



Fréquence et facteurs associés aux troubles anxieux et dépressifs au cours des lombalgie communes au service de rhumatologie du chu Ignace Deen

Frequency and factors associated with anxiety and depressive disorders during common low back pain in the rheumatology department of the Ignace Deen University Hospital

Kamissoko Aly Badra¹, Diallo Mamadou Lamine¹, Vahimé Mystéria Esther¹, Bah Adama¹, Traoré Facely¹, Camara Souleymane¹, Baldé Nafissatou¹, Ly Habibata¹, Condé Aboubacar Sidiki¹, Traoré Marie¹, Touré Moriba¹, Barry Abdoulaye¹, Condé Kaba¹, Oniankitan Owonayo²

¹Service de Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire Ignace Deen, Conakry (Guinée)

²Service de Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio, Lomé (Togo)

* Auteur correspondant : Kamissoko Aly Badra * : Email : drkamissoko@ymail.com

Reçu le 15 Février 2025, accepté le 20 Octobre 2025 et mise en ligne le 28 Novembre 2025

Cet article est distribué suivant les termes et les conditions de la licence CC-BY

(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.fr>)

RESUME

Objectif : Décrire le profil épidémiologique, clinique et identifier les facteurs associés aux troubles anxiodepressifs chez les patients vus pour une lombalgie commune.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude transversale de type descriptif et analytique d'une durée de 6 mois, de 01/09/22 au 28/02/23 dans le service de rhumatologie du CHU Ignace Deen de Conakry chez tous les patients souffrant de lombalgie commune et présentant des troubles anxieux et dépressifs selon le score de Hamilton. Un modèle de régression logistique a été utilisé pour identifier les facteurs de risque de troubles psychiques.

Résultats : Nous avons analysé les données de 324 patients souffrant de lombalgie commune. Les femmes prédominaient (63,2%). L'âge moyen était de 56,5 ± 15,7 ans et 48,5% étaient âgés de plus de 60 ans. Les patients présentant une situation financière dépendante représentaient 51% des cas (n=77). Au total, 47% des patients (n=151) présentaient des troubles anxieux et dépressifs. Ces troubles étaient dominés par l'anxiété psychique et l'humeur dépressive qui étaient retrouvées chez tous les patients. Parmi eux, 49 (15,1%) avaient des troubles modérés (score : 13-17 points) selon le score de Hamilton. Le risque de troubles anxiodepressifs était significativement plus important en présence d'un syndrome rachidien lombaire (OR=1,43, IC à 95% 1,74 - 2,15), chez les femmes (OR=3,22, 1,78 - 11,93), et en l'absence de surpoids ou d'obésité (OR=0,20, 0,07 - 0,57).

Conclusion : Les troubles anxieux et dépressifs sont fréquents au cours des lombalgie communes. Le risque de troubles anxiodepressifs était significativement plus important chez les femmes, en présence d'un syndrome rachidien lombaire et en l'absence de surpoids ou d'obésité.

Mots clés : *Lombalgie commune, anxiété, dépression, Afrique subsaharienne.*

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiological and clinical profile and identify factors associated with anxiety and depression in patients seen for common low back pain.

Methods: We conducted a descriptive and analytical cross-sectional study lasting six months, from 1 September 2022 to 28 February 2023, in the rheumatology department of the Ignace Deen University Hospital in Conakry, involving all patients suffering from common low back pain and presenting with anxiety and depressive disorders according to the Hamilton score. A logistic regression model was used to identify risk factors for mental disorders.

Results: We analysed data from 324 patients suffering from common low back pain. Women predominated (63.2%). The average age was 56.5 ± 15.7 years, and 48.5% were over 60 years of age. Patients in a dependent financial situation accounted for 51% of cases (n=77).

A total of 47% of patients (n=151) had anxiety and depressive disorders. These disorders were dominated by psychological anxiety and depressive mood, which were found in all patients. Among them, 49 (15.1%) had moderate disorders (score: 13-17 points) according to the Hamilton score. The risk of anxiety and depressive disorders was significantly higher in the presence of lumbar spinal syndrome ($OR=1.43$, 95% CI 1.74–2.15), in women ($OR=3.22$, 1.78 – 11.93), and in the absence of overweight or obesity ($OR=0.20$, 0.07 – 0.57).

Conclusion: Anxiety and depressive disorders are common in cases of common low back pain. The risk of anxiety and depressive disorders was significantly higher in women, in the presence of lumbar spinal syndrome, and in the absence of overweight or obesity.

Keywords: Common low back pain, anxiety, depression, sub-Saharan Africa.

1. Introduction

Les lombalgies communes constituent un problème de santé publique majeur au plan mondial du fait de sa fréquence et des troubles anxioc-dépressifs qu'elles entraînent [1]. Il a été démontré que des antécédents de lombalgie, de dépression ou d'autres mesures de détresse psychologique (anxiété) augmentent la probabilité d'aggraver les lombalgies communes [2,3]. Le poids des facteurs psychosociaux et environnementaux est plus important que les facteurs physiques et mécaniques pour le passage à la chronicité de la maladie. L'anxiété et la dépression en étant les principaux facteurs psychogènes [4]. En occident, les études réalisées sur les troubles anxieux et dépressifs au cours de la lombalgie commune ont rapporté des prévalences non négligeables allant de 18,4% à 52,2% [5-6]. En Afrique subsaharienne, peu de données sont disponibles à ce sujet. En 2012, la prévalence des troubles anxieux et dépressifs dans les lombalgies communes chroniques en Côte d'Ivoire représentait 30,7% et étaient dominés par l'anxiété (89,5%) et l'humeur dépressive (39,8%) [7]. La fréquence des lombalgies communes dans notre contexte, leur impact sur la qualité de vie des patients ont motivé le choix de ce travail. L'objectif était de décrire le profil épidémiologique et clinique des patients lombalgiques présentant des troubles anxioc-dépressifs et de déterminer quels étaient les facteurs associés à leur survenue.

2. Patients et méthode

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique d'une durée de 6 mois allant de 01 /09/22 au 28/02/23 réalisée dans le service de Rhumatologie du CHU Ignace Deen de Conakry. Ont été inclus les patients âgés de plus de 18 ans, présentant :

- Une lombalgie commune documentée, tenant compte de la définition de l'OMS c'est-à-dire absence de syndrome inflammatoire biologique et d'images de spondylite et/ou de spondylodiscite, ou de fracture vertébrale à l'imagerie.
- un trouble anxioc-dépressif retenu par l'échelle H.A.D (Hospital Anxiety and Depression scale) [8]. Ces symptômes anxioc-dépressifs ont été évalués selon l'échelle de Hamilton [9]. Le score était compris entre 10-13 pour les troubles légers ; 14-17 pour les troubles modérés ; et ≥ 18 pour les troubles sévères.

Les patients porteurs d'une autre maladie handicapante ou ayant des difficultés à répondre aux questionnaires n'ont pas été inclus. Les données saisies à partir de l'application KoboCollect ont été exportées sous forme de fichier Excel et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 21. Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux et figures. Les proportions ont été calculées pour les variables qualitatives. Les variables quantitatives ont été exprimées sous forme de médiane, de moyenne avec écart-type. Les facteurs de risque indépendants des troubles dépressifs et anxieux ont été identifiés en utilisant un modèle de régression logistique, avec l'odd ratio et son intervalle de confiance comme mesure d'association. Le seuil de significativité a été fixé à 5% ($P<0,05$).

3. Résultat

Nous avons colligé 323 patients souffrant de lombalgie commune sur 1183 patients reçus en consultation rhumatologique, soit une fréquence hospitalière de 21,4%. Parmi les 323 patients souffrant de lombalgie commune, 151 présentaient des troubles anxieux et dépressifs (46,7%). Les patients de sexe féminin prédominaient (60,9%) avec une sex-ratio de 0,6. L'âge moyen était de $56,5 \pm 15,7$ ans avec des extrêmes de 26 ans et 88 ans. Sur le plan matrimonial, les patients étaient mariés dans 69,5% des cas (n=105), divorcés dans 13,9% des cas (n= 21) et célibataire 6% des cas (n=9) (et veufs dans 10,6% des cas (n=16). Seuls 81 patients (53,6%) étaient instruits. Parmi eux, 47 patients (58,1 %) avaient un niveau secondaire et 34 patients (41,9%) avaient un niveau primaire. Les patients présentant une situation financière dépendante d'une tierce personne représentaient 51% des cas. Les commerçants suivis des ménagères étaient retrouvés respectivement dans une proportion de 37,7% et 27,2% des cas (tableau I).

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des patients souffrant de lombalgie commune avec troubles anxieux et dépressifs

	Effectif	Pourcentage (%)
Fréquence (N=1138)		
Autres pathologies rhumatismales dans le service	1183	78,5
Lombalgies communes dans le service	323	21,4
Troubles anxieux dépressifs chez les lombalgiques communes	151	46,7
Sexe (N=151)		
Féminin	92	60,9
Masculin	59	39,1
Tranches d'âge		
20-29 ans	25	15,5
30-39 ans	12	7,9
40-49 ans	19	12,5
50-59 ans	35	23,1
60-69 ans	48	37,1
≥ 70 ans	12	7,9
Statut matrimonial		
Mariés	105	69,5
Divorcés	21	13,9
Veufs	16	10,6
Célibataires	9	6,0
Niveau d'instruction		
Secondaire	66	43,7
Primaire	42	27,8
Non scolarisés	26	17,2
Supérieur	17	11,2
Statut financier		
Dépendant	77	50,9
Autonome	74	49,1
Total	151	100

Tableau II : Répartition des symptômes dépressifs selon le score d'Hamilton

	Effectif	Pourcentage (%)
Eléments sémiologique du score de Hamilton		
Humeur dépressive	151	100
Anxiété physique	151	100
Trouble du sommeil : insomnie (tôt dans la nuit), insomnie (au milieu de la nuit), insomnie (matin),	142	94,0
Préoccupation pour sa santé	151	100
Baisse de la libido	99	65,5
Retard (capacité de concentration altérée)	83	54,9
Douleur musculaire et fatigabilité	78	51,6
Perte d'appétit	76	50,3
Tension subjective et irritabilité	47	31,1
Sentiments de culpabilité	36	23,8
Suicide	15	9,9
Symptômes somatiques généraux	12	7,9
Symptômes génitaux	9	5,9
Symptômes somatiques gastro-intestinaux	7	4,6
Agitation	2	1,3
Hypochondrie	0	0
Interprétation du score de Hamilton		
10-13 : troubles légers	59	39,1
14-17 : troubles modérés	49	32,4
≥ 18 : troubles sévères	43	28,5
Total	151	100

Les patients lombalgiques présentant des troubles anxiо-dépressifs étaient principalement obèse ou en surpoids (n= 132). Les troubles anxieux et dépressifs observés étaient dominés par l'anxiété psychique et l'humeur dépressive qui étaient retrouvées chez tous les patients. Selon le score de Hamilton, 43 patients (13,2%) présentaient des troubles anxieux et dépressifs sévères (score ≥ 18 points) et 49 patients (15,1%) des troubles modérés (score : 13-17 points) (tableau II). Dans l'analyse univariée, les facteurs associés à un risque plus élevé de troubles anxiо-dépressifs étaient l'existence d'un syndrome rachidien lombaire (p=0,002), l'absence d'un surpoids (p-value = 0,001), l'évolution chronique de la lombalgie (p-value = 0,000), et le sexe du patient (p-value = 0,037). Le tableau III présente de façon plus explicite les différents facteurs associés identifiés, influençant la survenue de trouble anxiо-dépressifs (tableau III).

Tableau III : Corrélation entre troubles anxieux dépressifs (TAD), caractéristiques socio-démographiques et cliniques chez les patients souffrant de lombalgie commune

TAD	Non	Oui	OR[IC95%]	p-value
Sexe				
Femme	113(65,7%)	92(60,9%)	3,22[1,78-11,93]	0,037
Homme	59(34,3%)	59(39,1%)		
Age				
<60ans	93(54,1%)	73(48,3%)		
≥60ans	79(45,9%)	78(51,7%)	1,25[0, 81 - 1,94]	0,001
Situation matrimoniale				
Célibataire	2(1,2%)	9(81,8%)		
Divorcé(e)	28(16,3%)	16(36,4%)		
Marié(e)	133(77,3%)	105(44,1%)	2,23[1,04-9,0]	0,065
Veuf (ve)	9(5, 2%)	21(70,0%)		
Niveau d'instruction				
Ecole coranique	16(9,3%)	30(19,9%)		
Non scolarisé	12(6,1%)	24(15,9%)		
Primaire	47(27,3%)	35(23,2%)		
Secondaire	86(50%)	47(31,1%)	0,62[0,08-5,4]	0,60
Supérieur	11(7,3%)	15(9,9%)		
Situation financière				
Dépendante	99(57,5%)	77(51%)		
Autonome	73(42,5%)	74(49%)	1,30[0,84-2,02]	0,23
Installation				
Brutale	4(2,3%)	1(0,66%)		0,227
Progressive	168(97,7%)	150(99,3%)	3,57[0,39-32,30]	
Durée				
≤3 mois	172(100%)	63(41,7%)		
>3 mois	0(0%)	88(58,3%)	1,33[0,28-0,40]	0,347
IMC				
Normal	5(2,9%)	19(12,6%)		
Surpoids/Obésité	167(97,1%)	132(87,4%)	0,20[0,07-0,57]	0,001
EVA				
1-3	4(2,3%)	9(5,9%)		
4-6	73(42,4%)	93(61,6%)	1,59[0,84-2,02]	0,40
7-10	95(55,3%)	49(32,5%)		
Syndrome rachidien				
Homme	132(76,7%)	51(33,8%)	1,43[1,74-2,15]	0,002
Femme	40 (23,3%)	100(66,2%)		

4. Discussion

Véritable problème de santé publique, la lombalgie commune demeure au centre des préoccupations de l'activité des rhumatologues. Le poids des facteurs anxiо-dépressifs nous a amené à étudier le profil des patients lombalgiques présentant des troubles anxiо-dépressifs et à identifier les facteurs associés à ces troubles. Cette étude quoique pertinente a cependant quelques limites qui n'altèrent en rien la pertinence. En effet étant hospitalière, nos résultats ne peuvent être

généralisés à l'ensemble de la population guinéenne. De plus, il existe un biais informationnel lié non-respect des rendez-vous médicaux de suivi par les patients, la réticence des patients à répondre aux questions d'ordre psychologique. La fréquence hospitalière de lombalgie commune dans cette série (21,4%) était similaire à celle de Miyamoto et al. [10] au Japon en 2008 et Ndiaye et al. [11] au Sénégal en 2009 qui avaient retrouvé une prévalence respective de 20,5% et de 23%. Cette similitude pourrait s'expliquer par le fait que les lombalgies communes constituent un groupe d'affections dégénératives fréquente en consultation dans les services de rhumatologie. L'âge moyen des patients souffrant de lombalgie commune et présentant un trouble anxiodepressif était proche de celui rapporté au Nigéria par Ajiboyé et al. [12] (59,8ans). La tranche d'âge qui prédominait était concordante à celle de Ntsiba et al. [13] au Congo où cette tranche d'âge représentait 29,3%. Cette tranche d'âge correspondait à la période de la vie où la dégénérescence disco-vertébrale et la déminéralisation osseuse s'accentuent. La nette prédominance féminine également retrouvée au Togo (64,5%), au Maroc (64,8%) et au Bénin [14-17] pourrait être expliquée par le fait que les travaux de ménages et domestiques étaient essentiellement attribués aux femmes, réalisant des mouvements de flexion, ce qui imposait au rachis des contraintes physiques. Il est aussi important de souligner que la grande multiparité soumettait le rachis lombaire à rude épreuve.

Plus de la moitié des patients dépendaient financièrement d'une tierce personne. Le bas niveau d'instruction peut expliquer un faible niveau socio-économique. Fianyo et al. [14] ont rapporté que la prise en charge de la douleur lombaire avait un impact financier important tant pour l'individu que pour la société. Il se crée ainsi un cercle vicieux entretenant non seulement la douleur mais aussi les troubles anxiodepressifs. La fréquence de patients en surpoids ou obèses pourrait s'expliquer par des considérations socioculturelles. En effet, l'obésité était perçue dans notre contexte comme un signe d'aisance et de bonne santé. Ce sentiment de bien-être a coïncidé avec l'absence de troubles anxiodepressifs bien que l'obésité soit connue comme facteur de progression de lombalgie [18]. Les lombalgies communes comportaient souvent une part de souffrance psychique qui vient majorer le niveau des douleurs, expliquant la discordance entre la plainte, l'inefficacité des traitements antalgiques et le maintien d'un niveau de fonctionnement relativement élevé.

Selon l'échelle de Hamilton, la prévalence des troubles anxieux et dépressifs chez les patients lombalgiques (46,7%) était différente de celle de Joukamaa [19] au Japon (31%). Dans notre contexte, la maladie était souvent associée à des croyances mystiques ou à la sorcellerie. Ces dernières suscitaient un sentiment de peur qui pourrait justifier une accentuation des troubles anxieux et dépressifs. La stadiification des troubles anxieux et dépressifs était superposable aux données togolaises (TAD légers dans 14%, modérés dans 12% et sévères dans 13%) [20]. Les fréquences d'état dépressif et d'état anxieux retrouvées dans toute la population étudiée rejoignaient celles de Kakpovi et al. [20] qui ont retrouvé pour la dépression et l'anxiété une fréquence respective de 51,3% et de 58,6% au Togo [20]. La douleur a une composante lésionnelle et une composante émotionnelle faisant intervenir les centres limbiques responsables des réactions psychotiques telles que l'angoisse et la peur. Par analogie, les prévalences des symptômes somatiques tels que la perte d'intérêt pour les activités, les douleurs musculaires et fatigabilité, la perte d'appétit et la baisse de libido étaient globalement comparables à celles de Kakpovi et al. [20]. On en déduisait qu'aborder la dimension des facteurs psychologiques n'impliquait en aucun cas la négation de facteurs somatiques. De ce fait, les études faisaient fréquemment référence à un modèle multi causal cherchant à rendre compte de la nature complexe des lombalgies communes, et proposaient une investigation concomitante de facteurs psychologiques, sociaux, démographiques et somatiques.

Dans cette perspective, notre étude a mis en exergue quelques facteurs associés aux troubles anxieux et dépressifs dans les lombalgies communes. L'âge avancé constituait un facteur associé à la survenue de troubles anxieux et dépressifs. Rozemberg et al. [21] ont montré que les lombalgiques âgés avaient 16 fois plus de risque de faire une dépression/anxiété que les lombalgiques jeunes. Plus le patient était âgé, plus il avait tendance à penser que « sa douleur n'irait jamais mieux ». Au-delà de la lombalgie commune, le sujet âgé était particulièrement vulnérable à la dépression/anxiété pour de nombreuses raisons notamment la fragilisation liée aux pertes sociales (retraite) et affectives (veuvage, deuil, départ des enfants du foyer), la solitude et l'isolement qui en découlent souvent. Une corrélation entre le sexe féminin et les troubles anxiodepressifs a été mis en évidence. Les femmes lombalgiques avaient 3 fois plus de risque de faire une dépression/anxiété que les hommes lombalgiques. Ce même résultat a été noté dans l'étude de Blazer et al (les femmes étaient plus susceptibles de développer une dépression/anxiété) et dans celle de Magni et al. [22,23]. Certains facteurs comme une fonction sociale moins gratifiante, l'exposition à l'isolement affectif et au veuvage participaient à l'explication de cette différence entre les deux sexes. Les principaux épisodes de la vie hormonale étaient contemporains à des modifications de l'humeur : cycles menstruels, grossesses, post-partum, ménopause. La dépendance financière des patients s'était inscrit comme un facteur déterminant des troubles anxieux et dépressifs. En effet, La prise en charge de la lombalgie commune créait des impacts financiers importants tant pour l'individu que pour l'ensemble de la société : soit par l'incapacité de travail, par la consommation de médicaments ou par l'utilisation fréquente des services de santé. Le manque de revenus financiers corollaire de la situation économique, surtout en l'absence d'assistance a également été retrouvé en Côte d'Ivoire comme un facteur favorisant les troubles anxieux et dépressifs [8]. Par ailleurs, la durée de la maladie influençait fortement le taux des troubles anxieux et dépressifs. Ainsi les patients ayant une lombalgie commune de plus de trois mois présentaient une prévalence élevée de troubles anxiodepressifs. Dès lors, il se posait chez ces patients un sentiment d'incurabilité de la maladie conduisant à un avenir sombre. Plusieurs auteurs dont Cedraschi et al rapportaient que lorsque la douleur s'engageait dans la voie de la chronicisation, la sensation douloureuse tendait à céder

le pas à des variables d'ordre psychologique notamment l'anxiété et la dépression [24]. Un lien statistiquement significatif a été retrouvé entre le surpoids/obésité et les troubles anxieux dépressifs. Le surpoids/obésité est très souvent à l'origine d'une mauvaise estime de soi et d'une stigmatisation sociale pouvant générer dépression et anxiété. Il a été démontré en Suisse en 2017 par Locatelli et al que la dépression se retrouvait plus fréquemment chez les personnes obèses que chez les personnes normo-pondérales [25]. A ceci s'ajoute l'intensité de la douleur (EVA élevé 56%) qui jouait un rôle majeur dans l'apparition des troubles anxieux et dépressifs. C'est dans cette même dynamique que de nombreuses études épidémiologiques soulignaient l'importance de la comorbidité entre douleur et dépression, le risque pour un patient algique d'avoir un épisode dépressif majeur serait variable de 15 % à 54,5 % [26]. La relation causale entre douleur et dépression était bilatérale : la douleur déprimait le patient et la dépression favorisait la douleur [27]. Dans une revue de la littérature sur la comorbidité entre la douleur et la dépression, Williams et al avaient signalé que la douleur était un symptôme physique, affectant environ 65 % des patients souffrant de dépression [28]. La douleur et l'humeur dépressive étaient l'une pour l'autre un facteur déclenchant ou aggravant. Simon et al rapportaient une corrélation significative entre les indices de sévérité de la douleur et l'intensité dépressive, suggérant que l'intensité de la douleur pouvait être considérée comme un facteur de liaison entre les domaines somatique et psychologique du fait de sa nature subjective qui la rendait sujette à l'influence de divers facteurs autres que strictement physiques [29, 30].

5. Conclusion

Cette étude a permis de montrer que les troubles anxioc-dépressifs étaient fréquentes au cours des lombalgies communes au service de rhumatologie du CHU Ignace Deen. Elles constituaient une bonne illustration des intrications médico-psychosociales soulignant l'intérêt d'une approche globale. Le risque de troubles anxioc-dépressifs était significativement plus important chez les femmes, en présence d'un syndrome rachidien lombaire et en l'absence de surpoids ou d'obésité. L'anxiété et la dépression peuvent constituer des obstacles à la récupération et augmentent le risque que les lombalgies se pérennissent et que s'installe un handicap. Il y a donc lieu de faire un dépistage systématique en cas de lombalgie commune d'évolution chronique.

Faits connus

- La lombalgie constitue le premier motif de consultation en rhumatologie
- Les acteurs psychologiques et comportementaux (« drapeaux jaunes ») susceptibles d'influencer le passage vers la chronicité.
- La chronicité est la première cause de survenue des troubles anxieux et dépressifs dans les lombalgies communes

Apports

- Notre étude a permis de confirmer les caractéristiques épidémiologiques et sémiologiques des lombalgies communes.
- Dans notre étude, les troubles anxieux et dépressifs légers étaient les plus fréquents, suivis des troubles anxieux dépressifs modérés et sévères.
- L'âge supérieur à 60 ans, le sexe féminin, la dépendance financière, l'existence d'un surpoids ou d'une obésité, l'intensité de la douleur (EVA supérieure ou égale à 7), le syndrome rachidien, l'évolution chronique (supérieure à 3 mois) de la lombalgie étaient associés à la survenue des troubles anxieux et dépressifs.

Conflits d'intérêt : Aucun

- **Contribution des auteurs :** Tous les auteurs ont participé à la rédaction de cet article. La participation s'étend de l'élaboration du protocole de recherche avec la fiche d'enquête jusqu'à la correction finale du document.
- **Remerciements :** Nous remercions les maîtres qui ont accepté de donner de leur temps pour nous accompagner dans la rédaction de cet article. Nous remercions également les autorités administratives qui ont facilité ce travail et également tous les patients qui ont accepté participer à l'étude.

Références

- 1- Coudeyre E, Ratinaud MC, Coutaux A, Dernis E, Foltz V, Gibert E et al. Quels facteurs de risque de la lombalgie et de son passage à la chronicité. *Rev Rhum* 2011 ;78 :52-5.
- 2- Linton SJ, Hallden S, Nair A, Chiao IL, Wippert PM, Hoy D et al. Peut-on dépister les maux de dos problématiques ? Un questionnaire de dépistage pour prédire les résultats dans les douleurs dorsales aiguës et subaiguës. *Clin J Pain* 1998 ;14 :15-209.
- 3- Thomas E, Silman AJ, Croft PR, Papageorgiou AC, Jayson MIV, Macfarlane GJ et al. Prédire qui développe une lombalgie chronique en soins primaires : une étude prospective. *BMJ* 1999 ;318 :1662-7.
- 4- Genêt F, Lapeyre E, Schnitzler A, Hausséguy A, D'Apolito AC, Lafaye de Michaux R, Regrain E, Revel M, Poiraudieu S. Evaluation psychocomportementale dans la lombalgie chronique. *Ann Readapt Med Phys.* 2006 ;49(5) :226-33.

- 5- Braden JB, Zhang L, Fan MY, Unutzer J, Edlund MJ, Sullivan MD et al. Mental health service use by older adults: the role of chronic pain. *JAMA Psychiatry* 2008; 16:156-67.
- 6- Chazelle E, Chan-Chee C, Fouquet N, Perez B, Brunet R, Descatha A et al. Incidence et évolution de la lombalgie selon la situation de travail pendant le confinement lié à l'épidémie de Covid-19, du 17 mars au 10 mai 2020, en France métropolitaine. *Bull Epidémiol Hebd* 2020 ;26 :512-21.
- 7- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983 Jun ;67(6) :361-70.
- 8- Diomandé M, Ouattara B, Gbane-Kone M, Eti E, Kouadio FCD, Delafosse RC et al. Anxiety and Depression Disorders in Common Chronic Low Back Pain in Rheumatology in Abidjan. *Rev Tunis* 2012 ;3 :36-40.
- 9- Hamilton M. Une échelle d'évaluation de la dépression. *JNNP*. 1960 ; 23 : 56-62.
- 10- Miyamoto M, Konno S, Gembun Y, Liu X, Minami K, Ito H. Epidemiological study of low back pain and occupational risk factors among taxi drivers. *Ind Health.* 2008 ; 46 : 112-17.
- 11- Ndiaye M, Mapoure N, Dione P. Lombalgies chez le personnel roulant d'une entreprise publique de transport sénégalaise. *CAMP.* 2009 ; 4 : 1-10.
- 12- Ajiboye LO, Gbadegesin SA, Oboirien M, Alimi M, Ajiboye HO et al. Body Mass Index and severity of lumbar degenerative disc disease in adult patients using Oswestry Disability Index: any correlation? *EAOJ.* 2019 ; 2 : 57-63.
- 13- Ntsiba H, Makosso E. Lombalgie commune à propos de 200 cas dans le service de rhumatologie de CHU de Brazzaville. *Rev rhum.* 2009 ; 67 : 22-8.
- 14- Fianyo E, Agboli Y, Houzou P, Tagbor K, Djanda M, Oniankitan O et al. Prévalence et facteurs de risque de lombalgie chez le personnel soignant à Lomé (Togo). *ESJ* 2019 ; 15 : 264
- 15- Hachimi H, Lazrak F, Tahiri L, Nadji A, Boussaadani S, Nejari C et al. Evaluation psycho-comportementale pour la lombalgie chronique. *Rev rhum.* 2012 ; 78 : 1150-51.
- 16- Alagnide H, Houngbedji G, Azanmasso H, Niama Natta D, Kpadonou T. Resultats du traitement rééducatif des lombalgies suivies au CNHU-HKM de Cotonou. *J. Rech. Sci. Univ. Lomé (Togo)*, 2017 ; 19(3) : 413-22
- 17- Zomalhétö Z, Possi S, Dossou-Yovo H, Hodjigue F et al. Facteurs Associés à l'altération de la qualité de vie sexuelle chez les lombalgiques chroniques à Cotonou. *ESJ.* 2021 ; 34 : 126.
- 18- Auréal M, Coury F. Pathologies rhumatismales associées au surpoids ou à l'obésité. *MmM*, 2021, 15(5) : 455-63.
- 19- Joukamaa M. Lombalgie et facteurs psychologiques. *PSW*. 1991 ; 55 : 186-190.
- 20- Kakpovi K, Soedje KMA, Koffi-Tessio VES, Ahoble KE, Fianyo E, Houzou P et al. Anxiety and Depression Disorders in Chronic Non-Specific Low Back Pain in Lomé (Togo). *OJRA* 2017 ;7 :1-15.
- 21- Rozemberg S, Alcalay M, Duplan B, Legrand E et al. Facteurs de risques de la lombalgie: synthèse. *Rev Rhum.* 1998 ; 65 : 88–92.
- 22- Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS et al. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*. 1994 ; 151 : 979–86.
- 23- Magni G, Marchetti M, Moreschi C, Merskey H, Luchini SR. Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the National Health and Nutrition Examination. I. Epidemiologic follow-up study. *Pain* 1993; 53: 163–8.
- 24- Cedraschi C, Piguet V, Luthy C, Rentsch D, Desmeules J, Allaz A. Aspects psychologiques de la douleur chronique. *Revue rhum.* 2011 ; 78 : 70-74.
- 25- Locatelli L, Boulanouar L, Zoltan P, Golay A. Quand le poids influence la santé mentale et réciproquement. *Rev Med Suisse.* 2017 ; 13 : 555-642
- 26- Galinowski A, Loo H. Dépressions symptomatiques Troubles organiques Confrontations Psychiatriques. *RFP.* 1989 ; 4 : 87-102.
- 27- Wessely S. Eliminer la douleur de la dépression : antidépresseur à double action dans le soulagement de la douleur dans la dépression, la fibromyalgie et d'autres symptômes de douleur chronique. *JNBS.* 2004 ; 19 : 1-2.
- 28- Williams L, Jacka F, Pasco J, Dodd S, Berk M. Dépression et douleur. *Acta Neuropsychiatrica.* 2006 ; 18 : 79-87.
- 29- Simon E, Von Korff M, Piccinelli M. Une étude internationale de la relation entre les symptômes somatiques et la dépression. *NEJM.* 1999 ; 341 : 1329-35.
- 30- Turk DC, Hruschak V, Cochran G. Psychosocial predictors in the transition from acute to chronic pain. *Psychol Health Med.* 2018 ; 10 : 1151-67.