

UNIVERSITÉ PARIS XI
FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS-SUD

Année : 2018

N°.....

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le : 7 novembre 2018

Par : SCHNELL LAURA

Né(e) le : 6 Février 1987

À STRASBOURG

**Y A-T-IL UN LIEN ENTRE LES ÉVÉNEMENTS DE VIE DIFFICILES ET LES DOULEURS
CHRONIQUES ?**

Président : Pr Amine Benyamina

Directeur : Dr Pascale Arnould

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury, je vous remercie de me faire l'honneur de juger mon travail et d'être présents en ce jour mémorable dans ma vie de médecin.

À Pascale, François, Guillaume, Charles, merci pour votre aide, vos conseils, vos relectures et pour m'avoir permis de finir dans les temps. Merci aussi de m'avoir permis de me plonger dans ce sujet passionnant que sont les douleurs chroniques.

À Céline, pour une jolie rencontre autour de cette thèse et des douleurs. Je suis heureuse d'avoir pu partager ce travail avec toi mais aussi l'arrivée de nos princesses, bien que ça a un peu ralenti le travail, dans la vie il y a des priorités... Merci pour ton aide.

À toi Maman, c'est dur de tout résumer en un seul mot mais merci, merci pour tout, du début à la fin. Merci de m'avoir un jour suggéré que la médecine pourrait me plaire et de m'avoir ensuite soutenue et poussée pendant toutes ces années d'étude. Merci d'avoir toujours marché à mes côtés puisque tu ne pouvais pas marcher pour moi. Merci pour tous tes conseils et tes mots toujours si justes.

À toi Mathieu, parce que tu es mon tout. Parce que tu es là depuis le début de l'histoire « médecine » (ou presque) et que tu m'as toujours soutenu et écouté, que tu as su gérer les révisions, les stress, les angoisses, les questionnements, la thèse et tout le reste. Merci d'être là pour moi.

À Elsa, ma petite bulle de bonheur à l'état pur. Tu es rentrée dans nos vie pour un grand chamboulement de bonheur et de joie.

À Nicolas, merci d'être le petit frère que tu es, pour cette relation forte qui nous unie depuis toujours. Il était temps que je passe ma thèse, tu as même réussi à finir tes études avant moi.

À la famille Ghilardi, merci d'être la belle-famille rêvée. Merci de m'avoir un jour fait une place parmi vous, d'avoir toujours été là pour moi et de m'avoir soutenu durant ce long long long chemin de la thèse.

Aux copains : Éloïse, Beni, Meg, Brazou, Céline, Pierro, Béné, Loris, Laurent, Loïc, Pierre, Nonon, Margaux, ma famille de cœur : Merci à chacun de vous pour le petit (grand) plus que vous apportez à ma vie. Merci pour tous ces instants partagés, des moments précieux à protéger. Parce je vous aime tous autant que vous êtes.

Aux meufettes de KB, merci d'avoir accueilli au sein de votre groupe la petite provinciale que j'étais. Mes années KB seront indéniablement liées à vous toutes. Avec une mention spéciale pour Sarah, ma partenaire de med G et tous tes bon plans et conseil de maman.

À ceux qui ne sont plus, parce que de là où vous êtes, j'espère que vous êtes fiers de moi.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	1
SOMMAIRE	3
A. INTRODUCTION.....	6
1. La douleur.....	6
1.1 Définition.....	6
1.2 Physiopathologie	8
1.3 Les mécanismes.....	11
1.3.1 Douleurs par excès de nociception	11
1.3.2 Douleurs neuropathiques.....	11
1.3.3 La douleur mixte.....	13
1.3.4 La douleur psychogène.....	13
1.4 La douleur chronique	13
1.4.1 Définition.....	13
1.4.2 Prévalence	14
1.4.3 Localisations	15
1.4.4 Des douleurs mal soulagées	15
1.4.5 Enjeux	15
1.5 Le syndrome douloureux chronique : la douleur maladie	17
2. Psychotraumatismes	18
2.1 Définition.....	18
2.2. Les événements de vie traumatiques.....	19
2.2.1 Deuil pathologique	20
2.2.2 Maltraitance infantile	20
2.2.3 Cas particulier des violences sexuelles.....	22
3. Question de recherche	23
B. MATÉRIEL ET MÉTHODE	23
1. Choix de la méthode	23
2. Population d'étude et recrutement	24
2.1 Critères d'inclusion.....	24
2.2 Critères d'exclusion	24
2.3 Recrutement.....	25
3. Déroulement des entretiens	25
4. Analyse des résultats.....	26

C.	RÉSULTATS.....	26
1.	Talon sociologique.....	26
2.	Résultats.....	27
2.1	Déclenchement des douleurs.....	27
2.1.1	Présence de douleurs dans l'enfance.....	28
2.1.2	Survenue des douleurs sur le lieu de travail	28
2.1.3	Lors de la grossesse	28
2.1.4	Existence d'un événement déclencheur précis.....	29
2.1.5	Absence de facteur déclenchant.....	30
2.2	Localisation des douleurs	30
2.2.1	Localisations multiples	30
2.2.2	Étiologie des douleurs	31
2.3	Échec des traitements	33
2.3.1	Inefficacité des traitements médicamenteux	33
2.3.2	Effets indésirables	33
2.3.3	Inefficacité des autres techniques.....	34
2.4	Éléments biographiques	35
2.4.1	Événements de vie traumatiques.....	36
2.4.2	Événements de vie difficiles	39
2.4.3	Environnement familial instable	41
2.5	Chronologie entre événement et douleurs.....	43
2.6	Mémoire de la douleur.....	44
2.7	Attribution des douleurs par les patients eux-mêmes.....	44
2.7.1	Lien entre douleurs et événements de vie difficiles	44
2.7.2	Lien entre douleur et stress.....	45
2.7.3	Le besoin de trouver une cause	46
2.7.4	Quand l'existence du lien ne suffit pas à soulager les douleurs	46
D.	DISCUSSION	47
1.	Critique de la méthode.....	47
1.1	Age.....	47
1.2	Sexe	47
1.3	Entretiens	47
1.4	Posture du médecin-chercheur	48
2.	Synthèse des résultats.....	48
3.	Comparaison avec la littérature.....	50
3.1	Lien entre deuil pathologique et douleurs chroniques	50
3.2	Lien entre maltraitance et douleurs chroniques.....	50
3.3	Lien entre violences sexuelles et douleurs chroniques.....	51

3.4	Lien entre autres événements de vie difficiles et douleurs chroniques	52
3.5	Lien entre environnement familial instable et douleurs chroniques.....	52
3.6	Chronologie entre événements et douleurs	53
3.7	Mémoire de la douleur.....	53
3.8	La perception de ce lien par les patients.....	54
3.9	Le rôle du médecin généraliste	55
E.	CONCLUSION	55
	RÉSUMÉ	58
	ABSTRACT	59
	BIBLIOGRAPHIE.....	60
	ANNEXES.....	68

A. INTRODUCTION

1. La douleur

1.1 Définition

La douleur est une sensation physiologique normale qui participe à la survie et à la protection de l'espèce. En effet, dès les premiers jours de la vie, tout individu apprend que la douleur est un système des plus efficaces pour prévenir les atteintes lésionnelles de l'organisme. La douleur entraînée par une lésion ou un stimulus va induire un comportement qui a pour but, dans un premier temps, de protéger les tissus non lésés et de limiter l'importance et les conséquences de l'agression en elle-même. Ceci se manifestera par un mouvement de retrait, la fuite ou tout autre comportement normal de protection qui a pour but d'empêcher l'aggravation de la blessure comme l'immobilisation ou l'enlèvement de l'agent responsable. Dans un deuxième temps, c'est par l'apprentissage que l'individu évitera les situations ou les agents nocifs : les expériences douloureuses antérieures mémorisées préviennent une lésion potentielle ou future.

Cette fonction protectrice est bien mise en évidence dans les douleurs accompagnant les lésions articulaires majeures ou les affections importantes de l'organisme qui imposent l'inactivité et le repos permettant aux mécanismes récupérateurs de favoriser la guérison.

« La douleur n'est ni plus ni moins qu'un système d'alarme, dont la seule fonction est de signaler une lésion corporelle » Descartes 1664 (75).

Pendant longtemps, le corps médical a considéré la douleur comme une sensation particulière témoignant d'une agression ou d'un traumatisme, ou n'apparaissant qu'après application d'un stimulus. Cette ébauche de définition ne tient pas compte des implications psycho affectives inhérentes à toute douleur.

Actuellement, l'I.A.S.P (International Association for Study of Pain) propose de définir la douleur comme: « Une expérience subjective sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage

tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage » (13). Cette définition est également retenue par l'O.M.S (Organisation Mondiale de la Santé). Consensuelle, cette définition mêle d'emblée la médecine (physiologie) et la psychologie (émotions et place de la parole servant à décrire les troubles).

Pour la HAS, La douleur est un phénomène complexe dont la perception fait intervenir quatre composantes interactives (HAS, 2008) (2) :

- *Composante sensori-discriminative* : ce sont les mécanismes neurophysiologiques qui permettent le décodage de la qualité, de la durée, de l'intensité et de la localisation des messages nociceptifs.
- *Composante affective et émotionnelle* : cette composante fait partie intégrante de l'expérience douloureuse et lui donne sa tonalité désagréable, agressive, pénible, difficilement supportable. Elle est déterminée, non seulement par la cause de la douleur elle-même, mais également par son contexte, qui peut venir moduler le vécu douloureux. Cette composante affective peut recouvrir des états émotionnels comme l'anxiété et la dépression.
- *Composante cognitive* : c'est l'ensemble des processus mentaux susceptibles d'influencer une perception et les réactions comportementales qu'elle détermine comme les processus d'attention et de diversion de l'attention, les processus d'interprétations et de valeurs attribuées à la douleur, les processus d'anticipation ou de références à des expériences douloureuses antérieures, les processus de décision sur le comportement à adopter.
- *Composante comportementale* : elle englobe l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez la personne qui souffre (plainte, mimique, posture,...). Cette composante est fonction des apprentissages antérieurs, de l'environnement familial et ethnoculturel, de standards sociaux, de l'âge et du sexe.

L'ensemble de ces dimensions est lui-même sous l'influence de facteurs environnementaux, professionnels, familiaux, sociaux et culturels (modèle conceptuel biopsychosocial de la douleur) (17).

1.2 Physiopathologie

La transmission douloureuse est un phénomène complexe impliquant des mécanismes électrophysiologiques et neurochimiques où trois étapes se succèdent :

- Élaboration de l'influx au niveau du nocicepteur et transmission dans la fibre nerveuse périphérique
- Relais et modulation au niveau de la corne dorsale de la moelle épinière
- Intégration au niveau du cerveau qui le transforme en message conscient : sensation douloureuse avec une composante sensori-discriminative (intensité, localisation, durée du stimuli nociceptif) et une composante émotionnelle et affective désagréable.

Nocicepteurs

Il existe des nocicepteurs cutanés. Ceux-ci existent sous deux formes :

- Les mécano-nocicepteurs qui ne sont activés que par des stimulus douloureux mécaniques (pression, étirement). Ils se prolongent par des fibres de type A-delta.
- Les nocicepteurs polymodaux, activés par des stimulus mécaniques, chimiques, thermiques. Ils se prolongent par des fibres de type C.

Mais il existe aussi des nocicepteurs profonds présents au niveau de la capsule des organes pleins, le réseau musculaire des viscères creux, les parois vasculaires, les muscles striés et les structures péri articulaires. Ce sont des mécano-nocicepteurs, activés par l'ischémie, la distension, la contraction.

Transmission

Après activation des nocicepteurs, le message est véhiculé jusqu'à la corne postérieure de la moelle par les fibres A-delta de petit calibre faiblement myélinisées, responsables de la douleur localisée et précise à type de pique. Et par les fibres C non myélinisées responsables de la douleur diffuse, mal localisée, tardive à type de brûlure.

Le relais médullaire

Les fibres afférentes primaires rejoignent la moëlle épinière par les racines postérieures. Au niveau de la corne dorsale, les fibres A-delta et C libèrent dans l'espace synaptique des peptides (substance P, Neurokinines A, CGRP, somatostatine, CCK, VIP) et des acides aminés excitateurs (glutamate, aspartate). Ces neuro transmetteurs entraînent une excitation des neurones nociceptifs.

Il existe deux types de neurones :

- Les neurones nociceptifs spécifiques ne véhiculent que des stimuli douloureux
- Les neurones nociceptifs non spécifiques, appelés aussi « neurones convergents », peuvent véhiculer à la fois des stimuli douloureux et non douloureux. Le neurone convergent transporte les informations venant d'un champ récepteur cutané, viscéral, et/ou musculaire.

La convergence des afférences sensibles de provenance variée (peau, muscle ou viscères) sur les neurones convergents transportant jusqu'au cerveau des influx d'origine topographique diverses et de qualité différente (nociceptif ou non), peut expliquer les douleurs projetées. Les douleurs projetées sont des douleurs rapportées par "erreur" au métamère cutané, alors que l'origine réelle est viscérale, articulaire ou musculaire. En effet, la cartographie corticale pariétale possède une somatotopie topographique très précise pour la peau, mais imprécise pour les muscles, les vaisseaux et les viscères. Les douleurs référées sont d'interprétation plus difficiles et sont le support de pièges bien connus en médecine. La convergence des influx à chaque niveau métamérique explique les douleurs de mâchoires et de membre supérieur lors des infarctus myocardiques, le Mac Burney de l'appendicite, les douleurs interscapulaires d'origine vésiculaire.

Les voies spinales ascendantes

Les neurones nociceptifs médullaires spécifiques ou non spécifiques vont transmettre les messages douloureux au niveau cérébral par l'intermédiaire de leurs axones regroupés en faisceaux nerveux ascendants ipsilatéraux. On peut décrire ces faisceaux selon deux systèmes :

- Un système latéral, mis en jeu par la voie néo-spino-thalamique, faisant relais dans le noyau VPL (ventral postéro-latéral) du thalamus et se projetant sur le cortex pariétal somesthésique. Il s'agit

d'une voie à conduction rapide responsable d'une sensation consciente de la douleur aiguë et douée d'une capacité d'analyse qualitative de la stimulation (nature, durée, topographie). Cette voie est ainsi responsable de l'aspect sensori-discriminatif de la nociception.

- Un système médian, activé par la voie paléo-spino-réticulo-thalamique faisant relais dans la réticulée du tronc cérébral et dans les noyaux non spécifiques du thalamus et comportant de vastes projections sur le cortex pré-frontal, les structures limbiques, l'hypothalamus et le striatum. Cette voie à conduction lente est responsable après stimulation nociceptive de la douleur sourde mal systématisée (non discriminative). Elle met en jeu des comportements d'éveil et de défense et est à l'origine des composantes cognitives, affectives et neurovégétatives de la sensation douloureuse.

Ces voies nociceptives afférentes sont en permanence modulées par des systèmes régulateurs situés aux différents niveaux du système nerveux.

Les structures cérébrales

Les faisceaux ascendants conduisent les stimuli nociceptifs au niveau des différentes aires cérébrales impliquées dans le mécanisme de la douleur. Quasiment toutes les aires sont impliquées. Mais les stimuli sont intégrés essentiellement au niveau du cortex insulaire, de l'aire somesthésique secondaire (SII), et du gyrus cingulaire antérieur et, de façon plus inconstante, dans le thalamus et l'aire somesthésique primaire (SI).

Les réponses au niveau insulaire/SII et thalamiques reflètent la composante sensori-discriminative de la douleur. La réponse du cortex SI est plus en rapport avec la stimulation nociceptive cutanée de surface et modulée par l'attention portée au stimulus. La réponse thalamique, souvent bilatérale fait probablement intervenir des phénomènes d'éveil en réponse à la douleur. La réponse cingulaire antérieure reflète plutôt des processus attentionnels et émotionnels. L'attention au stimulus douloureux fait intervenir également le cortex pariétal postérieur et le cortex pré-frontal dorso-latéral droits qui participent au réseau cortical attentionnel et/ou mnésique.

1.3 Les mécanismes

1.3.1 Douleurs par excès de nociception

Elle correspond à une stimulation persistante et excessive des récepteurs périphériques de la douleur : les nocicepteurs par des processus lésionnels, inflammatoires, ischémiques ou des stimuli mécaniques inflammatoires. Il n'existe pas de lésion neurologique. Ces douleurs s'expriment selon un horaire mécanique (douleur augmentée aux mouvements) ou inflammatoire (réveils nocturnes par la douleur). Elles peuvent être reproductibles à l'examen clinique. Souvent, l'imagerie ou la biologie permettent de documenter ce type de douleur. Elles répondent relativement bien aux antalgiques. Exemples : douleur postopératoire, post-traumatique, viscérale.

1.3.2 Douleurs neuropathiques

En 1994, l'IASP introduit le terme de douleur neuropathique dans l'espoir de voir disparaître des appellations encore trop souvent usitées mais incorrectes telles que douleur neurogène, douleur neurologique, ou douleur de désafférentation.

L'IASP définit la douleur neuropathique comme une « douleur initiée ou causée par une lésion primitive ou un dysfonctionnement du système nerveux » [5]

Il a été plus récemment proposé de définir la douleur neuropathique comme « une douleur associée à une lésion ou maladie affectant le système somato-sensoriel » (6). Elle peut être spontanée ou déclenchée.

L'atteinte du système somato-sensoriel peut survenir dans un contexte neurologique évident (douleur survenant après un zona, neuropathie diabétique douloureuse, douleur centrale survenant après un accident vasculaire cérébral.). Elle survient aussi fréquemment dans un contexte non neurologique comme les suites post-opératoires, la chirurgie (même bénigne) étant souvent responsable de lésions nerveuses.

Elle se caractérise par des troubles neurologiques caractéristiques dans un territoire neurologique précis. Une douleur à type de brûlures ou de décharges électriques avec à l'examen clinique une hypoesthésie ou, au contraire, une allodynie (douleur induite par un stimulus non douloureux). Elle est souvent associée à des signes sensitifs non douloureux (paresthésies, engourdissement, prurit). Son dépistage est facilité par l'utilisation de questionnaires tels que le DN4 (62) qui repose sur l'identification de ces caractéristiques sémiologiques.

On distingue 2 types de douleurs neuropathiques (68):

- Les douleurs neuropathiques périphériques : leur distribution peut concerner un tronc nerveux, une racine, un plexus. Elles sont les plus fréquentes, 90% des douleurs de type neuropathique (8). Exemple : le syndrome du canal carpien.
- Les douleurs neuropathiques centrales : la lésion touche les voies sensitives centrales : cordon postérieur, voie spinothalamique ou systèmes de contrôle (thalamus, cortex, insulaire, préfrontal) (8). Exemple : La douleur centrale après un accident vasculaire cérébral (DCA), qu'on appelait auparavant « syndrome thalamique de Déjerine et Roussy ». C'est une manifestation de douleur centrale causée par des lésions ou un dysfonctionnement du système nerveux central.

Déjerine et Roussy ont défini la douleur thalamique pour la première fois il y a cent ans et l'ont décrite comme l'un des syndromes de douleur les plus spectaculaires, les plus pénibles et les plus réfractaires. La DCA se caractérise par une douleur constante ou intermittente et s'associe à des anomalies sensorielles, notamment la sensation thermique. La douleur est souvent décrite comme une sensation de brûlure, d'ébouillantage ou de gel. D'autres symptômes sont généralement vagues et difficiles à caractériser, ce qui complique particulièrement le diagnostic précoce. Les patients peuvent également présenter une dysesthésie active et les troubles sensoriels évoqués par des stimuli causés par la dysesthésie, l'allodynie et l'hyperalgésie. (64)

Contrairement à la douleur nociceptive, la douleur neuropathique répond mal aux antalgiques et elle justifie en première intention l'utilisation de certains antiépileptiques et/ou anti-dépresseurs.

1.3.3 La douleur mixte

Elle associe deux composantes : nociceptive et neuropathique. C'est notamment le cas lors de lombo-radiculalgies constituées d'une lombalgie le plus souvent de mécanisme nociceptif et d'une radiculalgie de mécanisme neuropathique.

1.3.4 La douleur psychogène

Cette dernière catégorie se définit de la façon suivante : « Abaissement du seuil nociceptif lié à des désordres thymiques » (28) et correspond en fait à des « douleurs sans lésions apparentes malgré un bilan étiologique attentif : la douleur psychogène est une douleur vécue dans le corps, mais dont la cause essentielle serait dans le psychisme ». Or, cette approche somme toute commune, est plutôt impropre puisqu'elle regroupe un peu toutes les douleurs qui n'ont pas réussies à être classées dans les deux autres catégories. Elle sous-entend une dichotomie entre le somaticien et le psychothérapeute.

1.4 La douleur chronique

1.4.1 Définition

À l'inverse de la douleur aiguë, toute stimulation nociceptive qui se prolonge va entraîner des modifications structurelles du système nerveux central, liées à la plasticité neuronale. Les réactions inflammatoires et les transformations tissulaires sont responsables de modifications du seuil de déclenchement des influx nociceptifs. Toute douleur, quel que soit son mécanisme, peut devenir chronique. Des douleurs spontanées sans stimuli nociceptif peuvent également apparaître. La douleur va alors conditionner la vie de l'individu, entraîner des troubles de l'appétit, une perte du sommeil, envahir son univers affectif, retentir sur le vécu quotidien avec des répercussions sociales, professionnelles et familiales. Elle va mobiliser la totalité des structures nerveuses et devenir la préoccupation dominante.

La Haute Autorité de Santé définit la douleur chronique comme un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte. Il y a douleur chronique, quelles que soient sa topographie et son intensité, lorsque la douleur présente plusieurs des caractéristiques suivantes :

- Persistance ou récurrence, qui durent au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois ; réponse insuffisante au traitement ;
- Détérioration significative et progressive du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail.

1.4.2 Prévalence

Il apparaît difficile d'évaluer de façon précise la prévalence de la douleur chronique dans la population générale. D'une étude à l'autre, la définition de la douleur chronique varie, les échantillons étudiés et les méthodes utilisées pour collecter les données sont différents.

Une revue de la littérature a été menée en 2003 par l'IASP. Sur les 13 études sectionnées (parmi les 32 éligibles), françaises et internationales, la prévalence de la douleur chronique varie de 10,1 % à 55,2 % en population générale (3). La principale enquête réalisée en France sur la douleur chronique est l'étude STOPNET (4) (Study of the Prevalence of Neuropathic Pain) réalisée en 2008 avec un échantillon de 23 712 personnes. Elle retrouve une prévalence de la douleur chronique et des douleurs neuropathiques en population générale de 31,7 %. Une autre étude, européenne celle-ci (7) retrouve une prévalence de 19% de douleur chronique supérieure à 6 mois (12 à 30% selon les pays) et plus précisément 15% en France.

Il existe une prédominance des douleurs chroniques chez les femmes. Jusqu'à 60% dans cette même étude menée en 2006. La prévalence augmente également avec l'âge.

1.4.3 Localisations

La localisation des douleurs chroniques est variable. 29,7% n'ont qu'une localisation douloureuse, 23,6% en ont 2, et 25% en ont 5 ou plus (9). Par ailleurs les étiologies sont multiples : rhumatologique, neuropathiques, céphalées et migraines, pathologies rachidiennes et discales, post-opératoires, suites d'accidents.

1.4.4 Des douleurs mal soulagées

« Les douleurs chroniques marquent souvent l'impuissance de la médecine à les comprendre et à les soigner. Elles affectent un fort contingent de patients désignés du terme élégant de "maladie fonctionnelle" : population de malades mettant en échec la sagacité des médecins, les procédures d'"imagerie médicale ou les examens. Ils souffrent "mais les praticiens ne trouvent rien". » Le Breton D. (65)

Selon une enquête du CLUD Pôle Centre Alsace le 8 décembre 2004, seul 48% des patients déclarent être bien soulagés (11). 17% des patients douloureux chroniques ont besoin d'être hospitalisés pour leur douleur.

Une autre enquête menée par les médecins-conseils d'Île-de-France auprès de 1 815 patients de 15 à 80 ans ayant été remboursés pendant 3 mois consécutifs en 2002 d'une prescription d'antalgiques de palier II ou III ou de médicaments antimigraineux a montré que 24 % des patients chroniques douloureux non migraineux et 12 % des migraineux sont peu ou pas soulagés par la prise en charge proposée (16).

1.4.5 Enjeux

Les douleurs chroniques ont un impact important sur la qualité de vie des patients qui en souffrent. Elles entraînent des répercussions sur les activités de la vie quotidienne, au niveau personnel, familial, social : troubles du sommeil (65%), difficulté à la marche (47%), perturbation des activités sociales (48%), difficulté à faire les tâches ménagères (54%), problème pour conduire (47%), troubles sexuels

(43%) (7). Elles sont fortement corrélées à un taux important de dépression, 21% dans l'étude de Breivik en 2006.

L'impact sur les activités professionnelles, sur le travail et la productivité est majeur. Pour presque un tiers des patients, les douleurs ont une répercussion sur leur emploi et 19% ont perdu leur emploi du fait des douleurs (7). Les arrêts de travail sont 5 fois plus fréquents que dans la population générale, ainsi 45% des patients qui présentent une douleur sont concernés par les arrêts de travail dont la durée moyenne cumulée dépasse 4 mois par an (18). Concernant la fibromyalgie (19), le taux d'incapacité professionnelle varie entre 25 et 50 %. L'étude longitudinale (19) de 1604 patients fibromyalgiques montre que 26 % reçoivent une indemnisation, soit une pension de sécurité sociale (16 % versus 2,2 % dans la population générale), soit un autre type d'indemnisation. Les constatations sont les mêmes pour White (19) avec 26 % des patients bénéficiant d'une pension d'invalidité.

Les douleurs chroniques représentent donc un coût pour la société. Aux États Unis, le coût annuel de la douleur chronique est de 215 millions de dollars (10). En France, le coût total des soins des fibromyalgiques est 3 fois supérieur à celui de la population générale (20).

Avec au moins 1/5 de la population française qui en souffre, les douleurs chroniques sont donc un enjeu majeur de santé publique. Cette forte prévalence contribue à ce qu'elles aient fait l'objet en France de rapports et réglementations spécifiques du ministère de la Santé dès 1991 (13).

Le premier « programme national de lutte contre la douleur », en 1998, finançait la mise en place, à l'échelle nationale, de structures multidisciplinaires pour l'évaluation et le traitement de la douleur chronique persistante, dans le cadre des établissements de santé.

En 2002, paraissait la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des soins qui reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne (14).

En 2007, le « plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques » (15) met en évidence que la prise en charge de la douleur est la première des attentes

des associations de patients. Dans ce contexte, la SFETD a saisi la HAS en 2007 pour l'élaboration de recommandations visant à favoriser la mise en œuvre de parcours de soins adaptés pour les patients exprimant une douleur chronique.

En 2008, la HAS publie des recommandations professionnelles sur le diagnostic du syndrome douloureux, l'évaluation et l'orientation du patient.

1.5 Le syndrome douloureux chronique : la douleur maladie

« La douleur chronique est une longue et pénible entrave à l'existence. Elle connaît des intensités variables allant du pointillé distillant ses effets pénibles et altérant le plein épanouissement de la vie quotidienne, à la continuité d'une douleur qui paralyse la plupart des activités sans le réconfort d'une issue prochaine » Le Breton D. (65)

Le syndrome douloureux chronique est à dissocier de la douleur chronique où le patient arrive à s'adapter et vivre avec sa douleur. La frontière est parfois difficile à définir. Le Chronic non-malignant Pain Syndrome (CPS) (12) ou syndrome douloureux chronique (d'origine non maligne) a été défini comme une douleur persistante pouvant concorder avec les données physiques et qui est associée avec au moins deux des conditions suivantes :

- Une détérioration progressive de la capacité fonctionnelle au domicile, et/ou au plan social et professionnel
- Une augmentation progressive de la demande et du recours à des médicaments et/ou à des procédures médicales invasives
- Un trouble de l'humeur
- De la colère et une hostilité significative

L'humeur dépressive n'est pas toujours reconnue du patient. Elle s'intègre à l'ensemble de son vécu douloureux. Elle peut se manifester par des troubles du sommeil, de l'appétit, de la libido, de la concentration. Ainsi qu'une irritabilité et une fatigabilité plus importantes.

Il existe, donc, avec cette approche de la douleur chronique, d'autres dimensions que la dimension temporelle.

Le syndrome douloureux chronique constitue une maladie en soi qui nécessite une prise en charge multimodale et pluridisciplinaire afin de remédier à son retentissement physique, psychique et social. Les facteurs responsables d'une évolution vers la chronicité sont multiples et imparfaitement connus. Parmi eux, certaines études mettent en avant les psychotraumatismes.

2. Psychotraumatismes

2.1 Définition

Le terme de « syndrome psychotraumatique » désigne tout état psychopathologique survenu après l'exposition à un événement potentiellement traumatisant ayant donné lieu à une expérience vécue de « traumatisme psychique ». « Le traumatisme psychique » ou « trauma » est une effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) de l'individu. L'image traumatique va s'incruster dans les représentations du sujet et va bouleverser le fonctionnement psychique de celui-ci. Une fois installée dans l'appareil psychique, cette image traumatique y demeure, parfois seulement quelques jours mais le plus souvent des semaines, des mois, des années voire toute la vie du sujet. Elle peut également faire d'abord l'objet d'un déni et elle réapparaîtra à la conscience du sujet avec une périodicité variable.

Les conséquences psychologiques d'événements traumatiques spécifiques ont donné lieu à une littérature abondante (67). La douleur peut être considérée comme un trouble émanant d'un événement traumatique. D'une approche essentiellement quantitative, ces travaux occupent une place prépondérante dans le domaine de la recherche en victimologie clinique. Relativement récents, ils sont pour la plupart anglo-saxons et font référence au Posttraumatic Stress Disorder (PTSD).

L'ESPT a été défini par le DSMIII, puis par le DSMIV et par le CIM 10. Il se caractérise par l'association de six critères :

- Un événement traumatique ;
- Des symptômes de reviviscence ou syndrome de répétition : lorsque le sujet revit ou croit revivre la scène traumatisante lui imposant des agissements adaptés (à la situation imaginaire) et générant une importante détresse ; une sensibilité particulière à des signaux déclencheurs de crises : situation similaire, les examens intimes, les interventions chirurgicales et les douleurs post-opératoires ; des souvenirs intrusifs, ou douloureux, ou flash-back.
- Des symptômes d'évitement, comme par exemple une amnésie de l'événement ;
- Une hyperactivité neurovégétative ;
- Un critère de durée : supérieure à un mois
- Un critère lié au handicap, à l'impotence physique et psychologique induite.

Derrière cette forme typique existent de nombreuses formes pauci-symptomatiques qui rendent compte de la multiplicité des formes cliniques.

2.2. Les événements de vie traumatiques

Les études concernant la prévalence des événements de vie traumatiques sur la population générale sont peu nombreuses. Une revue de la littérature épidémiologique américaine, révèle des taux extrêmement discordants d'une étude à l'autre. Selon l'étude, entre 16,3 % et 89,6 % des sujets ont fait l'expérience d'au moins un événement traumatique au cours de leur vie (29). Les événements cités dans cette revue sont : mort subite d'un être cher, exposition d'un être cher, catastrophe naturelle, accident, menace armée, agression physique, spectacle d'un préjudice, agression sexuelle/viol, maltraitance infantile, combat.

2.2.1 Deuil pathologique

Le deuil compliqué se caractérise par une douloureuse nostalgie du défunt à laquelle s'associent des symptômes dépressifs avec une intensité et une durée anormales. Le manque et la nostalgie envers le défunt sont spécifiques du deuil compliqué. On estime qu'entre 10 et 20% des deuils sont des deuils compliqués. Ce qui, rapporté au nombre de décès en France, indiquerait une incidence de 350 000 cas en France soit 0,5 % de la population générale.

Les chiffres avancés dans la littérature sont variables, M. Hanus parle de 5% des endeuillés (34) tandis que A. Sauteraud parle de 11% (35) (soit 350 000 cas ou 0,5% de la population générale) et M.-L. Bourgeois avance que 20% des deuils sont compliqués et devraient faire l'objet d'une prise en charge systématique. (36)

2.2.2 Maltraitance infantile

Un enfant maltraité est un enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique (37).

En France, la fréquence de la maltraitance reste méconnue et reste largement sous-évaluée. Les données disponibles sont des données de la protection de l'enfance, de la police et de la gendarmerie nationale et des données des études publiées. Le nombre de mineurs pris en charge en protection de l'enfance est estimé à 290 000 sur la France entière, soit un taux de 19,8 ‰ des moins de 18 ans. (38)

Une situation de maltraitance est retrouvée chez 1,5 à 5 % des enfants selon les agences de protection de l'enfance en Angleterre, aux États-Unis [50], en Australie et au Canada, et en France (51). Toutefois ce taux est plus élevé dans les enquêtes d'autoévaluation :

- *Abus physiques* : ils concernent entre 4 à 16 % des enfants. Seulement 1/30 aurait eu un contact avec les services sociaux et 1/250 serait prise en charge selon les recommandations des agences de protection (52).

- *Abus sexuel* : 5 à 15 % des garçons et 15 à 30 % des filles seraient exposés à un abus sexuel, et 5 à 10 % des garçons et 5 à 10 % des filles à un viol dans l'enfance (50). Une métaanalyse de 2004 souligne la sous-estimation probable de la prévalence réelle compte tenu de la sous-déclaration des cas d'abus sexuel (53).
- *Abus psychologiques* : environ 10 % des enfants seraient exposés à des abus psychologiques pendant l'enfance (48,49,54).
- *Négligences graves* : entre 1 à 15 % des enfants auraient subi des négligences graves dans l'enfance (48,50). Il s'agit des résultats d'enquêtes dans lesquelles l'enfant ou ses parents rapportent une absence persistante de soins ou bien une répétition de situations au cours desquelles un enfant a été blessé par manque de surveillance. Ce taux varie davantage compte tenu de la définition plus équivoque de la négligence par rapport aux autres types de maltraitements.
- *Être témoin de violence entre partenaires* : entre 10 et 20 % des enfants seraient témoins de violences entre ses parents (48).

Plus de 80 % des mauvais traitements sont infligés par les parents, mise à part la maltraitance sexuelle qui peut être le fait de connaissances ou d'un autre membre de la famille. Dans une étude menée en 2008 au Québec sur un échantillon de 802 personnes, un peu plus du tiers (36,7 %) des répondants rapportent avoir vécu au moins une forme de violence au cours de leur enfance (47).

Différents travaux de recherches ont montré unanimement que diverses formes de mauvais traitements subis pendant l'enfance ont des conséquences physiques et psychiques à l'âge adulte. Il a été constaté qu'il y a une association avec une augmentation des dépressions, une mauvaise estime de soi, une mauvaise perception de sa santé physique et un plus mauvais état de santé en général (39-46). Et peut entraîner une symptomatologie douloureuse chronique.

2.2.3 Cas particulier des violences sexuelles

L'OMS, en 2002, définit la maltraitance sexuelle comme : « L'exploitation sexuelle qui s'appuie sur la notion d'abus et de ses modalités : abus sans toucher, abus avec toucher sans violence, attitudes malsaines, modalités de type passif relevant d'une action ou d'une absence de protection. »

Le terme d' « abus sexuel », tel qu'il est utilisé dans la littérature anglo-saxonne, est d'usage difficile en raison de la notion de tolérance qu'il induit en français. En effet, ce n'est pas l'acte lui-même qui est excessif, mais les conditions dans lesquelles il est intervenu et la qualité des acteurs.

En 2002, en France, selon les sources de l'Observatoire décentralisé de l'action sociale, 5 900 enfants, sur 20 000 signalés pour maltraitance, ont subi des violences sexuelles. Quarante-cinq pour cent des violences concernent des enfants de moins de 9 ans (SNATEM : Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée).

Vingt-cinq pour cent des procès d'assises sont constitués par les incestes, qui représentent 75 % des agressions sexuelles à l'encontre des enfants et 57 % des viols sur mineurs.

Onze pour cent des femmes de 20 à 59 ans ont subi une agression sexuelle (échantillon représentatif de 6 970 femmes), le plus souvent à type de rapport forcé (57 %) et avant 15 ans (59,9 % pour les attouchements) [enquête nationale sur les violences envers les femmes en France NVEFF 2000]. Ces chiffres, qui permettent d'estimer que 50 000 à 90 000 femmes ont été violées en France en 1999, sont à rapprocher des statistiques officielles, qui dénombrent 2 120 viols pour la même période (Ministère de la Justice).

Les conséquences des agressions sexuelles sont multiples et souvent responsables d'une altération majeure de la qualité de vie ultérieure des victimes. Il semble exister une relation forte entre les antécédents d'abus sexuels et les douleurs pelviennes chroniques. La relation semble moins évidente en ce qui concerne d'autres localisations douloureuses. Il semblerait que les conséquences algiques soient d'autant plus importantes que l'abus sexuel a entraîné un syndrome de stress post traumatique.

3. Question de recherche

Les douleurs chroniques sont donc un motif de consultation de plus en plus fréquent en médecine générale. Les plaintes de ces patients sont multiples et leur prise en charge bien souvent complexe. La douleur chronique, lorsqu'elle n'est plus un simple symptôme mais bien une maladie en tant que telle nécessite alors un diagnostic et une prise en charge thérapeutique spécifiques. Elle nécessite une prise en charge globale qui peut être inspirée du modèle bio-psycho-social. Le médecin doit traiter le symptôme douloureux en essayant de trouver le meilleur analgésique possible mais il doit également prendre en compte les différentes répercussions du syndrome douloureux (familiales, professionnelles, sociales). Il doit s'efforcer de comprendre la façon dont la douleur est vécue ainsi que le sens qu'elle prend, propres à chaque patient. Cela peut permettre au médecin d'identifier certains facteurs favorisant ou exacerbant les douleurs chroniques. Parmi ces facteurs il semble qu'on puisse retrouver l'existence d'événements difficiles dans la vie des patients.

Y-a-t-il un lien entre les événements de vie difficile et les douleurs chroniques ?

B. MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Choix de la méthode

Notre travail de thèse s'est inscrit dans un travail global sur les douleurs chroniques, initié par la SFMG. Nous avons opté pour une démarche qualitative afin de recueillir la parole de patients présentant des douleurs chroniques. L'intérêt des enquêtes qualitatives est de restituer le discours des patients de façon plus approfondie. Elles offrent la possibilité de comprendre les manières d'agir et de penser. L'enquête qualitative permet de rendre compte de la complexité du réel là où, bien souvent, l'enquête quantitative par questionnaire, en dresse un portrait simplifié.

Nous sommes deux étudiantes à avoir effectué ce travail de recherche en commun. Le matériel de recherche a été constitué parallèlement par nous deux puis l'analyse a été partagée. Avec, au final, la présentation de deux volets distincts, matérialisés par deux thèses d'exercice de médecine générale.

L'une des parties s'est concentrée sur la mise en évidence, d'éléments biographiques communs chez les patients ayant des douleurs chroniques ainsi qu'un lien éventuel entre ces éléments et la survenue de douleurs chroniques. En effet, un certain nombre d'études quantitatives tendent à mettre en évidence une association plus ou moins forte entre le développement des douleurs chroniques et la survenue dans la vie de ces patients d'événements de vie difficiles (30, 47, 55-57).

L'autre partie, présentée par ma collègue, s'est portée sur le vécu douloureux de ces patients ainsi que l'existence dans leurs discours d'un sentiment de non reconnaissance et d'un lien éventuel avec la survenue de douleurs chroniques.

Nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels semi directifs de type compréhensifs (76) afin de laisser aux interviewés le temps d'évoquer le vécu d'événements traumatiques, s'il y en avait, dans un contexte d'anonymat et d'intimité.

2. Population d'étude et recrutement

2.1 Critères d'inclusion

- patients majeurs (plus de 18 ans)
- souffrant de douleurs chroniques depuis plus de 6 mois
- sans discrimination sur le type de douleur (migraine, dorsalgie, douleur pelvienne fibromyalgie...)
- en échec thérapeutique par la médecine allopathique

2.2 Critères d'exclusion

- patients atteints de cancer
- patients en soins palliatifs
- patients psychotiques

2.3 Recrutement

Le recrutement a été réalisé dans différents cabinets de médecine générale d'Ile-de-France. Les médecins ont été contactés par mail ainsi que par connaissances directes.

Après avoir obtenu l'accord de leur patient pour la participation à notre étude, les médecins nous ont transmis leurs coordonnées.

Nous les avons ensuite contactés par téléphone afin de confirmer leur volonté de participer à l'étude, de leur expliquer le principe de l'étude, les modalités de l'entretien et pour convenir d'un rendez-vous.

3. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été menés en parallèle par les deux étudiantes avec une répartition de $\frac{1}{4}$, $\frac{3}{4}$ réalisés respectivement par la seconde étudiante et moi-même. Les entretiens étaient individuels et ont été réalisés entre avril 2017 et mai 2018. Ils ont majoritairement eu lieu au domicile des sujets interviewés selon leur propre convenance. Après accord, tous les entretiens ont été enregistrés par dictaphone. Les entretiens ont été anonymisés lors de la retranscription et les enregistrements effacés une fois retranscrits. Chaque interviewé était libre de stopper l'enregistrement quand il le souhaitait, cependant une seule personne a demandé de le suspendre momentanément. Les propos ainsi recueillis hors enregistrement ont été retranscrits après l'entretien.

Un guide d'entretien, a été constitué après recherche bibliographique et énoncé d'hypothèses. Il n'a pas été modifié après la réalisation des premiers entretiens. Il était constitué de questions ouvertes et avait pour objectif d'étudier trois axes principaux. La question « brise-glace » permettait aux patients de raconter l'histoire de leurs douleurs : leurs modes de survenue, leurs évolutions, les différentes prises en charge dont ils ont pu bénéficier. Le deuxième axe étudiait les répercussions et le vécu des douleurs par les patients. Le troisième axe recherchait la survenue d'événements difficiles dans la vie des patients. Enfin une dernière question interrogeait les patients sur l'attribution de leurs douleurs.

4. Analyse des résultats

Les entretiens enregistrés sur dictaphone ont tous été retranscrits sur WORD. Chaque étudiante ayant retranscrit ses propres entretiens.

Une fois l'intégralité retranscrite, chacune assurait ensuite le codage manuel ainsi qu'à l'aide du logiciel Nvivo 12, de tous les entretiens. Puis les thèmes et sous thèmes ont été repérés et dégagés selon le principe de l'analyse par théorisation ancrée (77). Une triangulation de ces thématiques a été faite entre les deux étudiantes en vue d'un regroupement d'items. Ceci a permis l'élaboration d'un document unique de codage des vingt entretiens.

Une deuxième analyse par catégorisation plus précise a ensuite été menée par chaque étudiante en fonction de la partie qu'elle allait ensuite présenter. Dans la partie présentée ici, l'analyse était focalisée sur la mise en évidence d'événements de vie difficiles chez les patients et les liens qu'il était possible de retrouver dans leurs discours.

C. RÉSULTATS

1. Talon sociologique

Tableau I – Talon sociologique

Nom	Sexe	Age	Statut marital	Enfants	Profession	En activité ou non	Durée des douleurs
A	F	63	Mariée	2	Assistante maternelle	A arrêté de travailler	7 ans
E	F	49	Mariée	2	Enseignante	Mi-temps	10 ans
J	F	63	Divorcée	3	Secrétaire	Active	30 ans
B	F	43	2 ^{ème} mariage	2	Sans emploi		5 ans
M	F	39	Séparée, HMS	3 (dont une qu'elle n'a pas porté)	Bibliothécaire	Mi-temps	20 ans
K	F	49	Mariée	3	vendeuse	Invalidité	28 ans

Nom	Sexe	Age	Statut marital	Enfants	Profession	En activité ou non	Durée des douleurs
N	F	48	Mariée	3	Animatrice jeunes enfants	Active	8 ans
H	F	45	Célibataire	2	Secrétaire	Active	15 ans
T	F	56	Mariée	3	Agent d'entretien dans un lycée	Active	20 ans
F	F	52	Divorcée	2	Aide-soignante	Arrêt longue maladie	40 ans
C	F	56	Mariée	2	Enseignante	Mi-temps	13 ans
R	M	62	Marié	2	Enseignant dans le supérieur	Arrêt de travail	1 an
G	F	31	Mariée	2	Coiffeuse	Longue maladie	2 ans
P	F	54	Mariée	3	Infirmière	Arrêt longue maladie	4 ans
LC	F	58	Mariée	3	Assistante maternelle	A arrêté de travailler	Dès l'âge de 13 ans
L	F	53	Divorcée	1	Commerciale	Mi-temps	13 ans
S	F	29	En couple	Non	Vendeuse	A arrêté de travailler	2 ans
I	F	47	Séparée	2	Sans emploi		9 ans
D	F	78	Mariée	2	Retraitée	Retraitée	Très longtemps...
O	F	56	En couple	Non	Infirmière	Mi-temps	13 ans

2. Résultats

2.1 Déclenchement des douleurs

Le mode de déclenchement des douleurs est variable entre les patients interrogés. Certains se souviennent parfaitement du jour ou du moment où cela a commencé. D'autres, en revanche, n'ont qu'un souvenir flou du début de ces douleurs. De la même façon, un facteur déclenchant évident à ces douleurs n'est pas systématiquement retrouvé.

2.1.1 Présence de douleurs dans l'enfance

Deux patients interrogés présentaient déjà des douleurs chroniques dans l'enfance.

Mme LC : J'ai eu des douleurs...ça a commencé j'avais 13 ans. Donc c'est simple j'ai dû arrêter la danse, j'ai dû arrêter ma gymnastique.

Pour une des patientes, cependant, elle ne date pas le début de ses « vraies » douleurs à cette époque.

Mme F : Oh ben j'en ai toujours plus ou moins eu, je n'ai jamais été malade étant petite mais j'ai toujours eu des douleurs non expliquées quand j'étais jeune, même beaucoup plus jeune, étant même gamine, dans les genoux, enfin aux articulations. [...] Et puis les véritables douleurs ont commencé il y a maintenant 10 ans, je m'en suis aperçue au travail.

2.1.2 Survenue des douleurs sur le lieu de travail

Chez plusieurs patients les douleurs se sont déclenchées sur le lieu de travail. Pour certains se sont des douleurs qui sont apparues progressivement du fait de la nature de l'emploi. Pour d'autres elles sont apparues suite à un accident de travail, une chute le plus souvent.

Mme H : Enfin heu je pense qu'il y a ça qui est intervenu quand même, c'est que quand j'étais très jeune, je faisais des boulots pendant les vacances etc. et donc en fait j'ai travaillé dans les hôtels en tant que femme de chambre etc. et tout ce qui est linge, c'est lourd. Le fait de faire les lits, de faire le ménage, il faut plier, il faut se pencher, j'ai jamais adopté les postures qu'il fallait, donc c'est ça. Après j'ai travaillé dans la restauration, soit en salle, soit en cuisine, etc. donc selon ce qu'il y avait à faire ça dépend, c'est pareil la vaisselle c'est lourd, il faut se pencher, s'agenouiller, porter des trucs, des caisses de bouteilles qui sont lourdes et quand on est jeune on fait pas attention

2.1.3 Lors de la grossesse

Mme L : J'ai commencé à avoir mal à ma hanche après l'accouchement de mon fils donc qui a 13 ans, donc neuf mois de grossesse douloureuse, un accouchement épouvantable et à partir de

l'accouchement, enfin après avoir accouché, ma hanche a commencé à claquer. Je n'avais jamais eu mal auparavant

2.1.4 Existence d'un événement déclencheur précis

Dans certaines histoires il est possible d'identifier un élément déclencheur bien précis (ménopause, grippe, fracture, chute). Mais les douleurs développées ensuite ne correspondent pourtant pas dans tous les cas aux douleurs existantes initialement. L'événement apparaît donc vraiment comme un déclencheur aux douleurs mais non comme une explication.

Ménopause	<i>Mme C : Alors les dates faut que je les retrouve...je pense que c'était en 2005 à peu près. Et après on m'a déclenché une ménopause artificielle juste après qui a été assez violente déjà. Et après le court de ma vie a repris normal. Et est arrivée la ménopause réelle mais assez tôt puisque j'ai 56 ans et ça va faire presque une dizaine d'années maintenant et à partir de là tout s'est dégradé mais alors tout. Et puis ça va de pire en pire et ce qui me tue le plus je crois c'est que maintenant j'ai l'impression qu'on ne peut plus rien faire et que je vais être obligée de vivre avec.</i>
Grippe	<i>Mme G : Donc j'ai bien eu la grippe mais voilà je pense que la grippe était peut-être un peu l'élément déclencheur de tout le reste. Et j'étais un légume sur mon canapé et du coup je pense que tout le reste s'est un peu réveillé et maintenant j'aimerais bien m'en débarrasser mais ce n'est pas possible.</i>
Chute	<i>Mme B : Ben la grosse douleur que j'ai en fait c'est mon bras. Parce que j'ai eu un accident, je revenais du travail, je travaillais au tribunal de N. et j'ai glissé sur une bouche d'égout et je me suis complètement cassé l'épaule</i>
Fracture	<i>Mme P : il y a 4 ans ça a commencé en fait par une fracture du sternum spontanée [...] A la suite de ça j'ai commencé à avoir très très mal dans la</i>

	<i>hanche [...] De là se sont greffées d'autres douleurs, des douleurs aux poignets, des douleurs aux mains.</i>
--	--

2.1.5 Absence de facteur déclenchant

Certains patients se souviennent précisément du moment où les douleurs sont apparues sans pour autant qu'il y ait un facteur déclenchant particulier.

Mr R : je n'ai jamais eu au préalable, de douleurs chroniques, la douleur a commencé fin juin, début juillet. Et ça a été crescendo [...] en plus c'était à la fin de vacances, en corse dans un endroit paradisiaque, enfin je voyais pas le rapport.

Mme N : Je me souviens en novembre 2010, on avait été au restaurant La Criée, je me rappelle très bien, et au milieu de la nuit j'ai commencé à avoir mal là. Je me suis dit que c'est parce que j'ai mangé un peu gras, un peu piquant. Comme je souffre de constipation tout ça, je me suis dit c'est peut-être ça. Et ça ne s'est pas passé du tout. Et depuis ce jour là....c'est arrivée comme ça d'un seul coup

D'autres patients au contraire ne se souviennent pas du début de leurs douleurs.

2.2 Localisation des douleurs

2.2.1 Localisations multiples

La majorité des patients interrogés présente des localisations multiples à leurs douleurs. Il existe une prépondérance des douleurs rachidiennes. Souvent une douleur initiale ou principale est retrouvée à laquelle se sont greffées d'autres douleurs de localisations variées qui se sont chronicisées ensuite. Toutes les parties du corps ont été évoquées par au moins un des patients interrogés.

Tableau II – Localisations et diagnostics des douleurs

Nom	Localisations	Diagnostics
A	Rachis, pieds, céphalées	Hallux valgus compliqué
E	Douleurs ORL	Aucun
J	Multiples	Fibromyalgie
B	Rachis, pieds, épaules	Fibromyalgie
M	Rachis et membres inférieurs	Pathologie discale
K	Membres supérieurs	Syndrome thoraco-brachial
N	Rachis et membres inférieurs	Pathologie discale
H	Rachis et abdomen	Colopathie fonctionnelle, pathologie discale
T	Multiples	Fibromyalgie
F	Multiples	Fibromyalgie
C	Rachis et membres inférieurs	Aucun
R	Céphalées	Hydrops
G	Multiples	Fibromyalgie
P	Multiples	Fibromyalgie
LC	Multiples	Fibromyalgie
L	Hanches et membres inférieurs	Dysplasie de hanche
S	Multiples	Pathologie discale, tendinopathie
I	Hanches et membres inférieurs	Aucun
D	Multiples	Aucun
O	Abdomen	Colopathie fonctionnelle

2.2.2 Étiologie des douleurs

Les entretiens révèlent une errance diagnostique. Les patients retracent la multiplication des consultations médicales spécialisées ou non ainsi que la multiplication des examens complémentaires.

Mme S : Ah oui j'ai vu trois rhumatologues, deux kinés, et trois médecins traitants différents et maintenant un nouveau rhumatologue à Cochin, de nouveau un kiné et un ergothérapeute, un psychologue donc ouai je commence à être suivie par pas mal de médecins.

La plupart de ces examens étaient normaux ou leurs résultats étaient discordant avec les caractéristiques (durée, intensité, description) des douleurs chroniques.

Mme C : Hier la dame à l'IRM elle m'a dit ben voilà ça évolue, ça devient inquiétant maintenant, il faudrait faire l'EMG. Mais l'EMG est fait, c'est tout normal.

Mme G : On a fait des milliards d'examens qui n'ont rien donnés donc on m'a dit "rentrez chez vous"

Mme LC : Donc radio, machin, bidule, rien ! Après j'avais des douleurs, enfin toute sortes de douleurs et ils trouvaient toujours rien.

Peu de diagnostics précis ont été avancés pour expliquer les douleurs évoquées par les patients interrogés. Parmi ces diagnostics évoqués, nous retrouvons par ordre décroissant de références : pathologie discale, fractures, tendinopathies, endométriose, algoneurodystrophie, arthrose, hydrops, syndrome thoraco-brachial, colopathie fonctionnelle, dysplasie de hanche.

Le diagnostic de fibromyalgie a été posé pour 6 patientes interrogées. Cf tableau ci-dessus.

Mais les différents diagnostics ne suffisent généralement pas à expliquer l'ensemble des douleurs dont se plaignent les patients ni l'intensité de ces douleurs.

Mme H : Bizarrement, enfin le truc c'est que j'ai plein de symptômes mais quand on fait les examens ils trouvent rien, tout est normal quoi.

Mme F : Donc j'ai passé toute la batterie d'examens possibles, et imaginables. Qui n'a rien révélé à part de l'arthrose, je commençais à avoir de l'arthrose.

Mme S : [...]et ça serait une tendinopathie parce qu'ils ont trouvé une tendinite aux hanches il y a à peu près 15 jours, 3 semaines d'où l'écho ce soir pour voir l'évolution, sauf que bah j'avais mal avant d'avoir une tendinite donc pour le moment on cherche. J'ai bien deux disques abimés dans le bas du dos mais je les avais déjà avant donc enfin ça ne justifie pas les douleurs encore moins aux genoux, aux épaules...

En plus de ne pas être suffisant pour expliquer l'intensité des douleurs, l'existence d'un diagnostic n'a permis dans aucun des cas de trouver un traitement efficace pour soulager ces douleurs.

2.3 Échec des traitements

Les patients interrogés décrivent tous une inefficacité plus ou moins importante des différentes prises en charges, médicamenteuses surtout mais également autres telles que kinésithérapie, hypnose, etc.

2.3.1 Inefficacité des traitements médicamenteux

La plupart des patients interrogés ont décrit une efficacité médiocre des antalgiques. Malgré la multiplication de ceux-ci, ainsi que les dosages importants auxquels ils étaient prescrits. En effet, un certain nombre de patients étaient sous des doses quotidiennes élevées d'opiacés sans que cela ne leur ait apporté de soulagement des douleurs ni la possibilité de retrouver une qualité de vie satisfaisante. Plusieurs d'entre eux ont pu essayer la quasi-totalité des traitements antalgiques possibles. En plus de ces traitements antalgiques beaucoup de patients sont également traités par anti-dépresseur dont là aussi l'efficacité reste mauvaise.

Mme K : [...] donc en plus ces douleurs-là ne sont calmées par rien, même la morphine ça fait rien du tout, les antispasmodique j'en ai essayé j'en ai bouffé tant et en plus ça me faisait rien,

Il semble exister chez les patients douloureux chroniques un phénomène de tolérance voire de résistance aux antalgiques plus important que pour d'autres patients.

Mme A : Mais c'était terrible ces douleurs, les anti douleurs ni faisaient rien, même les morphinique n'arrivaient pas à me calmer, ils n'avaient jamais vu ça. Quand il fallait une dose à un patient, moi 3 ou 4 ça ne faisait rien.

2.3.2 Effets indésirables

Parallèlement à cette résistance médicamenteuse il semble coexister une augmentation de la fréquence de survenue d'effets indésirables par rapport aux autres patients.

Mme T : Y a rien qui...là à la fin on était obligé de me mettre sous morphine, mais mon corps maintenant rejette tous les médicaments

Mme H : De toute façon je supporte plus aucun anti inflammatoire, on a testé les opiacés, je ne les supporte plus non plus, donc en fait j'ai plus de moyen de me soulager

Mme M : [...] mais j'avais plein d'effets secondaires et ça traitait pas le problème en fait.

2.3.3 Inefficacité des autres techniques

Au cours de leur parcours médical en lien avec leurs douleurs chroniques, les patients interrogés ont pu bénéficier d'un certain nombre de prises en charge autres en parallèle des traitements antalgiques médicamenteux classiques. Il a été cité de façon non exhaustive : kinésithérapie, hypnose, homéopathie, méditation, mésothérapie, TENS (neurostimulation électrique transcutanée), cupping (ou méthode des ventouses), magnétiseur, acupuncture, cure thermique, EMDR (eye movement desensitization and reprocessing), ostéopathie. Si certains décrivent un résultat partiellement positif de certaines techniques, la plupart de ces prises en charge n'a pas eu de bénéfice notable.

Mme S : Là on va dire que ça va mieux moralement j'ai repris du poil de la bête et grâce encore au Dr R et tout ce qui est hypnose et tout ça, m'a quand même aidé j'ai pu redormir et reprendre une vie normale ce qui n'était pas du tout le cas la première année.

Mme C : Donc j'ai fait beaucoup beaucoup de kiné. J'ai une kiné qui est vraiment très bien [...] donc ça me soulage énormément mais ça ne dure pas. C'est-à-dire qu'il faudrait que je la voie tous les jours.

Mme T : J'ai fait de l'hypnose mais j'ai arrêté parce que ça ne marchait pas

Mme L : Alors donc heu...donc je supporte pas qu'on me touche, donc kiné non! j'en ai eu mais maintenant c'est plus possible. Je sors c'est pire que quand j'arrive et je mets une semaine à m'en remettre alors non pas la peine.

2.4 Éléments biographiques

L'objectif de notre étude était de mettre en évidence des éléments biographiques communs chez ces patients. Quasiment tous les patients interrogés nous ont livré des histoires de vie plutôt compliquées. Souvent les patients ont évoqué la survenue de plusieurs événements difficiles au cours de leur vie.

Tableau III – Éléments biographiques des patients

Nom	EVT	EVD	Autres	Structure familiale	Carence affective
A	Deuils pathologiques		Cancer chez le mari	Conflit avec la sœur	Oui maternelle
E		Père alcoolique/ violence verbale	Fils malade		Oui maternelle
J	Viol/ maltraitance maternelle physique et psychologique	Harcèlement sexuel au travail, fausse couche		Conflit avec son fils	Oui maternelle
B		Violences verbales 1 ^{er} mari	Décès mère jeune	Conflit frères et sœurs	
M	Inceste/violences conjugales			Mère toxique Père non protecteur	Oui maternelle
K	Maltraitance physique et psychologique/ deuils multiples	Père alcoolique		Famille déchirée	Oui maternelle
N			Conflits voisinage	Conflit fille	Oui maternelle
H	Violences conjugales chez les parents	Père alcoolique			Oui paternelle
T	Inceste/ Violences psychologiques de la part de sa sœur/ deuils pathologiques	Harcèlement sexuel au travail		Conflit fraternel	
F	Deuils pathologiques	Fausse couche	Divorce		

Nom	EVT	EVD	Autres	Structure familiale	Carence affective
C				Conflit avec son frère	
R					Non reconnaissan ce paternelle
G	Viol/ Deuils multiples	Fausse couche			
P					Oui maternelle
LC	Abandon maternel/ viol				Oui maternelle
L		Harcèlement au travail	Divorce difficile		
S				Mère toxicomane dans l'enfance	
I	Violences conjugales			Conflit avec sa famille	
D	Maltraitance parentale physique et psychologique		Responsabilités jeune	Injustice par rapport à la fratrie	Oui maternelle
O		Climat de violence/frère alcoolique	A aidé son grand-père à mourir/ Responsabilités jeune/ n'a pas eu d'enfant	Conflit avec la mère	Oui maternelle

2.4.1 Événements de vie traumatiques

a. Deuils

Huit des patients interrogés parlent spontanément du fait d'avoir subi des deuils dans leur entourage proche. Pour quatre d'entre eux il y a eu plusieurs deuils dont souvent plusieurs rapprochés dans le temps.

Mme F : Il y a 5 ans, ça va faire 6 ans au mois d'avril j'ai perdu un neveu et trois jours après j'ai perdu ma mère. J'ai déjà perdu mon père à l'âge de 19 ans. [...] Et puis après à 11 ans j'ai perdu la seule grand-mère que j'avais. A 12 ans j'ai un cousin de 18 ans qui s'est suicidé. [...] Et heu donc voilà mon enfance ça se résume à ça...j'ai vécu quand même beaucoup de deuils...beaucoup.

Certains témoignages révèlent des deuils pathologiques.

Mme A : Oui un décès brutal et mal digéré. C'était le 13 mai (1998). J'y pense tous les jours. (Larmes aux yeux). J'étais très proche d'Alexandra, je l'aimais beaucoup.

Mme T : Ma maman est décédée ça fait quatre ans, mon papa est décédé a fait 2 ans. Mes depuis leur décès je n'arrive pas à remonter la pente. J'ai vécu ici, ils étaient malades, je n'ai pas pu les aider.

b. Maltraitance physique

Quatre patients interrogés révèlent une histoire de maltraitance physique dans l'enfance de la part des parents. Pour trois de ces patients c'était surtout la mère qui était maltraitante.

Mme D : [...] j'ai été une enfant battue [...] j'étais la petite fille peur de tout, parce que mes parents me battaient me tiraient les cheveux, maman était institutrice elle me tirait les cheveux mes frères me battaient.

Mme K : (Il y avait de la violence ?) Oui beaucoup ! mon frère jumeau et moi-même on a vécu beaucoup de violences physiques. Surtout moi parce que j'étais à protéger mes frères et sœurs. Physiques et morales. De la part de nos deux parents [...] Je vous ai dit que mon père était alcoolique, je peux vous dire qu'il nous a frappé, qu'il nous a ligoté, il a tout fait ce mec-là.

c. Maltraitance psychologique

Trois des quatre patients ayant subi de la maltraitance physique ont également subi une maltraitance psychologique. Une patiente a révélé une histoire de maltraitance psychologique de la part de sa sœur

ainée non associée à des violences physiques. Elle était également plus âgée que les autres au moment où cela s'est produit puisqu'elle avait 17 ans alors que les autres étaient de jeunes enfants.

Mme T : Et à cause de ma sœur, elle m'a refait rentrer ici, c'était pour m'occuper de ses enfants. J'ai commencé à travailler, je n'avais même pas dix-sept ans. Je travaillais pour lui donner la paye [...] Ma sœur, quand je rentrais du travail, c'était « la paye, laisse-moi voir la fiche de paye, combien tu as touché, donne-moi l'argent » elle ne me donnait que 200e pour vivre, je vivais chez elle.

d. Viols

Cinq patientes relatent des viols. Pour deux d'entre elles il s'agissait d'incestes. Dans un cas ça a été un épisode unique commis par le frère aîné, dans l'enfance. Les parents ont été mis au courant de la vérité et « ont puni » le frère. Pour la deuxième il s'agissait de viols répétés dans l'enfance de la part de son grand-père et de son oncle maternels. Dans le cas des trois autres patientes il s'agissait d'un événement unique de la part de personnes connues.

Dans aucun des cas, la patiente n'a porté plainte. Au contraire, deux d'entre elles n'ont pas été entendues et crues, notamment par leur mère. Dans le cas de l'inceste par le grand père, la révélation du secret des années plus tard a entraîné une véritable rupture familiale avec un rejet maternel violent.

Mme L : J'ai été violée oui...J'avais 17 ans, quand je suis allée le dire à ma mère, elle m'a dit "je porte pas plainte", elle voulait pas que je porte plainte, comme quoi j'avais pas été violée.

Mme M : Et quand j'ai parlé de ça à ma mère, dans le jardin, elle a déjà très mal pris le fait de... elle a dit « mais mon père n'a rien fait, c'est quelqu'un de bien » mais elle était très violente déjà.

Par ailleurs, cette patiente et c'est la seule de tous les patients interrogés, a présenté un état de stress post traumatique avec une amnésie des faits. Le souvenir de cet événement traumatique n'est revenu à la conscience de la patiente qu'à l'âge de 38 ans suite à différents travaux de psychothérapie.

e. Violences conjugales

Deux patientes ont subi des violences conjugales physiques. L'une d'entre elles est la patiente ayant subi un inceste de la part de son grand père.

Mme I : Il m'a mis plus bas que terre, il m'a humilié, j'ai pris 56 kilos, il m'a interdit de sortir, il m'a enlevé tous les amis, c'est mon fils qui disait à l'école « maman, je vais rentrer elle sera morte », il m'a frappée au niveau du bassin et m'a laissée pour morte par terre

Ces violences physiques étaient associées à de la violence psychologique. On retrouve également de la violence psychologique chez d'autres patientes mais plutôt à type de violence verbale.

Mme J : Par rapport à ça non, mais violence morale oui ça c'est clair !

2.4.2 Événements de vie difficiles

Tous les patients interrogés rapportent des histoires plus ou moins difficiles avec des événements marquants survenus au cours de leur vie. N'ont été mentionnés dans les résultats que les événements rapportés spontanément par au moins deux patients différents. Parmi les événements de vie difficiles non développés ci-dessous car ne ressortant pas plus d'une fois lors de l'analyse, on retrouve entre autres : divorces, parent isolé, conflits sur le lieu de travail, hypofertilité, conflits de voisinage, échecs sentimentaux, adultère.

a. Harcèlement sur lieu de travail

Mme L : [...] donc le harcèlement moral et sexuel. Il me prenait dans les coins m'attrapait il voulait absolument faire les choses c'est limite s'il m'arrachait pas les vêtements, je lui disais « t'es complètement malade », le soir le téléphone les textos

b. Addictions chez les parents

Quatre des patients ont décrit un père alcoolique. Deux d'entre eux étaient violents physiquement lorsqu'ils étaient alcoolisés, l'un avec sa fille et l'autre avec sa femme.

Une autre patiente révèle une mère toxicomane mais elle n'aurait pas souffert de cette situation.

Mme E : Non, enfin violences verbales. Quand il était imbibé il était violent verbalement mais pas physiquement.

c. Maladie chez un proche

Un proche malade est retrouvé dans l'entourage de la plupart des patients interrogés. Les pathologies sont diverses : cancer, psychiatrique, cardiopathie, AVC, douleurs. Les proches atteints sont : les parents, les enfants, le conjoint, les frères et sœurs.

Bien souvent, du fait de ces maladies, les patients interrogés ont été contraints de s'occuper de leurs proches.

Mme O : pourtant avec mon frère on a toujours été extrêmement proche j'ai essayé de l'aider pendant des années je l'ai emmené dans des réunions genre alcooliques anonymes, pff je me suis beaucoup beaucoup occupé de lui pour l'aider à s'en sortir et puis ça n'a jamais marché

Parfois dès leur jeune âge et dans quelques cas jusqu'au décès de ce proche. Une des patientes évoquait sa mère qui souffrait de douleurs chroniques intenses et dont elle a dû s'occuper étant enfant.

Mme G : Pour le coup j'ai toujours connu ma mère malade donc c'est quelque chose que je connais donc je sais qu'il y a des moments où on était obligés de la doucher, on était obligés de lui couper sa viande.

d. Fausses couches

Mme G : J'ai mis quatre ans à avoir un enfant parce que j'enchainais les fausses couches et que j'ai fait une fausse couche tardive à 6 mois et demi donc il a fallu accoucher, il a fallu donner un prénom au bébé.

e. Violences conjugales chez les parents

Mme H : Ce que je me souviens en fait c'est ma mère qui allait le ramasser dans la rue parce qu'il n'arrivait pas à marcher et tous les dimanches matin les hurlements parce qu'il lui courait après pour lui casser la gueule ; donc c'était l'enfer. Malgré ça elle est restée avec lui.

2.4.3 Environnement familial instable

L'analyse des entretiens a révélé certaines similitudes dans les structures familiales des patients interrogés.

a. Famille dysfonctionnelle

En plus de ceux déjà cités dans le chapitre précédent des traumatismes subis durant l'enfance, spontanément plusieurs patients interrogés rapportent des caractéristiques évocatrices de famille dysfonctionnelle.

Mme O : je dis un climat de violence alors pas physique mais mentale vraiment d'insécurité aussi quoi aussi parce que c'était toujours à moi de tout assumer c'est même écrit dans mon livret scolaire que j'ai la charge de mon petit frère que ça me gêne dans mes études

Mme K : On est une famille assez déchirée, elle nous a mis les uns contre les autres, elle a divisé pour mieux régner. En grandissant on a compris qu'elle nous a plus détruit qu'autre chose, mais tous les deux, aussi bien la mère que le père.

b. Conflits familiaux

Les conflits familiaux sont fréquemment retrouvés chez ces patients souffrant de douleurs chroniques. Les conflits peuvent concerner les différents membres de la famille. Il ne s'agit pas nécessairement de conflits anciens ou vécus durant l'enfance mais plutôt de conflits encore présents au moment où les patients ont été interrogés. Dans plusieurs cas cela a abouti à une situation de rupture familiale où

plusieurs membres de la famille ne s'adressent plus la parole. Pour quelques patients les questions d'héritages à la mort des parents ont été un élément déclencheur ou aggravant de ces tensions.

c. Carences affectives

Il est ressorti de la plupart des entretiens que les patients douloureux chroniques avaient souffert d'un manque d'affection et d'attention durant leur enfance. Le plus souvent il s'agit d'une carence affective maternelle.

Mme P : Quand je suis arrivée chez elle, elle m'a dit "entre toi et mon copain, je préfère mon copain"...donc ben ensuite j'avais des jours où il ne fallait pas être là parce que le copain était là...donc j'étais lâchée dans la nature.

En effet il semble exister un dysfonctionnement dans beaucoup de relations mère-fille. L'une des patientes a, par exemple, été placée en famille d'accueil dès sa naissance car non désirée par sa mère. Celle-ci lui a tout de même révélé être sa mère alors qu'elle était âgée de 7 ans mais a continué à cacher à son entourage l'existence de sa fille. Par ailleurs, elles sont quelques-unes à avoir été élevées par une autre figure maternelle que leur propre mère. D'autres patientes décrivent des mères « toxiques » dont elles ont essayé de s'éloigner une fois arrivées à l'âge adulte. Elles ont souffert du manque de considération de leur mère.

La place du père est un élément important du discours de ces patients. La figure paternelle fait également souvent défaut dans leurs histoires de vie avec soit un père absent soit un père non protecteur. Prenons l'exemple de Mme B. qui a été abusée sexuellement par son grand-père et son oncle. Sa mère n'a jamais voulu la croire et l'a tout simplement rejetée, quant à son père il n'a jamais su la défendre de ses deux bourreaux et est toujours allé dans le sens de la mère, contre sa fille.

Le seul homme interrogé souffrait quant à lui d'un manque de reconnaissance de la part de son père.

Mr R : Et j'ai absolument pas su gérer la relation avec mon père et en fait je me suis rendu compte qu'en même temps je n'étais pas capable de faire ce que mon père me demandait mais du coup je souffrais du manque de reconnaissance de mon père. Heu...on a jamais réussi à en parler.

2.5 Chronologie entre événement et douleurs

Afin d'établir un lien entre les événements de vie traumatique et le développement de douleurs chroniques plusieurs niveaux de comparaison sont possibles. L'existence d'un lien temporel entre les deux en est un.

Selon les patients, un laps de temps plus ou moins important sépare l'événement considéré comme traumatique et la survenue des douleurs actuelles.

Il est possible de retrouver une concomitance entre le traumatisme et le début des douleurs chez plusieurs d'entre eux.

La survenue des douleurs correspond, chez une des patientes au moment où elle a subi des violences conjugales importantes.

Mme I : Alors est ce que c'est lié à ça, je ne sais pas, mais en tout cas ça a commencé à ce moment-là [...] J'avais pas mal avant les coups avant je marchais normalement, donc je pense que c'est depuis ces coups, peut-être qu'avant j'avais mal je m'en suis pas rendu compte, mais, après j'suis restée bloquée.

Pour une autre, le début est concomitant du moment où elle est retournée vivre avec sa mère qui l'avait abandonnée à la naissance.

Mme LC : J'ai eu des douleurs...ça a commencé j'avais 13 ans [...] donc je suis retournée chez ma mère. Donc j'avais 13 ans [...]

Enfin, une autre fait un lien temporel entre le décès de son oncle dont elle était très proche et le début de ses douleurs.

Mme K : Et moi mon oncle je l'ai toujours vu qu'il avait 40 ans et qu'ils m'ont caché son cancer ça a été...voilà. Et je suis arrivée complètement détruite et là, petit à petit la douleur a commencé.

Chez la plupart il n'existe cependant pas de lien temporel évident entre l'événement de vie difficile et la survenue des douleurs. Par contre les patients décrivent une aggravation des douleurs suite à ces événements, notamment des deuils.

Mme F : [...] et au mois d'avril, mai j'ai perdu de façon consécutive un ami qui m'était très cher et une tante, en un laps de temps très court et puis donc là mes douleurs se sont...enfin je pense avec le temps se sont aggravée.

2.6 Mémoire de la douleur

Il semble exister une mémoire de la douleur, elle peut être liée au traumatisme comme pour Mme B. ou à d'autres douleurs vécues antérieurement et qui n'existent plus à l'heure actuelle comme pour Mme L.

Mme M : En tout cas la douleur de dos correspond à la douleur de quand j'ai été violée en fait. Et la douleur du cou correspond aussi à des positions qu'on m'a intimement obligée à prendre.

Mme L : [...] l'abcès et le décollement de la plèvre c'est extrêmement douloureux et ça reste en mémoire, et je sais là exactement où était l'abcès, c'est incroyable alors qu'il n'y a plus rien

2.7 Attribution des douleurs par les patients eux-mêmes

2.7.1 Lien entre douleurs et événements de vie difficiles

La plupart des patients interrogés restent sceptiques quant au rôle que pourraient jouer les événements difficiles qu'ils ont pu vivre dans leur vie et le développement de leurs douleurs. Ils ont quasiment tous cette notion d'un éventuel lien mais ne pensent pas qu'il puisse s'appliquer dans leur cas.

Mme C : Mais quelle influence, je ne la maîtrise pas. Toutes mes douleurs sont survenues avant ces événements dont je vous parle. Mais peut-être que ça aide pas à adoucir tout ça.

Mr R : Heu...donc c'est arriver à assumer ça et...de manière bassement cartésienne, et je le fais, j'essaye de le faire avec attention, je n'arrive pas à comprendre le lien que pourraient avoir ces douleurs chroniques avec l'à côté choc post traumatique

Mme G : Donc oui effectivement j'ai eu des événements compliqués mais qui pour moi sont pas forcément liés et que je me dis que si je réussis à les accepter, à passer au-dessus, voilà c'est fait c'est fait, que la vie elle continue. Donc voilà.

Souvent, il existe une confusion entre un lien éventuel entre le « psychologique » et la présence de douleurs chroniques d'un côté et le fait que les douleurs ne soient pas réelles d'un autre côté. La reconnaissance de la part psychologique dans la genèse ou la persistance des douleurs chroniques signifie nier la réalité de la souffrance corporelle de ces patients. Pour eux, squ'un médecin puisse évoquer le fait qu'il s'agisse d'une origine psychologique équivaut à dire que ces douleurs n'existent pas.

Mme L : tout ce que j'ai pu voir comme médecin et qui m'ont dit "bonjour c'est psychologique". Heu...bon en fin de compte pour en arriver à quand même trouver quelque chose (fibromyalgie) mais en fin de compte que ça se guéri pas.

2.7.2 Lien entre douleur et stress

Si les patients ne font pas forcément de lien direct entre leurs douleurs et les événements difficiles, ils font souvent un lien avec le stress et les angoisses que ces derniers engendrent.

Mme N : Donc c'est pas ça qui m'a déclenché la douleur, la douleur elle est depuis avant mes problèmes mais je pense qu'avec le stress ça fait encore augmenter la douleur. Je vis dans le stress tous les jours tous les jours tous les jours.

2.7.3 Le besoin de trouver une cause

Quasiment tous les patients interrogés restent dans l'espoir de trouver un diagnostic ou une explication « logique » à leurs douleurs. C'est-à-dire une explication autre que « psychologique ». Certains fondent leurs espoirs dans les avancées médicales futures. Persuadés que si la cause n'a pas été trouvée ce n'est pas qu'elle n'existe pas mais que les médecins ne possèdent pas encore les moyens de la trouver.

Mme M : Et comme vous avez dit tout au début c'est vrai que la douleur moi je m'en rends compte que même si on me dit que c'est expliqué par tel ou telle chose, y a 10 ans on me disait autre chose, je sais qu'il y a quelque chose notamment dans l'ankylose des bras, des membres moi je ne peux pas le maîtriser ça. Je me dis que peut-être un jour on découvrira autre chose, mais j'ai pas peur en fait, je m'invente pas une maladie [...]

Mme I : j'ai envie vraiment, j'ai envie y a pas de raisons qu'on trouve pas ce que j'ai il faut savoir ce que j'ai c'est ça le problème mais comment le savoir c'est ça le problème.

2.7.4 Quand l'existence du lien ne suffit pas à soulager les douleurs

Une seule patiente a réellement fait le lien entre son épisode de viol et le développement de ses douleurs chroniques. Mais malgré l'acceptation et la reconnaissance de ce lien ainsi que le travail psychanalytique qu'elle a pu mener par rapport à cela, cela n'a pas permis de soulager complètement ses douleurs.

Mme M : C'est pas parce qu'on connaît les histoires que...d'ailleurs c'est presque pire parfois. Et il faut accepter en fait ce qui est très très bien c'est que le travail sur le stress post trauma j'ai vraiment œuvré pour pouvoir..., c'était un vrai boulot, un vrai travail, une lutte contre la douleur une acceptation de la douleur, et j'en ai vu les effets.

D. DISCUSSION

1. Critique de la méthode

1.1 Age

La moyenne d'âge était de 51 ans, il y a une concordance avec les études qui montrent une augmentation de la prévalence des douleurs chroniques avec l'âge. (7)

1.2 Sexe

Sur les 20 entretiens réalisés, il n'y avait qu'un seul homme. Cela peut s'expliquer par une prévalence plus importante des douleurs chroniques chez les femmes. Jusqu'à 60% selon une étude de 2006 (7). Cette différence de répartition dans notre étude peut être expliquée par une plus grande difficulté des hommes à se livrer. J'ai eu deux annulations d'entretien, à chaque fois au dernier moment, par des hommes, qui finalement n'ont plus souhaité participer. La raison évoquée était dans les deux cas « d'autres soucis à régler avant ».

1.3 Entretiens

La réalisation d'entretiens individuels relativement longs a permis qu'une relation de confiance s'établisse avec les patients interrogés. Il était donc plus aisé qu'ils me rapportent des événements difficiles vécus au cours de leur vie.

Cependant les résultats obtenus lors de telles enquêtes peuvent sous évaluer la réalité, du fait des oublis, du déni ou de l'embarras causé lors de l'évaluation, en particulier en cas d'abus sexuel. Une étude réalisée en 2000 estimait qu'une évaluation menée sur un seul entretien conduisait à sous-estimer de 50% les cas de maltraitance (69).

Lors de deux entretiens les enfants du patient étaient présents sur le lieu de l'entretien, il est probable que cela a entraîné une retenue dans le discours du patient mais également dans les questions que j'ai

pu lui poser. Il est en effet plus délicat d'aborder des sujets tels que les violences subies dans l'enfance lorsque l'enfant du patient interrogé pourrait entendre.

1.4 Posture du médecin-chercheur

Dans le cadre d'études qualitatives la façon dont le chercheur se présente peut avoir son importance. En effet, le patient peut être amené à modifier, inconsciemment, son discours selon qu'il se trouve en face d'un médecin ou non. Dans le cadre de ce travail, le statut de médecin a plutôt été un élément positif, gage de confidentialité et de « secret médical » pour les patients interviewés. Ils se sont donc sentis plus libre de me confier certains éléments biographiques lourds. Il a nécessairement influencé la façon dont j'ai pu mener les entretiens.

Personnellement, les douleurs chroniques et l'optimisation de leur prise en charge est un questionnement important dans ma pratique quotidienne de médecin généraliste. L'étude a en effet révélé le rôle central de 1^{er} interlocuteur du médecin généraliste.

2. Synthèse des résultats

Les patients douloureux chroniques interrogés ont des **profils douloureux variés**. Le mode de survenue et de développement de ces douleurs chroniques est relativement variable selon les patients. Les localisations douloureuses sont diverses, souvent multiples et parfois évolutives dans le temps. Il est donc difficile de trouver une réelle similitude entre ces patients du point de vue de la description de leurs douleurs chroniques.

Pourtant tous les patients, quel que soit leur type de douleur, semblent présenter une même **tolérance voire une résistance médicamenteuse** aux traitements antalgiques, quelle que soit la classe thérapeutique utilisée. Ils semblent également avoir une plus grande **susceptibilité aux effets indésirables médicamenteux**.

Mais ce qui ressort principalement de cette étude c'est l'existence commune d'histoires de vie difficiles chez ces patients souffrant de douleurs chroniques. Il semble donc qu'il était légitime de chercher à

mettre en évidence, au travers de notre enquête, ces événements de vie traumatiques ainsi que leur lien avec les douleurs. Une différence a été faite entre les événements à haut potentiel traumatogène et les autres événements que nous avons qualifiés de difficiles dont le potentiel traumatogène est moindre mais qui, dans le cas de nos patients, ont tout de même eu un effet choquant sur le psychisme. Les événements de vie traumatiques retrouvés sont : **le deuil pathologique, les violences sexuelles, la maltraitance physique et morale dans l'enfance, les violences conjugales**. Les autres événements rapportés sont : **harcèlement sur le lieu de travail, fausse couche, présence d'une personne malade dans l'entourage proche, violence conjugale chez les parents, addictions chez les parents**. Il est frappant de voir la coexistence de plusieurs événements traumatisant et/ou difficiles chez un même patient.

En plus de cette similitude dans le vécu d'événements difficiles, la plupart de ces patients ont en commun **un environnement familial particulier** avec de nombreux **conflits intra familiaux**. Pour beaucoup il existe des carences précoces, notamment une **carence affective maternelle** associée à une fragilité de la figure paternelle.

Il semble donc évident qu'un lien existe entre ces événements et le développement d'un syndrome douloureux chronique. Pour autant il n'est pas facile d'établir la nature de ce lien. On retrouve un lien temporel chez quelques patients mais il est absent chez la majorité d'entre eux. Il semble pourtant exister une **mémoire de la douleur** qui pourrait expliquer une partie de ce lien. Pour certains des patients, le stress et l'angoisse en lien ou non avec ces événements difficiles constitue un facteur aggravant des douleurs. Paradoxalement la non reconnaissance de la part psychologique de ces douleurs est prépondérante chez les patients.

3. Comparaison avec la littérature

3.1 Lien entre deuil pathologique et douleurs chroniques

Dans les études quantitatives il est fréquemment retrouvé des épisodes de pertes, de deuils, de séparations au départ des problématiques de douleurs chroniques (30). « Alors que ce type d'événements ne sont pas inscrits dans la réalité du corps, celui-ci paraît bien souvent supporter seul le poids de ces ébranlements, sous la forme du syndrome douloureux » Allaz (31). Un certain nombre d'études portent sur la dépression, l'augmentation de la mortalité et des suicides, la mauvaise santé, la diminution de l'immunité en rapport avec le deuil. (32) Concernant la douleur chronique, malgré les constations personnelles et les anamnèses, la mise en évidence d'un lien avec le processus de deuil n'est pas facile. Kaiser et al. (33) trouvent chez 13 adolescents d'un groupe de 15 céphalalgiques, dans l'année d'apparition de cette douleur, 3 décès, 4 divorces parentaux, 2 conflits familiaux sévères et 4 déménagements.

Les hypothèses formulées sont souvent que la douleur chronique représente une forme de deuil compliqué. Douleurs chroniques et état de stress post traumatiques, révèlent qu'un processus de deuil, récent ou ancien, ne s'est pas déroulé de manière satisfaisante. La répétition des deuils est un facteur de risque de complication. Surtout quand le suivant survient avant que le travail de deuil précédent ne soit terminé (34). Pour Hanus la douleur chronique est une expression du processus de deuil compliqué suivant qui vient révéler le deuil précédent inachevé.

3.2 Lien entre maltraitance et douleurs chroniques

L'existence d'histoires de maltraitance chez les patients douloureux chroniques interrogés va dans le sens des résultats de plusieurs études qui montrent que la maltraitance physique ou psychologique dans l'enfance constitue un facteur prédisposant au syndrome douloureux chronique (56, 57).

Un certain nombre d'hypothèses ont été émises pour expliquer le lien entre maltraitance infantile et douleurs chroniques à l'âge adulte. La maltraitance infantile pourrait entraîner des comportements inappropriés en termes de santé ainsi que des troubles psychosociaux. Ces deux composantes pouvant

être associées à un risque accru de troubles physiques. Ces personnes présenteraient une importante diminution de capacité d'auto-régulation des émotions (58), entraînant des perceptions inappropriées à la menace. Les adultes ayant subi des violences dans l'enfance sont plus à risque d'être confrontés à des violences conjugales et à une vie stressante (60,61). En bref, des dysfonctionnements au niveau émotionnel, comportemental, psychologique, relationnel constituent des facteurs de risques au développement de douleurs chroniques.

Évoquant l'enfant maltraité, S. Robert-Ouvray (57) dit : « La répétition et l'accumulation des expériences de crispations émotionnelles précoces entraînent la perte de la souplesse des muscles ». Ainsi, « le corps et l'axe du corps vont être investis par l'enfant comme étayage, base de repli et de rassemblement psychocorporel, et possible lit de futures pathologies dorsales, lombaires et viscérales. Adulte, il peut à nouveau se figer dans une douloureuse contracture musculaire, généralement massive, tétaniforme, intéressant l'axe du corps et résistante. Les excitations non différenciées, libérées en excès lors de la réactivation de l'expérience traumatique trouvent ainsi la voie de décharge somatique la plus courte, la plus ancienne et la plus investie » (57).

3.3 Lien entre violences sexuelles et douleurs chroniques

Parmi les patients interrogés, 5 révèlent avoir subi des violences sexuelles. Deux dans l'enfance et les trois autres à l'adolescence. Plusieurs études mettent en avant le rôle favorisant des abus sexuels dans le développement d'un syndrome douloureux chronique (47, 55). On retrouverait entre 34 et 66% d'abus sexuels chez les patients souffrant de douleurs chroniques (70). La plupart de ces études sont cependant centrées sur les douleurs pelviennes chroniques alors que dans notre étude les patientes victimes de viol présentent des douleurs de localisations multiples.

Une des hypothèses évoquées dans la littérature serait d'interpréter le syndrome douloureux comme une représentation métaphorique du traumatisme passé. Au-delà des séquelles psychiques et physiques, les traumatismes liés à une maltraitance physique (y compris aux abus sexuels) entraînent

une façon particulière de « régler » les conflits intersubjectifs et de gérer les affects véhiculés par ceux-ci : à savoir sur un mode tacite ou non symbolisé, et par un passage à l'acte corporel. (71)

3.4 Lien entre autres événements de vie difficiles et douleurs chroniques

Dans l'exposé des résultats d'analyse une différence a été faite entre événements de vie traumatiques et difficiles en fonction de leur potentiel traumatogène. Il est cependant plus intéressant de considérer la valeur subjective de ces traumatismes liés à l'histoire singulière de chaque patient et dès lors mieux comprendre le réel impact qu'ils ont pu avoir sur leur organisation psychosomatique et leur vie. Plutôt que de les hiérarchiser en termes de gravité.

Il est intéressant de noter de la répétition d'événements difficiles chez plusieurs de ces patients.

En tenant compte de cette valeur subjective il est alors possible de penser que, au même titre que les traumatismes, les événements de vie difficiles peuvent constituer un facteur favorisant au développement d'un syndrome douloureux chronique.

Il est également important de considérer l'âge de survenue du traumatisme ainsi que le cycle de vie au cours duquel il intervient et le degré de maturation psychique du patient. Le pouvoir des événements vécus pendant l'enfance est déterminé par le fait que les expériences engrangées précocement organisent le sens et la réponse à de nouvelles expériences douloureuses et traumatiques (71).

3.5 Lien entre environnement familial instable et douleurs chroniques

Une part importante des patients interrogés décrivent des conflits familiaux importants. Dans la littérature, Kaiser et al. (33) retrouvent chez 13 adolescents céphalalgiques, dans l'année d'apparition de ces douleurs 4 divorces parentaux et 2 conflits familiaux sévères.

Il est surtout marquant de constater combien de patients ont souffert de carences précoces principalement affective et maternelle. Ces carences peuvent également avoir valeur de traumatisme par leur intensité, leur durée ou leur répétition.

Les conséquences de ces carences précoces sur la construction psychique de ces patients sont nombreuses et peuvent constituer un élément de compréhension du développement des douleurs chroniques. Au niveau individuel, le sujet « souffre-douleur » va devoir survivre face à ce manque d'amour, avec cette dépendance naturelle et structurante aux parents qu'il n'aura pu ni assouvir, ni même parler et encore moins élaborer (72). Souvent les patients interrogés se décrivent comme d'anciennes personnes hyperactives et hyperdynamiques qui peut être compris comme un moyen de lutte contre les séparations et les manques passés. Mais cette lutte rencontre à un moment donné de la vie de ces patient un point de rupture qui peut correspondre à un événement de vie intercurrent (décès d'un proche, déménagement, départ d'un enfant) ou à une atteinte corporelle directe (chute, accident de travail, fracture, maladie anodine). Ce point de rupture entraîne une cassure dans l'équilibre précaire du patient qui passe alors d'une hyperactivité à un état d'aréactivité, d'un état d'autonomie à un état de dépendance. Ce vécu autour de l'autonomie et de la dépendance sera traité plus en détail dans la thèse portant sur le vécu de la douleur et le sentiment de non reconnaissance des patients douloureux chroniques réalisée par ma co-chercheuse.

3.6 Chronologie entre événements et douleurs

Selon la définition de la CIM 10, pour pouvoir parler de troubles dissociatifs (de conversion) ou troubles somatoformes il doit exister une relation temporelle étroite entre l'événement traumatisant et le développement des symptômes. L'absence de ce lien chronologique dans la majorité des cas rencontrés montre donc que les douleurs chroniques ne correspondent pas simplement à une somatisation des traumatismes passés. Les mécanismes explicatifs sont donc plus complexes et mettent une fois de plus l'aspect multifactoriel de ces douleurs en avant.

3.7 Mémoire de la douleur

Il semble exister une mémoire de la douleur. Mme P. le formule clairement lorsqu'elle parle d'une douleur dentaire qu'elle a vécue alors qu'elle avait une dizaine d'années et qu'elle peut ressentir des années après « *Alors la douleur de la dent, j'ai donc 54 ans et jusqu'à à peu près il y a une dizaine*

d'années il m'arrivait encore d'en rêver la nuit et de ressentir physiquement la même douleur et de me réveiller en passant la langue contre le palais et en pensant que ma dent était encore en plein milieu du palais. Là ça fait des années que je ne fais plus ce rêve. Mais j'ai consulté le dentiste en disant écoutez passez-moi une radio, est-ce qu'il reste pas un morceau parce que moi je le ressens, mais je le ressentais que pendant mes rêves. ».

Plusieurs travaux ont été menés autour du sujet de la mémoire douloureuse (73, 74). Plusieurs approches sont possibles, complémentaires les unes des autres : neuropsychologique, psychologie clinique, neurophysiologie. Elle correspond à une réalité émotionnelle, corporelle mais également neurophysiologique.

Il existerait des traces durables des douleurs vécues qui modifieraient la réceptivité à venir des douleurs futures. Le signal douloureux initial entraînerait une modification structurelle et fonctionnelle des circuits nerveux qui enregistrent cette modification et qui peuvent être réactivés par un stimuli même minime ou une action cognitive. La mémoire douloureuse liée à un événement traumatique n'est donc pas élaborée par le patient qui n'en est d'ailleurs souvent pas conscient. C'est le cas de Mme M qui fait le lien entre la localisation corporelle de ses douleurs et les violences qu'elle a subies étant enfant « *En tout cas la douleur de dos correspond à la douleur de quand j'ai été violée en fait. Et la douleur du cou correspond aussi à des positions qu'on m'a intimement obligée à prendre.* » C'est une réactivation du symptôme douloureux.

Le concept de mémoire douloureuse rend encore une fois compte du profil extrêmement complexe et multifactoriel des douleurs chroniques.

3.8 La perception de ce lien par les patients

Bien souvent il existe chez les patients qui ont des douleurs chroniques, une non reconnaissance du rôle psychologique dans le développement de leurs douleurs. Cela reflète une incompréhension des mécanismes de ce lien, ainsi que le dit Mr R : « *et je le fais, j'essaye de le faire avec attention, je n'arrive*

pas à comprendre le lien que pourraient avoir ces douleurs chroniques avec l'à côté choc post traumatique ». Il est plusieurs fois sous-entendu par les patients que l'évocation par le médecin d'une part psychologique à l'explication de leurs douleurs revient à nier leur réalité ou du moins à minimiser leur importance. La demande principale des patients est le soulagement de leurs douleurs et un retour à leur état antérieur. Pour la plupart d'entre eux ce soulagement ne peut passer que par la mise en évidence d'une cause précise à ces douleurs.

3.9 Le rôle du médecin généraliste

Le médecin généraliste est acteur central et principal dans le parcours médical de ses patients douloureux chroniques. C'est lui qui va recevoir ces patients au moment de leur plainte initiale mais aussi lui qui va les suivre dans ce trajet sinueux de prise en charge de la douleur. Il est indispensable pour le médecin de ne pas céder à une dichotomie trop simpliste entre psychologique et somatique. L'existence de facteurs prédisposant aux douleurs chroniques, tels que les événements de vie traumatique, ne doit pas faire oublier la souffrance corporelle bien réelle de ces patients et leur demande de soulagement.

Vient ensuite la question de la prise en charge de ce lien entre événement et douleurs chroniques. Le médecin généraliste en tant qu'interlocuteur principal et acteur d'une relation de confiance avec le patient va souvent se retrouver dépositaire de ces histoires de vie lourdes, quelquefois secrètes ou tues. Or le fait d'avoir permis au patient de verbaliser ces traumatismes n'est pas un élément suffisant au soulagement de ces douleurs. Il est donc légitime de se poser la question de la recherche de ces éléments de vie traumatiques chez tous les patients ayant des douleurs chroniques. Le médecin doit ensuite pouvoir offrir une prise en charge adaptée au patient.

E. CONCLUSION

Les douleurs chroniques sont un motif très fréquent de consultation en médecine générale. Mais bien souvent le médecin se retrouve mis en position d'échec par ces patients, tant au niveau diagnostique

que thérapeutique. Avec pour conséquence une multiplication des consultations, des examens complémentaires et des traitements antalgiques médicamenteux ou autres.

Les histoires des douleurs de ces patients sont singulières à chacun d'eux. Leur début est variable d'un patient à l'autre, avec ou sans facteur déclenchant, brutal ou progressif, précis ou non. Les localisations ou mode de survenue sont tout aussi variables : localisation unique ou multiples, fracture initiale, hernie discale, grippe, arthrose.

Mais notre étude a mis en évidence des éléments biographiques communs les patients ayant des douleurs chroniques. Il est fréquent de retrouver des histoires de vie lourdes et compliquées avec la survenue d'événements traumatiques tels que des viols, de la maltraitance physique et morale dans l'enfance, des violences conjugales, des deuils pathologiques, des harcèlements sexuels. Il est frappant de noter la succession de plusieurs événements difficiles dans la vie de certains de ces patients. Leurs histoires se rejoignent également par l'existence de carences affectives précoces au sein d'un environnement familial et parentale compliqué fait de conflits et de ruptures.

Il semble exister un lien entre le développement des douleurs chroniques et ces traumatismes, même si sa nature n'est pourtant pas évidente à établir. Il est rare de retrouver une chronologie étroite entre un événement marquant et le début des douleurs. Ces événements n'apparaissent donc pas comme des éléments déclencheurs mais plutôt comme des facteurs prédisposants au développement de douleurs chroniques. Par ailleurs la succession d'événements ainsi que leur survenue après le début des douleurs, peuvent être considérées comme facteur aggravant. Il n'est pas évident pour les patients d'accepter l'existence de ce lien justement parce qu'ils n'y voient pas forcément de correspondance chronologique.

Vient ensuite la question de la prise en charge de ce lien entre événement et douleurs chroniques. Le médecin généraliste en tant qu'interlocuteur principal et acteur d'une relation de confiance avec le patient va souvent se retrouver dépositaire de ces histoires de vie lourdes, quelquefois secrètes ou tues. Or le fait d'avoir permis au patient de verbaliser ces traumatismes n'est pas un élément suffisant

au soulagement de ces douleurs. Il est donc légitime de se poser la question de la recherche de ces éléments de vie traumatiques chez tous les patients ayant des douleurs chroniques. Le médecin doit ensuite pouvoir leur offrir une prise en charge adaptée. Cette prise en charge complexe doit être globale et s'intéresser au vécu de la douleur par les patients qui, souvent, ne se sentent pas reconnus par le corps médical ou la société.

Il serait intéressant d'étudier le rôle du sentiment de non reconnaissance dans le développement de douleurs chroniques.

RÉSUMÉ

La douleur aiguë est un symptôme permettant de mettre en œuvre une réponse face à une agression. La douleur chronique peut être comparée à une sonnette d'alarme qu'on ne parviendrait plus à éteindre. Elle perd sa 'finalité' de signal d'alarme et elle devient une maladie en tant que telle, qu'elle que soit son origine. Les médecins généralistes voient de plus en plus arriver dans leurs cabinets des patients présentant des douleurs chroniques. Si les causes sont parfois identifiables, d'autres fois, elles sont inexplicables. Les professionnels de la santé peuvent alors être confrontés à un sentiment d'impuissance. Plusieurs études quantitatives rapportent la survenue d'événements traumatiques dans la vie des patients ayant des douleurs chroniques. Y a-t-il un lien entre les événements de vie traumatiques et les douleurs chroniques ? Nous avons donc décidé de faire une étude qualitative en réalisant des entretiens semi-compréhensifs auprès de 20 patients présentant des douleurs chroniques en échec thérapeutique. Ces entretiens ont ensuite été analysés selon une méthode de théorisation ancrée. Notre étude montre des éléments biographiques communs chez ces patients. Il s'agit de la survenue d'événements traumatiques (viols, maltraitance physique ou psychologique, violences conjugales, deuils compliqués) ou difficiles (harcèlement, fausse couche, proche malade) au cours de leurs vie mais aussi la présence de carences précoces notamment des carences affectives maternelles dans un environnement familial instable, lieu de conflit et de ruptures. Le lien chronologique entre la survenue de ces événements et le développement des douleurs n'est présent que chez quelques patients. La majeure partie d'entre eux ont d'ailleurs des difficultés à reconnaître un lien entre les deux. Il semble donc exister un lien entre ces événements et la survenue des douleurs chroniques mais la nature de celui-ci est plus difficile à établir. La présence d'un lien temporel n'est pas la règle. Il existe cependant plusieurs approches possibles pour tenter de l'expliquer : psychanalytiques mais aussi neurophysiologiques avec le concept de mémoire douloureuse.

Mots clés : méthode analytique, douleurs chroniques, événements de vie traumatiques, carences précoces, mémoire douloureuse.

ABSTRACT

Pain is a symptom which triggers a response to a physiological problem. With that in mind, chronic pain can be compared to an alarm bell that can not be stopped. Eventually it loses its alarming quality and becomes an illness as such, whatever its origin. General practitioners are increasingly seeing patients with chronic pain; sometimes the causes are identifiable, other times they are inexplicable. As a result, healthcare professionals experience a sense of helplessness.

Several quantitative studies report the occurrence of traumatic events in the lives of patients with chronic pain. Is there a link between traumatic life events and chronic pain?

We carried out a qualitative study by conducting semi-comprehensive interviews with 20 patients who suffer from chronic pain and for whom treatments have so far failed. These interviews were then analysed according to a grounded theory approach.

Our study shows common biographical elements in these patients. These are the occurrences of either traumatic events (rape, physical or psychological abuse, conjugal violence, complicated grief) or difficulties during their lives (harassment, miscarriage, family sickness). Early deficiencies were also present, including deficiencies in maternal affection in an unstable family environment resulting in conflicts and ruptures.

The chronological link between the occurrence of these events and the development of chronic pain is only seen in a few patients. Indeed most of them have difficulty recognising a link between the two.

There does seem to be a link between these events and chronic pain, but the nature of this link is difficult to establish. The presence of a temporal link is not the rule. There are however a number of possible ways to try to explain it: psychoanalytical approaches but also neurophysiological with the concept of painful memory.

Key words: analytical method, chronic pain, traumatic life events, early deficiencies, pain memory.

BIBLIOGRAPHIE

1. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Force on taxonomy of the international association for the study of pain. Seattle: IASP; 1994.
2. Haute Autorité de Santé. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Consensus formalisé. Argumentaire. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2008.
3. Harstall C, Ospina M. How prevalent is chronic pain? Pain Clinical Updates 2003;11(2):1-4.
4. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain 2008;136(3):380-7.
5. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Seattle : IASP Press ; 1994.
6. Treede RD, Jensen TS, Campbell JN and al. Neuropathic pain : redefinition and a grading system for clinical and research purposes. Neurology 2008 ; 70 : 1630-5
7. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe : prevalence, impact on daily life, and treatment. European Journal of Pain. 2006, 10, 287-333
8. Bouhassira D, Calvino B Douleurs : physiologie, physiopathologie et pharmacologie 1er éd., Paris : Arnette ; 2009
9. Hirszowski F, Diez F, Boureau F., Dialogue ville hôpital « la douleur, le réseau et le médecin généraliste », 1ère éd. Paris : J. Libbey Eurotext ; 2001 : 133.
10. Miller LR, Cano A. Comorbid chronic pain and depression : who is at risk? J Pain. 2009, 10(6), 619-27.miller
11. Enquête douleur du CLUD de Pôle Centre Alsace(réalisée en décembre 2004 <http://www.cnrd.fr/-Alsace-.html>

12. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Douleur chroniques : L'état de santé de la population en France - Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. Rapport 2007. Paris : DRESS; 2008. p. 142-3.
13. Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité. La douleur chronique. Les structures spécialisées dans son traitement. Bulletin officiel 1991 ;9113 Bis.
14. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel 2002;5 mars 2002:4118-59
15. Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. 2007-2011. Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités ; 2007.
16. Urcam Île-de-France. Prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte en Île-de-France. Principaux résultats de l'étude. Paris: UrcamIDF; 2003.
17. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique. Paris: ANAES; 1999.
18. Serrie A, Mourman V, Treillet E, Maire A, Maillard G. La prise en charge de la douleur chronique un problème de société. Douleur Evaluation – Diagnostic – Traitement. 2014, 15, 106-114
19. Dumolard A, Juvin R. Fibromyalgie : aspects médico-sociaux. Revue du Rhumatisme. 2003, 70, 310-313.
20. Geoffroy PA, Amad A, Gangloff C, Thomas P. Fibromyalgie et psychiatrie : 35 ans plus tard...Quoi de neuf? Presse Med. 2012, 41, 455-465
21. Hu JC, Link CL, McNaughton-Collins M, Barry MJ, McKinlay JB. The Association of Abuse and Symptoms Suggestive of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome: Results from the Boston Area Community Health Survey. J Gen Intern Med. nov 2007;22(11):1532-7.

22. Wurtele SK, Kaplan GM, Keairnes M: Childhood sexual abuse among chronic pain patients. *Clinical Journal of Pain*, 6 (2), 110-113, Jun 1990.
23. Häuser W, Kosseva M, Üceyler N, Klose P, Sommer C. Emotional, physical, and sexual abuse in fibromyalgia syndrome: A systematic review with meta-analysis. *Arthritis Care Res.* juin 2011;63(6):808-20.
24. Levy O. Douleurs chroniques et psycho traumatisme [Thèse de Médecine]. Dijon ;2006.
25. Asmundson GJG, Coons MJ, Taylor S, Katz J. PTSD and the experience of pain : research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *Can J Psych* 2002 ; 47 (10) : 930-937
26. Sharp TJ, Harvey AG. Chronic pain and post traumatic stress disorder: mutual maintenance? *Clin Psychol Rev* 2001;21:857_77.
27. Maillard B, Rexand Galais F, Gillot F, Letellier M, Nizard J. Douleur chronique : une maladie du deuil ? *Douleurs Eval - Diagn - Trait.* févr 2016;17(1):28-33.
28. Elsevier Masson, Le médecin, le malade et la douleur P Queneau, G Ostermann - 2000 –
29. A. Jolly. Evènements traumatiques et état de stress post traumatique : une revue de la littérature épidémiologique. *Annales Médico-Psychologiques*, 2000, 158(5), 370-378.
30. Brocq. H. "Mise en place du fonctionnement psychique. Structures de personnalités." In Ferragut. E. La dimension de la souffrance en psychosomatique. Masson, Paris, 2000. p 82-95.
31. Allaz AF : le messenger boiteux : approche pratique des douleurs chroniques. Médecin et hygiène ed. Genève, 2003.
32. Holly G. Prigerson*a, Paul K. Mac' le j ewskib, Charles F. Reynolds IIIa, Andrew J. Bierhals", Jason T. Newsomc, Amy Fasiczkaa, Ellen Franka, Jack Domana, Mark Millera Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss *Psychiatry Research* 59 (1995) 65-79

33. Kaiser RS1, Primavera JP 3rd. Failure to mourn as a possible contributory factor to headache onset in adolescence. *Headache*. 1993 Feb;33(2):69-72.
34. Hanus M. les deuils dans la vie. Maloine, ed Paris, 1994
35. Sauteraud A., le deuil compliqué : une maladie spécifique ? *L'Encéphale* (2011) hors-série 3, 28
36. Bourgeois M.-L., Deuils compliqués, S18A, congrès français de psychiatrie/ *European Psychiatry* 28S, 2013 p.41
37. Haute Autorité de Santé. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. Rapport d'élaboration. HAS ; Octobre 2014.
38. ONPE Estimation des prises en charge par la protection de l'enfance au 31 décembre 2014, pour la France entière
39. Bagley C. A typology of child sexual abuse: the interaction of emotional, physical and sexual abuse as predictors of adult psychiatric sequelae in women. *Can J Hum Sex* 1996;5:101–12.
40. Bagley C, Wood M, Young L. Victim to abuser: mental health and behavioural sequels of child sexual abuse in a community survey of young adult males. *Child Abuse Negl* 1994;18:683–97.
41. Briere J, Elliott DM. Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse Negl* 2003;27:1205–22.
42. Higgins DJ, McCabe MP. Multiple forms of child abuse and neglect: adult retrospective reports. *Aggress Violent Behav* 2001;6:547–78.
43. Moeller TP, Bachman GA. The combined effects of physical, sexual, and emotional abuse during childhood: long-term health consequences for women. *Child Abuse Negl* 1993;17:623–40.
44. Mullen PE, Martin JL, Anderson SE, Romans SE, Herbison GP. The effect of child sexual abuse on social, interpersonal, and sexual function in adult life. *Br J Psychiatry* 1994;165:35–47.

45. Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse Negl* 2007;31:517–30
46. Walker EA, Gelfand A, Katon WJ, Koss MP, Von Korff M, Bernstein D, et al. Adult health status of women with histories of childhood abuse and neglect. *Am J Med* 1999;107:332–9.
47. E.-M. Bouchard et al. Abus, maltraitance et négligence. *Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique* 56 (2008) 333–344
48. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, et al. Burden and consequences of child maltreatment in highincome countries. *Lancet* 2009 ;373 :68—81
49. Finkelhor D. Childhood victimization. Violence, crime and abuse in the lives of young people. Oxford : Oxford University Press; 2008.
50. US Department of Health and Human Services. Administration on children youth and families. Child maltreatment 2006. Washington DC : US Government Printing Office ; 2008.
51. Beck F, Cavalin C, Maillachon F. Violences et santé en France état des lieux. Paris, France : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), Coll. Étude statistique ; 2010.
52. Woodman J, Pitt M, Wentz R, Taylor B, Hodes D, Gilbert RE. Performance of screening tests for child physical abuse in accident and emergency departments. *Health Technol Assess* 2008 ;12 :111—8.
53. Andrews G, Corry J, Slade T, Issakidis C, Swanston H. Child sexual abuse. Comparative quantification of health risks. Geneva : WHO; 2004.
54. Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF. Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *Am J Psychiatry* 2003 ;160 :1453—60

55. Walsh CA, Jamieson E, MacMillan H, Boyle M. Child abuse and chronic pain in a community survey of women. *J Interpers Violence* 2007 ;22 :1536—54.
56. Davis DA, Luecken LJ, Zautra AJ (2005) Are reports of childhood abuse related to the experience of chronic pain in adulthood? A meta-analytic review of the literature. *Clin J Pain* 21 :398—405
57. Heim Ch. Traumatisme dans l'enfance et sensibilité au stress à l'âge adulte. *Cerveau*. 2009
58. Brocq H. Aspect psychologiques de la douleur chronique- pp 65-79 Facteurs de vulnérabilité psychique chez le patient douloureux chronique. Institut Upps Douleur. 2003.
59. Linton SJ. A population-based study of the relationship between sexual abuse and back pain: establishing a link. *Pain* 1997;73:47—53. Table 3, 4, 5
60. McBeth J, MacFarlane GJ, Benjamin S, et al. The association between tender points, psychological distress, and adverse childhood experiences: a community-based study. *Arthritis Rheum* 1999;42:1397—1404. Table 5
61. Raphael KG, Widom CS, Lange G. Childhood victimization and pain in adulthood: a prospective investigation. *Pain* 2001;92:283—293. Table 1
62. Rapkin AJ, Kames LD, Darke LL, et al. History of physical and sexual abuse in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1990;76:92—96. Table 3
63. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J, Cunin G, Fermanian J, Ginies P, Grun-Overdyking A, Jafari-Schluep H, Lanteri-Minet M, Laurent B, Mick G, Serrie A, Valade D, Vicaut E. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*. 2005, 114 :29-36.
64. James L Henry, Chitra Laloo, and Kiran Yashpal Michael G DeGroote Central Poststroke Pain: An Abstruse Outcome Institute for Pain Research and Care, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada

65. Le Breton D. Anthropologie de la douleur. Paris :Métaillé; 2006.
66. Sanders S.H, Ruckers K.S, Anderson K.O, et al., Guidelines for program evaluation in chronic non-malignant pain management, J. Back Musculoskeletal Rehabil., 1996, 7, p. 19-25.
67. Briole, G., Lebigot, F., Lafont, B., Favre, J-D. et Vallet, D. Le traumatisme psychique : rencontre et devenir. Masson, Paris, 1994
68. La Presse Médicale Volume 37, Issue 2, Part 2, February 2008, Pages 311-314 Définition et classification des douleurs neuropathiquesDefinition and classification of neuropathic pain

Fergusson DM, Horwood LJ, Woodward LJ. The stability of child abuse reports: a longitudinal study of the reporting behaviour of young adults. Psychol Med 2000 ;30:529—44.scussion
70. Moulin J.-F. & Boureau F.(2003): Syndromes douloureux chroniques : complexité et pluridisciplinarité. In: Wrobel J. (2003): Aspects psychologiques de la douleur chronique. p. 15-33. Institut UPSA de la Douleur, Paris.
71. Celis-Gennart M. & Vanotti M. (1997): Le syndrome douloureux chronique à la lumière de l’histoire familiale: Malades et Familles, penser la souffrance dans une perspective de la complexité. p. 103-126. Médecine et Hygiène, Genève.
72. Robin, B., Nizard, J., Houart, C., Gélugne, F., Bocher, R., & Lajat, Y. (2003). Place du psychiatre dans un Centre de Traitement de la Douleur. Douleur et Analgésie, 16(3), 161–167. doi :10.1007/bf03008065
73. Laurent B. Mémoire de la douleur. Rev Neuropsychol 2001;11(2):197—217
74. Keil G. So-called initial description of phantom pain by Ambroise Paré. “Chose digne d’admiration et quasi incroyable”: the “douleur des parties mortes et amputées”. Fortschr Med 1990; 108(4): 62-6
75. Descartes. Traité de l’homme. 1664
76. JC Kaufmann L'entretien compréhensif - 2011 - Armand Colin

77. P. Paillé « L'analyse par théorisation ancrée » Cahiers de recherche sociologique, n°23, 1994, p147-181

ANNEXES

Guide d'entretien

Introduction- explication de l'étude menée

Se présenter : interne en médecine générale, effectuant une thèse de recherche qui porte sur l'histoire de vie des patients douloureux

Présenter l'objet de l'étude : étude qualitative nous nous intéressons à la parole des patients sur la douleur

Expliquer la méthode

Enregistrer

Anonymisation totale

Destruction des enregistrements

Possibilité d'interrompre l'entretien à tout moment

1. Question brise-glace : Quelle est votre histoire avec la douleur ?

- Relances potentielles
- Quand et comment cela a commencé
- Trajectoires de soins (quels sont tous les intervenants confondus y compris les rebouteux etc....)
- Différentes prises en charge (actes réalisés par les intervenants)
- Que pensez-vous de toutes ces prises en charges (l'intervenant le plus aidant ? la technique la plus efficace ?)

2. Comment cela se passe dans la vie de tous les jours ? (L'objet : le patient parle-t-il spontanément de sa douleur ou pas)

Relances potentielles

- Quelle est la répercussion de la douleur dans la vie ?
 - Dans vos émotions, dans vos pensées, dans vos activités (sociales, familiales et professionnelles)
 - Selon vous quel regard porte l'entourage et les médecins sur vous et votre histoire ?
 - Selon vous quel regard porte l'entourage et les médecins sur votre douleur ?
 - Finalement qu'est ce qui a changé depuis que vous avez mal ?
3. Je vais aborder une question qui peut être délicate pour vous... celle des événements de vie difficiles... à ce sujet lequel vous vient en premier ?
4. Et vous, finalement, à quoi vous attribuez cette douleur ?
5. Nous voilà à la fin de l'entretien, souhaitez-vous ajoutez quelque chose ?