



La relation entre les symptômes de dépression et le faible taux de réadaptation des travailleurs souffrant de troubles musculo-squelettiques

Michael Sullivan, PhD
Departments of Psychology, Medicine and Neurology
School of Physical and Occupational Therapy
Canada Research Chair in Behavioural Health

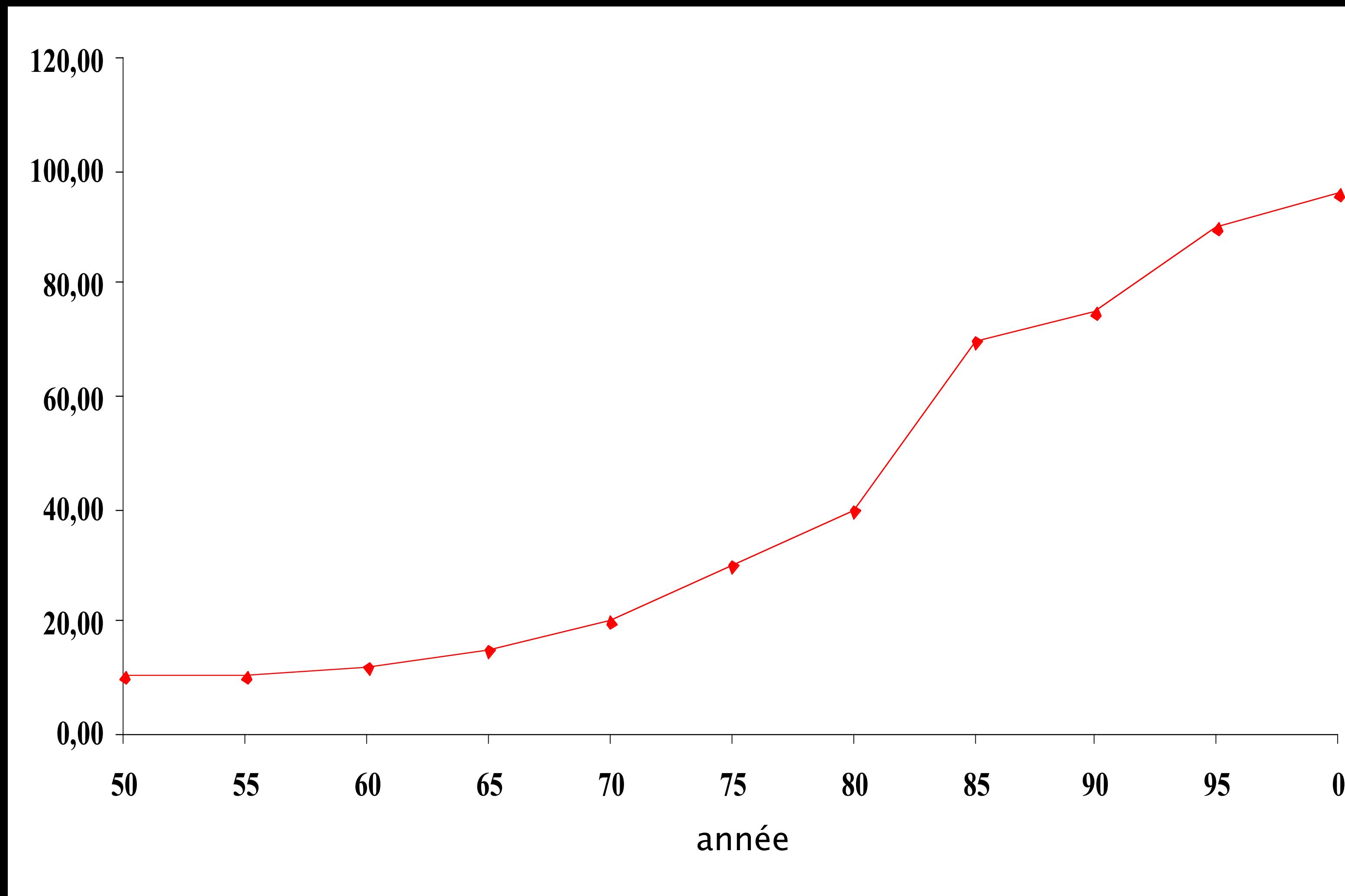


McGill

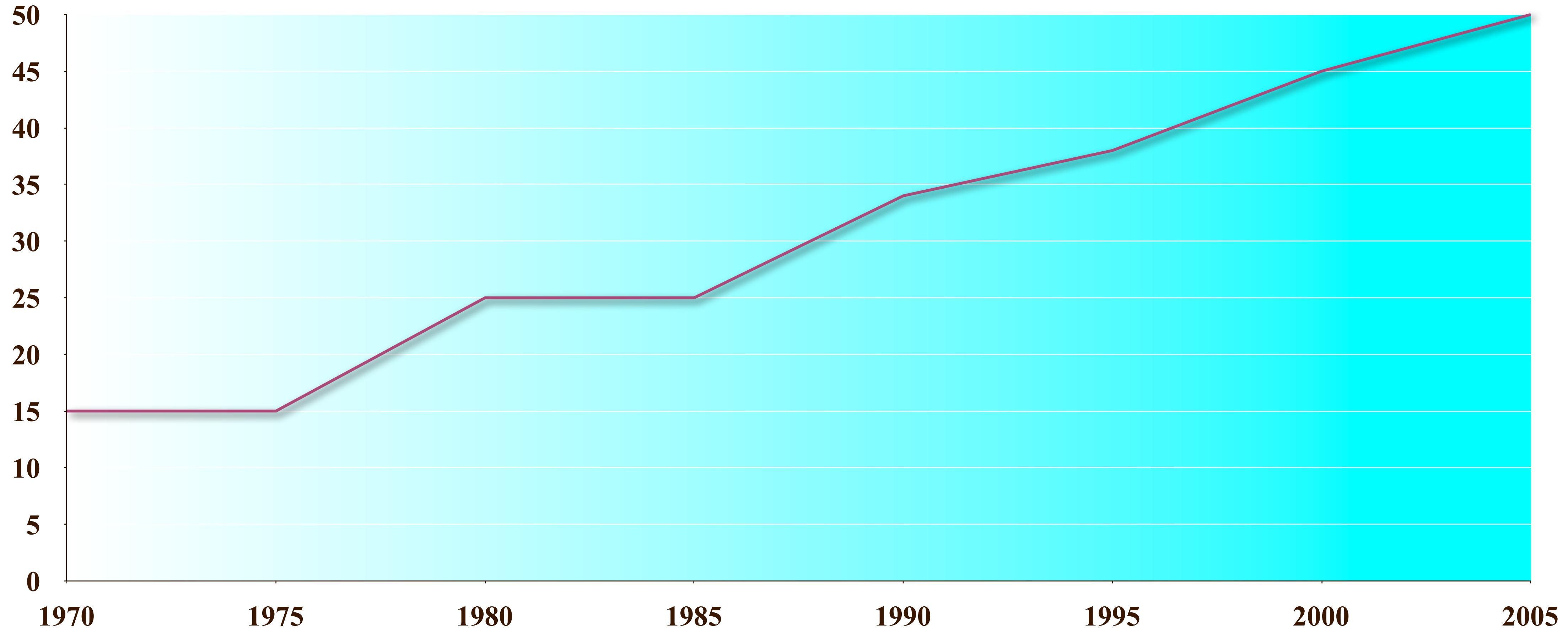


McGill

Jours de travail perdus à cause de douleurs lombaires entre 1950 et 2000



Jours de travail perdus en raison de la dépression entre 1970 et 2005



La dépression et la douleur

- Touche 20 à 50 % des individus souffrant de douleur persistante.
- 50% des dépressions ne sont pas détectées.
- La majorité des individus souffrant de douleur chronique et présentant une dépression sont sous-traités.

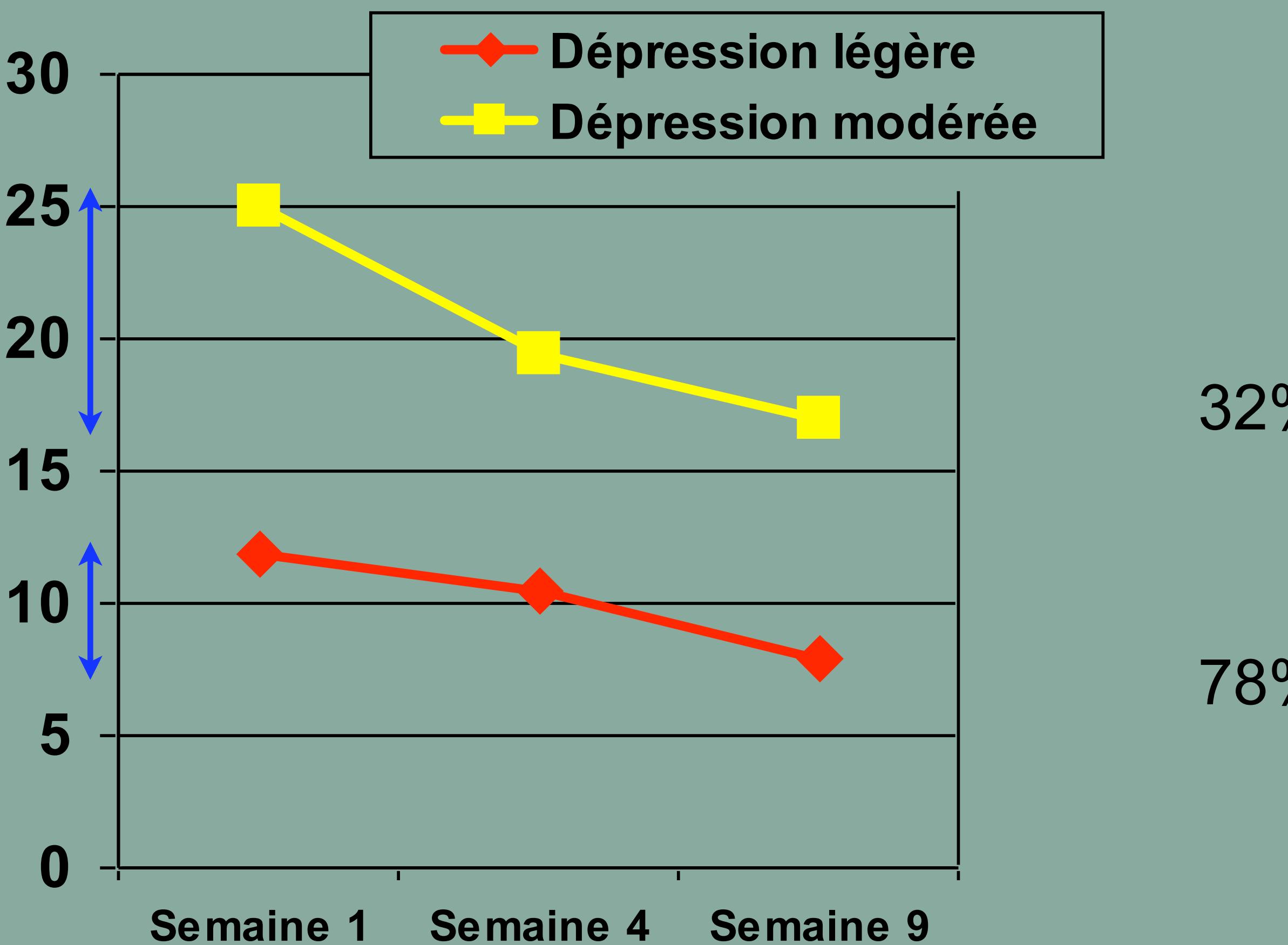
Initial Depression Severity and the Trajectory of Recovery Following Cognitive-Behavioral Intervention for Work Disability

Michael J. L. Sullivan,^{1,4} Heather Adams,¹ Pascal Thibault,¹
Marc Corbière,² and William D. Stanish³

Introduction: The present study examined the recovery trajectories of a group of mildly depressed and moderately-severely depressed injured workers enrolled in a 10-week community-based rehabilitation program. **Methods:** A sample of 168 individuals (75 women, 93 men) with a disabling musculoskeletal pain condition participated in the research. On the basis of BDI-II (1) scores at pre-treatment assessment, patients were classified as either mildly ($BDI-II = 9-16$; $N = 68$) or moderately-severely depressed ($BDI-II > 16$; $N = 100$). **Results:** Both groups showed significant reductions in depression, but individuals in the (initially) moderately-severely depressed group were more likely to score in the depressed range of the BDI-II at post-treatment than individuals who were initially mildly depressed. For the mildly depressed group, early treatment reductions in pain catastrophizing, and perceived disability predicted improvement in depression scores. For the moderately-severely depressed group, none of the early treatment changes predicted improvement in depression; only late treatment reductions in pain catastrophizing and fear of movement/re-injury predicted improvement in depression. Chi-square analysis revealed that patients who were no longer depressed at post-treatment had the highest probability of returning to work (91%), followed by (post-treatment) mildly depressed patients (60%), and finally (post-treatment) moderately-severely depressed patients (26%), $\chi^2 = 38.9$, $p < 0.001$. **Conclusion:** In order to maximize return to work potential, the content, structure and duration of rehabilitation programs requires modification as a function of the injured workers level of the depression severity.

KEY WORDS: psychosocial risk factors; work disability; musculoskeletal disorders; depression; catastrophizing; fear; return to work.

Réponse au traitement





Stage of chronicity and treatment response in patients with musculoskeletal injuries and concurrent symptoms of depression [☆]

Michael J.L. Sullivan ^{a,*}, Heather Adams ^b, Dean Tripp ^c, William D. Stanish ^d

^a Department of Psychology, McGill University, 1205 Docteur Penfield, Montreal, Que., Canada H3A 1B1

^b University Centre for Research on Pain and Disability, Halifax, NS, Canada

^c Department of Psychology, Queen's University, Kingston, Ont., Canada

^d Department of Surgery, Dalhousie University, Halifax, NS, Canada

Received 1 December 2006; received in revised form 25 May 2007; accepted 25 May 2007

Abstract

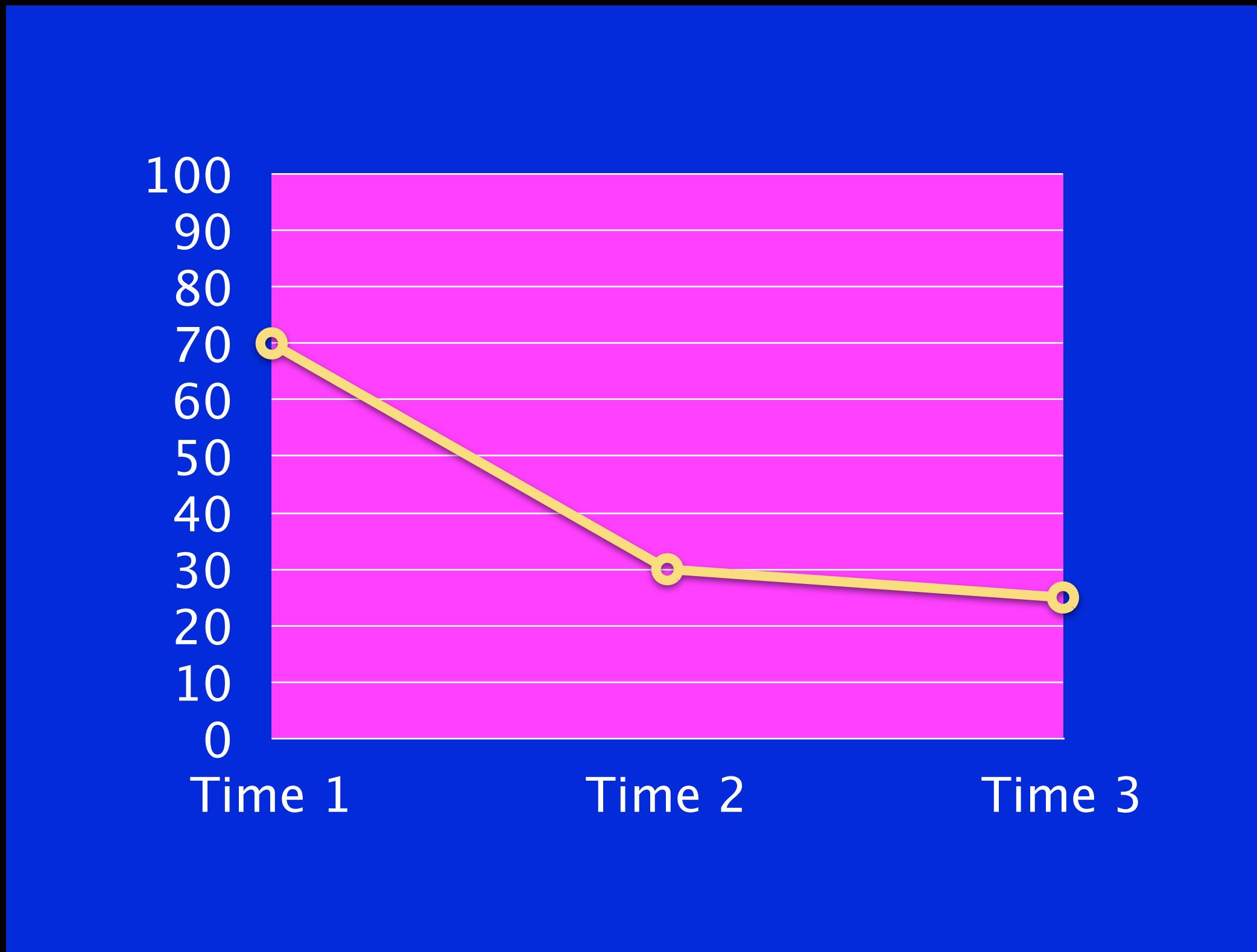
The present study examined the relation between stage of chronicity and treatment response in patients with work-related musculoskeletal conditions and concurrent depressive symptoms. Also of interest was the role of reductions in pain severity, catastrophic thinking and fear of movement/re-injury as mediators of the relation between chronicity and treatment response. A sample of 80 individuals (38 women, 42 men) with a disabling musculoskeletal pain condition and concurrent depressive symptoms participated in the research. Individuals with work absence of less than 6 months (range 12–26 weeks) were classified as early chronic ($N = 40$), and individuals with work absence greater than 6 months (range 27–52 weeks) were classified as chronic. Both groups were matched on sex, age (± 2 years) and severity of depressive symptoms. All participants were enrolled in a 10-week community-based disability management intervention. The early chronic group showed significantly greater reduction in depressive symptoms, and pain symptoms, than the chronic group. Regression analyses revealed that pain reduction, but not catastrophic thinking or fear of movement/re-injury, mediated the relation between chronicity and improvement in depressive symptoms. The results highlight the importance of early detection and treatment of depressive symptoms, given that treatment response decreases over time. The results also suggest that reductions in depressive symptoms might be a precondition to the effective reduction of pain symptoms in this population. Discussion addresses the factors that might contribute to treatment resistance as the period of disability extends over time.

© 2007 International Association for the Study of Pain. Published by Elsevier B.V. All rights reserved.

Keywords: Pain; Disability; Depression; Catastrophizing; Rehabilitation; Return to work; Musculoskeletal pain; Chronic pain; Fear of movement; Work disability

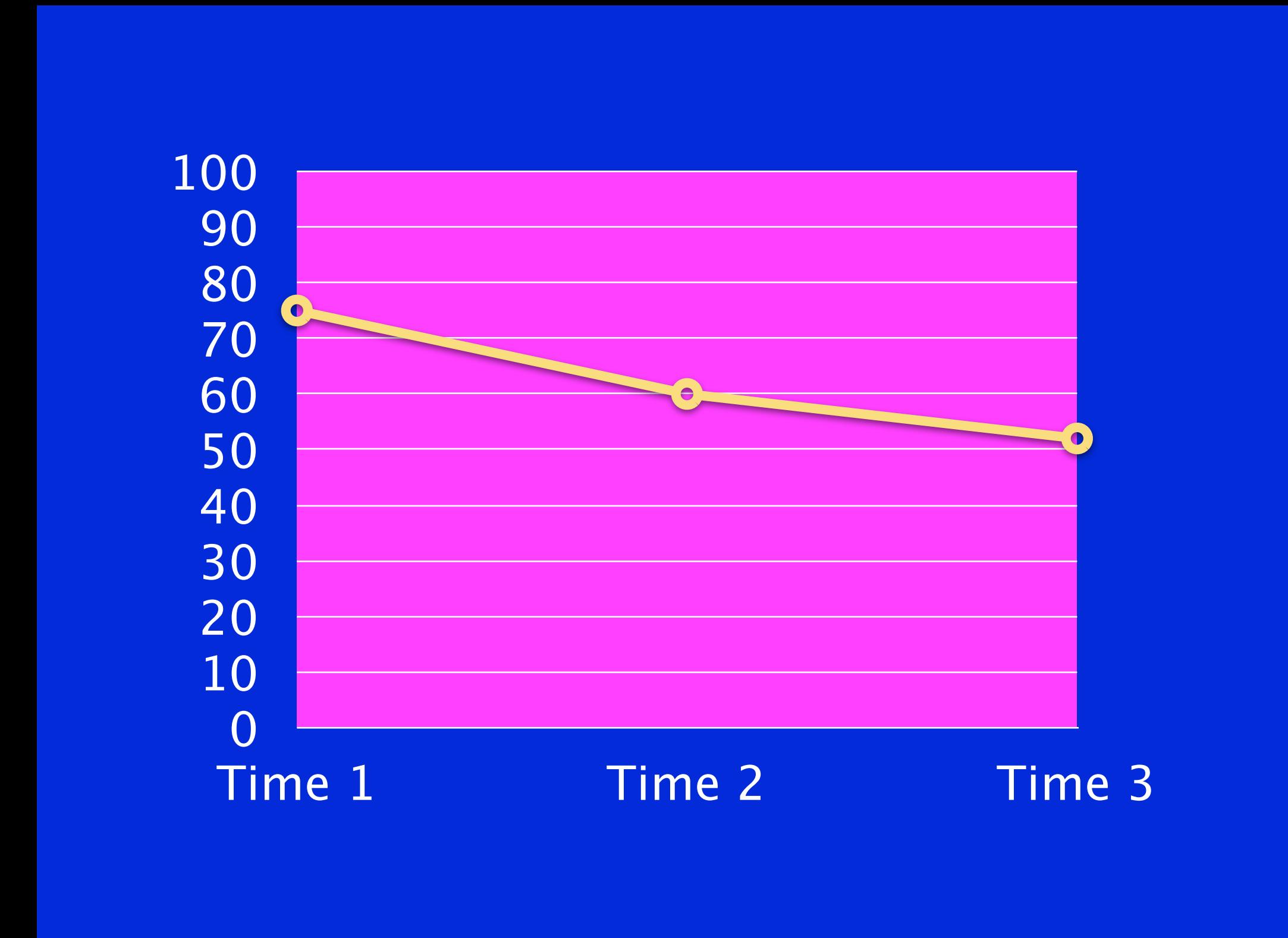
The Role of Pain Reduction in Recovery from Depression

BDI II Scores



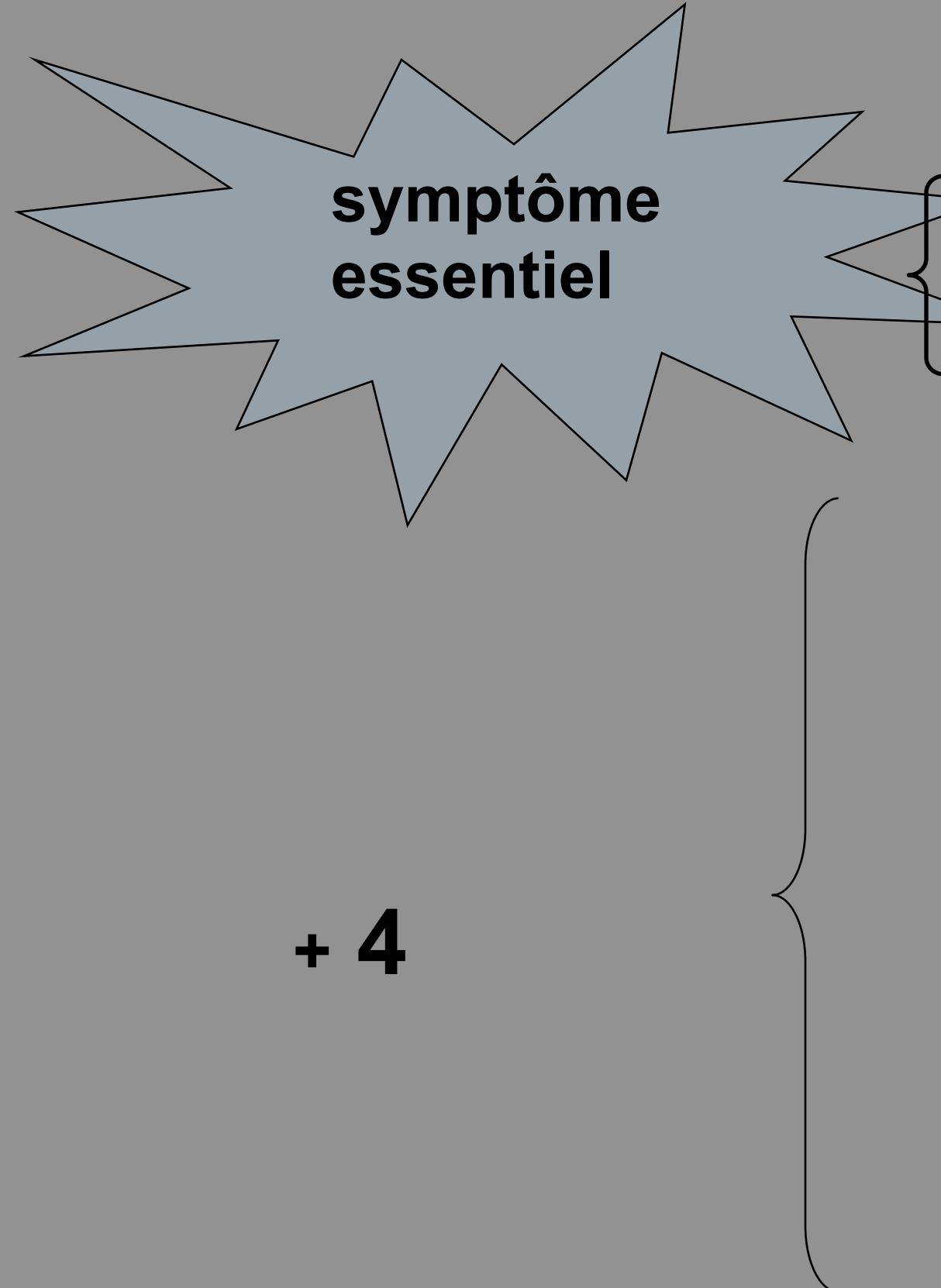
subacute

BDI II Scores



chronic

Diagnostic



- Humeur dépressive
- Perte d'intérêt
- Problème de sommeil
- Problème d'appétit
- Réduction d'énergie
- Problème psychomoteur
- Problème de concentration
- Sentiment de culpabilité
- Pensée suicidaire

Diagnostic de trouble de santé mentale
se fait seulement
par entrevue structurée par un
intervenant qui a reçu une formation en
procédure de diagnostique de santé mentale.



Date:

année / mois / jour

Nom _____

Situation de famille _____

- marié(e) vivant maritalement
 divorcé(e) veuf(ve)
 séparé(e) célibataire

Âge ____ Sexe ____ M F Profession _____ Niveau d'études _____

Consigne: Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modifications de l'appétit).

1 Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
1 Je me sens très souvent triste.
2 Je suis tout le temps triste.
3 Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'emirer.

3 Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5 Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
2 Je me sens coupable la plupart du temps.
3 Je me sens tout le temps coupable.

6 Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
1 Je sens que je pourrais être puni(e).
2 Je m'attends à être puni(e).
3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7 Sentiments négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
1 J'ai perdu confiance en moi.
2 Je suis déçu(e) par moi-même.
3 Je ne m'aime pas du tout.

8 Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
2 Je me reproche tous mes défauts.
3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9 Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
2 J'aimerais me suicider.
3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

Sous-total, page 1

Verso

10 Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
1 Je pleure plus qu'avant.
2 Je pleure pour la moindre petite chose.
3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11 Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12 Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13 Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14 Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
2 Je me sens moins valable que les autres.
3 Je sens que je ne vales absolument rien.

15 Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

Note: Ce formulaire est imprimé en noir et bleu.
Si ces deux couleurs n'apparaissent pas sur
le présent exemplaire, c'est qu'il a été photocopié
en violation des lois ayant trait aux droits d'auteur.**16 Modifications dans les habitudes de sommeil**

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
1a Je dors un peu plus que d'habitude.
1b Je dors un peu moins que d'habitude.
2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.

- 3a Je dors presque toute la journée.
3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
1 Je suis plus irritable que d'habitude.
2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
3 Je suis constamment irritable.

18 Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
3b J'ai constamment envie de manger.

19 Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Sous-total, page 2

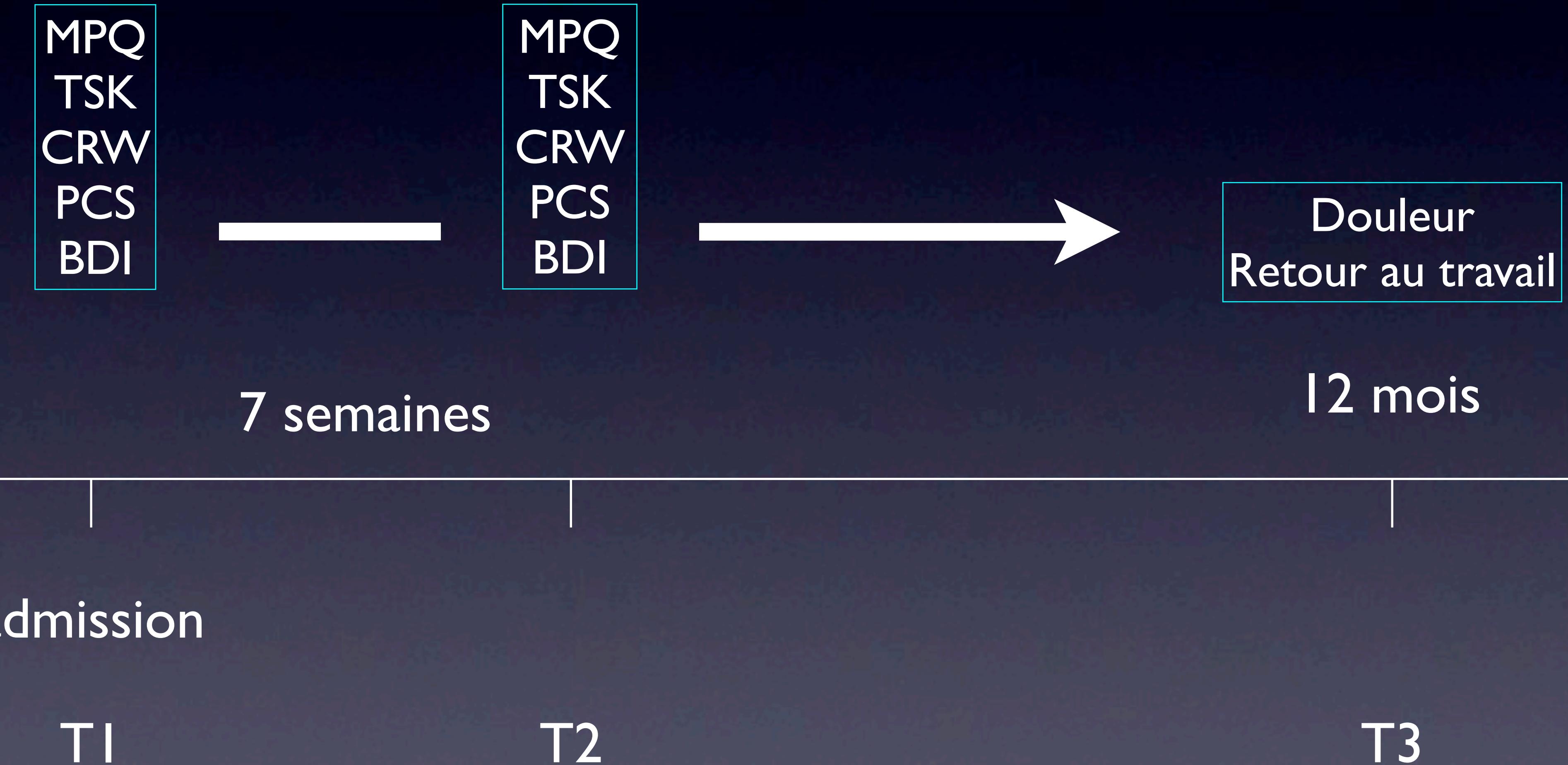
Sous-total, page 1

Score total

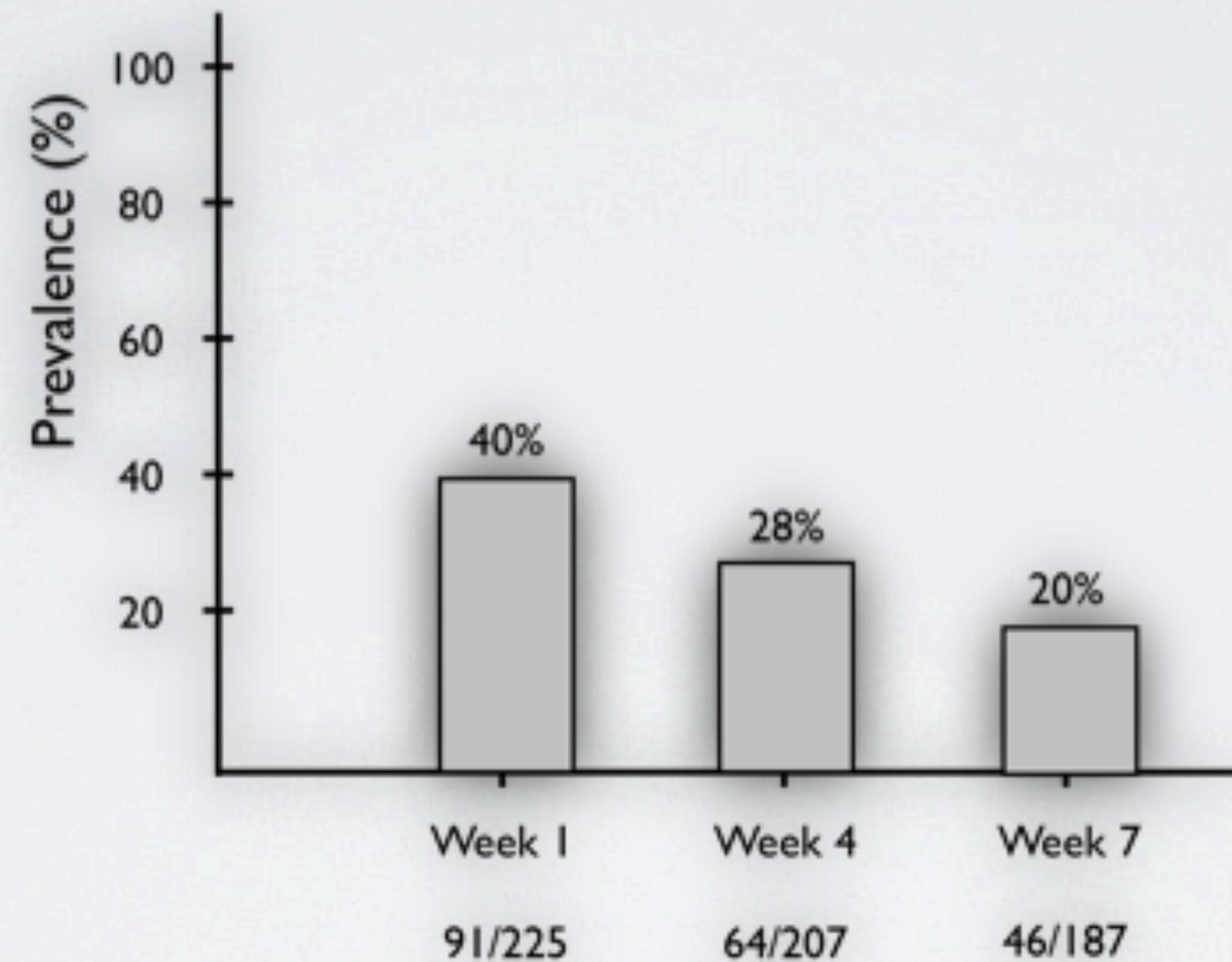
Scores ≥ 16

Supérieur au seuil clinique

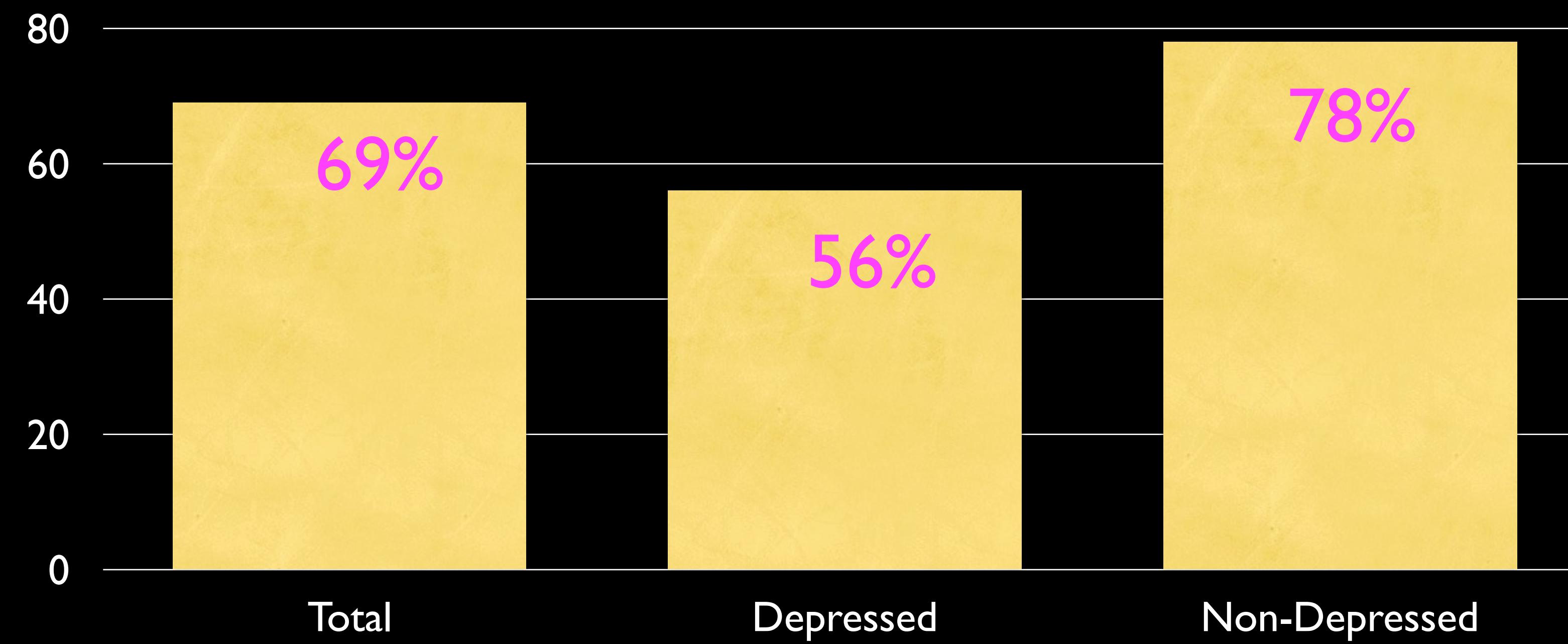
Characteristic	Not Depressed		Depressed		Total	p
	N = 134		N = 91			
Sex						
Male	59	68%	28	32%	87	
Female	75	54%	63	46%	138	.05
Age	38.2 (10.5)		35.1 (8.9)			.05
Primary Pain Site						
Back	126	94%	85	93%	211	.89
Neck	94	70%	73	80%	167	.09
Upper body	67	50%	61	67%	128	.01
Lower body	28	21%	31	34%	59	.02
Number pain sites	2.3 (.9)		2.7 (.9)			.002
Occupation						
Labor	58	43%	44	48%	102	
Health	35	26%	22	24%	57	
Food	20	15%	12	13%	32	
Transportation	8	6%	6	6%	14	
Clerical/Admin	13	10%	7	8%	20	ns



Prevalence of Depression



Depression and Return to Work



|Tableau 2 - Scores on Pre-Treatment Measure

	Not Depressed	Depressed	p
	N = 134	N = 91	
MPQ – PRI	18.1 (11.5)	27.0 (13.5)	.001
BDI-II	8.4 (4.2)	23.6 (6.7)	.001
PCS	17.6 (10.5)	27.2 (9.2)	.001
TSK	40.6 (7.7)	45.9 (7.1)	.001
PDI	24.1 (10.0)	30.2 (9.3)	.001
Expectancies- Full time employment	64.4 (32.2)	44.1 (32.8)	.001
Expectancies- Some employment	67.7 (31.9)	52.1 (33.4)	.001
Walking Distance	354.4 (141.9)	356.4 (149.1)	ns

|Tableau 5 - Multiple Regression Analysis Predicting 1-Year Follow-up Pain Severity

Dependent = Pain severity (0 – 10) at one-year follow-up

	B	R ² _{change}	F _{change}	p	r
Step 1					
Age	.05				.04
Sex	-.10				-.10
Pain duration	-.13	.03	2.1 (3, 203)	.09	-.13*
Step 2					
MPQ-PRI (Week 1)	.02	.03	7.1 (1, 202)	.01	.18**
Step 3					
BDI-II (Week 1)	.16*	.15	12.1 (3, 199)	.001	.34**
PCS (Week 1)	.28**				.40**
TSK (Week 1)	.06				.25**

Note: N = 207. For each regression, standardized beta weights are from the final regression equation. * p < .05, ** p < .01.

Tableau 6 - Logistic Regression Examining Pre-Treatment Predictors of Return to Work at 1-Year Follow-up.

Dependent variable = Return to Work (0 = no, 1 = yes)

	<u>Wald</u>	<u>OR</u>	<u>95% CI</u>
Age	1.2	.98	.94 – 1.0
Sex	2.5	1.70	.87 – 3.9
Pain Duration	.16	.97	.87 – 1.1
MPQ-PRI (Week 1)	.30	.99	.96 – 1.0
<u>BDI-II (Week 1)</u>	<u>9.0</u>	<u>1.11**</u>	1.0 – 1.1
PCS (Week 1)	2.6	1.03	.99 – 1.1
TSK (Week 1)	.96	.97	.93 – 1.0

Note: N = 207. OR = Odds ratio; 95% CI = 95th percentile confidence interval. ** p < .01.

Tableau 10 - Multiple Regression Examining Post-Treatment Predictors of Readiness to Return to Work

Dependent = Pain severity (0 – 10) at one-year follow-up

	B	R ² _{change}	F _{change}	p	r
Step 1					
Age	-.13				-.10
Sex	.05				.07
Pain duration	.10	.04	2.1 (3, 183)	.06	.11
Step 2					
MPQ-PRI (Week 3)	.01	.03	6.1 (1, 182)	.01	.18**
Step 3					
BDI-II (Week 3)	-.30**	.10	6.8 (3, 179)	.001	-.36**
PCS (Week 3)	-.11				-.29**
TSK (Week 3)	-.06				-.20**

Note: N = 187. For each regression, standardized beta weights are from the final regression equation. ** p < .01, *** p < .01.

Tableau 11 - Multiple Regression Examining Change Score Predictors of Readiness to Return to Work

Dependent = Pain severity (0 – 10) at one-year follow-up

	<u>B</u>	<u>R²_{change}</u>	<u>F_{change}</u>	<u>p</u>	<u>r</u>
Step 1					
Age	-.16				-.15
Sex	-.03				.01
Pain duration	.01	.03	.76 (3, 60)	.52	.10
Step 2					
Ch-MPQ-PRI	.01	.07	5.0 (1, 59)	.05	.31**
Step 3					
Ch-BDI-II	.36**	.17	4.3 (3, 56)	.008	.44**
Ch-PCS	.24				.40**
Ch-TSK	-.01				.26**

Note: N = 64. For each regression, standardized beta weights are from the final regression equation. ** p < .01, * p < .05.

Dépression

Implications pour la réadaptation

- Progression plus lente
- Expression d'attentes pessimistes
- Facilement découragé
- Manque de motivation
- Plus sensible au stress

Summary

- Depression as a risk factor for occupational disability following musculoskeletal injury.
- Call for greater attention to detection and intervention for depressive conditions associated with musculoskeletal injury.

Challenges

- Minimal influence of insurer on direction of treatment in the first year post-injury.
- Reluctance to refer to external sources in the management of clients receiving private sector rehabilitation services.
- Some psychological interventions might actually increase disability.

Recommendations

- More emphasis on detection of depression in primary care.
- Development of standardized protocol for the management of depression.
- Physical therapy and activity-oriented psychological intervention.

Dissemination of Results

- Publications
- Workshops with CSST Rehabilitation Counsellors on management of psychological risk factors for pain and disability.
- Incorporating depression as target of treatment in interventions to minimize disability associated with musculoskeletal conditions.

Differential predictors of the long-term levels of pain intensity, work disability, healthcare use, and medication use in a sample of workers' compensation claimants

Timothy H. Wideman, Michael J.L. Sullivan*

Department of Psychology, McGill University Montreal, Quebec, Canada

ARTICLE INFO

Article history:

Received 17 April 2010

Received in revised form 16 October 2010

Accepted 28 October 2010

Available online xxxx

Keywords:

Pain

Fear avoidance

Catastrophizing

Depression

Self-efficacy

Prospective analysis

Work disability

Healthcare use

Medication use

ABSTRACT

The fear avoidance model of pain (FAM) conceptualizes pain catastrophizing as the cognitive antecedent of pain-related fear, and pain-related fear as the emotional antecedent of depression and disability. The FAM is essentially one of mediation whereby pain-related fear becomes the process by which depression or disability ensue. However, emerging literature suggests that pain catastrophizing, pain-related fear, and depression might be at least partially distinct in their prediction of different pain-related outcomes. The primary purpose of the present study was to evaluate whether psychological factors in the FAM (pain catastrophizing, pain-related fear, and depression) differentially predict long-term pain-related outcomes. Toward this objective, we conducted a prospective study using a cohort of 202 individuals with subacute work-related musculoskeletal injuries. Participants completed a 7-week physical therapy program with a functional rehabilitation orientation. Posttreatment measures of fear of movement, pain catastrophizing, depression, and pain self-efficacy were used to predict the persistence of pain symptoms, healthcare use, medication use, and return-to-work at one-year follow-up. Results from hierarchical linear and logistic regression analyses revealed that pain catastrophizing and fear of movement act as differential predictors of long-term pain-related outcomes. Specifically, we found unique relationships between pain catastrophizing and long-term pain intensity, and fear of movement and long-term work disability. After controlling for pain intensity and FAM variables, pain self-efficacy was shown to be a unique predictor of medication use. Implications for the FAM and the clinical management of musculoskeletal pain conditions are discussed.