES DES TABLEAUX.....	71
ANNEXES	73
Annexe 1 : le West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory.....	73
Annexe 2 : Dyadic Adjustment Scale	80
Annexe 3 : Beck Depression Inventory	82
Annexe 4 : Autres questionnaires.....	84

ANNEXES

Annexe 1 : le West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory

WEST HAVEN-YALE MULTIDIMENSIONAL PAIN INVENTORY

Kems, Turk & Rudy (1985)

BEFORE YOU BEGIN, PLEASE ANSWER 2 PRE-EVALUATION QUESTIONS BELOW:

1. Some of the questions in this questionnaire refer to your "significant other". A significant other is *a person with whom you feel closest*. This includes anyone that you relate to on a regular or infrequent basis. It is very important that you identify someone as your "significant other". Please indicate below who your significant other is (check one):

☐ Spouse ☐ Partner/Companion ☐ Housemate/Roommate
☐ Friend ☐ Neighbor ☐ Parent/Child/Other relative
☐ Other (please describe):

-
2. Do you currently live with this person? ☐ YES ☐ NO

When you answer questions in the following pages about "your significant other", always respond in reference to the specific person you just indicated above.

A.

In the following 20 questions, you will be asked to describe your pain and how it affects your life. Under each question is a scale to record your answer. Read each question carefully and then circle a number on the scale under that question to indicate how that specific question applies to you.

1. Rate the level of your pain at the present moment.

0 1 2 3 4 5 6
 No pain Very intense pain

2. In general, how much does your pain problem interfere with your day to day activities?

0 1 2 3 4 5 6
 No interference Extreme interference

3. Since the time you developed a pain problem, how much has your pain changed your ability to work?

0 1 2 3 4 5 6
 No change Extreme change
 ____ Check here, if you have retired for reasons other than your pain problem

4. How much has your pain changed the amount of satisfaction or enjoyment you get from participating in social and recreational activities?

0 1 2 3 4 5 6
No change Extreme change

5. How supportive or helpful is your spouse (significant other) to you in relation to your pain?

0 1 2 3 4 5 6
Not at all supportive Extremely supportive

6. Rate your overall mood during the past week.

0 1 2 3 4 5 6
Extremely low mood Extremely high mood

7. On the average, how severe has your pain been during the last week?

0 1 2 3 4 5 6
Not at all severe Extremely severe

8. How much has your pain changed your ability to participate in recreational and other social activities?

0 1 2 3 4 5 6
No change Extreme change

9. How much has your pain changed the amount of satisfaction you get from family-related activities?

0 1 2 3 4 5 6
No change Extreme change

10. How worried is your spouse (significant other) about you in relation to your pain problem?

0 1 2 3 4 5 6
Not at all worried Extremely worried

11. During the past week, how much control do you feel that you have had over your life?

0 1 2 3 4 5 6
Not at all in control Extremely in control

12. How much suffering do you experience because of your pain?

0 1 2 3 4 5 6
No suffering Extreme suffering

13. How much has your pain changed your marriage and other family relationships?

0 1 2 3 4 5 6

- No change Extreme change
14. How much has your pain changed the amount of satisfaction or enjoyment you get from work?
- 0 1 2 3 4 5 6
No change Extreme change
- ___ Check here, if you are not presently working.
15. How attentive is your spouse (significant other) to your pain problem?
- 0 1 2 3 4 5 6
Not at all attentive Extremely attentive
16. During the past week, how much do you feel that you've been able to deal with your problems?
- 0 1 2 3 4 5 6
Not at all Extremely well
17. How much has your pain changed your ability to do household chores?
- 0 1 2 3 4 5 6
No change Extreme change
18. During the past week, how irritable have you been?
- 0 1 2 3 4 5 6
Not at all irritable Extremely irritable
19. How much has your pain changed your friendships with people other than your family?
- 0 1 2 3 4 5 6
No change Extreme change
20. During the past week, how tense or anxious have you been?
- 0 1 2 3 4 5 6
Not at all tense or anxious Extremely tense or anxious

B.

In this section, we are interested in knowing how your significant other (this refers to the person you indicated above) responds to you when he or she knows that you are in pain. On the scale listed below each question, **circle a number** to indicate how often your significant other generally responds to you in that particular way when you are in pain.

1. Ignores me.

0	1	2	3	4	5	6
Never						Very often

2. Asks me what he/she can do to help.

0	1	2	3	4	5	6
Never						Very often

3. Reads to me.

0	1	2	3	4	5	6
Never						Very often

4. Expresses irritation at me.

0	1	2	3	4	5	6
Never						Very often

5. Takes over my jobs or duties.

0	1	2	3	4	5	6
Never						Very often

6. Talks to me about something else to take my mind off the pain.

0	1	2	3	4	5	6
Never						Very often

7. Expresses frustration at me.

0	1	2	3	4	5	6
Never						Very often

8. Tries to get me to rest.

0	1	2	3	4	5	6
Never						Very often

9. Tries to involve me in some activity

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

- Never Very often
10. Expresses anger at me.
- 0 1 2 3 4 5 6
Never Very often
11. Gets me some pain medications.
- 0 1 2 3 4 5 6
Never Very often
12. Encourages me to work on a hobby.
- 0 1 2 3 4 5 6
Never Very often
13. Gets me something to eat or drink.
- 0 1 2 3 4 5 6
Never Very often
14. Turns on the T.V. to take my mind off my pain.
- 0 1 2 3 4 5 6
Never Very often

C.

Listed below are 18 common daily activities. Please indicate how often you do each of these activities by circling a number on the scale listed below each activity. Please complete all 18 questions.

1. Wash dishes.
- 0 1 2 3 4 5 6
Never Very often
2. Mow the lawn.
- 0 1 2 3 4 5 6
Never Very often
3. Go out to eat.
- 0 1 2 3 4 5 6
Never Very often

4. Play cards or other games.

0	1	2	3	4	5	6
Never						Very often
5. Go grocery shopping.

0	1	2	3	4	5	6
Never						Very often
6. Work in the garden.

0	1	2	3	4	5	6
Never						Very often
7. Go to a movie.

0	1	2	3	4	5	6
Never						Very often
8. Visit friends.

0	1	2	3	4	5	6
Never						Very often
9. Help with the house cleaning.

0	1	2	3	4	5	6
Never						Very often
10. Work on the car.

0	1	2	3	4	5	6
Never						Very often
11. Take a ride in a car.

0	1	2	3	4	5	6
Never						Very often
12. Visit relatives.

0	1	2	3	4	5	6
Never						Very often
13. Prepare a meal.

0	1	2	3	4	5	6
Never						Very often
14. Wash the car.

	0	1	2	3	4	5	6
Never							Very often
15. Take a trip.	0	1	2	3	4	5	6
Never							Very often
16. Go to a park or beach.	0	1	2	3	4	5	6
Never							Very often
17. Do a load of laundry.	0	1	2	3	4	5	6
Never							Very often
18. Work on a needed house repair.	0	1	2	3	4	5	6
Never							Very often

Source: Kerns, R.D., Turk, D.C., & Rudy, T.E. (1985). The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*, 23, 345-56.
 Reproduced with permission

Annexe 2 : Dyadic Adjustment Scale

Lien internet : trieft.org/wp-content/uploads/2010/09/DAS+1.pdf

DYADIC ADJUSTMENT SCALE

Most persons have disagreements in their relationships. Please indicate below the approximate extent of agreement or disagreement between you and your partner for each item on the following list.

	Always Agree	Almost Always Agree	Occa- sionally Disagree	Fra- quently Disagree	Almost Always Disagree	Always Disagree
1. Handling family finances	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Matters of recreation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Religious matters	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Demonstrations of affection	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Friends	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sex relations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Conventionality (correct or proper behavior)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Philosophy of life	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ways of dealing with parents or in-laws	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Aims, goals, and things believed important	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Amount of time spent together	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Making major decisions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Household tasks	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Leisure time interests and activities	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Career decisions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	All the time	Most of the time	More often than not	Occa- sionally	Rarely	Never
16. How often do you discuss or have you considered divorce, separation, or terminating your relationship?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. How often do you or your mate leave the house after a fight?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. In general, how often do you think that things between you and your partner are going well?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Do you confide in your mate?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Do you ever regret that you married? (<i>or lived together</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. How often do you and your partner quarrel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. How often do you and your mate "get on each other's nerves?"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Every Day	Almost Every Day	Occasionally	Rarely	Never
23. Do you kiss your mate?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	All of them	Most of them	Some of them	Very few of them	None of them
24. Do you and your mate engage in outside interests together?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

How often would you say the following events occur between you and your mate?

	Never	Less than once a month	Once or twice a month	Once or twice a week	Once a day	More often
25. Have a stimulating exchange of ideas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Laugh together	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Calmly discuss something	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Work together on a project	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

These are some things about which couples sometimes agree and sometime disagree. Indicate if either item below caused differences of opinions or were problems in your relationship during the past few weeks. (Check yes or no)

	Yes	No
29. <input type="radio"/> Being too tired for sex.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. <input type="radio"/> Not showing love.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. The circles on the following line represent different degrees of happiness in your relationship. The middle point, "happy," represents the degree of happiness of most relationships. Please fill in the circle which best describes the degree of happiness, all things considered, of your relationship.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extremely Unhappy	Fairly Unhappy	A Little Unhappy	Happy	Very Happy	Extremely Happy	Perfect

32. Which of the following statements best describes how you feel about the future of your relationship?

- ☐ I want desperately for my relationship to succeed, and *would go to almost any length* to see that it does.
- ☐ I want very much for my relationship to succeed, and *will do all I can* to see that it does.
- ☐ I want very much for my relationship to succeed, and *will do my fair share* to see that it does.
- ☐ It would be nice if my relationship succeeded, but *I can't do much more than I am doing now* to help it succeed.
- ☐ It would be nice if it succeeded, but *I refuse to do any more than I am doing now* to keep the relationship going.
- ☐ My relationship can never succeed, and *there is no more that I can do* to keep the relationship going.

Annexe 3 : Beck Depression Inventory

ECHELLES-PSYCHIATRIE.COM

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

Références :

Dépression et syndromes anxio-dépressifs : J.D. Guelfi et Coll, Ardis Médical
Évaluation clinique et psychiatrique des états dépressifs : J. Coltroux, Collection Scientifique Survektor, 1985

Annexe 4 : Autres questionnaires

Les questionnaires suivant ont été référencés dans la thèse de Michael CAMBOU, « Les outils d'évaluation du risque de passage à la chronicité chez le patient lombalgique : utilisation en soins primaires », 2010 :

-SIP

-RMDQ

-Mc Gill Pain Questionnaire

-Pain Self Efficacy Questionnaire

-CESD-S

-BSI : Version courte du SCL-90 R

-HADS

Le Family Environment Scale créés par Berenice S Moos et Rudolf H Moos, a un accès payant.

CHATELLIER Cécile

**LOMBALGIES, DOULEURS RACHIDIENNES ET FACTEURS
PSYCHOSOCIAUX LIES AU COUPLE ET A LA FAMILLE: Y-A-T-IL UN
LIEN? REVUE DE LITTERATURE**

RESUME

De nombreux facteurs psychosociaux (FPS) interviennent dans le passage à la chronicité de la lombalgie commune. Il est reconnu que les FPS liés au travail jouent un rôle important ; ils ont été explorés et décrits. Ceux plus intimes liés à l'environnement familial et affectif, la vie de couple, l'ont beaucoup moins été. L'objectif de cette revue originale était de rechercher et d'analyser les études concernant la lombalgie et l'environnement familial ou la vie de couple.

Une revue systématique de littérature médicale et psychologique a été réalisée à partir des bases de données : PubMed, Psycarticle et CAIRN. La qualité et les résultats des études ont ensuite été analysés.

40 articles ont été retenus sur une période de 30 ans et classés en trois sous-groupe : couple, enfance et famille. Les études étaient surtout observationnelles et transversales. Certaines étaient des enquêtes populationnelles. Un certain nombre d'entre elles ont utilisé des questionnaires reconnus sur un plan international. Il a été relevé que la relation de couple semblerait interférer sur le patient lombalgique, les difficultés dans l'enfance auraient peu d'influence sur les douleurs lombaires, enfin le contexte familial et la lombalgie interfèreraient l'un sur l'autre. Cependant toutes les pistes suggérées par les articles présentés dans ce travail demandent à être validés par d'autres études.

MOTS-CLES

Lombalgie

Couple

Douleurs rachidiennes

Enfance

Facteurs psychosociaux

Revue de littérature

Famille

FORMAT

✓ **Mémoire**

Article¹ :

A soumettre

Soumis

Accepté pour publication

publié

Suivie par :

¹ Statut au moment de la soutenance