UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI (UAC)

LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE APPLIQUEÉ (LPA)

FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES (FASHS)

DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

(DP)

MÉMOIRE DE MASTER PROFESSIONNEL

OPTION : PSYCHOPATHOLOGIE ET PSYCHOLOGIE CLINIQUE

SUJET :

PRISE EN CHARGE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE DE LA DOULEUR CHRONIQUE À L'HÔPITAL SAINT JEAN DE DIEU DE TANGUIÉTA

Présenté et soutenu par : GBEDA Houéfa Diane Pulchérie

Directeur de mémoire
Dr. Ornheilia ZOUNON
Maître de Conférences des universités / CAMES en Psychologie DP/UAC/CAMES

Co-Directeur de mémoire
Dr. Michel M. MEHINTO
Maître-Assistant des Universités / CAMES en Psychologie Clinique et Psychopathologie

Composition du jury

Présidente :	Dr Sylvie de CHACUS (Professeur Titulaire de Psychologie)
Examinateur :	Dr Anselme DJIDONOU (Professeur Titulaire, Médecin en Psychiatrie des adultes)
1er Rapporteur :	Dr. Ornheilia ZOUNON (Maître de conférences)
2ème Rapporteur :	Dr. Michel M. MEHINTO (Maître – Assistant)
Mention :	**Très bien** **Note : 17 / 20**
Date de soutenance :	**31 / 05 / 2024**

Année académique 2023-2024

Certificat d'analyse

Date d'émission: 26/04/2024
Compte évaluateur: EDP-ECD

AUTEUR DU DOCUMENT : GBEDA Houéfa Diane Pulchérie
TITRE DU DOCUMENT : PRISE EN CHARGE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE DE LA DOULEUR CHRONIQUE À L'HÔPITAL SAINT JEAN DE DIEU DE TANGUIETA

e-Plagiat est un évaluateur certifié de prévention et de détection de plagiat intelligent et autonome basé sur l'IA

Type de document	Nombre de mots	Nombre de pages (approximatif)	Taux de plagiat
Mémoire	24250	97	6.63%

M. Pierre ROUAN

Ce document est signé électroniquement et certifié.
Le fichier constitue un original électronique de valeur probatoire, il est enregistré sous la référence suivante :

291f2241a669fb28c3304f26160ac3bd074a

SOMMAIRE

PREMIÈRE PARTIE : CADRES THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERHE 13

CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE, CONCEPTS ET MODÈLES THÉORIQUES DE RÉFERENCE 13

CHAPITRE II: CADRE DE LA RECHERCHE MÉTHODOLOGIQUE 28

DEUXIÈME PARTIE : PRISE EN CHARGE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE DE LA DOULEUR CHRONIQUE : DES RÉALITÉS DU TERRAIN 33

CHAPITRE III : ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS 33

CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RÉSULTATS, VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES ET PERSPECTIVES 56

IN MEMORIAM

- Très cher et regretté père, j'aurais voulu que tu sois là en ce jour pour me serrer dans tes bras comme tu en avais l'habitude chaque fois quand je te montrais mes résultats. Tu nous as quittés alors que j'étais en pleine session à l'université. Je pensais que tout était fini. Mais tu continues de veiller sur nous tes enfants. Même dans le silence, tu demeures ma source de motivation pour l'atteinte de mes objectifs. Que ton âme repose en paix papa chéri.
- Nous souhaitons un repos éternel à l'âme de T. Agnès, qui nous a quittés pendant la période de notre enquête.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toute l'équipe de Coordination de Master et tous les enseignants qui ont donné le meilleur d'eux-mêmes, pour nous accompagner dans notre formation.

J'adresse particulièrement mes remerciements à :

- Docteur Ornheilia ZOUNON pour avoir accepté de m'encadrer pour la réalisation de cette étude.
- Docteur Michel MEHINTO pour les multiples sacrifices consentis pour la concrétisation de mon projet professionnel. Recevez l'expression de ma gratitude.
- Membres du Jury pour leur participation et leurs apports qui me permettront de finaliser ce travail.
- Mes pensées vont également à l'endroit de mes collègues pour ces belles expériences vécues ensemble.
- Madame Amélie AKPLOGAN et la Sœur Vérénanda WOLO qui m'ont inspiré et encouragé à m'engager dans cette aventure. Avec la foi et la persévérance, l'impossible devient possible.
- Toute ma famille et à ma belle-sœur Huguette pour votre soutien indéfectible. Je vous aime bien.
- Mon très cher époux Docteur Pierre FACHEHOUN pour son soutien et pour m'avoir permis de continuer les études.
- Frère TCHAOU Meheza, Directeur de l'hôpital Saint Jean de Dieu ; le Directeur médical Docteur Renaud AHOLOU ; et toute l'équipe médicale pour la franche collaboration.
- Docteurs René GAYITO et Fawaz ADENIRAN pour leur engagement aux services des malades. Vous m'avez montré à quel point le travail en équipe dans la rigueur, la discipline, le respect mutuel peut produire de meilleurs résultats.
- Tout le personnel du service de chirurgie générale pour toutes ces expériences partagées, ainsi que tous les patients et leurs proches qui ont acceptés participer à notre travail de recherche.
- Tous mes amis et connaissances, qui de prêt ou de loin, m'ont toujours soutenu et encouragé je dis merci.

Je remercie d'une façon particulière, toutes les personnes enquêtées pour le compte de ce mémoire.

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau I : Répartition des patients selon les caractéristiques sociodémographiques.....33

Tableau II : Caractéristiques sociodémographiques des membres des familles des patients.....40

Tableau III : Caractéristiques des médecins 45

Figure 1 : Modèle biomédical d'après Bury.....20

Figure 2 : Modèle Biopsychosocial par Kalil Cadi.....22

Figure 3 : Carte du lieu de stage 29

Figure 4 : Répartition des circonstances de survenue de la douleur chronique chez les patients interrogés à l'HZSJDT en 2023. 34

Figure 5 : Répartition des sujets enquêtés en fonction des différents aspects de leur vie influencés par la douleur chronique à l'HZSJDT en 2023 35

Figure 6 : Répartition des sujets enquêtés en fonction des différentes émotions suscitées par la douleur chronique à l'HZSJDT en 2023.....36

Figure 7: Amélioration de la qualité de vie du patient.....41

Figure 8 : Spirale de la douleur.....60

Figure 9 : Fonctionnement nouveau 61

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

CIM	:	Classification Internationale des Maladies
HAS	:	Haute Autorité de la Santé
HSJD	:	Hôpital Saint Jean de Dieu
IASP	:	International Association for the Study of Pain
QdV	:	Qualité de Vie
SDC	:	Structure de Douleur Chronique
OMS		Organisation Mondiale de la Santé
TCC	:	Thérapie Cognitivo-Comportementale

RÉSUME

La douleur est une expérience qui hante la conscience humaine de par son vécu et ses répercussions sur l'individu. Elle est parfois source de détresse psychologique et peut altérer la qualité de vie d'une personne. Sa prise en charge continue d'être une préoccupation majeure au sein des professionnels de santé, parce que le traitement pharmacologique a souvent montré ses limites. Cette recherche qui s'intéresse à l'expérience de la douleur vise à analyser les effets de la psychothérapie sur la douleur chronique. L'échantillon est composé de 30 personnes, dont 14 patients, 11 personnes proches de nos patients et 4 médecins. Les enquêtés ont été identifiés et sélectionnés à partir du choix raisonné. La collecte des données s'est effectuée à travers l'observation et à l'aide des guides d'entretien élaborés en fonction de la catégorie des participants. Les résultats montrent que la prise en charge psychologique amoindrit la souffrance du patient et améliore sa qualité de vie. Elle active et renforce la résilience chez le patient qui s'adapte mieux à sa nouvelle réalité. La prise en charge complète et adéquate du patient nécessite une intégration des soins psychologiques dans le processus de soins administrés à ces patients.

Mots clés : prise en charge, psychothérapies, douleur chronique, hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguiéta

ABSTRACT

Pain is an experience that haunts the human consciousness through its lived experience and its repercussions on the individual. It is sometimes a source of psychological distress and can alter a person's quality of life. Its management continues to be a major concern among healthcare professionals, because pharmacological treatment has often shown its limitations. This research, which focuses on the experience of pain, aims to analyze the effects of psychotherapy on chronic pain. The sample is composed of 30 people including 14 patients, 11 individuals close to our patients, and 4 doctors. The respondents were identified and selected based on reasoned choice. Data collection was carried out through observation and using interview guides developed according to the participants' categories. The results show that psychological management reduces the patient's suffering and improves the quality of their life. It activates and strengthens resilience in the patient, who adapts better to their new reality. The comprehensive and adequate management of the patient requires an integration of psychological care in the care process provided to these patients.

Keywords: management, psychotherapies, chronic pain, Holy John of God Hospital in Tanguiéta

INTRODUCTION

La douleur représente une préoccupation majeure en médecine, fréquemment à l'origine de consultations médicales et d'incapacités significatives à l'échelle mondiale (Fox et *al*., 2023). C'est un phénomène complexe et subjectif qui vise principalement à alerter l'organisme sur un éventuel danger imminent (Acapo et *al*., 2017a). Chaque individu perçoit la douleur de manière unique, ce qui souligne son caractère subjectif et multidimensionnel. Dans sa conception, Acapo et *al*., (2017b), considèrent que la douleur n'affecte pas que la dimension physique du patient. Elle affecte aussi sa vie émotionnelle et sociale. Chaque individu réagit différemment à la douleur en fonction de son vécu, de ses émotions, de ses croyances et de son environnement social. La perception multidimensionnelle de la douleur, permet aux spécialistes de mieux appréhender ses retentissements et d'élaborer des outils stratégiques pour des soins holistiques. Cela implique une écoute active des patients afin de comprendre leurs expériences de la douleur, reconnaître les facteurs psychologiques et sociaux qui peuvent influencer leur perception et leur gestion de la douleur. Ainsi, comme l'affirment Conradi et Masselin-Dubois, (2019), la douleur ne peut être réellement décrite que par celui qui l'a expérimentée.

La conception biopsychosociale de la douleur permet de faire l'inventaire des acteurs qu'elle concerne et ceux qui doivent intervenir dans sa prise en charge. Ainsi, dans une perspective collaborative, ces différents acteurs interagiront efficacement pour mettre en place un protocole thérapeutique adéquat, qui prend en compte le patient selon ses spécificités et ses besoins réels. Il est évident qu'une combinaison de la prise en charge médicale et psychologique est plus adéquate pour des soins complets du patient.

Reconnaître la complexité et la subjectivité de la douleur et intégrer ses aspects physiologiques, psychologiques et sociaux dans la prise en charge permet d'offrir un soutien plus complet et plus efficace aux personnes souffrant de douleur. Cela améliore ainsi leur qualité de vie et leur bien-être général. La douleur peut passer d'un signal d'alarme utile à un fardeau persistant lorsqu'elle évolue vers un syndrome douloureux chronique (Acapo et *al*., 2017a). Les recherches indiquent que ce phénomène affecte une part significative de la population dans de nombreux pays, avec des implications majeures pour la santé publique. Dans une perspective épidémiologique, Catherine (2022) a rapporté que la douleur chronique touche 20% de français et 8 million de canadien. Elle constitue un problème santé majeure dans ces pays (Serrie et al., 2014). De plus, elle implique pour les patients un bouleversement de vie. Elle place le patient face à un défi dans toutes les dimensions de sa vie. Cela est d'autant crucial que la douleur impacte la vie physique, psychologique et sociale (Gervais, 2021).

Dans des régions comme le Bénin, la douleur est un motif fréquent de demande de soins, soulignant ainsi son importance en tant que problème de santé mondial (Alagnide et *al*., 2021).

De plus, l'évolution des connaissances sur la douleur chronique a conduit à une reconnaissance officielle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui distingue désormais la douleur chronique comme une maladie atypique. Le caractère atypique et particulier de la douleur chronique nécessite que sa prise en charge se fasse de façon spécifique avec un accent particulier mis sur tous les aspects qu'ils impacte dans la vie du patient et de son entourage. Dans une logique de prise en charge spécifique, on procède à une typologie de la douleur. On distingue ainsi, la douleur chronique et la douleur aigue à partir des manifestations et des impacts. Les approches de prise en charge sont aussi spécifiques. Cette distinction relève d'une conceptualisation plus approfondie de la complexité de la douleur (Fatio et Leroy, 2019). Cette dernière peut perdurer pendant des mois, voire des années, affectant profondément la qualité de vie du patient (Fox et *al*., 2023). Le ressenti de la douleur n'est pas que physique. Elle retentit sur la thymie, les relations sociales et professionnelles. Elle peut provoquer ou entretenir des troubles psychologiques et somatiques comme le sommeil, l'épuisement émotionnel et physique. De plus, elle peut entraîner des répercussions psychologiques, fonctionnelles et sociales importantes. Contrairement à la douleur aiguë, qui est souvent liée à une cause spécifique comme une blessure ou une maladie, la douleur chronique peut persister même en l'absence de facteurs évidents (Filaire et *al.*, 2008). Il est essentiel de reconnaître que la douleur chronique n'est pas seulement physique. Elle est également étroitement liée à l'état émotionnel et mental de la personne qui la ressent. Les répercussions peuvent être d'ordres psychologiques, fonctionnels, sociaux (Berquin, 2019). En termes de catégorisation, James (2022) a montré que la douleur chronique est une douleur d'évolution persistante. Elle dure au-delà de trois mois. Ce qui rend la douleur chronique encore plus difficile à traiter, c'est que chaque individu la ressent de manière différente. Le seuil de tolérance à la douleur varie d'une personne à l'autre, tout comme les réactions émotionnelles et mentales associées à la douleur. De plus, les expériences de vie antérieures et les facteurs psychosociaux peuvent également jouer un rôle important dans la manière dont une personne perçoit et gère sa douleur chronique. Elle peut avoir des répercussions profondes sur l'état émotionnel, mental et social d'une personne. Les patients souffrant de douleurs chroniques peuvent présenter un tableau de troubles anxieux et de la dépression. Dans ce contexte, la permanence de cette situation déplaisante peut conduire le patient à adopter une attitude de retrait social. Cet isolement peut entrainer une perturbation de la qualité de vie du patient et de son entourage. En outre, il est important de souligner que la

douleur chronique peut émerger indépendamment d'une atteinte organique décelée. Des facteurs tels que le stress chronique, les traumatismes émotionnels et les troubles mentaux peuvent tous contribuer au développement et à la persistance de la douleur chronique.

Dans l'ensemble, la douleur chronique est un problème complexe et multifactoriel qui nécessite une approche holistique pour sa prise en charge. La douleur chronique peut être profondément influencée par des facteurs émotionnels et psychologiques, souvent liés à des expériences traumatiques passées ou à des blessures émotionnelles non résolues. Dans de nombreux cas, une dimension émotionnelle chez l'individu est activée par la douleur, et cette interaction entre la douleur physique et psychologique peut créer un cercle vicieux où chaque aspect se renforce mutuellement. C'est pourquoi certains psychologues recommandent une approche thérapeutique qui permet à la personne de travailler sur les aspects émotionnels de sa douleur chronique. En identifiant et en traitant les traumatismes passés ou les schémas de pensée négatifs qui peuvent contribuer à la douleur, la personne peut progressivement améliorer sa gestion de la douleur et sa qualité de vie. La douleur chronique peut également entraîner des changements significatifs dans la vie quotidienne d'une personne. Les activités professionnelles, les loisirs et les relations sociales peuvent être gravement affectés, entraînant un sentiment de perte et de deuil pour la vie antérieure. Accepter ces limitations et développer une nouvelle identité et de nouveaux objectifs peuvent être des défis importants, nécessitant un soutien psychologique et social.

Lorsque la douleur persiste au-delà de trois mois et devient complexe à gérer, il est fréquent que les patients se retrouvent dans une errance thérapeutique, multipliant les consultations sans trouver de soulagement. Un soin holistique facilite la prise en compte de tous les besoins exprimés par le patient dans sa quête de solution à son problème. (Robert et Calvino, 2018). La gestion de la douleur doit donc être multidimensionnelle (Merrer et Cinelli, 2020).

L'accompagnement psychologique revêt donc une importance capitale dans la prise en charge de la douleur chronique. Les personnes confrontées à cette condition peuvent éprouver un large éventail d'émotions, telles que la frustration, la colère, la tristesse, voire le désespoir. Ces émotions peuvent être exacerbées par la sensation de perte de contrôle sur leur propre corps, ainsi que par l'incapacité à mener une vie quotidienne normale (Robieux et Bridou, 2022). La psychothérapie offre un espace sécurisé où les patients peuvent explorer leurs émotions complexes, et apprendre des stratégies pour faire face à la douleur chronique. Les psychologues cliniciens spécialisés dans le traitement de la douleur chronique peuvent fournir un soutien précieux en aidant les patients à identifier et à changer les schémas de pensée négatifs qui

contribuaient à leur souffrance. Ils peuvent également enseigner des techniques de relaxation, de respiration et de gestion du stress pour aider à réduire l'intensité de la douleur perçue. De plus, étant donné que la douleur est étroitement liée à l'anxiété et à la dépression, la psychothérapie peut jouer un rôle important dans la réduction de ces symptômes. En aidant les patients à gérer leur anxiété et leur humeur, les psychologues cliniciens aident à atténuer l'impact émotionnel de la douleur chronique et à améliorer la qualité de vie globale des patients. Il est également important de souligner que dans de nombreux contextes, y compris au Bénin, où les ressources en santé mentale sont insuffisantes, l'accès à des services de psychothérapie pour les personnes souffrant de douleur chronique peut être restreint. Cela montre la nécessité de sensibiliser et de former les professionnels de la santé sur l'importance de l'approche multidisciplinaire dans la prise en charge de la douleur chronique, intégrant à la fois les aspects médicaux et psychologiques dans le traitement. La gestion de la douleur chronique nécessite une approche holistique qui reconnaît l'importance de l'accompagnement psychologique. En offrant un soutien émotionnel et des outils pratiques pour faire face à la douleur, la psychothérapie peut jouer un rôle essentiel dans l'amélioration du bien-être des personnes souffrant de douleur chronique.

Cette recherche est subdivisée en deux parties. La première partie est consacrée à la présentation des cadres théoriques et méthodologiques. Dans la seconde partie, nous avons abordé les réalités du terrain relatives à la prise en charge psychothérapeutique de la douleur chronique à l'hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguiéta.

PREMIÈRE PARTIE : CADRES THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERHE

CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE, CONCEPTS ET MODÈLES THÉORIQUES DE RÉFERENCE

1.1 PROBLÉMATIQUE

1.1.1 Mise en évidence du problème et questions de recherche

La douleur est une expérience personnelle et subjective. Cette expérience peut être vécue de façon ponctuelle ou sur une longue période. Ainsi nous voyons souvent des patients se tordre de douleur à longueur de journée, pendant des semaines, des mois voire des années, bien qu'ils soient sous traitement. La douleur est en effet l'une des raisons les plus fréquentes pour lesquelles les patients consultent, surtout dans les services de chirurgie générale. Les praticiens de ces services sont souvent confrontés à des patients souffrant de douleurs chroniques qui ne répondent pas aux traitements antalgiques habituels. Dans cette perspective, la douleur chronique confronte le praticien à une singularité dans l'abord et la prise en charge du patient. Les traitements antalgiques standards peuvent se révéler inefficaces pour certains patients, ce qui nécessite une exploration approfondie des causes sous-jacentes de la douleur et l'élaboration de stratégies de gestion plus personnalisées. Cette singularité est une nécessité du fait que le patient peut être victime d'une comorbidité, pouvant complexifier le tableau clinique du patient souffrant de douleur chronique. Ce qui signifie que la prise en charge doit s'inscrire dans une approche pluridisciplinaire impliquant un jumelage des approches médicales et psychologiques. Il est donc essentiel que les praticiens de la chirurgie générale soient bien formés et sensibilisés sur la gestion holistique de la douleur chronique, afin de pouvoir offrir un soutien efficace à leurs patients et les aider à retrouver une meilleure qualité de vie.

L'une des difficultés réside dans l'écho, fortement psychopathologique, de la problématique psychosomatique (Nusbaum et *al.*, 2010). Chaque expérience de douleur est unique et subjective, reflétant les aspects les plus intimes de l'individu. La douleur chronique, en particulier, est souvent accompagnée de symptômes de dépression qui peuvent avoir un impact dévastateur sur la qualité de vie des patients. Les personnes souffrant de douleur chronique peuvent manifester un isolement social, des troubles du sommeil, une rumination mentale constante. Ces symptômes peuvent contribuer à un cercle vicieux où la douleur et la détresse psychologique se renforcent mutuellement, entraînant souvent une diminution de l'espoir en l'avenir. La douleur chronique est profondément liée à son impact psychologique. Cela souligne

l'importance de prendre en compte le volet psychologique dans la prise en charge de la douleur chronique.

Malheureusement, il est encore rare que les personnes souffrant de douleur chronique soient référées à un psychologue clinicien pour des séances de psychothérapie. Cela peut être lié à divers facteurs, notamment le manque de sensibilisation des professionnels de la santé sur l'importance de l'aspect psychologique de la douleur chronique, ainsi que les barrières d'accès aux services de santé mentale.

Le problème étant identifié comme « la douleur », donc comme un phénomène exclusivement somatique, beaucoup de médecins et la majorité des patients ne perçoivent aucun intérêt à se pencher davantage sur le fait psychique. Et quand cette démarche vient à émerger, le thérapeute rencontre de réelles difficultés à décentrer l'enjeu thérapeutique du symptôme douloureux. Même si certains médecins tiennent compte du volet psychologique dans la gestion de douleur chronique, cela demeure insuffisant. Notre vision est de rendre effective la prise en charge psychothérapeutique des patients éprouvant des douleurs chroniques. À partir de ce point de vue, la question qui se pose à nous est de savoir : quelle est l'importance de la prise en charge psychothérapeutique dans la gestion de la douleur chronique ?

1.1.2 Hypothèses

1.1.2.1 Hypothèse générale

La prise en charge psychothérapeutique améliorerait le vécu et la qualité de vie des patients souffrant de douleur chronique.

1.1.2.2 Hypothèses spécifiques

- La prise en charge psychothérapeutique pourrait contribuer au bien-être émotionnel des patients souffrant de douleur chronique.
- La participation à des séances de psychothérapie pourrait réduire le niveau d'anxiété chez les patients souffrant de douleur chronique
- L'intégration des séances de psychothérapie dans le protocole de prise en charge contribuerait à une meilleure gestion de la douleur chronique

1.1.3 Objectifs

1.1.3.1 Objectif général

Étudier la portée de la prise en charge psychothérapeutique de la douleur chronique sur le vécu des patients.

1.1.3.2 Objectifs spécifiques

- Décrire comment la prise en charge psychothérapeutique pourrait contribuer au bien-être émotionnel des patients souffrant de douleur chronique
- Expliquer comment la participation à des séances de psychothérapie pourrait réduire le niveau d'anxiété chez les patients souffrant de douleur chronique
- Montrer l'importance de l'intégration des séances de psychothérapie dans le protocole de gestion de la douleur chronique.

1.2 Clarification conceptuelle

Le concept de **douleur**, étymologiquement lié au terme latin "dolor", a été exploré sous différentes perspectives par des auteurs tels que Grisolet (2020) et Ajo et *al*, (2021). Selon Grisolet, la douleur est définie dans la 9ème édition du dictionnaire de l'Académie française comme une sensation pénible et désagréable ressentie dans une partie spécifique du corps. Cette définition met en avant le caractère subjectif et souvent débilitant de la douleur, qui peut avoir des origines diverses, telles qu'un dysfonctionnement organique ou une agression externe.

Dans le domaine médical, le Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, tel que cité par Grisolet, offre une perspective plus précise en décrivant la douleur comme une sensation pénible transmise par des récepteurs périphériques spécifiques et relayée à la moelle épinière par des fibres nerveuses spécifiques. Cette définition met en évidence les mécanismes neurobiologiques sous-jacents à la douleur, soulignant sa complexité et ses multiples composantes sensorielles, nociceptives, affectives, cognitives et comportementales.

De plus, Ajo et *al.* (2021), citant l'IASP, soulignent que la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée ou similaire à celle causée par une lésion tissulaire réelle ou potentielle. En reconnaissant la douleur comme un phénomène complexe et multidimensionnel, comprenant des éléments biologiques, sensoriels, émotionnels et cognitifs, il est devenu de plus en plus évident que sa prise en charge doit être holistique et intégrative. Les avancées dans la compréhension de la douleur ont conduit à une reconnaissance accrue de la douleur chronique comme une entité pathologique distincte, nécessitant une prise en charge appropriée et adaptée à chaque individu.

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la douleur chronique comme une condition où la douleur persiste ou réapparaît au-delà de ce qui est considéré comme habituel pour la cause initiale présumée, avec une durée de plus de trois mois, une réponse insuffisante au traitement et un affaiblissement lent des capacités et forces du patient. Nous retenons donc que la douleur chronique est une douleur persistante et évoluant de plus de trois mois.

Dans ce contexte, sa prise en charge revêt d'une grande importance. En médecine, la prise en charge indique la fourniture de soins à une personne présentant des symptômes dus à une maladie ou un accident. En psychologie clinique, on parle de prise en charge psychothérapeutique, qui consiste à utiliser des psychothérapies pour traiter une maladie mentale, une inadaptation ou un trouble psychosomatique. Cette prise en charge repose principalement sur un travail psychique, centré sur une relation d'écoute et de parole entre le thérapeute et l'individu ou le groupe d'individus concernés.

Qu'est-ce qu'une psychothérapie ?

De sa racine grecque, la psychothérapie est un traitement psychologique qui vise un amoindrissement de la souffrance morale ou psychologique du patient. Selon l'ordre des Psychologues du Québec et des auteurs tels que Carl Rogers, Albert Ellis, Sigmund Freud et d'autres, elle consiste en un traitement psychologique des troubles mentaux, des perturbations comportementales ou toute forme de détresse psychologique. Le but ultime est de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel, comportemental, son système interpersonnel, sa personnalité ou son état de santé, tout en intégrant les différentes approches théoriques et techniques développées par ces auteurs et autres professionnels du domaine.

1.3 Opérationnalisation des variables de la recherche

Hypothèses spécifiques	Objectifs spécifiques	Variables		Indicateurs
		Dépendantes	**Indépendantes**	
1) La prise en charge psychothérapeutique pourrait contribuer au bien-être émotionnel des patients souffrant de douleur chronique.	Décrire comment la prise en charge psychothérapeutique pourrait contribuer au bien-être émotionnel des patients souffrant de douleur chronique	Bien-être émotionnel du patient souffrant de douleur chronique	Prise en charge psychothérapeutique	Sexe, âge, soins personnels, sommeil, tâches quotidiennes, vie sexuelle, vie socioprofessionnelle
2) La participation à des séances de psychothérapie pourrait réduire le niveau d'anxiété chez les patients souffrant de douleur chronique	Expliquer comment la participation à des séances de psychothérapie pourrait réduire le niveau d'anxiété chez les patients souffrant de douleur chronique	Niveau d'anxiété chez le patient souffrant de douleur chronique	Les séances de psychothérapies	Isolement, rejet, perte de confiance, répercussions familiales, trouble de concentration
3) L'intégration des séances de psychothérapie dans le protocole de prise en charge contribuerait à une meilleure gestion de la douleur chronique	Montrer l'importance de l'intégration des séances de psychothérapie dans le protocole de gestion de la douleur chronique	Gestion de la douleur chronique	Intégration des séances de psychothérapie dans le protocole de gestion de la douleur chronique	Bénéficie des séances de psychothérapie, degré de satisfaction, utilité des séances de psychothérapie

1.4 Modèles théoriques de référence

1.4.1 La théorie cognitive et comportementale

L'approche cognitivo-comportementale résulte de l'intégration de deux grandes théories en psychothérapie : les approches comportementales et l'approche cognitive. L'histoire de la psychothérapie est marquée par les contributions significatives de plusieurs auteurs éminents, dont John Watson et B.F. Skinner, pionniers du behaviorisme. Cette théorie est basée sur le principe du conditionnement opérant. La thérapie comportementale met l'accent sur la modification du comportement observable.

Dans les années 1970, le modèle cognitif a émergé comme une alternative importante. Albert Ellis, avec sa théorie émotivo-rationnelle, a été l'un des premiers à mettre en avant le rôle des pensées irrationnelles dans le développement des troubles émotionnels. Par la suite, Aaron Beck et son équipe ont approfondi cette idée en développant la thérapie cognitive, qui s'est avérée efficace dans le traitement d'une variété de troubles psychiatriques. Leurs travaux ont permis de mieux comprendre les distorsions cognitives et l'importance de remplacer les pensées dysfonctionnelles par des pensées plus réalistes et adaptatives.

Ainsi, influencée par ces figures majeures, l'approche cognitivo-comportementale (TCC) considère les problèmes psychopathologiques comme des comportements appris. Cette perspective intègre à la fois les aspects cognitifs et comportementaux des troubles mentaux, soulignant l'interrelation entre les pensées, les émotions et les comportements.

En combinant les contributions de Watson, Skinner, Ellis, Beck et d'autres chercheurs, la psychothérapie contemporaine offre une gamme variée d'approches pour aider les individus à surmonter leurs difficultés psychologiques. Ces différentes approches permettent aux thérapeutes d'adapter leurs interventions en fonction des besoins spécifiques de chaque client, favorisant ainsi des résultats thérapeutiques efficaces et durables.

Donc le rôle du psychologue clinicien consiste à bien analyser et contribuer à la modification de ces habitudes dysfonctionnelles. Le cadre de vie de la personne est pris en considération dans cette approche thérapeutique. Sa démarche thérapeutique démarre par une évaluation psychologique approfondie. L'analyse des rapports entre la psychothérapie et le bien-être émotionnel se fera à la lumière de cette théorie.

1.4.2 Le modèle biomédical

Pour opérationnaliser le concept du modèle biomédical, il est primordial de commencer par clarifier le modèle de santé auquel il se rapporte. Selon Lacroix et *al.* (2019), un modèle de santé est un paradigme qui représente les phénomènes liés à la santé et à la maladie. Il comprend un ensemble de convictions, de positions, de croyances, de stratégies et de pratiques adoptées par les praticiens de la santé. Ce modèle se construit sur des observations spécifiques, des questions précises, des problèmes à résoudre et des méthodes particulières pour les aborder de manière valide. De plus, il implique une certaine manière d'interpréter les résultats obtenus dans le cadre de ces pratiques et stratégies.

Le modèle biomédical, dominant depuis le milieu du XIXe siècle, se concentre principalement sur les aspects physiologiques et biologiques de la santé et de la maladie. Comme le soulignent Foucault (1976) et Illich (1976), il considère la maladie comme une perturbation dans le fonctionnement normal du corps, souvent attribuée à des facteurs biologiques tels que des agents pathogènes ou des dysfonctionnements des organes et des systèmes. Dans ce modèle, la santé est principalement définie comme l'absence de maladie ou de dysfonctionnement physique. En pratique médicale, le modèle biomédical guide les interventions en mettant l'accent sur le diagnostic et le traitement des maladies à travers des approches médicales, chirurgicales et pharmacologiques, comme le soulignent Charon (2006) et Engel (1977). Il repose également sur des concepts tels que la causalité linéaire, où une maladie est souvent attribuée à une cause spécifique et identifiable, ainsi que sur le dualisme corps-esprit, qui sépare le physique du mental.

En résumé, le modèle biomédical représente une approche spécifique de la santé et de la maladie, centrée sur les aspects biologiques et physiologiques. Il exerce une influence significative sur les pratiques médicales contemporaines, tout en suscitant des débats sur sa pertinence et ses limitations dans la compréhension et le traitement holistique de la santé humaine, comme discuté par Nordenfelt (2007) et Engel (1980).

Le modèle biomédical en médecine, tel que décrit par Engel et ses collaborateurs (1960), a longtemps été le pilier des pratiques médicales, mettant en avant une approche essentiellement basée sur les aspects physiologiques et biologiques des maladies. Cette approche, efficace pour diagnostiquer et traiter les affections aiguës, a contribué à des avancées significatives dans le domaine médical en permettant une identification rapide des maladies et en proposant des traitements ciblés. Cependant, sa focalisation sur les aspects biologiques limite parfois sa capacité à prendre en compte d'autres dimensions de la santé, telles que les facteurs sociaux, psychologiques et environnementaux, qui jouent un rôle essentiel dans la survenue et la gestion

des maladies. En effet, comme l'ont souligné Engel et *al.* (1977), les maladies chroniques, telles que les douleurs persistantes, ne peuvent souvent pas être complètement expliquées par des facteurs biologiques seuls. Elles peuvent être influencées par des éléments psychosociaux tels que le stress, l'anxiété, les relations interpersonnelles ou les conditions socio-économiques. Par conséquent, une approche uniquement biomédicale peut ne pas être suffisante pour traiter efficacement ces affections. C'est là que l'intégration des psychothérapies dans les protocoles de prise en charge devient primordiale. Comme le suggère Rakem (2022), les psychothérapies offrent un cadre pour explorer et traiter les dimensions psychologiques et émotionnelles des maladies, en aidant les patients à faire face au stress, à développer des stratégies de gestion de la douleur et à améliorer leur qualité de vie. En incluant ces interventions dans les plans de traitement, on adopte une approche plus holistique de la santé, prenant en compte l'ensemble des besoins et des aspects de la personne plutôt que de se limiter uniquement aux symptômes physiques.

Ainsi, la référence à la troisième hypothèse suggère une reconnaissance croissante de l'importance des approches intégratives en médecine, où les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de la santé sont considérés de manière complémentaire pour une prise en charge plus efficace et centrée sur le patient.

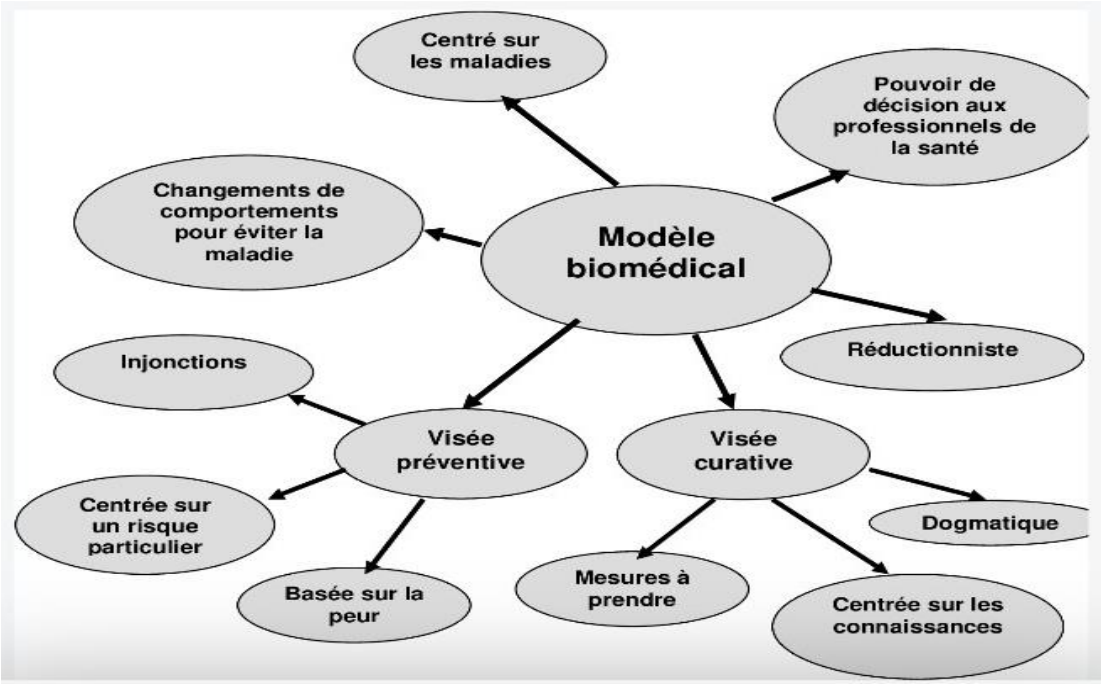


Figure 1 : Modèle biomédical d'après Bury

Source : Modèle biomédical d'après Bury, 1988 et Durant, 1996

1.4.3 Le modèle biopsychosocial

Le modèle biopsychosocial, conceptualisé dans les années 1980 par le médecin psychanalyste Georges Libman Engel, représente une évolution significative par rapport aux approches antérieures en matière de santé. Contrairement au modèle biomédical, qui se limitait à considérer les aspects purement physiologiques, ce modèle plus complet intègre les dimensions biologiques, psychologiques et sociales dans la compréhension de la santé humaine. Engel soutient que ces différents facteurs agissent de manière interdépendante pour influencer la santé et la maladie. En plaçant l'humain au cœur de son approche, Engel cherche à lutter contre la déshumanisation de la médecine et à reconnaître la complexité de l'expérience humaine en matière de santé et de maladie. Cette approche holistique de la santé reconnaît que le patient est bien plus qu'un simple corps souffrant. Il est plutôt un être complexe, composé à la fois de corps et d'esprit, en interaction constante avec son environnement. Pour cela, le professionnel de la santé, en tant que partie intégrante de cet environnement, exerce une influence sur la santé du patient à travers ses interactions et son soutien.

Au regard de l'importance des retentissements de la douleur chronique, il est nécessaire que la prise en charge s'inscrive dans une logique multidimensionnelle. Comme l'ont souligné Deshayes et ses collaborateurs (2021), la douleur chronique est souvent le résultat d'une combinaison complexe de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Par conséquent, une prise en charge efficace de ces patients nécessite une compréhension approfondie de ces multiples dimensions et une intervention coordonnée impliquant différents professionnels de la santé.

Le modèle biopsychosocial offre un cadre conceptuel plus complet et inclusif pour la compréhension et la prise en charge des patients, reconnaissant la nature complexe et interconnectée de la santé et de la maladie. Il est à la fois théorique et clinique. Sur le plan théorique, il reconnaît que l'être humain est influencé par un ensemble complexe de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, qui interagissent de manière simultanée pour maintenir la santé ou contribuer au développement des maladies. Bien que ces trois catégories de déterminants de la santé soient toutes considérées comme importantes, leur poids relatif peut varier. En pratique clinique, l'approche biopsychosociale exige que les professionnels de santé élargissent leurs perspectives et encouragent la participation active des patients dans leur prise en charge. Cette approche reconnaît que la santé et la maladie sont influencées par des facteurs multiples et interconnectés, et donc la prise en charge doit être holistique, prenant en compte les aspects physiologiques, psychologiques et sociaux de la maladie.

Berquin (2010) souligne que bien que le modèle biopsychosocial présente certaines limites, telles que la difficulté à quantifier les valeurs subjectives et le risque de réductionnisme, il est largement accepté comme étant l'approche la plus efficace pour la prise en charge des douleurs chroniques. Cette approche reconnaît la complexité de la douleur chronique et la nécessité d'une intervention multidisciplinaire qui tienne compte des aspects physiologiques, psychologiques et sociaux de la douleur.

L'approche biopsychosociale facilite une analyse et une compréhension approfondie de la douleur chronique. Son adaptation pour analyser les hypothèses spécifiques retenues dans notre étude permet une approche complète et holistique de la recherche et de la pratique médicale.

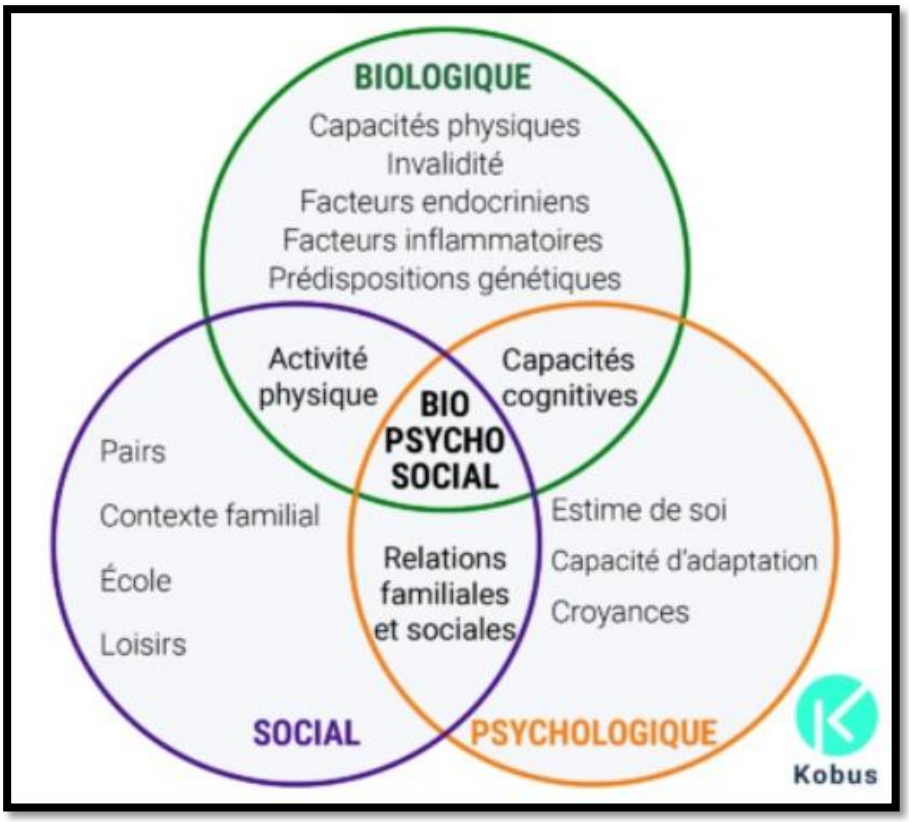


Figure 2 : Modèle Biopsychosocial par Kalil Cadi

Source : Modèle Biopsychosocial par Kalil Cadi / oct 7, 2020

1.5 Revue de la littérature

1.5.1 Évolution des théories de la douleur

La douleur, phénomène complexe et omniprésent dans la pratique médicale, a été l'objet d'études et de théories variées à travers les âges. Cette revue de littérature vise à explorer l'évolution des théories de la douleur, en mettant en lumière les contributions clés de différents chercheurs et les avancées majeures dans notre compréhension de ce phénomène.

- Von Frey (1895) et la théorie de la spécificité.

A travers sa théorie, Von Frey admet que le corps est un système dont les différentes composantes sont en interaction permanente. Le fonctionnement du système est dépendant de l'état, de la qualité et du fonctionnement de chaque élément pris isolement. Dans son mécanisme physiologique, la douleur associe les neurorécepteurs nociceptifs et les centres nerveux supérieurs. Cette approche soulève cependant des questions quant à la perception de la douleur en lien avec d'autres sensations et stimuli.

- Théorie des patterns (Gold Schneider, 1920)

Face aux limites de la théorie de la spécificité, Gold Schneider propose la théorie des patterns, suggérant que les récepteurs de la douleur partagent les mêmes voies que ceux responsables d'autres modalités sensorielles.

- Modèle biopsychosocial de la douleur

La théorie de la neuromatrice s'inscrit pleinement dans un concept plus large. Le modèle biopsychosocial de la douleur reconnaît l'interaction entre les facteurs neurophysiologiques, psychologiques et sociaux dans la perception de la douleur. Cette approche multidimensionnelle offre une compréhension plus complète de la douleur et de son impact sur les individus.

L'évolution des théories de la douleur reflète une progression vers une compréhension plus holistique et intégrative de ce phénomène complexe. De la théorie de la spécificité à celle de la neuromatrice, en passant par la théorie du portillon, chaque avancée a contribué à enrichir notre vision de la douleur et à améliorer sa prise en charge clinique.

1.5.2 Interactions entre la douleur chronique, l'anxiété et la dépression

La douleur chronique est un problème de santé complexe qui peut avoir des répercussions profondes sur la vie des patients. Cette revue de littérature vise à explorer les liens entre la douleur chronique, l'anxiété et la dépression, en mettant en lumière les facteurs émotionnels et psychologiques qui influent sur la perception et la gestion de la douleur.

Douleur chronique et troubles psychoaffectifs : les patients douloureux chroniques éprouvent des troubles anxieux et dépressifs. Les états dépressifs sont fréquemment associés à la douleur chronique, avec une prévalence importante dans les études cliniques. Les troubles anxieux peuvent entretenir ou aggraver par effet boule de neige les troubles somatiques. Ils peuvent également avoir des effets sur la perception de la douleur qui par conséquent potentialise la détresse psychologique du patient. (Serrie et *al*, 2014).

Concept de "spectre d'expression de la dépression" : Le concept de "spectre d'expression de la dépression" met en lumière la manière dont la douleur chronique peut être un canal d'expression corporelle de la détresse émotionnelle associée à la dépression. Les patients peuvent exprimer leur détresse émotionnelle à travers la douleur, ce qui rend la gestion de la douleur encore plus complexe. (Serrie et *al*, 2014)

Implications cliniques : En pratique clinique, il est essentiel de reconnaître et de traiter les troubles affectifs chez les patients souffrant de douleur chronique. Le "catastrophisme" et le sentiment d'injustice sont des concepts importants à considérer lors de l'évaluation et de la gestion de la douleur chez ces patients. Une approche intégrée prenant en compte les aspects émotionnels de la douleur est nécessaire pour améliorer les résultats cliniques et la qualité de vie des patients. (Serrie et *al*, 2014)

La douleur chronique, l'anxiété et la dépression sont étroitement liées et interagissent de manière complexe. Une compréhension approfondie de ces interactions est essentielle pour une prise en charge efficace des patients souffrant de douleur chronique. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux cerner ces liens et développer des interventions thérapeutiques ciblées pour améliorer la qualité de vie des patients.

1.5.3 Répercussions de la douleur chronique sur le vécu du patient

Comprendre les mécanismes sous-jacents, les conséquences et les approches de prise en charge de la douleur chronique est indispensable pour améliorer la qualité de vie des patients.

La douleur chronique peut résulter de diverses conditions médicales, telles que les lésions tissulaires, les troubles neurologiques ou les maladies chroniques. Les mécanismes de la douleur chronique impliquent souvent une sensibilisation des voies de la douleur, des altérations neurochimiques dans le système nerveux central et des interactions complexes entre les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.

Elle peut entraîner une détresse émotionnelle, perturber le sommeil, limiter la fonction physique et interférer avec les activités quotidiennes. De plus, elle peut altérer les relations interpersonnelles, conduire à un isolement social et avoir des répercussions sur la santé mentale.

L'éducation du patient et l'autogestion de la douleur sont également des composantes essentielles de la prise en charge.

Malgré les progrès réalisés dans la prise en charge de la douleur chronique, de nombreux défis restent à relever. Il s'agit du stigmate associé à la douleur chronique, les disparités d'accès aux soins, et la nécessité de développer des interventions plus efficaces et mieux adaptées aux besoins individuels des patients. Des recherches futures sont nécessaires pour mieux comprendre les mécanismes de la douleur chronique, identifier de nouveaux traitements et améliorer les stratégies de prévention.

1.5.4 Approches multidimensionnelles de la douleur chronique

La douleur chronique, un problème de santé complexe et préoccupant, nécessite une approche holistique pour une prise en charge efficace. Dans cette synthèse, nous explorerons les travaux récents de chercheurs tels que Treede, Conradi, Clauw, Ferragut, Laroche et Adjien qui ont contribué à une meilleure compréhension de la douleur chronique et à l'identification de stratégies thérapeutiques innovantes.

Treede et ses collègues ont identifié deux principaux types de douleur chronique : primaire et secondaire. La douleur est dite primaire lorsqu'elle est d'origine vague. Cette forme de douleur n'a pas une cause clairement décelée ou diagnostiquée. En revanche, la douleur secondaire est liée à d'autres affections sous-jacentes, mais peut persister même après le traitement réussi de la cause initiale (Treede et *al*, 2019). Selon eux, la dimension somatique est liée à des mécanismes neurologiques et biochimiques, tandis que la dimension psychologique implique des aspects émotionnels tels que le stress, l'anxiété et la dépression. Il faut reconnaître que cette interaction peut entraîner un cercle vicieux, où le stress et les émotions négatives amplifient et maintiennent la douleur.

Conradi et Miller ont souligné l'importance de la dimension psychologique dans l'expérience de la douleur chronique. L'anxiété, le stress et la dépression peuvent aggraver la perception de la douleur, entraînant un cercle vicieux où la douleur conduit à un retrait social et une diminution des activités, ce qui à son tour aggrave cette douleur (Conradi et Miller, 2020).

Clauw et *al* (2016), en examinant les approches thérapeutiques de la douleur chronique, ont mis en évidence l'efficacité de médicaments tels que l'acétaminophène et les anti-inflammatoires, ainsi que des interventions non pharmacologiques comme l'éducation, l'exercice physique et la thérapie cognitivo-comportementale (Clauw et *al*, 2016).

Ferragut a, quant à lui, étudié les implications psychologiques de la douleur chronique. Il a proposé des approches thérapeutiques spécifiques adaptées aux différentes psychopathologies présentées par les patients. Il met également en évidence l'importance de la prise en charge des situations d'impasse et de la dépendance médicamenteuse (Ferragut, 2002).

Laroche a souligné l'importance de considérer les aspects socioculturels dans la prise en charge de la douleur chronique. Il met en évidence l'efficacité des Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC) dans la gestion de la douleur chronique, en mettant l'accent sur l'individualisation de la prise en charge et l'implication active des patients (Laroche, 2014).

1.5.5 Prise en charge psychothérapeutique de la douleur chronique

Johnson (2018), qui se concentre sur le biofeedback et la relaxation, met en avant l'importance de ces techniques pour aider les patients à développer des compétences d'autorégulation. Il souligne que le biofeedback et la relaxation peuvent réduire la sensibilité à la douleur et favoriser une meilleure adaptation psychologique à celle-ci.

Le travail de Chen et son équipe (2019) s'est concentré sur l'utilisation de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour traiter la douleur chronique. Leur approche consiste à aider les patients à identifier et à changer les schémas de pensée négatifs qui peuvent amplifier la perception de la douleur. Ils soulignent que la TCC vise également à enseigner des techniques de relaxation et des stratégies d'adaptation pour aider les patients à mieux gérer leur douleur au quotidien.

Les recherches de Thompson et son équipe (2016) ont exploré les avantages du biofeedback dans la gestion de la douleur chronique. Ils ont développé des programmes de biofeedback qui permettent aux patients de surveiller et de modifier leurs réponses physiologiques à la douleur,

telles que la fréquence cardiaque et la tension musculaire. Leur approche met l'accent sur l'autorégulation et l'autonomisation des patients dans la gestion de leur douleur.

Adams (2017), spécialiste de la TCC, insiste sur l'importance de cette approche pour aider les patients à trouver des pensées alternatives en substitution aux pensées dysfonctionnelles et négatives. Elle souligne que la TCC offre des outils concrets pour gérer la douleur au quotidien et améliorer la qualité de vie des patients.

Nguyen et *al*. (2020) se sont penchés sur l'efficacité de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) pour aider les patients souffrant de douleur chronique. Leur approche repose sur l'idée que résister à la douleur peut aggraver la détresse émotionnelle des patients. Martinez et son équipe (2018) se sont concentrés sur l'utilisation de la thérapie interpersonnelle pour aider les patients à gérer leur douleur chronique.

Kim et *al.* (2022) se sont intéressés à l'efficacité de la méditation de pleine conscience dans la gestion de la douleur chronique. Leur approche consiste à aider les patients à cultiver une attitude de non-jugement et de compassion envers leur douleur. Ils soulignent que la méditation de pleine conscience peut aider les patients à développer une relation plus détendue avec leur douleur, ce qui peut réduire leur souffrance émotionnelle et améliorer leur qualité de vie.

En combinant ces différentes approches, les chercheurs contribuent à enrichir notre compréhension de la manière dont la psychothérapie peut être utilisée de manière efficace dans la prise en charge de la douleur chronique, en mettant l'accent sur l'importance d'adapter les traitements aux besoins individuels des patients.

CHAPITRE II: CADRE DE LA RECHERCHE MÉTHODOLOGIQUE

1.6 Présentation du cadre d'étude

L'Hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguiéta, tant espéré par les missionnaires et les habitants de la région sous l'administration de Mgr CHOPARD puis de Mgr Patient REDOIS, a été édifié entre 1968 et 1970 par les Frères de l'Ordre Hospitalier de Saint Jean de Dieu de la Province Lombardo-Veneta de Milan (Italie). Ouvert le 29 juin 1970 avec seulement 82 lits, cet établissement a rapidement vu affluer un nombre croissant de patients, nécessitant ainsi son agrandissement progressif et l'amélioration de ses équipements médicaux.

Reconnu par l'État béninois dès 1967 par le décret N°179/PR/MFAEP/D.D, exonérant l'hôpital des droits de douane et des taxes pour les matériaux de construction et d'équipement, il a par la suite été officiellement reconnu comme Hôpital de Zone en 1998 par Arrêté Ministériel N°6022/MSP/DC/SGM/CADZS. Cet établissement est ainsi devenu le principal centre de référence pour les formations sanitaires périphériques de la Zone Sanitaire de Tanguiéta, Matéri Cobly, couvrant une population estimée à 304 267 habitants en 2019.

Situé à 60 km de la frontière du Burkina Faso et à 120 km de celle du Togo, l'Hôpital de Zone de Tanguiéta est devenu au fil des années l'hôpital de choix pour les populations de ces pays voisins, lui conférant une dimension régionale. Outre ses activités médicales courantes, il est spécialisé dans la prise en charge des fistules obstétricales, de la chirurgie plastique, de la neurochirurgie, de la chirurgie orthopédique, de l'ophtalmologie, de l'ozonothérapie, etc.

L'hôpital est également un centre de formation pratique reconnu dans divers domaines médicaux, accueillant des étudiants nationaux et internationaux tout au long de l'année. En tant que membre fondateur de l'Association des Œuvres Médicales privées Confessionnelles Associatives et Sociales (AMCES) et de la Commission Catholique Nationale de la Santé (CCNS), il s'inscrit dans une démarche d'engagement communautaire et de soutien aux initiatives médicales confessionnelles. La gestion de l'établissement, fondé par les Frères de l'Ordre Hospitalier Saint Jean de Dieu, est assurée en collaboration avec des laïcs, perpétuant ainsi sa mission médicale et humanitaire.

On distingue deux catégories de services au sein de cet hôpital à savoir : les services administratifs et financiers, et les services médicotechniques. Ces derniers regroupent les services suivants : Pédiatrie, Néonatologie, Centre de nutrition thérapeutique, Chirurgie pédiatrique, Chirurgie générale, Médecine générale, Gynéco-obstétrique, Urgences, Bloc opératoire, Ophtalmologie, Stomatologie, Laboratoire d'analyse bio médicale, Radiologie, Kinésithérapie, Orthopédie, Ozonothérapie, Dépôt pharmaceutique, Pharmacie vente,

Laboratoire de phytothérapie, Division technique et de maintenance, Cuisine, Hôtellerie, Campement, Service social, Service de prise en charge psychologique, ORL, Gastro-entérologie, Neurochirurgie. Aujourd'hui, l'hôpital a une capacité d'accueil de 422lits.

Nous avons choisi le service de Chirurgie générale pour mener notre étude, car il permet d'obtenir des patients souffrant de douleurs chroniques en vue d'aboutir à des résultats probants.

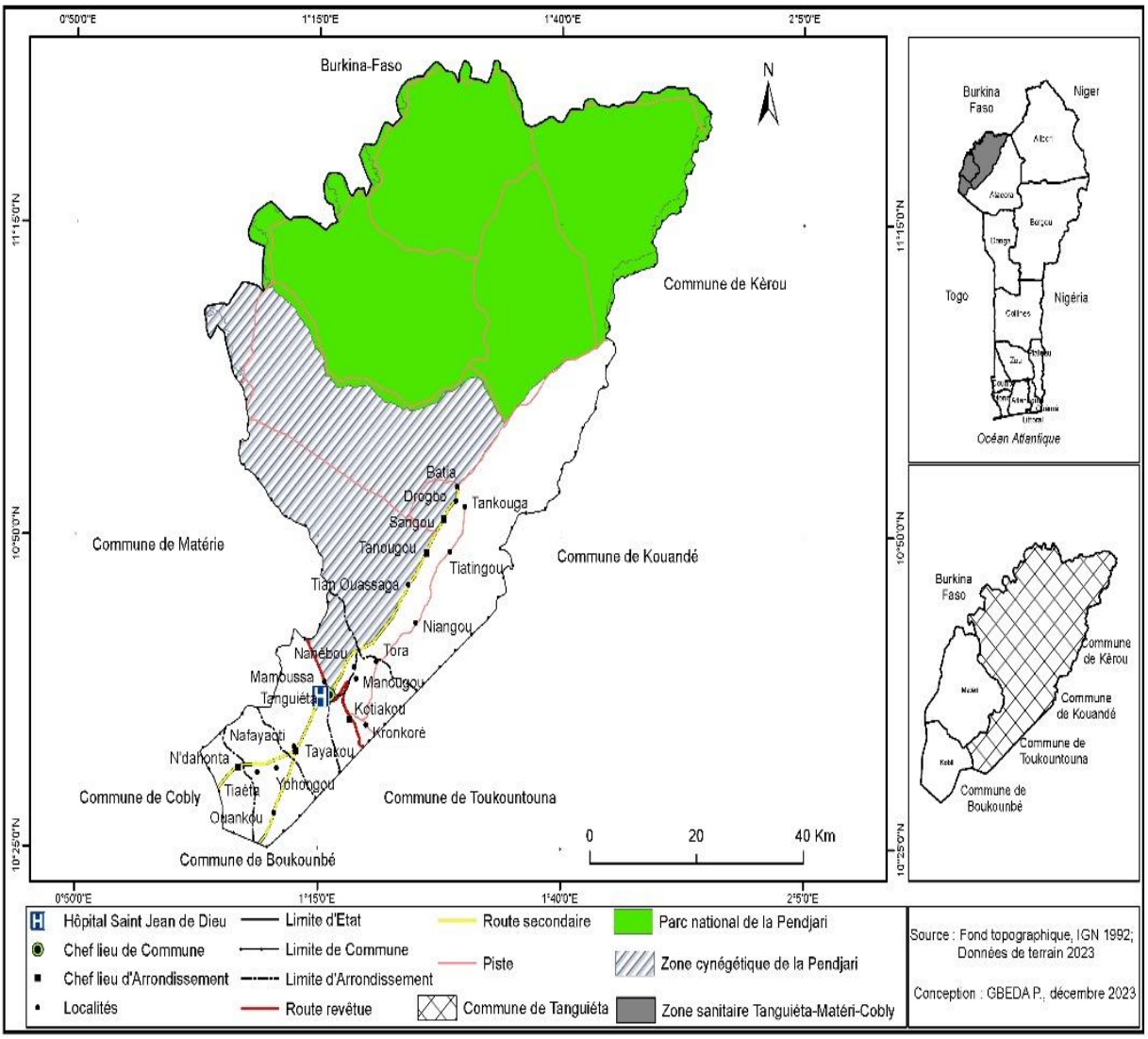


Figure 3 : Carte du lieu de stage

Source : Fond topographique, IGN 1992, Données de terrain 2023

1.7 Raisons du choix du cadre de l'étude

Notre choix s'est porté sur l'hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguiéta pour plusieurs raisons. C'est un hôpital de zone qui couvre Tanguiéta-Matéri-Cobly (TMC). Il a un taux de fréquentation élevé à cause de sa position, de la qualité des prestations et du plateau technique.

Les patients proviennent non seulement de la zone TMC, mais aussi un peu partout des autres localités du Bénin, et des pays voisins (Togo, Burkina Faso, Niger, Nigéria …). Le fort taux de fréquentation de l'hôpital Saint Jean de Dieu (HSJD) pourrait nous permettre d'obtenir un échantillon de grande taille pour notre étude. Une telle étude serait une première à l'HSJD de Tanguiéta. L'hôpital est plus connu pour ses activités chirurgicales, mais la santé n'est pas que physique, elle est aussi mentale. Donc réaliser une telle étude dans un hôpital à forte potentialité chirurgicale et qui gère beaucoup de cas de douleurs chroniques serait un grand plus pour les praticiens et les malades.

1.8 Démarche méthodologique

1.8.1 Nature de la recherche

L'intérêt de ce travail réside dans l'étude de la prise en charge psychothérapeutique des cas de douleur chronique. Pour y arriver, nous avons effectué une étude qualitative.

1.8.2 Population d'enquête

La population d'étude est composée : des patients souffrant de douleur chronique depuis plus de 3mois, admis en consultation ou hospitalisés dans le service de chirurgie générale ; d'un membre de la famille de chaque patient concerné ; et des médecins spécialistes et généralistes intervenant dans ce service durant la période du 1er octobre 2023 au 31 décembre 2023.

1.8.3 Choix des personnes interviewées et échantillonnage

Notre groupe cible a été sélectionné sur la base du choix raisonné. Il est constitué de 30 personnes dont 14 patients, 12 membres de familles de ces patients et 04 médecins.

- **Critères d'inclusion**

Notre étude prend en compte :

- les patients souffrant de douleur chronique depuis plus de 3 mois,
- admis ou hospitalisé dans le service de chirurgie générale dans la période du 1er octobre 2023 au 31 décembre 2023,
- qui ont un âge supérieur ou égal à 18 ans,
- un membre de famille de ces patients ciblés
- des médecins spécialistes et généralistes
- ayant accepté de participer à notre étude.

- **Critères de non inclusion**

- Patients souffrant d'une douleur d'origine cancéreuse
- Personne présentant un trouble psychiatrique
- Personne n'ayant pas donné son consentement éclairé

1.8.4 Techniques et instruments de recueil de données

Nous avons collecté les données grâce à l'observation durant les consultations, et aux entretiens individuels semi-directifs que nous avons eu avec chaque individu de notre cible. Ces entretiens ont été réalisés sur la base d'une grille d'entretien élaboré en fonction des 3 catégories de personnes que constitue notre population. Deux formulaires ont été créés et ont été déployés pour servir à collecter les informations grâce à l'application kobocollect. L'un était adressé aux patients et aux membres de leurs familles puis le deuxième aux médecins en charge des patients dans le service. À travers des entretiens d'une durée moyenne de 30 minutes, nous avons obtenu des informations sur le vécu de la douleur chronique, ses répercussions sur l'individu et son entourage, et sa prise en charge. Le guide d'entretien qui a servi d'outil pour la réalisation des entretiens comporte quatre axes. Le premier axe renseigne sur les caractéristiques personnelles de l'enquêté. Le deuxième axe s'est intéressé à l'expérience singulière de la douleur en termes de vécu. Dans le troisième axe, nous sommes intéressés à l'évaluation de la perception de l'enquêté sur la douleur chronique ainsi que ses mécanismes d'adaptation. Le dernier axe concerne la prise en charge de cette douleur ainsi que le vécu et la perception du patient sur les soins qui lui sont offerts dans la gestion de sa douleur.

1.8.5 Les instruments et méthodes d'exploitation des données

Après l'étape de collecte, les informations obtenues ont été exportées depuis le serveur https://www.kobotoolbox.org sous format d'étiquettes SPSS en vue d'être analysées avec le logiciel Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS Statistics V21 x86). Ce logiciel a servi dans tout le processus d'analyse, partant du traitement des données à l'analyse proprement dite. Le tableur Microsoft Word a été utilisé pour le traitement de texte. Nous avons décrit les variables en tenant compte de leur nature. Les effectifs et les fréquences relatives ont permis la description des variables qualitatives. Nous n'avons pas eu affaire à des variables non normales, et de ce fait aucune médiane ne s'est justifiée dans cette étude. Les informations obtenues ne nous ont pas permis de faire une comparaison pour rechercher l'association entre

l'amélioration de la douleur après l'accompagnement psychologique et les autres variables de l'étude. Nous n'avons donc fait que décrire les variables de l'étude.

1.8.6 Difficultés éprouvées

Nous avons éprouvé quelques difficultés dans le cadre de la réalisation de notre étude. Elles sont relatives aux barrières linguistiques, à la réticence de certains patients face au partage de leur vécu avec nous à cause la situation sécuritaire qui règne actuellement dans la zone. Pour communiquer convenablement avec les enquêtés, nous nous sommes fait aider par des traducteurs lorsque cela s'est avéré nécessaire. Pour garantir l'authenticité des informations, nous avons fait traduire le même enregistrement par plusieurs personnes. Ensuite, nous avons procédé à la comparaison des informations fournies par les traducteurs. Cela a permis de conserver l'authenticité des discours des enquêtés. À partir des explications sur l'obligation de garder l'anonymat des enquêtés et la confidentialité des informations, nous avons pu lever la réticence qui constituait un facteur de blocage au bon déroulement de la collecte des données.

DEUXIÈME PARTIE : PRISE EN CHARGE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE DE LA DOULEUR CHRONIQUE : DES RÉALITÉS DU TERRAIN

CHAPITRE III : ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

1.9 Avis des patients

- **Caractéristiques des patients**

Au total nous avons inclus 14 patients souffrant de douleurs chroniques dans notre étude. Cette douleur a été constatée dans les cas de : pseudarthrose, gonarthrose, coxarthrose, ostéomyélite, névralgie, sciatalgie, douleurs viscérales.

La majorité des enquêtés sont des femmes, représentant 57 % de l'échantillon. En ce qui concerne la situation familiale, on constate que 57 % des enquêtés vivent en couple, tandis que 21,5 % vivent seuls et autant vivent avec leurs parents. La tranche d'âge de 17- 68 ans.

Le tableau ci-dessous présente la répartition des patients enquêtés selon les caractéristiques sociodémographiques.

Tableau I : Répartition des patients selon les caractéristiques sociodémographiques

	Effectifs (N= 14)	**Fréquences (%)**
Sexe des enquêtés		
Féminin	8	57
Masculin	6	43
Situation familiale		
Vis seul(e)	3	21,5
Vis en couple	8	57
Vis avec les parents	3	21,5
Tranche d'âge		
17ans à 37ans	8	57
44 ans à 68 ans	6	43

- **Connaissances sur la douleur chronique**

Certains patients considèrent la douleur comme une sensation inexplicable. Pour certains, la douleur chronique est une conséquence de la maladie dont ils souffrent, tandis que pour d'autres, elle n'est pas une maladie distincte en soi.

Chez les patients reçus, le début de la douleur varie entre 6 mois et 12 ans. La moitié a lié l'étiologie de la douleur chronique à la maladie.

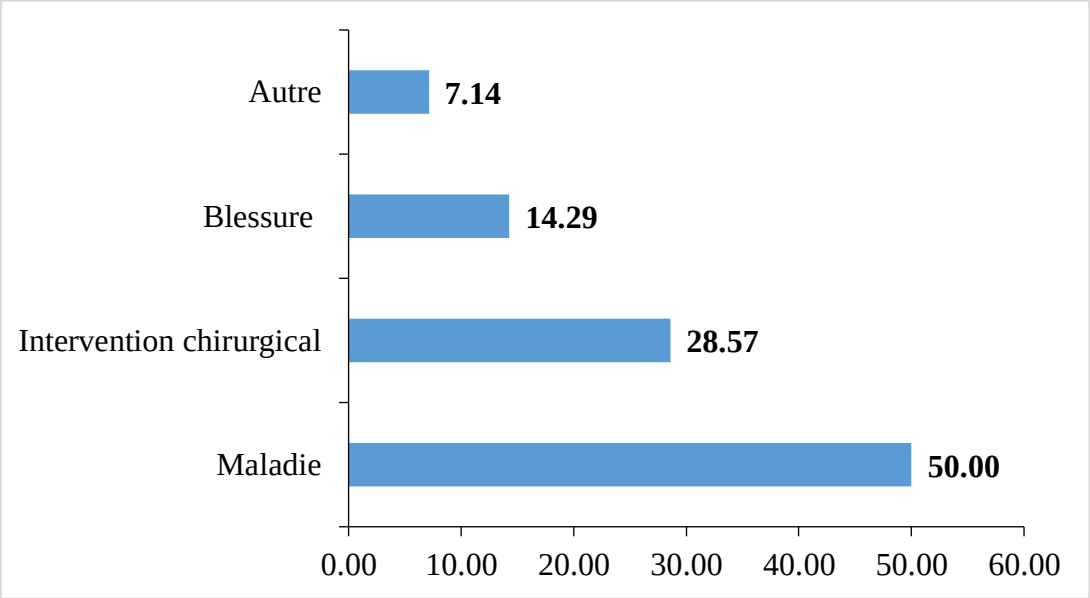


Figure 4 : Répartition des circonstances de survenue de la douleur chronique chez les patients interrogés à l'HZSJDT en 2023.

La figure ci-dessus illustre les circonstances de survenue de la douleur chronique chez les patients enquêtés. De son analyse, il ressort que la maladie est la principale circonstance de survenue de la douleur chronique, avec 7 cas sur 14, représentant 50 % de l'échantillon. Les interventions chirurgicales sont la deuxième cause la plus fréquente, avec 4 cas sur 14, soit 28,57 % de l'échantillon. Les blessures représentent 2 cas sur 14, soit 14,29 % de l'échantillon. D'autres circonstances, non spécifiées, sont à l'origine de la douleur chronique dans 1 cas sur 14, soit 7,14 % de l'échantillon.

En résumé, la douleur chronique survient principalement en lien avec des maladies, suivies par des interventions chirurgicales et des blessures, tandis qu'une petite proportion de cas est attribuée à d'autres circonstances non spécifiées.

- **Qualité de vie du patient**

Plusieurs aspects de la vie quotidienne des patients ont été perturbés par la présence de cette douleur chronique. Cela influence par moment leurs émotions et les attitudes. Le tableau III présente ces changements.

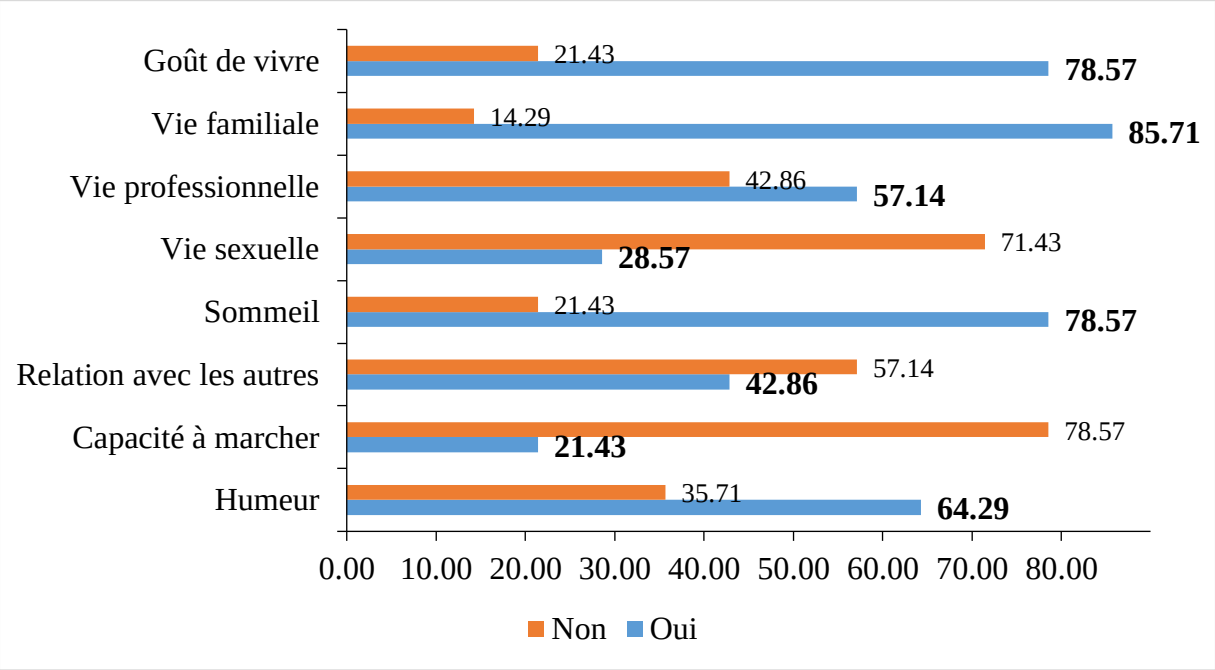


Figure 5 : Répartition des sujets enquêtés en fonction des différents aspects de leur vie influencés par la douleur chronique à l'HZSJDT en 2023

Cette figure présente les réponses des participants concernant les différents aspects de leur vie en relation avec la douleur chronique.

- **Humeur** : 64,29 % des participants signalent que leur humeur est affectée par la douleur chronique, tandis que 35,71 % indiquent que ce n'est pas le cas. Cela suggère que la douleur chronique a un impact significatif sur l'humeur de la majorité des participants.
- **Capacité à marcher** : 21,43 % des participants déclarent que leur capacité à marcher est affectée par la douleur chronique, tandis que 78,57 % indiquent le contraire. Bien que la majorité des participants ne signalent pas de limitation dans leur capacité à marcher, un nombre significatif rapporte des difficultés dans ce domaine.
- **Relation avec les autres** : 42,86 % des participants mentionnent que leurs relations avec les autres sont impactées par la douleur chronique, tandis que 57,14 % ne ressentent pas cet impact. Cela suggère que près de la moitié des participants éprouvent des difficultés dans leurs relations sociales en raison de la douleur chronique.

- **Sommeil** : 78,57 % des participants indiquent que leur sommeil est affecté par la douleur chronique, tandis que 21,43 % ne rapportent pas d'impact sur leur sommeil. Cette forte proportion montre que la douleur chronique a un effet prépondérant sur la qualité du sommeil des participants.
- **Vie sexuelle, vie professionnelle, vie familiale, goût de vivre** : dans ces domaines également, une majorité significative de participants signalent que la douleur chronique affecte leur vie sexuelle (28,57 %), leur vie professionnelle (57,14 %), leur vie familiale (85,71 %) et leur goût de vivre (78,57 %).

En résumé, ces données mettent en lumière l'ampleur de l'impact de la douleur chronique sur différents aspects de la vie des patients, y compris leur humeur, leur capacité à effectuer certaines activités quotidiennes, leurs relations sociales, leur sommeil, ainsi que leur vie sexuelle, professionnelle, familiale et leur bien-être en général.

Suite à l'analyse des données du tableau, il est clair que la douleur chronique exerce une grande influence sur divers aspects de la vie des patients. En examinant de plus près les réponses, il apparaît que les émotions des patients sont profondément liées à leur qualité de vie dans ces différents domaines. La manière dont la douleur chronique impacte leur humeur, leurs relations sociales, leur sommeil, leur vie professionnelle et d'autres aspects de leur quotidien semble jouer un rôle important dans leur expérience émotionnelle. Ainsi, il devient essentiel de comprendre ces interactions complexes entre la douleur physique et les émotions des patients afin de mieux soutenir et accompagner leur parcours de gestion de la douleur chronique.

Ainsi, le tableau ci-dessous renseigne sur les différentes émotions suscitées par la présence de la douleur chronique chez les patients.

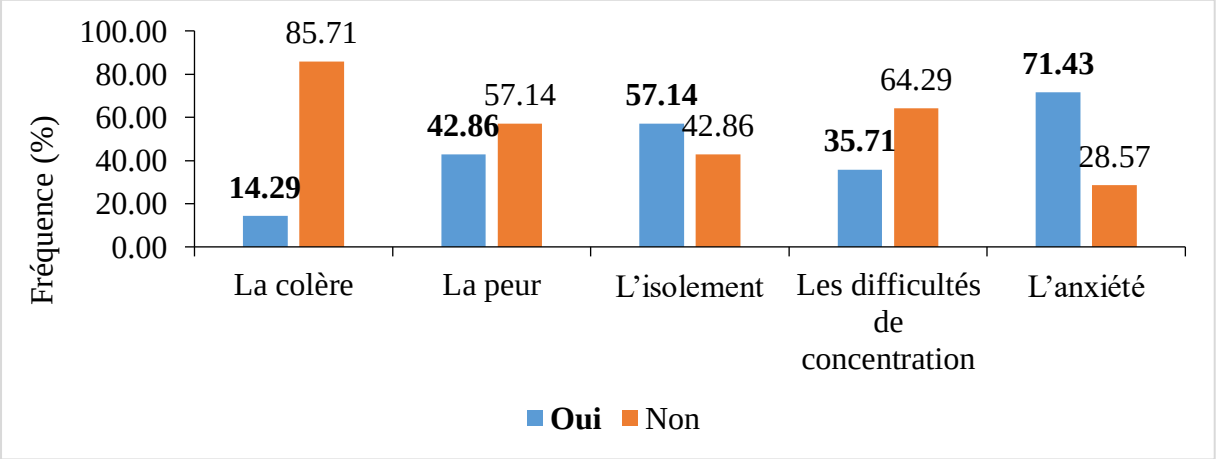


Figure 6 : Répartition des sujets enquêtés en fonction des différentes émotions suscitées par la douleur chronique à l'HZSJDT en 2023

La figure ci-dessus illustre les différentes émotions suscitées par la douleur chronique. De son analyse il ressort que : 42,86 % des patients déclarent ressentir de la peur en lien avec leur douleur chronique ; 57,14 % des patients s'isolent de leurs proches et 71,43 % des patients rapportent ressentir de l'anxiété en lien avec leur douleur chronique. L'anxiété semble être l'une des émotions les plus fréquentes chez les patients souffrant de douleur chronique. Ce qui souligne son impact significatif sur leur bien-être émotionnel.

En résumé, ce tableau met en évidence la diversité des émotions ressenties par les patients confrontés à la douleur chronique, allant de la colère et de la peur à l'isolement, aux difficultés de concentration et à l'anxiété.

La gestion de la douleur chronique est un défi complexe qui nécessite souvent une approche holistique et personnalisée. Les patients font face à une multitude de défis physiques, émotionnels et sociaux associés à leurs conditions, et trouver des stratégies efficaces pour améliorer leur qualité de vie quotidienne devient une priorité. En matière de la situation relative à la pathologie, les patients indiquent une combinaison des approches médicales et alternatives. D'autres tentent un ajustement de leur mode de vie.

Par exemple, Céline, une femme de 45 ans a mentionné :

> « […] "*Je prends mes médicaments régulièrement et je vais régulièrement chez mon physiothérapeute pour des séances de traitement qui m'aident à mieux gérer ma douleur au quotidien*."[…] ».

En plus des traitements médicaux, de nombreux patients soulignent l'importance de l'autogestion de la douleur à travers des techniques d'auto-soins. Cela peut inclure la pratique régulière de techniques de relaxation telles que la méditation, la respiration profonde ou le yoga, qui aident à réduire le stress et l'anxiété souvent associés à la douleur chronique.
Boniface, un homme de 27 ans, a partagé :

> « […] "*La méditation m'a vraiment aidé à prendre du recul par rapport à ma douleur. Je prends quelques minutes chaque jour pour méditer et cela m'aide à me sentir plus calme et moins focalisé sur la douleur*."[…] ».

Outre les approches médicales et d'auto-soins, de nombreux patients trouvent un soutien précieux dans le cadre de thérapies complémentaires et alternatives. Au nombre de ces thérapies, il y a les thérapies cognitives et comportementales surtout dans ces approches de restructuration cognitive. Cela peut inclure la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), qui

aide les patients à modifier leurs pensées et leurs comportements liés à la douleur, ainsi que des approches telles que la thérapie de groupe, la gestion du stress et le biofeedback.
Sophie, une femme de la trentaine a expliqué :

> « […] *J'ai suivi des séances de thérapie de groupe où je peux partager mes expériences avec d'autres personnes qui comprennent ce que je traverse. Cela m'a donné un sentiment de soutien et de compréhension que je ne trouve nulle part ailleurs.*"[…] ».

En somme, la gestion de la douleur chronique nécessite une approche multifacette et personnalisée, qui intègre à la fois des traitements médicaux, des techniques d'auto-soins et des thérapies complémentaires. En demandant aux patients de partager leurs stratégies de gestion, il devient possible de mieux comprendre les besoins individuels des patients et de fournir un soutien adapté pour améliorer leur vie quotidienne malgré les défis de la douleur chronique.

Le soutien de la famille, des parents, des amis ou des proches est aussi nécessaire pour les patients atteints de douleur chronique. Ce soutien peut être émotionnel, pratique, financier. Il joue un rôle important dans la manière dont les patients font face à leur condition. De même, le soutien pratique, comme l'aide avec les tâches ménagères peut faciliter la vie quotidienne des patients. Cependant, il est important de reconnaître que tous les patients n'ont pas accès à un soutien social adéquat, ce qui peut avoir des répercussions négatives sur leur bien-être émotionnel. Enfin, en reconnaissant l'importance du soutien social, il est possible d'améliorer les résultats et le bien-être des patients atteints de douleur chronique en veillant à ce qu'ils aient accès à un soutien social adéquat et à des ressources pour les aider à gérer leur situation de manière efficace.

- **Intégration des psychothérapies dans le protocole de gestion de la douleur chronique**

Dans la perspective d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients douloureux chronique, il est impérieux qu'on intègre les psychothérapies dans le protocole de soins administrés aux malades. Ainsi, les soins du patient couvriraient tous les aspects impactés par la maladie. Car, les soins psychologiques prennent en compte les dimensions émotionnelles, cognitives et comportementales qui sont indispensables pour le bien-être du patient.
La restructuration cognitive qui est une approche des thérapies cognitives et comportementale permet aux patients d'identifier, de contrôler leurs pensées dysfonctionnelles et de les remplacer par des pensées alternatives qui sont adaptables à leur réalité en lien avec la douleur.

En identifiant et en remplaçant les schémas de pensée négatifs et les comportements évitant, les patients apprennent à adopter des pensées plus adaptatives et des comportements plus fonctionnels, ce qui réduit leur perception de la douleur et améliore leur capacité à fonctionner au quotidien.

De plus, les psychothérapies fournissent aux patients des compétences d'adaptation et des stratégies de gestion du stress qui les aident à faire face aux défis émotionnels liés à la douleur chronique.

En outre, les psychothérapies facilitent l'expression des émotions et la résolution des problèmes. Ce qui permet aux patients de mieux faire face aux défis relationnels et sociaux engendrés par la douleur chronique. En travaillant avec un thérapeute, les patients peuvent explorer les implications émotionnelles de leur douleur, trouver des moyens de communiquer efficacement avec leurs proches et renforcer leurs relations sociales. Cela favorise un sentiment de soutien et d'acceptation. Enfin, les psychothérapies encouragent l'adoption de comportements sains et d'activités plaisantes malgré la douleur. Elles aident les patients à maintenir un mode de vie équilibré et satisfaisant.

En résumé, l'intégration des psychothérapies dans le protocole de gestion de la douleur chronique est essentielle pour offrir aux patients une approche complète et efficace qui adresse les aspects émotionnels, cognitifs et comportementaux de leur condition. A travers un soutien psychologique, des compétences d'adaptation et des stratégies de gestion du stress, les psychothérapies améliorent la qualité de vie des patients, réduisent leur souffrance et les aident à retrouver un sentiment de bien-être.

1.10 Avis des membres de la famille des patients

- **Caractéristiques**

Sur les 14 patients inclus dans notre étude, nous avons pu rencontrer un membre de famille de 12 patients. Les 2 patients restant auraient été abandonné par leurs parents au sein de l'hôpital. Le tableau ci-dessous retrace les caractéristiques sociodémographiques des membres des familles des patients.

Tableau II : Caractéristiques sociodémographiques des membres des familles des patients

Caractéristique	Hommes (M)	Femmes (F)
20-25 ans	1	3
26-30 ans	1	3
31-35 ans	1	2
36-40 ans	0	1

- **Connaissances sur la douleur chronique**

Certains membres de familles des patients considèrent la douleur chronique comme une sensation désagréable, difficile à expliquer.

A., âgée de 24ans, souligne que

« […] "La douleur chronique, c'est comme avoir un poids constant sur tes épaules, quelque chose qui ne te quitte jamais vraiment. Elle te rend souvent moins capable de faire des choses que tu aimes. L'état de santé de ma sœur a vraiment perturbé notre routine quotidienne. Nous avons dû trouver de nouvelles façons de fonctionner en tant que famille pour faire face à cette situation difficile." " […] »

Selon B. (35 ans)

« […] "C'est comme une musique de fond désagréable qui ne s'arrête jamais, même lorsque tu essaies de te concentrer sur autre chose. Cela ne dérange pas seulement le malade. La maladie de mon père a vraiment bouleversé notre vie. Cela l'a limité dans ses activités quotidiennes, causant de frustration et d'irritabilité. Il y a eu des moments de stress intense et de tension, et nous faisons des ajustements constants pour répondre aux besoins de notre père." […] »

Les membres de familles des patients savent que la douleur chronique est une expérience subjective et désagréable qui bouleverse non seulement la vie du patient, mais aussi celle de son entourage.

- **Amélioration de la qualité de vie du patient**

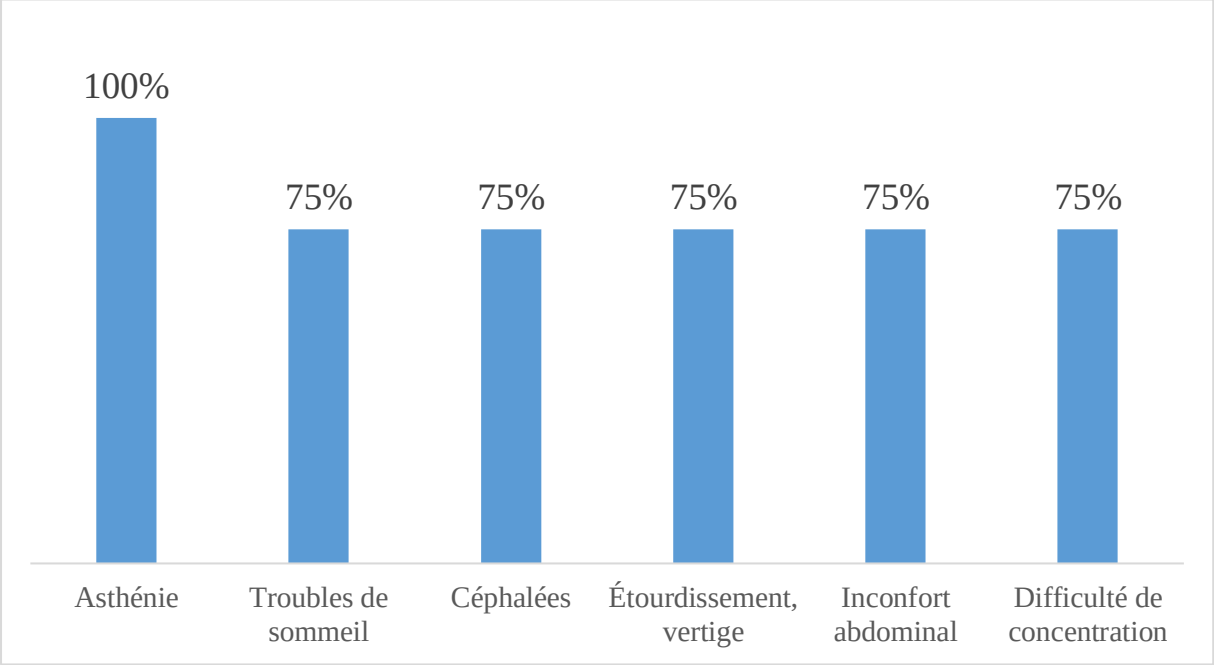


Figure 7: Amélioration de la qualité de vie du patient

L'histogramme présente une comparaison visuelle des pourcentages de réponses "OUI" pour différents symptômes ou sensations liés à la douleur chronique, en fonction de l'effectif de 3 hommes et 9 femmes.

On remarque que les symptômes tels que l'asthénie, les troubles de sommeil, les céphalées, l'étourdissement et le vertige, ainsi que l'inconfort abdominal, sont largement rapportés, avec des pourcentages de réponses "OUI" élevés, allant de 75% à 100%. Cela suggère que ces symptômes sont assez répandus parmi les personnes souffrant de douleur chronique.

En revanche, aucun des répondants n'a signalé de palpitations cardiaques ou de sensation d'étouffement. Ce qui peut indiquer que ces symptômes sont moins fréquents dans cet échantillon spécifique.

De plus, la difficulté de concentration semble également être une problématique répandue, avec 75% des répondants signalant ce symptôme.

- **Bénéfice d'une prise en charge psychothérapeutique**

« […] "Depuis qu'il bénéficie d'une prise en charge psychothérapeutique, j'ai remarqué que mon parent semble plus à l'aise pour exprimer ses émotions. Il est plus ouvert à parler de ses sentiments et semble trouver du soulagement dans le fait de partager ses préoccupations avec un professionnel." […] »

« […] "Il semble que la prise en charge psychothérapeutique ait eu un impact positif sur le moral de mon fils. Il est plus optimiste quant à son avenir et semble mieux équipé pour faire face aux défis liés à sa condition de santé." […] »

« […] "J'ai remarqué que ma sœur est devenue plus engagée dans son propre processus de guérison depuis qu'elle a commencé la psychothérapie. Elle est plus motivée à suivre les recommandations du psychologue clinicien et à mettre en œuvre les stratégies apprises lors des séances."[…] »

Les réponses révèlent l'impact positif de la prise en charge psychothérapeutique sur le vécu des patients concernés. Elles mettent en évidence les divers changements observés, notamment une meilleure expression des émotions, une amélioration du moral, un plus grand engagement dans le processus de guérison, une meilleure gestion du stress et de l'anxiété.

- **L'amélioration du vécu du patient**

« […] "Je pense que le soutien de la famille et des amis est essentiel dans ces moments difficiles. Être là pour la personne, l'écouter, lui tenir compagnie, ça peut vraiment lui donner du réconfort." […] »

« […] "Garder une attitude positive est fondamental même si la situation est difficile. Il faut trouver des petits bonheurs au quotidien pour maintenir un bon moral." […] »

« […] "Le plus important c'est d'être là, tout simplement. Être présent, écouter sans juger, ça peut vraiment aider la personne à se sentir soutenue et moins seule dans sa douleur." […] »

Ces commentaires mettent en évidence l'importance de la compassion et de l'empathie dans la façon dont les individus perçoivent le soutien à apporter à ceux qui vivent avec une douleur chronique. Ils mettent en exergue l'importance de l'aspect relationnel dans la prise en charge globale du patient.

- **Intégration des psychothérapies dans le protocole de gestion de la douleur chronique**

En ce qui concerne la question sur le soulagement de la douleur chronique, tous les participants ont répondu que le traitement médicamenteux seul demeure insuffisant. Bien qu'il soit une option pour soulager la douleur, une approche personnalisée tenant compte des besoins

spécifiques des individus est essentielle. D'où la nécessité d'associer les psychothérapies au traitement pharmacologique.

- **Les changements remarqués**

« […] "Depuis qu'il a commencé ses séances, nous remarquons que notre malade semble plus serein et plus détendu dans sa façon de gérer sa douleur. Par exemple, il a repris ses promenades quotidiennes, ce qu'il avait abandonné depuis des mois à cause de la douleur." […]

« […]"On peut dire qu'il a trouvé de nouvelles façons de faire face à sa douleur depuis qu'il a commencé à voir son psychologue clinicien. Par exemple, il a récemment participé à une sortie de famille, ce qu'il n'avait pas fait depuis longtemps en raison de la douleur." […] »

Les commentaires des proches du patient offrent un aperçu des apports de l'accompagnement psychothérapeutique sur le bien-être global du patient. Ces observations détaillées mettent en lumière une série de transformations tangibles dans la vie quotidienne du patient, fournissant ainsi une illustration concrète des bénéfices de cette approche thérapeutique.
Les exemples spécifiques de reprise d'activités qui étaient autrefois limitées par la douleur, telles que les promenades ou les interactions sociales, soulignent une amélioration notable dans la gestion de la douleur et dans la capacité du patient à retrouver une certaine normalité dans sa vie.

- **L'association des familles proches du patient, en plus d'un psychologue et autres spécialistes pour la gestion des cas de douleur chronique.**

« […]"Pour moi, il est essentiel d'associer les proches du patient à son traitement. Notre présence permet non seulement un suivi plus attentif du plan de traitement, mais également un soutien émotionnel constant qui est souvent aussi bénéfique que les traitements médicaux." […] »

« […]"J'ai remarqué que notre implication active dans la gestion de la douleur de notre proche a eu un impact positif sur son moral et son bien-être en général. Dans une logique coopérative, les différents spécialistes peuvent renforcer sa motivation et lui donner le courage de poursuivre son chemin vers le soulagement." […] »

« […]"J'ai remarqué que l'implication des proches dans la gestion de la douleur est une évidence. Nous croyons en la force de l'amour, du soutien et de l'unité familiale pour aider notre proche à surmonter les défis liés à sa douleur chronique." […] »

Les verbatim des proches des patients mettent en évidence l'importance de leur implication dans la gestion de la douleur chronique. Leurs témoignages montrent la valeur du soutien émotionnel, de l'engagement pratique et de la compréhension profonde que les proches peuvent apporter au processus thérapeutique.

Ces commentaires reflètent une reconnaissance collective de l'impact positif de la présence familiale dans la gestion de la douleur chronique. L'unité familiale est perçue comme un pilier fondamental, capable d'offrir un environnement sécurisant et rassurant au patient, favorisant ainsi son bien-être et sa motivation à surmonter cette épreuve.

1.11 Avis des médecins

❖ **Caractéristiques des médecins**

Tableau III : Caractéristiques des médecins

Initial	Sexe	Âge	Profession	Ancienneté
C.	M	33	Chirurgien	11 ans
N.	M	37	Neurochirurgien	10 ans
T.	M	39	Traumatologue	10 ans
MG.	F	26	Médecin généraliste	3ans

Le tableau présente le nombre de médecins enquêtés, chacun avec des caractéristiques uniques en termes de sexe, âge et expérience professionnelle. Nous avons interrogé quatre médecins, dont une femme qui est médecin généraliste. Parmi les trois autres médecins, il y a un chirurgien, un neurochirurgien et un traumatologue.

Ils présentent une diversité en termes d'âge et d'expériences. Le médecin généraliste est le plus jeune du groupe, âgé de 26 ans, tandis que le traumatologue est le plus âgé, à 39 ans. Cependant, le chirurgien possède l'expérience professionnelle la plus longue, avec 11 ans de pratique, suivi du neurochirurgien et du traumatologue, tous deux avec 10 ans d'expériences. En revanche, le médecin généraliste est dans sa troisième année d'expériences.

Cette répartition suggère une combinaison intéressante de jeunes professionnels de la santé ainsi que des experts plus expérimentés, chacun apportant ses compétences et son expertise dans des domaines spécifiques de la médecine. Il met également en lumière la diversité des parcours professionnels et des spécialisations au sein du domaine médical.

❖ **Connaissances sur la douleur chronique**

C. : « […] *La douleur chronique est un état de douleur persistante qui perdure bien au-delà du temps de guérison habituel. Cela peut résulter de divers facteurs, y compris des dommages nerveux, une inflammation prolongée ou d'autres mécanismes complexes. En tant que chirurgien, je suis confronté à des cas où la douleur persiste même après le succès de l'intervention chirurgicale initiale. Ce qui nécessite souvent une approche multidisciplinaire pour sa gestion.* […] »."

N. : " […] *La douleur chronique est une expérience prolongée de douleur qui peut affecter différents aspects de la vie quotidienne. En tant que neurochirurgien, je suis particulièrement attentif aux causes neurologiques sous-jacentes de la douleur chronique,*

telles que les lésions nerveuses ou les déséquilibres dans le système nerveux central. La gestion de la douleur chronique nécessite souvent une évaluation et une intervention spécialisées […]."

T. : " […] *La douleur chronique survient lorsque la douleur persiste au-delà du temps de récupération attendu après une blessure ou un traumatisme. En tant que traumatologue, je traite souvent des patients confrontés à la douleur chronique résultant de traumatismes physiques. Il est important de comprendre que la douleur chronique impacte l'entièreté de la vie du patient. C'est ce qui oblige à une prise en charge complète.* […] "

Ces commentaires reflètent la diversité des perspectives et des expertises apportées par chaque professionnel de la santé à la compréhension et à la gestion de la douleur chronique.

C. : « […] J*e suis bien familiarisé avec les cas de douleur chronique qui peuvent survenir après des interventions chirurgicales. Cela peut être un défi à gérer, mais nous travaillons en collaboration avec d'autres spécialistes pour trouver des solutions adaptées à chaque cas* […]. »

N. : « […] *Je suis souvent confronté à des patients souffrant de douleur chronique associée à des troubles neurologiques. Ces cas nécessitent souvent une évaluation approfondie pour identifier la cause sous-jacente de la douleur et développer un plan de traitement efficace. La gestion de la douleur chronique dans le domaine neurologique peut être complexe, mais nous nous efforçons de fournir un soulagement optimal à nos patients* […]. »

T. : […] *je rencontre fréquemment des patients confrontés à la douleur chronique à la suite de blessures ou de traumatismes physiques. Dans ma pratique, je m'efforce de fournir un traitement complet qui vise à soulager la douleur et à restaurer la fonction autant que possible* […].

MG. : […] *Oui, en tant que médecin généraliste, je reçois des patients souffrant de douleur chronique. Cela peut provenir de diverses causes, et il est important d'adopter une approche globale pour aider les patients à gérer leur douleur de manière efficace. Je travaille en étroite collaboration avec mes patients pour développer des plans de traitement personnalisés qui répondent à leurs besoins spécifiques.* […].

A travers ces commentaires, on note la diversité des perspectives et des approches utilisées par les professionnels de la santé dans la prise en charge de la douleur chronique.

- **Circonstances de survenue de la douleur chronique et répercussions**

Plusieurs facteurs peuvent entraîner, et / ou maintenir la douleur chronique. Il s'agit :

- des affections médicales telles que l'arthrite, la fibromyalgie, les maladies auto-immunes, les douleurs neuropathiques
- des blessures antérieures mal guéries ou des lésions non traitées. Par exemple, une blessure au dos non traitée peut entraîner des douleurs chroniques au fil du temps.
- de certaines conditions neurologiques telles que la sclérose en plaques, la neuropathie diabétique, ou les lésions nerveuses
- de l'adoption de mauvaises postures ou le fait d'effectuer des mouvements répétitifs sur une longue période. Cela peut entraîner des douleurs musculo-squelettiques chroniques, comme le mal de dos ou le syndrome du canal carpien.
- du stress, l'anxiété, la dépression et d'autres facteurs émotionnels comme la colère
- des habitudes de vie telles que le manque d'exercice physique, le surpoids, le tabagisme ou une mauvaise alimentation

Les douleurs chroniques peuvent avoir de nombreuses conséquences sur la vie quotidienne, la santé mentale, ainsi que sur le bien-être d'une personne. Les médecins ont énuméré quelques conséquences que sont : la limitation la capacité d'une personne à mener normalement ses activités quotidiennes, une asthénie générale, les troubles de sommeil, l'apathie, la perte d'estime de soi, l'anxiété, le retrait social, le déclin fonctionnel progressif, les tentatives d'autolyse, la dépression etc.

Il est donc important de prendre en compte ces conséquences lors de la gestion des douleurs chroniques. Il faut rechercher un soutien médical et psychologique approprié pour améliorer la qualité de vie du patient et sa famille. Une approche multidisciplinaire impliquant des professionnels de la santé tels que des médecins, des kinésithérapeutes, des psychologues cliniciens et d'autres spécialistes est nécessaire pour accompagner le patient à gérer efficacement les douleurs chroniques et à minimiser leurs conséquences.

- **Amélioration de la qualité de vie du patient**

Il est courant que les patients souffrant de douleurs chroniques développent des troubles anxieux en raison de l'impact prolongé et souvent débilitant de la douleur sur leur vie.

Vivre avec une douleur permanente augmente le niveau de stress et plonge l'individu dans un état anxieux. Cela pourrait être renforcé, lorsque ce dernier se voit incapable de mener ses activités habituelles et d'assurer ses besoins physiologiques sans l'aide d'une autre personne. Ainsi le patient peut développer des sentiments de frustration, de perte de contrôle sur sa vie.

Les personnes souffrant de douleurs chroniques peuvent s'inquiéter de l'impact à long terme de leur condition sur leur santé, leurs relations et leur capacité à fonctionner normalement dans la société. L'anxiété peut à son tour aggraver la perception de la douleur, créant ainsi un cercle vicieux où la douleur et l'anxiété se renforcent mutuellement. Par conséquent, une approche de gestion holistique est souvent nécessaire pour aider les patients à gérer efficacement leur douleur chronique et les troubles anxieux qui peuvent en découler. Ce qui contribuera à l'amélioration de la qualité de vie de ces patients.

- **Intégration des psychothérapies dans le protocole de gestion de la douleur chronique**

Les médecins reconnaissent généralement que le traitement pharmacologique seul n'est souvent pas suffisant pour soulager efficacement la douleur chronique. En raison de la complexité de la douleur chronique et de ses multiples facteurs contributifs, une approche multidisciplinaire est généralement préférée. Cette approche peut inclure des médicaments, mais également d'autres interventions telles que la physiothérapie, les psychothérapies, la gestion du stress, et d'autres approches complémentaires. En adoptant une approche plus globale, les médecins cherchent à traiter non seulement les symptômes de la douleur, mais aussi à identifier et à traiter les causes sous-jacentes, ainsi qu'à améliorer la qualité de vie de leur patient.

Sur les quatre médecins interrogés, trois ont répondu « OUI » et un a répondu « NON ». Cela suggère que la majorité des médecins interrogés intègrent le volet psychologique dans leur protocole de gestion de la douleur chronique, mais il y en a tout de même un qui ne le fait pas. Cette disparité dans les réponses peut être due à plusieurs facteurs, tels que les formations professionnelles, les expériences personnelles avec la gestion de la douleur chronique, ou encore l'insuffisance de ressources humaines qualifiées dans leur environnement de travail.

Le protocole de gestion de la douleur chronique peut impliquer une prise en charge psychothérapeutique, mais ce n'est pas automatique. La douleur chronique est souvent complexe et peut être influencée par des facteurs psychologiques tels que le stress, l'anxiété, la

dépression et les comportements d'adaptation. Par conséquent, une approche holistique de la gestion de la douleur chronique peut inclure des interventions psychologiques telles que les psychothérapies.

Cependant, tous les protocoles de gestion de la douleur chronique ne comprennent pas nécessairement une prise en charge psychothérapeutique. Cela dépend souvent des ressources disponibles, des préférences du patient, de la gravité de la douleur et d'autres facteurs. Dans certains cas, une approche multidisciplinaire impliquant des médecins, des psychologues cliniciens et d'autres professionnels de la santé peut être utilisée pour fournir une prise en charge complète de la douleur chronique.

1.12 Présentation d'un cas

De tous les patients inclus, 2 n'ont pas bénéficié du soutien d'un membre de la famille, d'un parent, d'un ami, ou d'un proche. Parmi ces deux cas, celui d'Agnès a retenu notre attention.

1.12.1 Approche sémiologique

1.12.1.1 Présentation du patient

Agnès est une fille de 18ans issue d'une fratrie de 7 enfants. Orpheline de père à l'âge de 8ans, elle avait des plaies au niveau de ses jambes. Après le décès de son père, sa mère aurait été renvoyée de la maison par la belle-famille. C'est ainsi cette dernière prit ses enfants pour rejoindre son frère au Nigéria. Mais deux ans après, la mère d'Agnès rendu l'âme suite à une longue maladie. Alors l'oncle envoya Agnès au nord Bénin chez sa grand-mère maternelle.

Durant tout ce temps les traitements mis en place par les guérisseurs traditionnels pour soigner les plaies de la jeune fille étaient voués à l'échec. Les plaies se sont nécrosées au fil du temps, et tout le monde évitait sa compagnie à cause de son aspect physique. C'est dans cette situation que l'un de ses cousins est venu l'abandonné au sein de l'hôpital Saint Jean de Dieu en 2020, alors qu'elle n'avait que 15ans. Elle a bénéficié des soins médicaux et du soutien du service social.

1.12.1.2 Motif de la consultation

Agnès a été admise à l'hôpital pour des plaies aux pieds, évoluant depuis l'âge de 8ans, et qui se sont nécrosées au fil du temps, l'empêchant de marcher.

1.12.1.3 Les antécédents

Comme antécédents nous avons : le décès de ses parents suite à une longue maladie, le renvoie de sa mère de la maison par la belle famille, l'abandon familial, ses plaies incurables.

1.12.1.4 L'anamnèse

L'histoire de vie d'Agnès est marquée par des événements traumatisants, notamment la perte de ses parents, l'abandon familial et les difficultés économiques. Ces expériences peuvent avoir influencé son développement et sa santé mentale.

1.12.1.5 L'histoire de la maladie

Les plaies aux pieds d'Agnès sont apparues quand elle avait l'âge de 8ans. Elle a traité par les guérisseurs traditionnels sans succès.

1.12.1.6 La nature de l'épisode actuel

Actuellement, Agnès présente des symptômes somatiques, un retrait social et un état dépressif. Elle a également fait une tentative d'autolyse en raison de la chronicité de la douleur.

1.12.1.7 La sémiologie de la personnalité

Agnès a montré des signes de résilience et de force face à des circonstances très difficiles. Malgré les épreuves qu'elle a traversées, elle a survécu pendant de nombreuses années avec un soutien minimal.

1.12.1.8 La sémiologie des mécanismes de défense

Les mécanismes de défense d'Agnès peuvent inclure le déni de la douleur émotionnelle, la dissociation pour faire face aux traumatismes passés, et la projection de ses besoins affectifs sur le personnel soignant.

1.12.1.9 Les éléments médicaux

Les soins médicaux ont été nécessaires pour traiter les plaies aux pieds d'Agnès. Mais son état de santé global a également nécessité une prise en charge psychologique pour traiter la détresse émotionnelle associée.

1.12.1.10 L'évolution

Au fil du temps, Agnès a montré des signes d'amélioration émotionnelle grâce à un soutien psychologique et social. Cependant, sa santé physique a continué à se détériorer, ce qui a malheureusement conduit à son décès.

1.12.1.11 La conclusion (diagnostic)

Agnès présentait une gamme complexe de symptômes physiques et psychologiques qui nécessitaient une évaluation approfondie et une prise en charge holistique.

- **Diagnostic médical :**

Agnès souffrait de plaies chroniques aux pieds.

Cette condition, probablement due à une combinaison de facteurs, y compris une mauvaise circulation, un traumatisme physique et un manque de soins adéquats, a entraîné une douleur persistante et des difficultés de mobilité.

- **Diagnostic psychologique :**

En plus de sa condition médicale, Agnès présentait des symptômes de dépression sévère. Son histoire d'abandon, de négligence et de souffrance chronique a très probablement contribué à son état émotionnel fragile. Les sentiments d'isolement, de désespoir et de détresse qu'elle a ressentis ont alimenté sa dépression et ont augmenté son risque de pensées suicidaires.

- **Diagnostic différentiel :**

Il est important de noter que le diagnostic de dépression chez Agnès ne doit pas occulter d'autres troubles psychologiques potentiels. Une évaluation approfondie aurait pu explorer

d'autres conditions telles que le trouble de stress post-traumatique (TSPT) en raison de son histoire d'abandon et de traumatismes multiples, ainsi que d'autres troubles de l'humeur ou de l'anxiété.

- **Conclusion intégrative :**

Agnès souffrait d'une plaie chronique associée à une dépression sévère. Ces deux conditions étaient étroitement liées et se renforçaient mutuellement, créant un fardeau significatif pour son bien-être. Une approche de traitement intégrée, prenant en compte à la fois les aspects médicaux et psychologiques de sa condition, aurait été essentielle pour lui fournir les meilleurs soins.

Cette conclusion diagnostique met en évidence l'importance de considérer les aspects physiques et psychologiques des patients lors de l'évaluation et de la prise en charge, en reconnaissant l'impact profond que les expériences traumatiques et les conditions médicales chroniques peuvent avoir sur la santé mentale.

1.12.2 Approche psychopathologique

1.12.2.1 La métapsychologie

Dans le cas d'Agnès, la métapsychologie peut aider à comprendre les processus mentaux sous-jacents à ses symptômes. Son expérience d'abandon et de négligence aurait impacté son fonctionnement mental avec des répercussions sur la formation de sa personnalité. Cette perturbation de la formation des instances de la personnalité (le moi et le surmoi) dont la formation résulte des interactions avec l'environnement social entraîne des conflits internes qui se manifestent par des symptômes dépressifs et une détresse émotionnelle.

1.12.2.2 Les mécanismes de défense

Agnès a probablement utilisé des mécanismes de défense tels que le déni ou la dissociation pour faire face à la douleur émotionnelle associée à son abandon et à sa souffrance chronique. Ces mécanismes peuvent avoir contribué à son incapacité à exprimer ou à traiter pleinement ses émotions, ainsi qu'à son isolement social. Le déni est en effet la première étape du processus de deuil. Il symbolise un processus douloureux de détachement de la libido accordée à l'objet perdu. Ce mécanisme protège le moi contre la brutalité de la perte qui pourtant est tangible. Il permet à la psyché de prendre du temps pour admettre la réalité. Son prolongement est pathologique. Car il empêche le sujet d'atteindre le système de réalité, et construit autour de l'individu une pseudo-réalité qui n'est que l'expression de sa vulnérabilité et de sa souffrance. Combiné à la dissociation, on pourrait dire qu'Agnès est dans un processus pathologique. C'est d'ailleurs ce que traduire le syndrome dépressif. Il faut dire que la dissociation ou la discordance

intrapsychique est un mécanisme de défense du moi, qui se traduit par la perte de la capacité de filtrer les messages internes et externes et de la capacité d'intégrer les données de la vie en un tout cohérent. Ce mécanisme de défense protège le moi contre les affects destructeurs. En effet, l'intégration harmonieuse de la réalité dans ce contexte paraît suicidaire pour le moi. Ainsi, pour protéger le moi, tout système de filtration est bloqué. C'est ce qui explique cette inadéquation entre l'idée, l'attitude et la teneur affective exprimées lors de ce moment de fragilité psychologique.

1.12.2.3 Le type de la relation à l'objet

Son histoire d'abandon et de négligence a probablement influencé la façon dont elle perçoit les autres et interagit avec eux. Elle pourrait avoir des difficultés à établir des relations de confiance et à maintenir des liens affectifs étroits en raison de ses expériences passées de rejet et de perte.

1.12.2.4 Le type d'angoisse

Agnès a probablement vécu une angoisse d'abandon et d'intrusion liée à ses expériences traumatisantes, à sa douleur chronique et à son isolement social. Cette angoisse peut se manifester par des symptômes dépressifs tels que des pensées suicidaires, des troubles du sommeil et une perte d'intérêt pour les activités quotidiennes.

1.12.2.5 La demande

Agnès peut avoir du mal à exprimer ses besoins émotionnels et ses attentes par rapport à la thérapie ou à l'aide psychologique. Elle peut avoir besoin d'un environnement thérapeutique sûr et de soutien pour explorer ses émotions et ses expériences traumatisantes.

1.12.2.6 Les modalités d'investissements libidinaux

Les investissements libidinaux d'Agnès, ou les objets et les activités qui lui procurent du plaisir et du réconfort émotionnel peuvent être limités en raison de son isolement social et de sa souffrance psychologique. Elle peut bénéficier de soutien social et d'activités thérapeutiques qui favorisent son bien-être émotionnel.

1.12.2.7 L'analyse de la relation avec le clinicien

La relation thérapeutique entre Agnès et son clinicien peut être complexe en raison de ses expériences passées de rejet et de perte. Il est important pour le clinicien d'établir un lien de confiance avec elle et de créer un espace thérapeutique sûr où elle peut explorer ses émotions et ses préoccupations en toute sécurité.

1.12.2.8 L'histoire du sujet

L'histoire de vie d'Agnès, marquée par des expériences traumatiques et des perturbations familiales, a probablement eu un impact profond sur son développement psychologique et émotionnel. Une exploration approfondie de son histoire peut fournir des informations précieuses pour comprendre ses symptômes actuels et guider son traitement.

1.12.3 Interprétations cliniques

- **Synthèse des données**

Agnès, une jeune fille de 18 ans, présente une histoire complexe marquée par l'abandon familial, des plaies chroniques aux pieds, une douleur persistante, des symptômes dépressifs et des tentatives d'autolyse. Elle a vécu des traumatismes importants tout au long de sa vie et a été confrontée à un isolement social et à un manque de soutien familial.

- **Analyse psycho dynamique**

L'histoire d'Agnès révèle des conflits internes profonds, des perturbations dans les relations d'attachement et des mécanismes de défense mal adaptés. Son expérience d'abandon et de négligence peut avoir entraîné des sentiments d'insécurité et de faible estime de soi, qui se manifestent par des symptômes dépressifs et des comportements autodestructeurs.

- **Diagnostic différentiel**

Le diagnostic principal pour Agnès inclut une dépression majeure et de troubles somatoformes liés à ses plaies chroniques aux pieds. Cependant, il est important d'envisager également d'autres diagnostics différentiels tels que le trouble de stress post-traumatique (TSPT) en raison de son histoire d'abandon et de traumatismes multiples.

- **Formulation des hypothèses**

On peut dire que les difficultés d'Agnès résultent d'une combinaison de facteurs biopsychosociaux, y compris des antécédents traumatiques, des problèmes de santé physique et des facteurs environnementaux. Ses symptômes peuvent être compris comme des expressions de détresse émotionnelle et de tentatives de régulation de la douleur et du stress.

- **Plan de traitement préliminaire**

Un plan de traitement pour Agnès pourrait inclure une thérapie individuelle pour traiter sa dépression et explorer ses expériences traumatiques, ainsi qu'une prise en charge médicale pour ses plaies aux pieds. Des interventions pour renforcer son réseau de soutien social et familial peuvent également être nécessaires.

❖ **Implications cliniques**

Il est crucial de reconnaître l'impact profond des expériences traumatiques d'Agnès sur sa santé mentale et physique, ainsi que l'importance d'une approche de traitement intégrée qui prend en compte à la fois ses besoins médicaux et psychologiques. Un soutien continu et une thérapie adaptée à ses besoins spécifiques seront essentiels pour favoriser sa guérison et son rétablissement.

CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RÉSULTATS, VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES ET PERSPECTIVES

L'objectif de notre étude est d'étudier l'impact de la prise en charge psychothérapeutique sur la douleur chronique

1.13 Discussion des résultats

1.13.1 Vécu de douleur chronique par le patient et le soignant

De la chirurgie au service des urgences en passant par la médecine interne, tous les soignants de l'hôpital Saint de Dieu de Tanguiéta s'accorderaient sur le fait que la douleur est une expérience affreuse, qu'elle soit vécue directement ou indirectement. C'est en cela que nous nous accordons volontiers avec Freud pour estimer que plus que les pathologies psychosomatiques, la douleur est révélatrice des rapports psyché-soma qui sont plus complexes qu'une pure et simple démarcation. À travers la douleur, le patient met en avant une atteinte somatique, mais qui s'accompagne de manifestations psychiques, voire psychopathologiques, parfois déroutantes. Ainsi, la douleur chronique constitue un cauchemar pour le patient, autant elle l'est pour le soignant (Lonjarret; 2004). Elle met à mal toute une objectivité scientifique et technique. Le caractère rebelle de cette douleur provoque chez le soignant empathique, une souffrance subjective qu'il vit comme étant la preuve de son inexpérience de son incapacité. Ce sentiment douloureux entraîne parfois une attitude de rejet du patient par le soignant. Dans d'autres circonstances, cette attitude de rejet se masque souvent par une conduite de banalisation, de négligence, de doute ou d'évitement du sujet souffrant qui désormais perd son titre de patient et devient sa pathologie. Cette attitude se matérialise par des référencements, non à des fins thérapeutiques, mais plutôt à des fins de technicités. Il s'agit en fait de formes subtiles de rejet (Consoli, 2003). D'ailleurs, Selfe et *al*. (1998) avaient montré que lorsque les soignants sont confrontés à une problématique difficile à diagnostiquer et à traiter efficacement, ils manifestent une réponse émotionnelle négative (ambivalence, frustration, inadéquation). Face à la douleur chronique de son patient, les actes les plus simples et ordinaires deviennent lourds à effectuer. Ainsi, les décharges émotionnelles et la lourdeur de la relation thérapeutique s'inscrivent dans les psychothérapies au cœur de la prise en charge de la douleur chronique. En effet, les cris de désespoir, les gestes, les crises de larmes, le regard hagard et perdu sont autant de réalités qui confrontent à l'incertitude et au sens précis de la vie malgré les tentatives incongrues du soignant pour conserver son unité psychique qui est confronté quant aux exigences de l'empathie. La douleur chronique déchire les frontières de l'homme, le confond à

un effroi dont la pensée de la mort est un avant-goût (Serrie et Queneau, 2005). Elle ouvre une dissidence entre soi et soi. Le « moi est un autre » n'est plus une figure de style, mais un rapport au monde de chaque instant (le Breton, 2006). Face à la douleur chronique, la contrainte majeure des acteurs est de vivre à côté de soi, sans pouvoir se rejoindre. Elle impose une désorganisation interne avec une sidération et un débordement du fonctionnement psychique (Bouckenaere, 2007).

On admet qu'au plan biologique, la douleur a un rôle de protection. Elle permet à l'organisme de reconnaître les stimuli nociceptifs susceptibles de nuire à son intégrité et constitue de ce fait un signal utile qui informe sur l'existence d'un dysfonctionnement. Dans ce contexte, elle mobilise tout le corps sinon tous les systèmes de l'organisme. Elle constitue la matérialisation du dualisme soma-psyché. Elle constitue de ce fait un phénomène plurifactoriel qu'il n'est pas évident de cerner totalement. Cette difficulté de compréhension et de conceptualisation de la douleur a donné corps à plusieurs approches de description et de diagnostic. L'approche biologique a favorisé une description médicale de la douleur. Se basant sur la temporalité, cette approche distingue deux types de douleur. Ainsi, la douleur chronique est une douleur qui dure entre trois et six mois ou plus. Moins de cette durée, elle est dite aiguë. C'est dans le cas de la douleur aiguë que l'approche biologique trouve son encrage, car elle permet d'objectiver les causes lésionnelles éventuelles qui motiveront un traitement étiologique. Aussi permet-elle de cerner les mécanismes physiopathologiques qui orientent sur le choix chimio-thérapeutique. Mais dans le contexte de chronicisation, la douleur perd son caractère de signal utile et sa lecture nécessite une grille multidisciplinaire. Car sa pérennisation retentit non seulement sur le somatique, mais aussi sur l'émotionnel, le comportemental et le cognitif. Ainsi, dans le cas de la douleur chronique, l'approche biopsychosociale est plus adéquate dans la prise en charge globale et singulière du patient. Cette observation concorde avec la conception de Bouckenaere (2007) sur la douleur chronique. Il a estimé que la douleur chronique est la conséquence d'une construction qui n'intègre pas que la seule composante organique. Elle soulève aussi des composantes psychologiques et socioculturelles. Au demeurant, la douleur chronique est une expérience désagréable qui entrave la vie des patients et engendre souvent de grandes difficultés dans sa prise en charge. Elle bouleverse le quotidien du malade, mais aussi de son entourage. La plupart des patients et leurs familles considèrent la douleur chronique comme un fardeau, parce qu'ils sont obligés de modifier certaines habitudes pour s'adapter à la situation. Ses retentissements sur la psyché entraînent chez de nombreux patients une décompensation psychopathologique grave. Des patients connaissent des troubles de l'humeur, des perturbations

dans tous les domaines de leur vie (affectif, familial, professionnel, spirituel, etc.) (Atallah et Guillermou, 2004).

1.13.2 Répercussion de la douleur chronique

Les conséquences d'une douleur qui persiste dans le temps sont nombreuses. On distingue : le dysfonctionnement du système nerveux qui transmet l'information «douleur» vers le cerveau (système nociceptif), l'évitement d'activité entraînant un déconditionnement physique, modifications des ressources attentionnelles induisant une hyper focalisation sur la douleur, les dysfonctionnements émotionnels tels que l'anxiété et la dépression susceptibles de modifier les contrôles endogènes inhibiteurs de la douleur. Les troubles du sommeil aggravent encore ce problème (Beaulieu, 2011). Ces modifications entraînent le patient souffrant de douleur chronique vers un cercle vicieux où le retrait socioprofessionnel, la focalisation sur la douleur, l'anticipation négative et le catastrophisme isolent le patient. La douleur envahit donc progressivement toutes les dimensions de la vie de la personne (Winance, 2007).

Les aspects psychologiques ont une place importante dans un processus dynamique entre le somatique et le psychique. La chronicité de la douleur constitue une source d'anxiété chez le patient. Il est tout le temps à l'affût du danger, dans la crainte. Il anticipe parfois un nouvel échec thérapeutique. Certains patients considèrent la mort comme l'unique solution à leur souffrance au point de développer une apathie. D'autres sont angoissés par le bouleversement créé par leur état de santé dans leur entourage. Ils espèrent une amélioration qui viendra transformer leur cadre de vie et les interactions familiales. Les dimensions psychosociales et émotionnelles prennent progressivement une place importante dans la symptomatologie douloureuse. C'est-à-dire que l'importance des causes organiques diminue au profit des facteurs psychosociaux, comportementaux et relationnels.

1.13.3 Importance des psychothérapies

La douleur est ressentie dans le corps, mais son caractère chronique est indissociable de son impact psychologique. Il est indispensable d'intégrer la prise en charge psychothérapeutique dans la prise en charge de la douleur chronique. Cela ne signifie pas que les psychothérapies vont supprimer la douleur de façon radicale. Mais elles vont permettre au patient de retrouver une meilleure qualité de vie, de réinvestir une existence plus enrichissante. Aussi ce dernier pourra retrouver une meilleure estime de soi ; être plus actifs et mieux s'intégrer socialement.

Il s'agit d'un processus de réadaptation qui prend en compte la chronicité de la douleur et sa gestion au quotidien. La douleur doit être considérée sous tous ses angles et ne doit pas être sous-estimée. La surestimation de la douleur peut être aussi néfaste.

La douleur n'est pas l'unique responsable des problèmes du patient. La qualité de vie du patient est altérée par la douleur et ses conséquences. C'est alors possible d'espérer un changement. Pour ce faire, le patient devra s'engager dans des modifications de comportements et de conceptions. Et ce de façon progressive, car les modalités réactionnelles enkystées depuis plusieurs années ont été renforcées par les facteurs psychologiques et environnementaux. Agir sur les conséquences de la douleur est susceptible non seulement d'améliorer la qualité de vie du patient, mais d'influencer la douleur jusqu'à ce qu'elle devienne moins investie dans son existence. L'engagement du patient est une étape indispensable dans le processus thérapeutique. Le soignant propose des pistes de traitement, mais seul le patient peut décider d'ouvrir une porte et de s'y engager. Le projet de soin est individualisé. Il résulte d'un accord mutuel entre le soignant et le soigné. Toute démarche imposée, non intégrée par le patient voue les propositions thérapeutiques à l'échec.

L'engagement du patient doit être soutenu par la famille ou un parent du patient. On constate souvent que l'attitude voire les croyances de certains membres de la famille vis-à-vis du patient peuvent influencer négativement le processus thérapeutique. L'idéal serait d'impliquer la famille proche dans le suivi du patient. Elle doit collaborer avec l'équipe soignante, et bénéficier des séances de psychothérapies en cas de besoin. Nous devons garder à l'esprit qu'un comportement surprotecteur ou pessimiste de la part de la famille peut faire obstacle au bien-être du patient. En effet la complexité de la douleur nécessite les compétences d'une équipe pluridisciplinaire. Cette équipe doit faire un travail sur leurs compétences et savoirs, pour élaborer un projet thérapeutique centré sur le patient. Cette démarche sera novatrice pour le patient dont le parcours médical antérieur a été le plus souvent jalonné de renvois de spécialiste en spécialiste pouvant témoigner parfois de formes subtiles de rejet.

1.14 Vérification des hypothèses

L'analyse des résultats montre que plusieurs aspects de la vie quotidienne des patients douloureux chroniques sont perturbés. Mais les séances de psychothérapies ont permis à la majorité d'accepter sa situation et de s'y adapter. Cet effort de changement de comportements, de ne plus focaliser son attention sur la douleur chronique a eu un impact sur la vie des patients. À la lumière de la théorie cognitive et comportementale, nous pouvons dire que la prise en

charge psychothérapeutique réduit l'anxiété et contribue à l'amélioration de la qualité de vie du patient souffrant de douleur chronique.

Notre 3e hypothèse stipule que l'intégration des séances de psychothérapie dans le protocole de prise en charge contribuerait à une meilleure gestion de la douleur chronique. En analysant les résultats de notre étude, il ressort que la prise en charge du patient doit prendre en compte les aspects biologiques, psychologiques et sociaux. Les médecins, les patients et leurs proches s'accordent sur le fait que le traitement médical seul ne suffit pas pour soulager la douleur du patient. Le patient doit avoir un bon état psychologique, se sentir accepté et soutenu par son entourage. La majorité des personnes interviewées a mis l'accent sur l'importance de la famille et du psychologue dans le processus thérapeutique du patient souffrant de douleur chronique. Il s'agit de mettre en œuvre l'approche biopsychosociale.

SYNTHÈSE

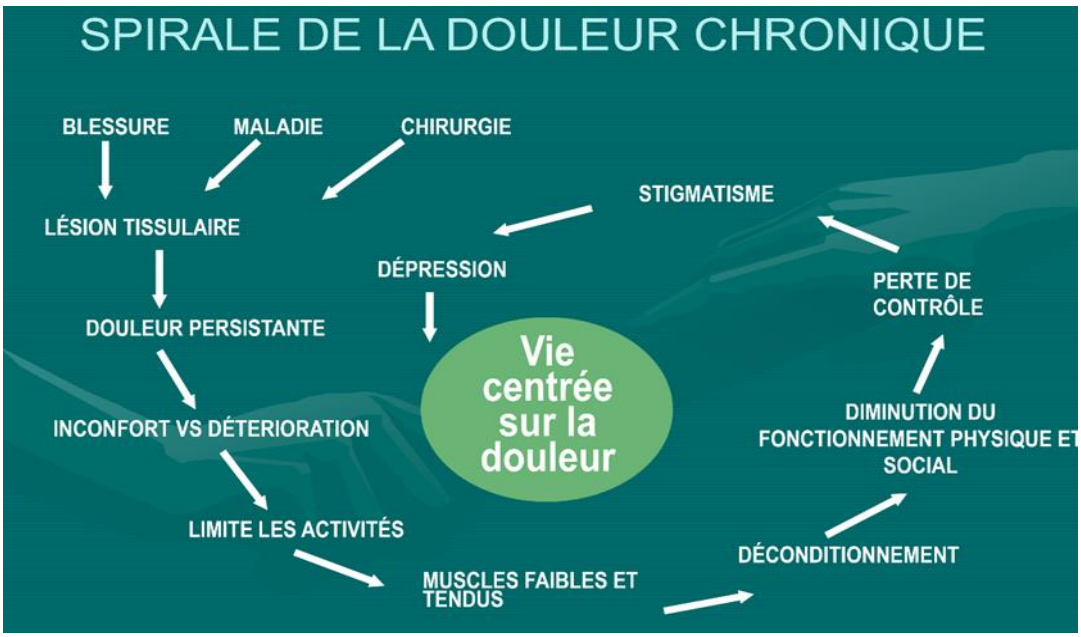


Figure 8 : Spirale de la douleur

Source : Cesbron, (2008). Naître à la vie, en douleur. Spirale, vol 45, N°1, pp.79-98.

La spirale de la douleur chronique est une représentation visuelle du cycle récurrent de cette douleur et de ses conséquences négatives sur la vie d'une personne. Elle commence par un déclencheur initial, comme une blessure, une maladie, ou une chirurgie qui provoque la douleur chronique. La douleur persistante entraîne des réactions physiques telles que la diminution de l'activité physique, la raideur musculaire et la fatigue, ce qui à son tour peut aggraver la douleur. Les réactions émotionnelles négatives, telles que l'anxiété et la dépression, ainsi que les troubles

de sommeil, peuvent également se développer. En conséquence, les personnes atteintes de douleur chronique peuvent s'isoler socialement et éviter les activités. Ce qui entraîne de nouvelles limitations physiques, qui renforcent la douleur et perpétuent le cycle.

Pour briser cette spirale, il est important de rechercher un traitement médical approprié et de mettre en place des stratégies de gestion de la douleur. Une approche holistique, qui aborde à la fois les aspects physiques et émotionnels de la douleur chronique, peut être bénéfique. Il est recommandé de consulter des professionnels de la santé qualifiés pour obtenir un diagnostic précis et un plan de traitement individualisé. En travaillant sur la gestion de la douleur, en adoptant des techniques de relaxation, en engageant des activités physiques adaptées et en bénéficiant d'un soutien émotionnel, il est possible de rompre le cycle de la douleur chronique et d'améliorer la qualité de vie.

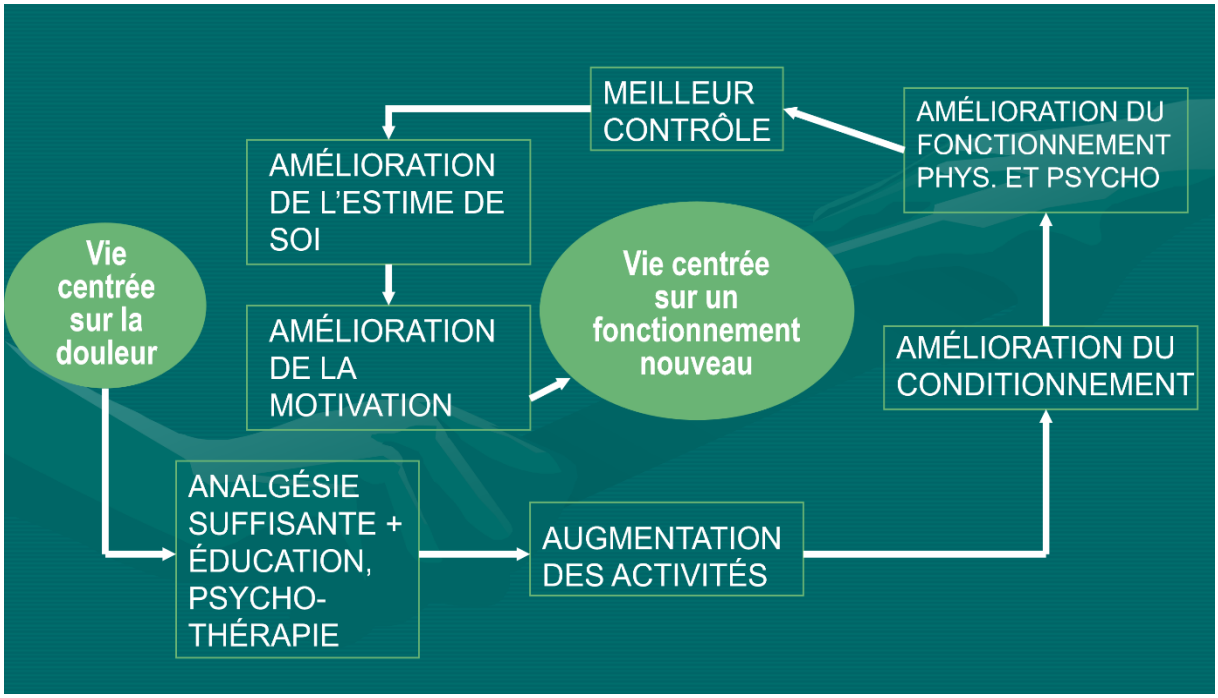


Figure 9 : Fonctionnement nouveau

Source : Barral (2007). La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : un nouveau regard pour les praticiens. Contraste, (2), 231-246.

La figure du "fonctionnement nouveau" est une représentation visuelle de la transition d'une vie centrée sur la douleur à une vie centrée sur un fonctionnement amélioré malgré la douleur chronique. Elle met l'accent sur l'acceptation de la douleur, l'éducation, la prise en charge, les stratégies de gestion de la douleur, l'engagement dans des activités significatives, l'adaptation et la résilience. Cette figure souligne l'importance de reconnaître la douleur chronique comme

une réalité, d'acquérir des connaissances sur la douleur et ses options de traitement, de développer des stratégies de gestion de la douleur et de s'impliquer dans des activités significatives malgré la douleur. Chaque individu a une expérience unique de la douleur chronique. Il est essentiel de travailler avec des professionnels de la santé pour élaborer un plan de traitement personnalisé. L'objectif est de trouver des moyens de vivre une vie épanouie tout en gérant la douleur de manière adéquate.

PERSPECTIVES

Les résultats de notre étude sont concordants avec la littérature sur la douleur chronique. La plupart des auteurs ont montré que la douleur chronique bouleverse la vie du patient, mais aussi de son entourage. Aussi tous s'accordent sur le fait que le traitement médicamenteux ne suffit pas pour soulager la douleur chronique.

Comme perspectives, il faut intégrer la prise en charge psychothérapeutique dans le processus thérapeutique des cas de douleur chronique. Cette prise en charge doit prendre en compte la famille proche du patient. Le patient doit être informé sur la pathologie dont il souffre, et bien la connaître. Car chaque pathologie a ses propres enjeux critiques. Il faut une grande prise de conscience pour mieux faire face à toute maladie. Le patient devra s'habituer à une vie différente de celle des autres, faite d'habitudes, de médicaments, de routines, de visites médicales, etc. Mais cela ne doit pas être un frein. Pour cela, les parents et amis doivent être suffisamment informés et sensibilisés à la maladie. Ainsi ils comprendront certains comportements du patient. En résumé il faut :

- Associer le psychologue clinicien à la gestion des cas de douleurs chroniques
- Intégrer la prise en charge psychothérapeutique dans le processus thérapeutique des cas de douleurs chroniques
- Élaborer un protocole de prise en charge multidisciplinaire des cas de douleurs chroniques (médecins, psychologue clinicien, kinésithérapeute et autres spécialistes nécessaires).

LIMITES MÉTHODOLOGIQUES DE L'ÉTUDE

La nature de l'étude étant qualitative, des biais de réponses peuvent être présents. Les personnes enquêtées ont pu donner leurs avis sur la prise en charge psychothérapeutique de la douleur chronique au cours d'un entretien semi-directif. Cette forme d'entretien a été choisie pour limiter ces biais. Aussi la taille de notre échantillon nous amène à devoir nuancer notre analyse et limite la portée de notre réflexion.

CONCLUSION

La douleur chronique est une réalité à laquelle de nombreux patients sont confrontés. Ces personnes sont obligées de vivre avec une souffrance qui parfois est indéfinie. En effet, la douleur chronique peut être vague, mal systématisée, sourde avec peu de lésions identifiables. Le pronostic est généralement faible, car les possibilités de guérison sont minimes. Elle engendre une forte stigmatisation pour le patient dans un contexte de plateau technique limité ou inadéquat. Elle est donc une source de souffrance insoutenable pour tous les acteurs du système. La douleur chronique se caractérise par sa capacité à mobiliser le corps et la psyché. Ainsi, de la douleur somatique à la douleur psychique, le passage est facile. La douleur chronique installe le patient dans le dilemme de l'œuf et de la poule. C'est un cercle vicieux. Le patient éprouve une souffrance morale qui peut se matérialiser par les troubles du sommeil, la perte de l'appétit, la diminution du plaisir, une forte débâcle émotionnelle avec des perturbations du fonctionnement social et professionnel. Ainsi, vivre avec une douleur chronique n'est pas facile. C'est un véritable défi qui concerne tous les aspects de la vie quotidienne. La douleur chronique s'accompagne d'un dysfonctionnement et/ou d'une invalidité. Elle envahit toute la vie du patient, interfère avec tous les domaines de son fonctionnement et modifie son identité. Elle perturbe aussi la vie des proches du patient. De ce fait la prise en charge de la douleur chronique nécessite une thérapie spécialisée, une rééducation ou des soins personnels. Les psychothérapies permettent au patient d'apprendre à gérer ses émotions et de s'adapter à sa nouvelle réalité.

Dans la gestion de la douleur chronique, il est opportun d'impliquer la famille ou des proches du patient dans le processus psychothérapeutique. Cette implication leur permet d'abord d'avoir des informations justes sur la situation du patient, sur ses besoins ; et ensuite, elle leur permet d'adopter des conduites appropriées dans la gestion d'une pathologie chronique comme la douleur. Les alliances thérapeutiques de qualité facilitent toujours le vécu et l'adaptation du patient à la réalité imposée par la situation. Le patient peut se sentir compris et avoir une bonne perception du soutien qui lui est apporté par son entourage. Les divergences et les conflits latents peuvent être aplanis par cette implication, qui dans certaines mesures rapproche les différents acteurs.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Acapo, S., Seyrès, P., et Savignat, E. (2017b). Définition et évaluation de la douleur. *Kinésithérapie,* vol *17*, N°186, pp.44-55. https://doi.org/10.1016/j.kine. Consulté le 12/02/2024 à 14h 54 MN

Ajo, R., Inda, M.-M., Mateu, M., Segura, A., Ballester, P., Muriel, J., Sellers, R., Ferrández, G., Margarit, C., & Peiró, A. M. (2021). Personality and psychiatric disorders in chronic pain male affected by erectile dysfunction : Prospective and observational study. *International journal of impotence research*, vol *33*, N°3, pp.339-347.

Alagnide, H. E., Niama Natta, D., Denahou, M. G., Yedjenou, A. N. L., Dahoueto, W., et Kpadonou, G. T. (2021). Fibromyalgie en rééducation fonctionnelle à Cotonou : Caractéristiques et vécu socio-professionnel des patients. *Journal de la société de Biologie Clinique*, pp.25-30.

Beaulieu, P. (2011). *La douleur chronique*. Les Presses de l'Université de Montréal.

Berquin, A. (2010). Le modèle biopsychosocial : Beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Médecine du sport*, vol *258*, N°28, pp.1511-1513.

Berquin, A. (2019). La douleur chronique : Un handicap. *Réadaptation du handicap douloureux chronique: Pain Management Programmes en pratique*, 17. pp.17-35

Bolton, D., Tinland, J., Giroux, É., & Ferry-Danini, J. (2020). Le modèle biopsychosocial et le nouvel humanisme médical. *Archives de Philosophie*, vol *83*, N°4, pp.13-40.

Boungou-Tsona, G. (2023). *Études phytochimiques et activités anti-inflammatoires d'extraits de plantes médicinales du Congo Brazzaville*. Université Clermont Auvergne; Université Marien-Ngouabi (Brazzaville). 281.p

Cadart, A.-M. (s. d.). *DONNÉES HISTORIQUES ET ANTHROPOLOGIQUES*.

Catherine, C. (2022). Communiquer l'invisible. Une auto-ethnographie de l'expérience vécue de la douleur chronique comme enjeu féministe. *GLAD!. Revue sur le langage, le genre, les sexualités, 13*.

Conradi, S., & Masselin-Dubois, A. (2019). La kinésiophobie et le modèle d'évitement de la peur de la douleur dans l'évaluation psychologique. *Douleurs: Évaluation-Diagnostic-Traitement*, vol *20*, N°4, pp.151-157.

Deshayes, S., Ferreira, D. L., Madelaine, J., Oulkhouir, Y., Campbell, K., Fouquet, H., Teulier, S., Magnier, R., Heyndrickx, M., et Le rouge, D. (2021). Étude D-CBP: Évaluation des délais de prise en charge du cancer broncho-pulmonaire au sein du service de Pneumologie et d'Oncologie Thoracique du CHU de Caen. *Revue des Maladies Respiratoires*, vol *38*, N°9, pp.894-903.

Fatio, M. M., et Leroy, B. (2019). *Réadaptation du handicap douloureux chronique : Pain Management Programmes en pratique*. Elsevier Health Sciences, 440.p

Ferragut, É. (2002). *Thérapies de la douleur*. Elsevier Masson, 135.p

Filaire, E., Rouveix, M., et Bouget, M. (2008). Troubles du comportement alimentaire chez le sportif. *Science & sports*, vol *23*, N°2, pp. 49-60.

Fox, J., Hall, L., et Re, G. (2023). *La psychologie : Une place à la table de la gestion de la douleur*, General Reinsurance, 5p

Gervais, É. (2021). *Proches aidants de personnes présentant un trouble neurocognitif en temps de pandémie : Une étude de cas*. Essai. Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières, 56 p.

Ginestes, S. (s. d.). Douleur Chronique. *Réseau Main IDF*. https://www.reseaumain.fr/particuliers/douleur-chronique/. Consulté 16 février 2024, à 12h 32 MN

James, W. (2022). *Douleur chronique Troubles du cerveau, de la moelle épinière et des nerfs Manuels MSD pour le grand public*. Mayo Clinic College of Medicine and Science, https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-du-cerveau,-de-la-moelle-%C3%A9pini%C3%A8re-et-des-nerfs/douleur/douleur-chronique/ Consulté le 03/12/2023 à 21h 45MN

Serrie A., Mourman V., Treillet E., Maire A., Maillard G. (2014). La prise en charge de la douleur chronique : un problème de société. Douleurs : Evaluation, Diagnostic, Traitement, Vol 15, Issue 3, pp.106-114

Lacroix M., Aujoulat, I., & Sandrin, B. (2019). La transition de soins des patients en réadaptation post-AVC, au sein du Centre Hospitalier Neurologique William Lennox (CHNWL) : Expériences des intervenants. Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain, 69.p

Merrer, J., & Cinelli, H. (2020). Origines et caractéristiques de la douleur du travail et de l'accouchement. *Sages-Femmes*, vol *19*, N°4, pp.12-14.

Nusbaum, F., Redouté, J., Le Bars, D., Volckmann, P., Simon, F., Hannoun, S., Ribes, G., Gaucher, J., Laurent, B., et Sappey-Marinier, D. (2010). Chronic low-back pain modulation is enhanced by hypnotic analgesic suggestion by recruiting an emotional network : A PET imaging study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, vol *59*, N°1, pp.27-44.

Rakem, K. (2022). Place et effet de la cryothérapie dans la prise en charge de la douleur chez les patients atteints de sclérose en plaque. Mémoire de fin d'études de masseur-kinésithérapeute, Institut De Formation en Masso-Kinesitherapie Du Chu Amiens-Picardie, Université De Picardie Jules Verne-2IS, 61.p

Robert, O., & Calvino, B. (2018). *La douleur n'est pas une fatalité! : Comprendre et apprivoiser la douleur*, Quae, 184.p

Robieux, L., & Bridou, M. (2022). Les ressources psychologiques face aux maladies somatiques chroniques. *PSN*, vol *20*, N°1, pp. 37-56.

Samouh, Y., Abdulkareem, W. A. A., El Otmani, I. S., Derfoufi, S., Benmoussa, A., & Filali, H. (2024). Douleurs chroniques à composante neuropathique chez les patients cancéreux, *Douleurs: Évaluation-Diagnostic-Traitement*, vol *25*, N°1, pp.17-25.

Serrie, A., Mourman, V., Treillet, E., Maire, A., & Maillard, G. (2014). La prise en charge de la douleur chronique : Un problème de société, *Douleurs: Evaluation-Diagnostic-Traitement*, vol *15*, N°3, pp.106-114.

Winance, M. (2007). Du malaise au «faire corps» : Le processus d'ajustement, *Communications*, vol *81*, N°1, pp.31-45.

ANNEXES

GUIDE D'ENTRETIEN FAMILLE

Sujet : Prise en charge psychothérapeutique de la douleur chronique à l'HSJDT

Introduction

Bonjour Monsieur / Madame

Dans le cadre de notre formation professionnelle en Psychologie clinique et psychopathologie, nous menons une étude sur la prise en charge psychothérapeutique de la douleur chronique à l'HSJDT. Notre objectif est de contribuer à l'amélioration de la gestion des cas de douleur chronique. Nous allons vous interroger sur quelques items en rapport avec le sujet durant environ 15min. L'entretien sera enregistré avec votre permission, afin que nous puissions retranscrire les données pour traitement. Nous vous rassurons que les données seront traitées sous anonymat et en toute confidentialité.

I- CARACTÉRISTIQUES

Initial : Sexe : Âge :

II- CONNAISSANCES SUR LA DOULEUR CHRONIQUE

1) Que savez-vous de la douleur chronique ?

……
……
……
……

2) Est-ce l'état de santé de votre patient a bouleversé votre quotidien, celui de la famille ou de l'entourage ?

……
……
……
……
…….....

3) Quelles sont les répercussions que cette douleur chronique a eues sur le vécu de votre parent souffrant ?

……
……
……
……
……..……

III- AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE DU PATIENT

4) Le patient adopte-t-il des comportements qui ont trait à l'anxiété? Si oui, précisez-les.

	OUI	NON
Asthénie		
Troubles de sommeil		
Céphalées		
Étourdissement, vertige		
Inconfort abdominal		
Palpitation cardiaque		
Sensation d'étouffement		
Difficulté de concentration		

5) Qu'avez-vous remarqué dans le vécu de votre parent depuis qu'il bénéficie d'une prise en charge psychothérapeutique ?

……
……
……
……
……
……
……
……

6) Comment gérez-vous cette situation pour l'amélioration du vécu du patient ?

……
……
……
……

……
……
……
……
……
……

IV- INTÉGRATION DES PSYCHOTHÉRAPIES DANS LE PROTOCOLE DE GESTION DE LA DOULEUR CHRONIQUE

7) Est-ce que le traitement médicamenteux seul suffit pour soulager cette douleur ?

……
……
……
……
……

8) Vous avez été associé à l'accompagnement psychothérapeutique du patient

a- Dites-nous si cet accompagnement vous a été utile.

……
……
……
……
……
……
……

b- Donnez-nous des exemples de changements que vous avez remarqués

……
……
……
……
……
……
……

9) Pensez-vous qu'il est nécessaire d'associer les familles proches du patient, en plus d'un psychologue et autres spécialistes pour la gestion des cas de douleur chronique ?

……

……

……

……

……

……

Merci pour votre participation

GUIDE D'ENTRETIEN MÉDECIN

Sujet : Prise en charge psychothérapeutique de la douleur chronique à l'HSJDT

Introduction

Bonjour Monsieur / Madame

Dans le cadre de notre formation professionnelle en Psychologie clinique et psychopathologie, nous menons une étude sur la prise en charge psychothérapeutique de la douleur chronique à l'HSJDT. Notre objectif est de contribuer à l'amélioration de la gestion des cas de douleur chronique. Nous allons vous interroger sur quelques items en rapport avec le sujet durant environ 15min. L'entretien sera enregistré avec votre permission, afin que nous puissions retranscrire les données pour traitement. Nous vous rassurons que les données seront traitées sous anonymat et en toute confidentialité.

I- CARACTÉRISTIQUES

Initial : Sexe : Âge :

Profession

Ancienneté

II- CONNAISSANCES SUR LA DOULEUR CHRONIQUE

10) Dites-nous ce que vous savez de la douleur chronique ?

……
……
……
……
……
……
……
……

11) Rencontrez-vous des cas de douleur chronique en consultation ?

……
……
……
……

12) Dans quelle circonstance peuvent survenir les douleurs chroniques ?

Maladie blessure intervention chirurgicale autre

13) Quelles sont les répercussions que les douleurs chroniques peuvent avoir sur la vie des patients qui en souffrent ?

……
……
……
……
……
……
……..

III- AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE DU PATIENT

14) Est-ce que les patients développent parfois des troubles anxieux ?

……
……
……
……
……
……
……..

15) Comment gérez-vous les cas de douleurs chroniques en vue d'une amélioration de leur vécu ?

……
……
……
……
……
……
…….

IV- INTÉGRATION DES PSYCHOTHÉRAPIES DANS LE PROTOCOLE DE GESTION DE LA DOULEUR CHRONIQUE

16) Est-ce que le traitement médicamenteux seul est suffisant pour soulager les douleurs chroniques ? Pourquoi ?

……
……
……
……
……

17) a- Disposez-vous d'un protocole de gestion de la douleur chronique ?

……
……
……
……..

b- On voudrait savoir si ce protocole prend en compte le volet psychologique.

……
……
……

18) Pensez-vous qu'il est nécessaire d'intégrer la prise en charge psychothérapeutique dans le protocole de gestion des cas de douleurs chroniques ?

……
……
……
……
……

Merci pour votre participation.

GUIDE D'ENTRETIEN PATIENT

Sujet : Prise en charge psychothérapeutique de la douleur chronique à l'HSJDT

Introduction

Bonjour Monsieur / Madame

Dans le cadre de notre formation professionnelle en Psychologie clinique et psychopathologie, nous menons une étude sur la prise en charge psychothérapeutique de la douleur chronique à l'HSJDT. Notre objectif est de contribuer à l'amélioration de la gestion des cas de douleur chronique. Nous allons vous interroger sur quelques items en rapport avec le sujet durant environ 15min. L'entretien sera enregistré avec votre permission, afin que nous puissions retranscrire les données pour traitement. Nous vous rassurons que les données seront traitées sous anonymat et en toute confidentialité.

V- CARACTÉRISTIQUES

Initial : Sexe : Âge :

Situation familiale

- Vis seul(e)
- Vis en couple
- Vis avec ses parents

Profession :

VI- CONNAISSANCES SUR LA DOULEUR CHRONIQUE

19) Que savez-vous de la douleur chronique ?

……

……

……

……

……

……

……

……

20) Depuis combien de temps souffrez-vous de cette douleur qui persiste ?

…… Mois …… Ans

21) Dans quelle circonstance est survenue cette douleur ?

Maladie blessure intervention chirurgicale autre

VII- AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE DU PATIENT

22) Cette douleur a-t-elle perturbé ou modifié votre vie quotidienne ?

	OUI	NON
Humeur		
Capacité à marcher		
Relation avec les autres		
Sommeil		
Vie sexuelle		
Vie professionnelle		
Vie familiale		
Goût de vivre		

23) Est-ce que cela a suscité en vous

	OUI	NON
La colère		
La peur		
L'isolement		
Les difficultés de concentration		
L'anxiété		

24) Dites-nous comment vous gérez cette situation pour l'amélioration de votre vie quotidienne.

……

……

……

……

……

……

…….

25) Avez-vous bénéficié du soutien de votre famille, parent, ami ou proche ?

a) OUI NON

b) Quels sont vos sentiments ?

.....

.....

.....

....

VIII- INTÉGRATION DES PSYCHOTHÉRAPIES DANS LE PROTOCOLE DE GESTION DE LA DOULEUR CHRONIQUE

26) Est-ce que le traitement médicamenteux seul est suffisant pour soulager cette douleur ? Pourquoi ?

……

……

……

……

……

……

……..……

27) Vous avez bénéficié d'un accompagnement psychothérapeutique sur avis de votre médecin.

c- Dites-nous si cet accompagnement vous a été utile.

……

……

……

……

……

Donnez-nous des exemples des changements que vous avez remarqués

……

……

……

……

…….....

.....

28) Pensez-vous qu'il est nécessaire d'associer vos proches, en plus d'un psychologue et autres spécialistes pour la gestion des cas de douleur chronique ?

……

……

……

……

……..

Merci pour votre participation

TABLE DES MATIÈRES

IN MEMORIAM....3

REMERCIEMENTS....4

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES....5

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS....6

RÉSUME....7

ABSTRACT....7

INTRODUCTION....9

PREMIÈRE PARTIE : CADRES THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERHE....13

CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE, CONCEPTS ET MODÈLES THÉORIQUES DE RÉFERENCE....13

1.1 PROBLÉMATIQUE....13

1.1.1 Mise en évidence du problème et questions de recherche....13

1.1.2 Hypothèses....14

1.1.2.1 Hypothèse générale....14

1.1.2.2 Hypothèses spécifiques....14

1.1.3 Objectifs....15

1.1.3.1 Objectif général....15

1.1.3.2 Objectifs spécifiques....15

1.2 Clarification conceptuelle....15

1.3 Opérationnalisation des variables de la recherche....17

1.4 Modèles théoriques de référence....18

1.4.1 La théorie cognitive et comportementale....18

1.4.2 Le modèle biomédical....19

1.4.3 Le modèle biopsychosocial....21

1.5 Revue de la littérature....23

1.5.1 Évolution des théories de la douleur 23

1.5.2 Interactions entre la douleur chronique, l'anxiété et la dépression 24

1.5.3 Répercussions de la douleur chronique sur le vécu du patient 24

1.5.4 Approches multidimensionnelles de la douleur chronique 25

1.5.5 Prise en charge psychothérapeutique de la douleur chronique 26

CHAPITRE II: CADRE DE LA RECHERCHE MÉTHODOLOGIQUE 28

1.6 Présentation du cadre d'étude 28

1.7 Raisons du choix du cadre de l'étude 29

1.8 Démarche méthodologique 30

1.8.1 Nature de la recherche 30

1.8.2 Population d'enquête 30

1.8.3 Choix des personnes interviewées et échantillonnage 30

1.8.4 Techniques et instruments de recueil de données 31

1.8.5 Les instruments et méthodes d'exploitation des données 31

1.8.6 Difficultés éprouvées 32

DEUXIÈME PARTIE : PRISE EN CHARGE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE DE LA DOULEUR CHRONIQUE : DES RÉALITÉS DU TERRAIN 33

CHAPITRE III : ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS 33

1.9 Avis des patients 33

1.10 Avis des membres de la famille des patients 40

1.11 Avis des médecins 45

1.12 Présentation d'un cas 50

1.12.1 Approche sémiologique 50

1.12.1.1 Présentation du patient 50

1.12.1.2 Motif de la consultation 50

1.12.1.3 Les antécédents 50

1.12.1.4 L'anamnèse 50

1.12.1.5 L'histoire de la maladie 50

1.12.1.6 La nature de l'épisode actuel 50

1.12.1.7 La sémiologie de la personnalité 51

1.12.1.8 La sémiologie des mécanismes de défense 51

1.12.1.9 Les éléments médicaux 51

1.12.1.10 L'évolution 51

1.12.1.11 La conclusion (diagnostic) 51

1.12.2 Approche psychopathologique 52

1.12.2.1 La métapsychologie 52

1.12.2.2 Les mécanismes de défense 52

1.12.2.3 Le type de la relation à l'objet 53

1.12.2.4 Le type d'angoisse 53

1.12.2.5 La demande 53

1.12.2.6 Les modalités d'investissements libidinaux 53

1.12.2.7 L'analyse de la relation avec le clinicien 53

1.12.2.8 L'histoire du sujet 54

1.12.3 Interprétations cliniques 54

CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RÉSULTATS, VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES ET PERSPECTIVES 56

1.13 Discussion des résultats 56

1.13.1 Vécu de douleur chronique par le patient et le soignant 56

1.13.2 Répercussion de la douleur chronique 58

1.13.3 Importance des psychothérapies 58

1.14 Vérification des hypothèses 59

PERSPECTIVES 62

LIMITES MÉTHODOLOGIQUES DE L'ÉTUDE 63

La nature de l'étude étant qualitative, des biais de réponses peuvent être présents. Les personnes enquêtées ont pu donner leurs avis sur la prise en charge psychothérapeutique de la douleur chronique au cours d'un entretien semi-directif. Cette forme d'entretien a été choisie pour limiter ces biais. Aussi la taille de notre échantillon nous amène à devoir nuancer notre analyse et limite la portée de notre réflexion.....63

CONCLUSION.....64

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....65

ANNEXES.....a

TABLE DES MATIÈRES.....k