

Effet de la douleur chronique sur le stress perçu

Slimane Djarallah
université batna1.

Lahcen laagoune
université Biskra.

Résumé

La présente étude examine l'effet de la douleur chronique de par son ancienneté et son intensité sur le niveau du stress perçu, sur une population présentant une douleur chronique d'une pathologie non maligne. Un échantillon constitué de 104 personnes souffrant de douleur chronique ont répondu aux questionnaires : ancienneté de la douleur, intensité de la douleur que mesure l'échelle verbale simple (EVS) et l'échelle du stress perçu (Perceived Stress scale, PSS-10 items) en langue arabe. Les résultats montrent une corrélation significative entre l'ancienneté de la douleur et le stress perçu ($r=0.43$, $p < .01$) et entre l'intensité de la douleur et le stress perçu ($r=0.33$, $p < .05$). L'analyse de régression linéaire multiple montre que l'ancienneté et l'intensité de la douleur chronique s'avèrent être des prédicteurs significatifs du degré du stress perçu, à savoir l'ancienneté ($\beta = 0,41$, $p < 0,01$) et l'intensité ($\beta = 0,29$, $p < 0,05$). On note cependant, l'absence des différences significatives liées aux facteurs sociodémographiques (sexe, âge, niveau d'instruction et statut socio-économique) associés au stress perçu. Ces résultats suggèrent que la douleur chronique a un effet sur l'élévation du degré de stress perçu chez les personnes qui souffrent d'une douleur chronique. Par conséquent, une prise en charge psychologique précoce de ces malades semble indispensable pour améliorer la prise en charge médicale.

Mots clés : Douleur chronique, stress perçu, Perceived Stress Scale.

1. Introduction

La perception individuelle de la douleur est un phénomène complexe qui intègre des processus psychologiques et émotionnels. Elle résulte de la combinaison de facteurs physiologiques, pathologiques, émotionnels, psychologiques, cognitifs, environnementaux et sociaux (Holdcroft & Power, 2003 ; Turk, Flor & Rudy, 1987). L'association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) définit la douleur comme «expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou décrites en termes de telles lésions ». Le profil évolutif permet de distinguer, la douleur aiguë, dont les symptômes évoluent depuis moins de trois mois, ou chronique quand ils persistent au-delà de trois à six mois et résistent aux traitements usuels.

Les recherches fondamentales et cliniques en psycho-neuro-immunologie nomment la douleur comme un stress qui entraîne un état de perturbation de l'homéostasie (Richard ; Robert & Chan, 2008). L'excès de nociception entraîne une perturbation du système de régulation de l'homéostasie de l'organisme, ceci engendre un stress initié un programme complexe visant à restaurer cette

perturbation. Selye (1956) a étudié le stress comme réponse biologique à un facteur stressant (lésions physiques, infection et autres pathologies, ainsi que des facteurs stressants d'ordre psychologique tels que la perte d'emploi ou la perte d'un ami. Les travaux de Melzack(1975, 1986, 1995) ont fourni d'importants changements dans la façon d'approcher scientifiquement la douleur en intégrant le point de vue psychologique. L'individu est donc considéré comme un acteur qui peut moduler l'impact des agents stressants par des stratégies cognitives, émotionnelles et comportementales. Lazarus & Folkman (1984, 1987) supposent que le stress est un arrangement entre la personne et l'environnement dans lequel la situation est évaluée comme débordante des ressources de l'individu pouvant mettre en danger son bien-être.

De nombreuses recherches ont montré la liaison entre la douleur chronique et des manifestations psychopathologiques (Dersh, Polatin&Gatchel 2002 ; Pelicier, 1990), plus précisément avec l'anxiété et la dépression (Polatin and al. 1993 ; Asmundson& Norton, 1995 ; Tang & Gibson, 2005). Le stress a un impact sur l'expérience et la réponse à la douleur subjective (Polatin et al. 1993). Asmundson et ses collaborateurs (2002) montrent que l'ampleur du stress post-traumatique chez les patients souffrant de douleur chronique est plus importante, ainsi qu'elle peut être estimée entre 10et 50%, selon la nature de la douleur. Une étude menée dans 15 pays d'Europe sur la douleur chronique d'intensité modérée ou sévère montre que la qualité de vie sociale et professionnel de 19% d'adultes est affectée (Breivik et al. 2006). Les investigations d'Unruh (1996) rapportent quedans la plupart des études, les femmes signalent des niveaux plus sévères de douleur que les homme". Les effets spécifiques de l'âge, ce sont les effets du développement affectif et cognitif de l'expérience de la douleur (Gibson & Farrell, 2004).Ces différentes études ont mis en évidence que les plaintes somatiques telles que, les douleurs gastriques, troubles musculosquelettique, céphalée, migraine, douleur pelvienne et arthralgie sont en relation avec différentes psychopathologies.

2. Douleur chronique

La douleur est catégorisée par la neurophysiologie en douleurs par excès de nociception dues à des lésions des tissus périphériques, douleurs neurogènes dues à des lésions du système nerveux en amont des nocicepteurs périphériques et douleurs psychogènes, que l'on ne peut pas classer dans une des deux catégories précédentes .Une multitude interactions et échanges d'informations à plusieurs étages du système nerveux, constitue une source d'interprétation de la douleur, à laquelle l'individu se réfère à sa situation émotionnelle et à la sommatisation de ses expériences antérieures (Melzack, 1990, 1995).

La sensation douloureuse dispose d'une composante sensori-discriminative (intensité, localisation, durée du stimulus nociceptif), et d'une composante émotionnelle qui désigne la tonalité affective désagréable, pénible et difficilement supportable. Elle reflète la confrontation à la maladie et ces répercussions (handicap, mutilations, changement de statut), à la peur de mourir,

par conséquent celle-ci présente une situation qui demande un véritable travail d'élaboration psychique, ceci constitue l'origine de troubles de l'adaptation, et selon le (DSM-IV-TR), ce trouble fait partie des troubles anxieux, il se manifeste suite à un problème de santé important chez 2 cas sur 3, il est caractérisé par les critères de diagnostic suivants : Symptômes dans les registres émotionnels et comportementaux, altération significative du fonctionnement (social, professionnel ou scolaire), ainsi que les symptômes ne persistent pas au-delà de 6 mois, au cas où le stress persiste au-delà de cette durée, il peut y avoir des conséquences pathologiques somatiques, psychiques et troubles du comportement socioprofessionnel.

Le patient souffrant de douleur chronique se trouve en récurrence tournée vers un corps qui lui est devenu étranger, plus vulnérable à l'ensemble des perceptions inhabituelles, jugée pour sa part anormale et incompréhensible. Un état de souffrance, dans lequel l'expérience amovible « j'ai mal », s'additionne, une forme intellectuelle d'interprétation « la maladie me menace ». Cette activité cognitive et émotionnelle itérative reflète la façon dont l'événement est perçu et son impact sur le bien-être physique et psychologique. Les individus réagissent à la douleur avec un complexe des réponses multidimensionnelles (Ehlers & Clark 2000). La neuro cognition considère que la persistance des conditions de sensibilité à la douleur donne le temps à une installation d'un processus d'apprentissage, et met en œuvre la neuroplasticité jusqu'à ce que le patient ait tout à fait rigidifié sa forme d'appréhension cénesthésique habituelle (McEwen, 2001 ; Ji & Woolf, 2001). Ces auteurs ont précisé que, la sensibilisation centrale peut indiquer une augmentation des processus facilitateurs centraux, et aussi une réduction de certains processus centraux inhibiteurs.

La douleur chronique en tant qu'évènement inopiné semble difficile à contrôler par le patient, qui est incapable de prendre en main ce problème personnel que les choses n'allaient pas comme il l'a voulu. Il se sent nerveux ou stressé, les difficultés s'accumulent à un tel point qu'il ne peut pas les contrôler. Subséquemment, le phénomène douleur s'étend à plusieurs indicateurs qui doivent être investigués, dont le stress perçu en tant que conséquence psychologique adjacente de la douleur chronique.

3. Stress perçu, interaction douleur chronique et stress

Les sources du stress sont multiples, individuelles (maladie, handicap), familiales, professionnelles (relations hiérarchiques, type de profession) et sociales (conditions de vie, niveau socioéconomique). Les facteurs biopsychosocial sont en interactions et déterminent la réponse des individus vis à vis des situations stressantes (Gatchel et al. 2007). Ainsi, un ensemble de symptômes non spécifiques qu'apparaissent quelle que soit la nature de l'agression. Cet état de mal adaptation est bien élucidé par l'approche transactionnelle du stress développée par Lazarus & Folkman (1984, 1987). Le système neurologique et psychologique fonctionne en harmonie pour le maintien de l'équilibre psychosomatique de l'être humain. L'intrusion à répétition de la

douleur comme état de perturbation de l'homéostasie active un programme neurologique, hormonal et psychologique. Celui-ci est déclenché avec l'interaction de multiples facteurs, incluant plusieurs syndromes de douleurs chroniques vécues mais, sans rétablissement de l'homéostasie. Cette activité du cerveau favorise les changements à long terme au niveau des différents centres du système nerveux, qui sont impliqués dans les troubles cognitifs, endocriniens et psychiatriques (McEwen 2000 ; Tsigos & Chrousos, 2002). Cette quête est fortement influencée par les processus d'interprétation et d'évaluation à partir des croyances vis-à-vis des maladies. De ce fait, une relation bilatérale entre douleur et état du stress perçu comme processus cognitif interprétatif de l'expérience douleur se développe et perturbe la vie personnelle, sociale, professionnelle et relationnelle.

Quand la douleur persiste, la personne a tendance à développer des croyances négatives sur le vécu de cette expérience, certains patients utilisent des expressions comme (ça ne s'améliore jamais !), ce qui peut expliquer les sentiments permanents de déprime et d'anxiété et de détresse. Cet état de fait est souligné par Crombez et ses collaborateurs, leur étude affirme que plus la douleur persiste pendant de longues durées plus le stress auto-déclaré tend à être grand (Crombez, Baeyens & Eelen, 1994). Le patient est motivé à donner un sens à cette expérience pour qu'il puisse comprendre sa douleur et assimiler ce phénomène dans son système de connaissances, cependant le processus cognitif qu'il met en œuvre ne permet pas l'élaboration d'une stratégie d'adaptation adéquate à cet événement caractérisé par son aspect itératif, ainsi, la pensée entourant cet événement est chargée d'émotions négatives ; la peur de la maladie et l'inquiétude par rapport à ces conséquences

4- Objectifs

Nous voudrions dans cette étude examiner l'effet de la douleur chronique à partir de ses facteurs déterminants qui sont l'ancienneté et l'intensité sur le niveau du stress perçu, qui se manifeste lui-même par l'état psychologique cognitif et comportemental. Un certain nombre de considérations justifie le choix d'évaluer le niveau de stress. Les études évaluant le niveau du stress comme aboutissement sont peu nombreuses, de plus, il existe peu de données portant sur l'influence des facteurs déterminants de la douleur chronique (l'ancienneté et l'intensité) sur le processus de quête du stress perçu. Aussi, bien que des études montrent que les patients souffrant de douleur chronique perçoivent et évaluent les conséquences de leur maladie non maligne, au moment ou en dehors des poussées douloureuses. La principale hypothèse est qu'il existe un lien entre les déterminants de la douleur chronique avec le niveau du stress perçu. La deuxième hypothèse, il existe une *relation positive entre l'ancienneté, l'intensité de la douleur et le stress perçu*. Troisième hypothèse, il n'existe pas d'implication des facteurs sociodémographiques dans la variation du degré de stress perçu chez les patients souffrants de douleur chronique.

5. Méthode

5.1. Population

L'étude a été menée au niveau de quatre centres de consultations de médecine générale de l'EPSP d'Arris et de Batna, Algérie. La collecte des données a été réalisée par des médecins entre juin et novembre 2015. L'échantillon est constitué de 104 patients souffrant de symptôme douleur d'intensité faible, modérée ou sévère, évoluant depuis plus de six mois, dont 51.92 % femmes, 48.08% hommes), âgés de 19 à 60 ($m= 40.33$, $sd= 12.28$), de différents niveaux d'instruction primaire, secondaire et universitaire) et de niveaux socio-économique (bas, moyen et élevé). L'analyse statistique est effectuée avec le logiciel SPSS version 18.0.

Les caractéristiques sociodémographiques de cette population et leurs scores sur les principales mesures sont présentées dans le tableau (1). Les questions portant sur l'intensité de la douleur (EVS) et l'ancienneté de la douleur sont conduites par des médecins. On y constate une dominance du niveau d'instruction secondaire (42.31%) , du statut socio-économique moyen (71.15 %), de la tranche d'âge de 41 à 50 ans (36.54%) et un pourcentage plus élevé de femmes (51.92%).

5.2. Instruments

Echelle verbale simple (EVS) : Elle est utilisée pour mesurer l'intensité de la douleur, le participant y répond en précisant l'intensité de la douleur habituellement ressentie au moment de sa survenue au cours des 30 derniers jours (faible=1, modérée=2, intense=3). L'intensité correspond au score indiqué, la minimisation des choix permet d'avoir des réponses bien décidées.

L'ancienneté de la douleur : Le patient répond en précisant l'ancienneté de la douleur habituellement ressentie. Afin de mesurer le profil évolutif de la douleur, scoré sur trois (de 6 mois à 2 ans=1 ; 3 à 5 ans=2 ; = plus de 6 ans=3).

Échelle du stress perçu (Perceived Stress Scale. PSS, 10 Items) : Cette échelle a été développée par Cohen & Williamson, (1988), elle mesure le niveau du stress perçu. La consigne pour chaque item est de coter la réponse à la question en fonction des perceptions et croyances au cours du dernier mois, l'échelle de réponse de type Likert, s'étend de 1 (Jamais) à 5 (souvent), les items 4, 5, 7 et 8 sont inversement scores, et le score total moyen est obtenu par la somme des items divisée par le nombre d'items, le score élevé correspond à un niveau de stress perçu élevé. Cette échelle est réputée pour ses bonnes qualités psychométriques globales, notamment une bonne validité convergente et divergente (Bellinghausen et al, 2009). La durée de passation de cette échelle est 5 minutes.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population et les valeurs des mesures ancienneté, intensité de la douleur et l'échelle du stress perçu

Caractéristiques	Sous - groupes	N°	%	Ancienneté de la douleur		Intensité de la douleur		PSS	
				m	Sd	m	sd	m	sd
Sexe	Femmes	54	51,9 2	1,7 8	0,64	1,56	0,75	2,95	0,63
	Hommes	50	48,0 8	1,9 2	0,76	1,56	0,71	2,85	0,96
Age	19-30	28	26,9 2	1,5 7	0,51	1,57	0,76	3,10	0,64
	31 - 40	16	15,3 8	1,7 5	0,71	1,25	0,46	3,01	0,66
	41 - 50	38	36,5 4	1,8 9	0,74	1,68	0,75	2,68	0,92
	51 – 6 0	22	21,1 5	2,1 8	0,75	1,55	0,82	2,95	0,85
Niveau culturel	Fondamentale	36	34,6 2	1,8 3	0,71	1,83	0,79	2,82	0,69
	Secondaire	44	42,3 1	1,9 1	0,75	1,41	0,67	2,87	0,93
	Universitaire	24	23,0 8	1,7 5	0,62	1,42	0,67	3,08	0,71
Niveau économique	Bas	16	15,3 8	1,8 8	0,99	1,63	0,74	3,29	0,84
	moyen	74	71,1 5	1,8 9	0,66	1,57	0,77	2,87	0,80
	Haut	14	13,4 6	1,5 7	0,53	1,43	0,53	2,63	0,65

Note : N°: nombre d'individus ; % pourcentage; m: moyenne ; sd : standard deviation ; PSS : Perceived Stress Scale.

5.3. Procédure de traduction

La version en langue arabe de l'instrument de mesure du stress perçu (PSS-10 items) est réalisée selon les étapes suivantes : Traduction de l'échelle en langue Arabe par un enseignant universitaire de langue Anglaise. Un pré-test effectué sur un échantillon (n=12) de la population générale, pour vérifier la clarté des consignes et des énoncés des items, aucune difficulté de compréhension n'a été constatée lors des passations. Des divergences ont été portées sur deux items, qui en a suscité des reformulations partielles des énoncés. En dernière étape, des enseignants de la psychologie clinique de l'université de Batna et de Sétif ont confirmés la convenance de la version traduite en langue Arabe pour la mesure du stress perçu. Cette échelle dans sa version en langue Arabe (annexe1) a été

élaborée pour mener cette étude, après avoir évalué ces propriétés psychométriques.

6. Résultats

6.1. Caractéristiques psychométrique du PSS

Cette échelle a une bonne consistance interne ($\alpha = 0,83$). L'analyse factorielle exploratoire par la méthode rotation varimax (tableau 2) identifié deux facteurs expliquent (63,30%) de la variance et l'indice d'adéquation de l'échantillon a la factorisation (KMO= 0,82). Le premier facteur (Eigen values=4,68 ; % Variance expliqué= 46,76) contient des items positifs (4, 5, 7 et 8), leur saturation varie entre 0,74 et 0,77. Le deuxième facteur (Eigen values= 1,65; % Variance expliquée= 16,54) contient des items négatifs (1, 2, 3, 6, 9 et 10), leur saturation varie entre 0,56 et 0,90.

Tableau 2 : Structure factorielle de PSS.

	Facteur 1	Facteur 2	Moyenne	Déviati on Standard
Q1	-0,12	0,90	2,77	1,10
Q 2	0,42	0,64	2,96	1,15
Q 3	0,00	0,78	3,13	0,99
Q 4	0,74	0,04	3,02	1,08
Q 5	0,74	0,35	3,29	1,13
Q 6	0,44	0,56	2,67	1,04
Q 7	0,77	-0,01	2,73	0,91
Q 8	0,74	0,17	2,85	1,13
Q 9	0,53	0,57	2,65	1,28
Q 10	0,55	0,70	2,62	1,36
%Variance expliqué	46,76	16,54		
Eigen values	4,68	1,65		

6.2. Relation entre l'ancienneté, l'intensité de la douleur et le stress perçu

Nous avons examiné la force de la relation entre le niveau de stress avec l'ancienneté et l'intensité de la douleur .Les résultats (Tableau 3) montrent que les coefficients de corrélation de Pearson sont significatifs entre PSS et les facteurs déterminants de la douleur chronique, l'ancienneté et l'intensité ($r=0,43$, $p<0,01$ et $r=0,33$, $p<0,01$ successivement). Ce qui signifie que les

variations du profil évolutif et l'intensité de la douleur sont reliés positivement aux changements du niveau du stress perçu.

Tableau 3 : Corrélations entre l'ancienneté, l'intensité de la douleur chronique et PSS

	M	SD	1	2	3
1- Ancienneté de la douleur	1,85	0,70	-	0,10	0,43**
2- Intensité de la douleur	1,56	0,73		-	0,33*
3-PSS	2,90	0,80			-

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$ (2-tailed)

6.3. Effet de la douleur chronique sur le stress perçu :

Une analyse de régression linéaire multiple a été réalisée selon la méthode Stepwise. L'ancienneté et l'intensité de la douleur (variables indépendantes) et le niveau de stress comme variable dépendante.

Tableau 4 : Régressions multiples (coefficients standardisés)

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Err. standard de l'estimation	F	Sig.
1	0,435	0,189	0,173	0,726	11,661	0,001
2	0,522	0,272	0,242	0,694	5,588	0,022

Les résultats (tableau 4) montrent des niveaux de significations indiquant que les variations sont acceptables pour les deux modèles, ancienneté de la douleur et stress (Modèle1 : $F(1, 102) = 11,66, p < ,001$;) expliquant 17 % de la variance du niveau de stress, et en associant intensité de la douleur (modèle2 : $F(2, 101) = 5,59, p < ,01$; R^2 ajusté = 0.24) elles expliquent 24 % de la variance du construit stress. L'ancienneté de la douleur a un effet significatif positif sur le stress perçu ($\beta = 0,435, t = 3,415, p \leq ,001$). L'introduction de la variable intensité de la douleur dans l'équation de régression avec la variable ancienneté de la douleur montre un effet significatif positif sur le stress perçu ($\beta = 0,407, t = 3,326, p = ,002$) et ($\beta = 0,289, t = 2,364, p = ,022$) respectivement.

Tableau 5 : Résultats de la régression multiple.

Modèle		B	Err. standard	Bêta	t	Sig.
1	(Constante)	1,985	0,287		6,908	,000
	Ancienneté de la douleur	0,498	0,146	0,435	3,415	,001
2	(Constante)	1,547	0,331		4,668	,000
	Ancienneté de la douleur	0,466	0,140	0,407	3,326	,002
	Intensité de la douleur	0,318	0,135	0,289	2,364	,022

6.4. Relations des variables sociodémographiques avec le stress perçu

Un T-test est effectué pour étudier les variations du stress perçu en fonction du sexe et des ANOVAS pour étudier ces variations en fonction des différentes caractéristiques sociodémographiques (âge, niveau d'instruction et le niveau socio-economique).

Tableau 6: Variation du stress perçu en fonction du sexe

Sexe	Moyenne	Deviation standard	Moy Err. standard	t	Sig. (2-tailed)
Femmes	2,952	0,626	0,120	0,447	0,657
Hommes	2,852	0,961	0,192		

Le résultat (tableau 6) montre que la différence entre les femmes et les hommes dans le niveau de stress perçu n'est pas significative [t (103)= 4,47, p=,657)].

Tableau 7 :Variations sur l'échelle du stress perçu en fonction des caractéristiques sociodémographiques (âge, niveau culturel ,niveau économique).

		Som.Carrés	dl	Moy. Carrés	f	Sig.
Age	Between Groups	1,578	3	0,526	0,818	0,491
	Within Groups	30,881	100	0,643		
Niveau culturel	Between Groups	0,528	2	0,264	0,405	0,669
	Within Groups	31,931	101	0,652		
Niveau économique	Between Groups	1,743	2	0,872	1,390	0,259
	Within Groups	30,716	101	0,627		

Les résultats (tableau 7) n'indiquent aucune différence entre les catégories d'âges ($F(3, 101)= 1.01, p=0,30$), le niveau d'instruction ($F(2, 101)= ,31, p= 0.30$) et le niveau socio-economique($F(2, 101)= 0,63, p= 0,54$) dans le niveau de stress perçu chez les individus de ces sous-groupes souffrant de douleur chronique.

7. Discussion

Cette étude a identifié la relation entre l'ancienneté et l'intensité de la douleur et le degré de stress perçu, l'expérience récidivante de la douleur aggrave le degré de la perception du stress. Ce résultat rejoint ceux de Cohen et ses collaborateurs (1991, 1993) qui ont trouvé des corrélations entre l'augmentation du degré de stress psychologique et la susceptibilité d'être affecté par le rhume, et entre le stress et les événements négatifs de la vie tels que les maladies organiques.

Les résultats de la régression multiple ont bien clarifié le pouvoir prédictif des facteurs déterminants de la douleur chronique, l'ancienneté de la douleur et son intensité sont bien impliqués dans l'augmentation (24 %) du degré de stress perçu. Quand la douleur persiste, la personne a tendance à développer des croyances négatives sur cette expérience, Les participants apercevant cet état de stress sont à notre avis démunis de toutes capacités de résilience les aidant à surmonter ce fait inévitable de douleur. La réapparition de la douleur à chaque fois renforce la « mémoire douleur » et ces liaisons émotionnelles, cognitives et comportementales reflétant un degré du stress perçu.

Par contre notre étude révèle l'absence des différences significatives liées aux facteurs sociodémographiques (sexe, âge, niveau d'instruction et niveau socio-économique) associés au stress perçu, un résultat qui recoupe avec celui de Mónica et ses collaborateurs (2007), mais diverge aux résultats d'autres études qui ont révélé que le degré du stress perçu est plus marqué chez les femmes que chez les hommes (Craft, Mogil & Aloisi 2004 ; Unruh, 1996 ; Cahill, 2003) et aux résultats de l'étude de Goodman et al. (2005) qui a montré que le degré de stress lié à une pathologie est plus élevé chez les adolescents de bas niveau économique au sein de la société américaine. Ces différences s'expliquent par l'effet de la culture ainsi que la représentation de la maladie dans la société algérienne.

Généralement, nous estimons que les résultats de ce travail révèlent que les patients souffrant de douleur chronique présentent un niveau de stress perçu plus important, ceci est expliqué par l'implication de la douleur dans un processus de mal adaptation psychophysiologique à long terme, c'est ainsi que le lien neurologique et cognitivo-comportementale est établi. Cette boucle ou la rétroaction est positive en deux sens, la douleur influe sur le stress et le stress amplifie la douleur. Cet effet peut être minimisé par le soutien psychologique dès les premières consultations de la personne présentant une douleur d'allure chronique. Cela peut accorder à la psychologie une place dans la compréhension et la prise en charge thérapeutique de la douleur, cette dernière qui consiste à faire élaborer le souvenir, le reconstruire en lien avec les éléments contextuels, en contrôlant le facteur stressant, en soulageant la réponse au stress et en donnant un sens à la douleur (Williams & Keefe, 1991).

Conclusion

La douleur chronique est fréquente au sein de la population générale, elle se répercute sur l'état psychosociologique de l'individu par son ancienneté et son intensité. Cette étude a montré que plus la douleur est ancienne plus le degré du stress perçu augmente, ce qui reflète non seulement l'état douleur, mais l'installation d'une condition de souffrance chez le patient. Des examens d'une éventuelle prise en charge psychothérapeutique et l'apprentissage d'une bonne gestion du stress seront très utiles.

Références

- American Psychiatric Association : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux , 4e éd rev texte . Washington, DC , American Psychiatric Association , 2000.
- Asmundson, G.J.G., Norton, R.G., 1995. Anxiety sensitivity in patients with physically unexplained chronic back pain: a preliminary report. Behaviour Research and Therapy, 33 (7), 771-777.

- Asmundson G., Coons, M., Taylor, S., Katz, J., 2002. PTSD and the experience of pain: research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47 (10), 930-937.
- Bellinghausen, L., Collange, J., Botella, M., Emery, J.-L., Albert, E., 2009. Validation factorielle de la version française de l'échelle de stress perçu en milieu professionnel. *Santé Publique*, 21(4), 365-373.
- Bond, M.R., Pilowsky, I., 1966. Subjective assessment of pain and its relationship to the administration of analgesics in patients with advanced cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 10(2), 203–208.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., Gallacher, D., 2006. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287–333.
- Cahill L. (2003). Sex-related influences on the neurobiology of emotionally influenced memory. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 985: 163–173.
- Chrousos, G.P. and Gold, P. W. (1992). The concepts of stress and stress system disorders. *Journal of the American medical Association*, 267(9), 1244-1252.
- Cohen, S., Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan, S. Oskamp (Eds.) *The social psychology of health: Claremont Symposium on applied social psychology*. Newbury Park, CA:Sage.
- Cohen, S., Tyrrell, D.A., Smith, A.P., 1993. Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to the common cold. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(1), 131-140.
- Craft, R.M., Mogil, J.S., Aloisi, A.M., 2004. Sex differences in pain and analgesia: the role of gonadal hormones. *European Journal of Pain*, 8(5), 397–411.
- Crombez, G., Baeyens, F., Eelen, P., (1994): Sensory and temporal information about impending pain: The influence of predictability on pain. *Behavioral Research and Therapy*, 32(6),611 -22.
- Daut, R.L., Cleeland, C.S., Flanery, R.C., 1983. Development of the Wisconsin brief pain questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. *Pain* 17(2), 197–210.
- Dersh, J., Polatin, P.B., Gatchel, R.J., 2002. Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical considerations. *Psychosom Med*, 64 (5), 773– 786.
- Ehlers, A., Clark, D.M., 2000. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345.
- Egger, H.L.,Costello, E.J., Erkanli, A., Angold, A., 1999. Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: stomach aches, musculoskeletal pains, and headaches. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38(7), 852–860.
- Engel, G.L. (1959). *Psychogenic pain and the pain patients*. *American Journal of Medicine*, 26(6), 899-918.
- Fordyce, W.E., 1986. Learning processes in pain' in: Sternbach, R A (ed) *The Psychology of Pain*, Raven Press, New York.
- Freud S. 1926. Inhibition, symptôme et angoisse. P.U.F., Paris, 1951.
- Gamsa, A., 1994. The role of psychological factors in chronic pain. I. A half century of study. *Pain*, 57(1), 5-15.

- Gatchel, R.J., Peng, Y.B., Peters, M.L., Fuchs, P.N., Turk, D.C., 2007. The biopsychosocial approach to chronic pain : scientific advances and future directions, *Psychological Bulletin*, 133(4), 581-624.
- Gibson, S.J., Farrell, M.J., (2004). A review of age differences in the neurophysiology of nociception and the perceptual experience of pain. *Clinical Journal of Pain*, 20(4), 227-239.
- Goodman, E., McEwen, B.S., Dolan, L.M., Schafer-Kalkhoff, T., Adler, N.E., 2005. Social disadvantage and adolescent stress. *J Adolesc health*, 37(6), 484–92.
- Holdcroft, A., Power, I., 2003. Recent developments: management of pain. *British Medical Journal*, 326:635-639.
- Jensen, M.P., Karoly, P., Braver, S., 1986. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain*, 27(1), 117–126.
- Ji, R.R., Woolf, C.J., 2001. Neuronal plasticity and signal transduction in nociceptive neurons: implications for the initiation and maintenance of pathological pain. *Neurobiol Dis*, 8(1), 1–10.
- Keefe, F.J., Dunsmore, J., 1992. Pain Behavior: Concepts and controversies. *American Pain Society Journal*. 1, 92-100.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S., 1984. *Stress, appraisal, and coping*. New York : Springer, Publishing Company.
- Lazarus, R.S., Folkman, S., 1987. Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1(3), 141-169.
- McEwen B.S., 2000. The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance, *Brain Res*, 15;886(1-2), 172–189.
- McEwen, B.S., 2001. Plasticity of the hippocampus: adaptation to chronic stress and allostatic load, *Ann. N.Y. Acad. Sci*, 933, 265–277.
- Melzack, R., Wall, P.D., 1986. *Le défi de la douleur*. Maloine, Paris.
- Melzack, R., 1975. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277–299.
- Melzack, R., 1987. The short-form McGill pain questionnaire. *Pain* 30(2), 191–197.
- Melzack, R., 1990. Phantom limbs and the conception and the concept of a neuromatrix. *Trends in Neuroscience*, 13(3), 88-92.
- Melzack, R., 1995. Phantom limbs pain and the brain. In Bromm.B&desmedt J.E (Eds.). *Pain and the brain: From nociception to cognition*. New York, Raven press.
- Mónica, T., González, R., René L.H., 2007. Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 199-206.
- Otis J.D., Keane T.M., Kerns R.D., 2003. An examination of the relationship between chronic pain and post-traumatic stress disorder. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 40 (5), 397-405.
- Pelicier, Y., 1990. La douleur : aspects psychologiques. *Psychologie Médicale*, 22(3), 191-193.

- Polatin, P.B., Kinney, R.K., Gatchel, R.J., Lillo, E., Mayer, T.G., 1993. 'Psychiatric illness and chronic low back pain: The mind and the spine. Which goes first?' *Spine*, 18(1), 66-71.
- Richard. C., Robert, P.T., Chan, W.S., 2008. Pain and Stress in a Systems Perspective: Reciprocal Neural, Endocrine, and Immune Interactions. *The Journal of Pain*, 9(2), 122-145.
- Selye, H., 1956. *Le stress de la vie*. Paris :Gallimard.
- Tang, J., Gibson, S.J., 2005. A psychophysical evaluation of the relationship between trait anxiety, pain perception, and induced state anxiety. *J Pain*, 6(9), 612–619.
- Tsigos, C., Chrousos, G.P., 2002. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, neuroendocrine factors and stress, *J. Psychosom. Res*, 53(4), 865–871.
- Turk, D.C., Flor, H., Rudy, T.E., 1987. Pain in families. I. Etiology, maintenance and psychosocial impact. *Pain*, 30(1), 3-27.
- Turk, D.C., Rudy, T.E., 1992. Cognitive factors in chronic pain: a glimpse into Pandora's box. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 99-112.
- Unruh, A., 1996. Review Article: Gender variations in clinical pain experience. *Pain*, 65(2-3), 123-167.
- Williams, D.A. & Keefe, F.J. (1991). Pain beliefs and the use of cognitive-behavioral coping strategies. *Pain*, 46(2), 185-190.

