



LABORATOIRE DE SOCIOLOGIE
D'ANTHROPOLOGIE
ET D'ETUDES AFRICAINES

LAS ANEA



REVUE DEZAN

VOLUME 8, NUMERO 1, 2020

UAC, Juin 2020

DEZAN

VOLUME 8, NUMERO 1, 2020

UAC, Juin 2020

Toute correspondance est adressée au :
Comité de Rédaction de la revue DEZAN
01 BP 526 Cotonou, République du Bénin
revuedezean@yahoo.fr

Toute reproduction sous quelle forme que ce soit est interdite et de ce fait passible des peines prévues par la loi 84-003 du 15 mars 1984 relative à la production du droit d'auteur en République du Bénin.

ISSN 1840-717-X DU 4^{ème} trimestre

Dépôt Légal N°6378 du 4^{ème} trimestre

Ce numéro a été réalisé grâce à l'engagement, aux conseils et observations d'enseignants et chercheurs du Département de Sociologie-Anthropologie et d'autres entités de la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines de l'Université d'Abomey Calavi.

Nous tenons à témoigner de notre reconnaissance aux **Professeurs Michel BOKO, Guy Ossito MIDIOHOUAN, Ambroise MEDEGAN, Bertin YEHOUEYOU et Maxime da CRUZ.**

Dr. Narcisse YEDJI et Romuald T. SOSSOU ont assuré le recueil, l'agencement et la mise en forme des textes. Le tout, sous la supervision du Rédacteur en Chef par intérim **Dr. Codjo Timothée TOGBE**

REVUE DEZAN <i>Volume 8, NUMERO 1, Juin 2020</i>
--

Directeur de publication

Dr. IMOROU Abou-Bakari (MC)
Maitre de Conférences des Universités (CAMES)

Rédacteur en Chef par intérim

Dr.Codjo Timothée TOGBE
Maitre Assistant des Universités (CAMES)

Comité Scientifique

Pr. Michel BOKO (Bénin), Pr. Prospère I. LALEYE (Sénégal),
 Pr. Albert TINGBE-AZALOU MC (Bénin), Pr. Francis AKINDES (Côte d'Ivoire),
 Pr. Maxime Da CRUZ (Bénin), Pr. Thomas BIERSCHEK (Allemagne), Pr
 Yendoukoa Lalle LARE, MC (Togo), Pr. Albert NOUHOUAYI (Bénin), Gautier
 BIAOU, MC (Bénin), Pr. Mamoudou IGUE (Bénin), DANIQUE TAMASSE Roger,
 MC (Togo), MONGBO Rock (Bénin), Pr. Issiaka KONE (Côte d'Ivoire), Pr. Séri
 DEDY, Pr. Elisabeth FOURN (BENIN), Alkassoum MAIGA (BURKINA FASO)
 et Pr. Lolouvou Foly HÉTCHÉLI (TOGO) , HOUNGNIHIN Rock

Comité de Lecture

Pr Toussaint TCHITCHI (Bénin), Pr. Sylvain ANIGNIKIN Bénin),
 Pr. Paulin T. HOUSSOUNOU (Bénin), Pr. Albert TINGBE AZALOU, MC
 (Bénin), Pr Roch Gnahoui DAVID (Sénégal), IGUE Babatundé Charlemagne
 (Bénin), MIDIOHOUAN Guy Ossito (Bénin), MEDEGAN Ambroise (Bénin)

Recueil, agencement et mise en forme des textes

Dr. Narcisse YEDJI & Tokandé Romuald SOSSOU

SOMMAIRE

LE COMMERCE TRANSFRONTALIER DU POISSON TRANSFORME ENTRE LA COTE D'IVOIRE ET LE GHANA, _____	7
Aboya Narcisse & Kanga Koco Marie Jeanne	
SOIGNANTS ET VECUS DU BURNOUT A LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE (CUGO) DE COTONOU _____	25
Alphonse Mingnimon AFFO, Elwis Roland ASSOGBA & Grégoire Magloire GANSOU	
PRATIQUE DU RITE ASEN CHEZ LES FON DE OUIDAH : ENTRE SACRALITE ET SYMBOLISME IDENTITAIRE _____	45
John AKINTOLA	
L'ACCES A L'EAU POTABLE ET SES INCIDENCES SOCIO-ENVIRONNEMENTALES DANS LE PREMIER ARRONDISSEMENT DE LA COMMUNE DE DJOUGOU AU NORD DU BENIN _____	59
AKIYO Offin Lié Rufin	
GLOBALISATION DES MŒURS, GOUVERNABILITE ET INCIVISME DANS LES ETABLISSEMENTS SCOLAIRES A OUAGADOUGOU _____	75
Yisso Fidèle BACYE & Moubassiré SIGUE	
STRATEGIES D'ORGANISATION DE LA SECURITE AUTOUR DES MARCHES FORAINS DE BROBO EN COTE D'IVOIRE _____	95
BALLY Claude Koré	
FACTEURS SOCIAUX LIMITANT L'ADHESION DES FEMMES AUX COOPERATIVES PAYSANNES A AKPRO-MISSERETE AU SUD DU BENIN _____	113
BENON MONRA ABDOULAYE	
LA VERTU COMME VÉRITABLE RICHESSE DES ÉTATS CHEZ PLATON _____	129
BROU Nanou Pierre	
« IYAWO » DE KETOU AU BENIN: ENTRE HERITAGE CULTUREL ET AUTONOMISATION FINANCIERE _____	149
Cabiratou OGOUBIYI, Donald V. B. CHAOU & Dodji AMOUZOUVI	
RADIOSCOPIE D'UNE COMMUNICATION INSTITUTIONNELLE AUX FINS DE VALORISATION DES RÉSULTATS DE RECHERCHE AU BURKINA FASO _____	165
Tionyéfé FAYAMA, Mariétou SORY & Flavienne Valérie SAWADOGO	
GENRE ET GESTION INTEGREE DES DECHETS SOLIDES (BALLES) ISSUS DE LA TRANSFORMATION DU RIZ DANS LES COLLECTIVITES TERRITORIALES DE L'ATACORA AU BENIN _____	191
Appolinaire D. GNANVI	
ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE EN MILIEU RURAL AU BURKINA FASO ET LOGIQUES D'ACTEURS : UNE LECTURE A PARTIR DE LA STREET LEVEL BUREAUCRACY _____	211
Sidbéwendin David Olivier ILBOUDO	
PATRIMOINE ARCHITECTURAL URBAIN DE LA VILLE DE ZINDER : ROLE ET SIGNIFICATION DE L'HABITAT TRADITIONNEL DU DEDANS AU DEHORS _____	231
Issoufou ISSA	
MOBILES EXPLICATIFS DE LA MONETARISATION DES TRANSACTIONS FONCIERES CHEZ LES NIABOUA DE TAPEGUHE DANS LE CENTRE OUEST IVOIRIEN _____	247
Arsène KADJO ; Koffi Noël KOUASSI & Kounadi TRAORE	
CONSTRUCTION DE L'IDENTITE RELIGIEUSE DÁÁGBÓVI AU SEIN DE LA TRES SAINTE EGLISE DE JESUS-CHRIST AU SUD-BENIN _____	263
KOKOU Bessan Florentin, AFADJINOU Horace & AKINTOLA John	

LES UNIVERSITÉS PUBLIQUES IVOIRIENNES DANS LA COOPÉRATION CÔTE D'IVOIRE-JAPON DE 1983 À NOS JOURS _____	277
N'Dri Laurent KOUAKOU	
RESISTANCE DES ACTEURS SOCIAUX AUX RECOMMANDATIONS DE LA MEDECINE MODERNE POUR LA GESTION DE LA GROSSESSE A TOFFO _____	303
LALY Ambroise, CADASSOU Marcien K. S. , IMOROU Abou-Bakari & HOUNGNIHIN A. Roch	
FACTEURS LOCAUX DES ALEAS CLIMATIQUES ET MESURES D'ADAPTATION DES POPULATIONS DU DEPARTEMENT DES COLLINES AU BENIN _____	327
MAKPONSE Makpondéou	
GOUVERNANCE LOCALE DU SERVICE PUBLIC D'EAU POTABLE EN MILIEU RURAL DANS LES COMMUNES DE LALO, KLOUEKAMEY ET TOVIKLIN (MOYEN-COUFFO) AU SUD DU BENIN _____	353
Brice Hugues Serge MARIANO & Marius K. VODOUNNON TOTIN	
DOULEUR CHRONIQUE : DES RÉALITÉS CULTURELLES AUX FONCTIONNEMENTS PSYCHIQUES DU SOIGNANT-SOIGNÉ À L'HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES DE COTONOU (BÉNIN) _____	369
MEHINTO Michel Mètonou	
ESSOR DE L'HEVEACULTURE EN COTE D'IVOIRE : DEVELOPPEMENT DES CONTRATS DE PRET DE TERRE CONTRE ENTRETIEN DE JEUNES PLANTS ET DE MISE EN GAGE EN SITUATION DE RECONVERSION CULTURALE _____	393
MLAN Konan Séverin	
MOUVEMENTS SOCIOPOLITIQUES AU TOGO : QUEL AGIR STRATEGIQUE ET COMMUNICATIONNEL DES ACTEURS POLITIQUES ? _____	413
Gbati NAPO	
LES ENFANTS ORPHELINS ET REBELLES DANS LES CONTES AFRICAINS : CANON D'UNE MORALE DE DIDACTISATION _____	435
Konan Germain N'GUESSAN	
LE MAGHREB AU VIIIème SIECLE : RESISTANCES A L'IDEAL ISLAMIQUE D'UNITE (720-745) _____	453
Nogbou M'domou Eric	
ENFANT, MALADIE ET GUERISON A LOUGSI (BURKINA FASO) : L'ANTHROPOLOGIE ET LA TRANSITION DES PRATIQUES DE SANTE PUBLIQUE _____	473
Natéwindé SAWADOGO	
DYNAMIQUE DES VECUS SOCIO-CULTURELS ET RAPPORT A L'ECOLE DES SENOUFU MIGRANTS DANS LA ZONE FORESTIERE DE LA COTE D'IVOIRE ____	495
SILUE Abou	
VALEURS RELIGIEUSES ET LAÏCITE _____	525
TAYORO Gbotta	
CONCILIATION VIE FAMILIALE ET VIE PROFESSIONNELLE : UN DEFII POUR LES FEMMES SOIGNANTES DU SECTEUR PUBLIC DE LA SANTE A LOME _____	547
TOUDEKA Ayawavi Sitsopé & GNOUMOU THIOMBIANO Bilampoa	
GESTION DE FLUX DES ELEVES AU NIVEAU DE L'ENSEIGNEMENT FONDAMENTAL AU MALI : INNOVATION OU ENSEIGNEMENT AU RABAIS ? _	569
Ibrahima TRAORE	
INTEGRATION DU GENRE DANS L'AFFERMAGE DES OUVRAGES D'APPROVISIONNEMENT EN EAU POTABLE DANS LA COMMUNE DE KLOUEKANME _____	585
GBOYOU G. Nestor ; TOBADA Alexis Babyllas ; GOMEZ COUAMI Ansèque & VISSIN Expédit Wilfrid	

DOULEUR CHRONIQUE : DES RÉALITÉS CULTURELLES AUX FONCTIONNEMENTS PSYCHIQUES DU SOIGNANT-SOIGNÉ À L'HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES DE COTONOU (BÉNIN)

MEHINTO Michel Mètonou

*Laboratoire de Psychologie Appliquée,
Assistant en Psychopathologie et Psychologie Clinique, Université d'Abomey-
Calavi/Bénin, 10 BP 875 Cotonou, Tél : 00229 97268923, E-mail :
mipapaito01@yahoo.fr*

Résumé

Les liens entre la douleur et la culture provoquent des controverses lorsqu'il s'agit de les expliquer à partir des influences réciproques qu'exercent les facteurs biologiques, psychologiques et culturels dans le vécu et la perception de la douleur. Nous intéressant à la manière dont l'expérience douloureuse peut être traduite et communiquée dans le cadre d'une relation thérapeutique, la recherche vise à analyser les réalités culturelles qui influencent la perception et le vécu de la douleur ainsi que la manière dont les patients expriment les plaintes et les réponses des thérapeutes y afférentes. Partant d'une approche qualitative de type clinique, la recherche s'est appesantie sur 65 unités relationnelles (soignant-soigné) dans divers services de l'Hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou (HIA). Ces différentes unités ont été identifiées et sélectionnées à partir du choix raisonné. Les enquêtes effectuées à l'aide d'un guide d'entretien clinique ont permis de conclure que lorsque dans la relation thérapeutique « soignant-soigné » il n'y a pas d'entente sur le mode expressif de la douleur et les solutions envisagées pour y remédier, la piste thérapeutique reçoit un coup dans ses aspects qualité, observance, type, etc. De même, l'analyse des résultats montre que le vécu et la perception de la douleur chronique varient selon les contextes sociaux, culturels et le fonctionnement psychique des différents acteurs de la relation thérapeutique. Il est donc important que pour l'efficacité de la prise en charge de la douleur chronique, que soient prises en compte les réalités culturelles, psychologiques et sociales des patients, mais aussi celles des thérapeutes.

Mots-clés : Culture ; douleur ; chronique ; expressif ; relation thérapeutique.

CHRONIC PAIN: FROM CULTURAL REALITIES TO THE PSYCHIC FUNCTIONING OF THE CALLER AT THE COTONOU ARMY INSTRUCTION HOSPITAL (BENIN)

Abstract

The relationship between pain and culture is controversial when it comes to explaining them from the reciprocal influences of biological, psychological and cultural factors in the experience and perception of pain. With an interest in how painful experience can be translated and communicated through a therapeutic relationship, the research aims to analyze the cultural realities that influence the perception and experience of pain, as well as the way patients express complaints and responses from therapists. Starting from a qualitative clinical approach, the research has focused on 65 relational units (caregiver) in various services of the Cotonou Army Training Hospital (HIA). These different units were identified and selected from reasoned choice. Surveys conducted using a clinical maintenance guide concluded that when there is no agreement in the "healing-healing" therapeutic relationship on the expressive mode of pain and the solutions envisaged to remedy it, the therapeutic path receives a blow in its quality, compliance, type, etc. Similarly, the analysis of the results shows that the experience and perception of chronic pain vary according to social, cultural, and the psychological functioning of the different actors in the therapeutic relationship. It is therefore important that for the effectiveness of the management of chronic pain, the cultural, psychological and social realities of patients, as well as those of therapists, be taken into account.

Keywords: Culture; pain; chronic; expressive; therapeutic relationship.

Introduction

De la chirurgie à la pédiatrie en passant par les urgences, la médecine interne, la stomatologie, etc., tous les soignants de l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) de Cotonou s'accordent sur le fait que la douleur est une expérience affreuse, qu'elle soit vécue directement ou indirectement. Elle est une problématique de santé importante et complexe en raison de la relation réciproque qui l'unit aux facteurs psychologiques, émotionnels, cognitifs et sociaux (I. Tremblay, 2016). Elle induit selon J. Faure et P. Hanquet (2009, p. 106), « un état psychique particulier assimilable à celui d'une dépersonnalisation ou d'une déréalisation qui concerne aussi bien le malade que le soignant ».

La douleur est un symptôme complexe où le corps et le psychisme s'entremêlent. Le patient met en avant une atteinte somatique, mais pas seulement, celle-ci s'accompagne de manifestations psychiques, voire psychopathologiques parfois déroutantes. Ainsi, autant la souffrance est le cauchemar de la conscience humaine (S. Lonjarret, 2004), autant la douleur chronique est le cauchemar des soignants. Elle met à mal toute une objectivité scientifique et technique. Ainsi, « le patient douloureux chronique met en échec la médecine et confronte le médecin à l'impuissance, la frustration et l'incertitude » (D. Bouckenaere, 2007, p. 173). Dans ce cas l'attitude de rejet se masque souvent à une conduite de banalisation, de négligence, de doute ou d'évitement du sujet souffrant qui, désormais, perd son titre de patient et devient sa pathologie. Cette attitude se matérialise par des référencements, non à des fins thérapeutiques, mais plutôt de technicités et le parcours médical des patients douloureux chroniques le plus souvent jalonné de renvois de spécialiste en spécialiste (A-F. Allaz, 2003). C'est ainsi que l'étude de S. A. Selfe *et al.* (1998) montre que lorsque les thérapeutes sont confrontés à une problématique difficile à diagnostiquer et à traiter, ils manifestent une réponse émotionnelle négative. Face à la douleur chronique de son patient, les actes les plus simples et ordinaires deviennent lourds à effectuer. Les cris de désespoir, les gestes, les crises de larmes, le regard hagard et perdu sont autant de réalités qui confrontent à l'incertitude et au sens précis de la vie malgré les tentatives incongrues du soignant pour conserver son unité psychique qui est confronté aux exigences de l'empathie. « La douleur chronique déchire les frontières de l'homme, le confond à un effroi dont la pensée de la mort est un avant-goût. Elle ouvre une dissidence entre soi et soi. Le « je est un autre » n'est plus une figure de style, mais un rapport au monde de chaque instant » (D. Le Breton, 2006 cité par J. Faure et P. Hanquet, 2009, p. 106). La contrainte est de vivre à côté de soi, sans pouvoir se rejoindre. La douleur impose un deuil provisoire ou durable de soi. Elle impose une désorganisation interne avec une sidération et un débordement du fonctionnement psychique.

Si la médecine réductionniste est performante au niveau lésionnel et a permis d'apporter des progrès importants, elle a, par définition, montré sa limite dans le syndrome douloureux chronique. La douleur, violente, envahissante, harcelante, lancinante, occupe tout le champ de la conscience et le patient n'est plus que douleur (J. Faure et P. Hanquet, 2009, p. 106). Il s'en suit pour ces auteurs, une sorte de paralysie mentale qui appauvrit la vie fantasmatique avec pour corollaire une

limitation du langage du corps à la détresse. Le patient est mutique, replié sur lui-même ou au contraire il appelle et réclame sans cesse d'être soulagé. Parfois, il crie, devient agressif, voire violent (J. Faure et P. Hanquet, 2009, p. 106). À ce sujet, M. R. Moro (1998) affirme que le patient perd toute notion de distance, toute critique par rapport à cette douleur. Cette quasi-obnubilation renforce la douleur dans un processus itératif sans fin (J. Faure et P. Hanquet, 2009, p. 106).

Le ressenti de la douleur est un fait personnel, intime. La douleur ne se partage pas ; ne se communique pas. La preuve, le regard porté sur un souffrant ou le contact physique avec ce dernier provoque des émotions déplaisantes, mais ne permet de ressentir sa douleur. Elle ne s'appréhende qu'à partir de l'écoute du patient, la rencontre avec l'entourage familial et professionnel et le milieu social et à partir de notre propre vécu de la douleur. Le caractère subjectif de la douleur est mentionné par P. Cathébras (2009) dans sa dimension d'expérience subjective, intime, mais elle est influencée par de nombreuses variables dont la culture. Selon l'auteur, la culture peut déterminer les conduites face à la douleur à travers les représentations et les croyances attachées à celle-ci, car l'explication, la compréhension et l'expression de la douleur sont fortement empreintes des données culturelles. De même que P. Cathébras (2009), L. Lalleman (2014), C. Sargent (1984) et M. Zborowski (1952) ont estimé que les personnes accordent à leur douleur un sens et une valeur différente selon les orientations collectives propres à leurs milieux de provenance. Ainsi, l'intégration et la perception de la douleur qui révèlent la crainte ou l'indifférence des individus sont dictées par des variables culturelles (C. Cedraschi, 2003). Dans ce contexte, la douleur n'est pas qu'un phénomène biologique brut, mais elle a aussi un sens qui est relatif à l'individu. C'est aussi dans cette logique que F. Atallah et Y. Guillermou (2004) ont affirmé que la perception, les styles d'expression de plaintes et même la tolérance de la douleur varient selon les attitudes et les croyances associées à différents groupes ethniques. Au demeurant, il y a des interactions complexes entre la culture et la manière dont les individus perçoivent et expriment la douleur. Il existe donc une grande variabilité interindividuelle dans le ressenti de la douleur (expression, vécu, intensité).

Au plan biologique, la douleur a un rôle de protection. « Elle permet à l'organisme de reconnaître les stimulations nociceptives susceptibles de nuire à son intégrité et constitue de ce fait un signal d'alarme utile qui informe sur l'existence d'un dysfonctionnement » (D. Bouckenaere, 2007, p. 170). Pour cet auteur, son avènement initie des réactions motrices, neuro-végétatives et comportementales qui permettent à

l'organisme de se prémunir contre une lésion potentielle ou réelle. Dans ce contexte, elle mobilise tout le corps sinon tous les systèmes de l'organisme. Elle constitue la même voix pour expliquer le dualisme soma-psyché. C'est en cela que S. Freud (1926) a estimé que, plus que les pathologies psychosomatiques, la douleur est révélatrice des rapports psyché-soma qui sont plus complexes qu'une pure et simple démarcation. La douleur est un phénomène plurifactoriel qu'il n'est pas évident de comprendre totalement. Cette difficulté de compréhension de la douleur a donné corps à plusieurs approches de description qui ont permis une certaine catégorisation en unité diagnostique. L'approche biologique a favorisé une description médicale de la douleur. Se basant sur la temporalité, cette approche distingue deux types de douleur : la douleur chronique et celle aiguë. La douleur chronique est une douleur qui dure entre trois et six mois ou plus. Moins de cette durée, elle est dite aiguë. C'est dans le cas de la douleur aiguë que l'approche biologique trouve son encrage, car elle permet d'objectiver les causes lésionnelles éventuelles qui motiveront un traitement étiologique et pour cerner les mécanismes physiopathologiques qui orientent sur le choix chimiothérapeutique. Mais, dans des contextes de chronicisation, la douleur perd son caractère de signal d'alarme utile et sa lecture nécessite une grille multidisciplinaire, car sa pérennisation retentit sur les plans émotionnels, comportementaux, cognitifs et somatiques. Ainsi, dans le cas de la douleur chronique, l'approche biopsychosociale est plus adéquate dans la prise en charge globale et singulière du patient. D. Bouckenaere (2007, p. 182) s'inscrivant dans cette posture théorique, estime que « la douleur chronique est le fruit d'une construction qui dépasse largement la seule composante somatique. Elle est simultanément expérience du corps et du psychisme, en lien avec des facteurs socioculturels ». Cette complexité selon l'auteur impose un changement de paradigme, « celui du passage d'un modèle biomédical linéaire et univoque vers un modèle biopsychosocial circulaire avec de multiples interactions » (D. Bouckenaere, 2007, p. 182). Cette multidimensionnalité de la douleur chronique est également décrite par A. Serrie et P. Queneau (2005). Ces auteurs ont souligné que, « quel que soit son mécanisme initiateur, somatique, neurologique ou psychologique, la douleur proprement dite est un phénomène complexe dont la perception fait intervenir quatre composantes interactives. Il s'agit des dimensions sensori-discriminatives, affectivo-émotionnelle, cognitives et comportementales. L'ensemble de ces dimensions est influencé par des facteurs environnementaux, professionnels,

familiaux, sociaux et culturels, passés ou présents » (Serrie et P. Queneau, 2005, p. 114).

Cependant, même si nous admettons que l'unanimité est faite sur la nécessité d'une grille de lecture pluridisciplinaire pour évaluer et traiter la douleur chronique, il convient d'admettre que le modèle biopsychosocial est difficile d'application aussi bien pour le soignant formé dans une logique objectivante que pour le patient qui a une demande éperdue de guérison. Dans cet engrenage, seule une authentique relation de confiance mutuelle entre les deux protagonistes peut leur permettre d'abandonner leurs réactions défensives pour favoriser l'émergence de décalage nécessaire à une représentation différente de la douleur. La relation intersubjective entre le soignant et le patient est le fil conducteur qui peut permettre de modifier les schèmes de comportements. C'est en cela qu'il urge de comprendre les mécanismes psychiques imprimés par le bagage culturel de chacun des protagonistes et qui sous-tendent leurs conduites. La présente recherche qui s'inscrit dans cette logique part du postulat que le fonctionnement psychique du patient douloureux chronique et les conduites du thérapeute sont modulés à la fois par des facteurs culturels et des facteurs psychologiques. Les investigations effectuées à cette fin ont permis de mettre en évidence l'influence des variables culturelles et personnelles sur les interactions entre soignant et soigné lors de la relation thérapeutique en contexte de douleur chronique à l'Hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou Centre Hospitalier Universitaire (HIA/CHU).

1. Cadre de l'étude

L'Hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou Centre Hospitalier Universitaire (HIA/CHU) a servi de cadre empirique pour nos travaux de terrain. Le choix de ce site a été motivé par la variété de service qui y est offert. De plus, sa renommée, la qualité de soins apportés ainsi que la diversité de la clientèle composée de militaires et de civils en font un centre adéquat pour cette étude. L'hôpital d'instruction des armées de Cotonou, aujourd'hui structure sanitaire publique de référence pour l'armée, a connu une évolution dans le temps, aussi bien sur le plan de sa mission, de ses infrastructures que de son personnel. Initialement Infirmerie de Garnison de Cotonou, créé par le décret N°71-44-CP-DN du 10 mars 1971 portant création du corps du service de Santé des Armées, elle avait pour mission d'assurer les premiers soins aux militaires et leurs ayants droit. Elle devient plus tard le Centre Médico-social(CMS) de Garnison de Cotonou. Avec le décret N°95-173 du 15 juin 1995, le CMS est devenu hôpital et est doté de la

personnalité juridique et d'une semi-autonomie financière. Ledit décret est mis en application par la décision N°008-EMG-DOP-BOR du 15 juin 1995 d'où il prend l'appellation d'Hôpital d'Instruction des Armées(HIA) de Cotonou. Suivant le décret N°95-173 du 15 juin 1995 portant création, organisation et fonctionnement de l'HIA, les missions à lui assignées sont entre autres :

- de combler les attentes des populations en accueillant et en traitant les malades (civils ou militaires) ;
- d'assurer la recherche ;
- d'assurer sa propre mobilisation ainsi que celle des autres CMS de Garnison.

Cette disposition du décret N° 95-173 du 15 juin 1995 a été abrogée par le décret N° 2014-531 du 25 août 2014 portant érection de l'Hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou en Centre Hospitalier Universitaire. Il est donc passé de HIA à HIA-CHU œuvrant ainsi pour la recherche universitaire. Situé dans la ville de Cotonou, capitale économique du Bénin l'Hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou (HIA-CHU) est implanté précisément dans l'enceinte du Camp Guézo dans le douzième arrondissement de ladite ville. Il est délimité au Nord par la voie pavée « Caporal ANANI » ; au Sud par le mess des officiers ; à l'Est par l'ex Ambassade des États-Unis et à l'Ouest par la Direction du Génie et de la participation au développement(DGPD). Cet hôpital est sous la tutelle de la Direction du Service de Santé des Armées (DSSA) qui est directement rattachée au Ministère de la Défense Nationale. Il s'agit d'un grand centre hospitalier de par sa superficie et ses moyens matériels. Malgré la modification fonctionnelle apportée par le décret N°2014-531 du 25 août 2014, les missions de l'hôpital ne sont pas pour autant changées. Deux catégories de services y sont à distinguer à savoir : les services administratifs et financiers et les services médicotechniques. Ces derniers sont composés des services tels que : Anesthésie-réanimation, Cardiologie, Chirurgie, Clinique Vétérinaire, Dermatologie, Gastro-entérologie, Imagerie Médicale, Kinésithérapie, Laboratoire, Médecine Générale, Maternité, Odontostomatologie, Ophtalmologie, Pédiatrie, Pharmacie, Psychiatrie, Service Social. Pour le compte de cette étude, cinq services ont retenu notre attention. Ce sont les services de médecine générale, de cardiologie, de psychiatrie, de gastro-entérologie et de kinésithérapie. Ces services ont été retenus, car ils permettent d'obtenir le plus grand nombre de patients douloureux chroniques afin d'aboutir à des résultats concrets.

2. Matériels et méthodes

L'intérêt de cet article réside dans l'étude de l'influence des déterminants culturels sur le fonctionnement psychique des acteurs de la relation thérapeutique dans un contexte de douleur chronique. Pour ce faire, nous avons effectué une étude qualitative fondée sur la technique de choix raisonné. Cette technique d'échantillonnage a permis de constituer un échantillon de 65 unités. L'unité relationnelle implique un soignant et un soigné présentant des douleurs depuis plus de trois mois. L'ensemble des unités relationnelles a été identifié dans les cinq services retenus pour le compte de la recherche. Les données ont été collectées dans un premier temps, grâce à l'observation de la relation thérapeutique durant les consultations puis dans un second temps à travers des entretiens individuels semi-directifs avec chacun des acteurs de ladite relation. Ces entretiens ont été d'autant plus nécessaires, car ils ont permis d'avoir des informations sur le vécu de la douleur chronique, sa symbolique culturelle et sa problématique psychique. Notons que tous les types de douleurs sont concernés à l'exception des douleurs d'origine cancéreuse. La douleur cancéreuse est une douleur spécifique qui a des étiologies le plus souvent multiples : à la fois par excès de nociception (par envahissement de tissus le plus souvent osseux), neuropathique (de par la maladie elle-même ou ses traitements) et enfin psychogène puisque la maladie cancéreuse représente dans l'imaginaire collectif la mort et une longue souffrance. Il semble donc difficile chez ces patients de distinguer l'étiologie de la douleur, c'est la raison pour laquelle nous ne les avons pas inclus dans notre recherche.

La collecte des données s'est faite sur une période de quatre (4) mois et a abouti à des résultats concrets dont l'analyse et la discussion ont été logiquement élaborées de manière exhaustive à travers une littérature relativement récente. La théorie biopsychosociale est celle qui a servi à analyser les résultats de la recherche présentés après l'exposé des méthodes et matériels d'étude.

3. Résultats et discussion

3.1. Résultats de la recherche

3.1.1. Fonctionnement psychique des patients douloureux chroniques

Le fonctionnement psychique des patients douloureux chroniques est influencé par certains déterminants socioculturels liés à la douleur chronique. La douleur chronique peut donc avoir un important retentissement psychologique et social chez celui ou celle qui la vit. Il

est donc important de connaître les perceptions et vécus de la douleur chronique chez ces patients.

3.1.1.1. Vécus de la douleur chronique

La douleur s'apparente à une sensation influencée par le psychisme des patients. Chez la plupart des patients rencontrés, le trouble de l'humeur est à la fois source et conséquence de la douleur chronique. Pour certains, la douleur est vécue comme un mal-être qu'il faut dépister et traiter. Chez d'autres encore, la douleur au lieu de s'estomper, persiste puis gagne d'autres parties du corps. C'est ce que nous fait savoir R.Y. en ses termes :

« [...] J'ai une douleur au niveau lombaire qui m'a obligé à quitter mon poste de secrétaire administrative. Cette douleur avec les médicaments que j'ai déjà pris, au lieu de disparaître, persiste et les médecins m'ont dit que cela est en train de gagner mes jambes. [...] J'ai rencontré plusieurs médecins spécialistes. Ils voyaient bien que les muscles de mes jambes étaient durs. J'ai passé une foule d'exams, mais on ne détectait pas de lésion. Aucun médecin n'arrivait à expliquer pourquoi ma douleur persistait [...] ». [Extrait d'entretien avec R.Y. patient douloureux chronique, 41 ans].

Il émerge de l'examen de ce discours que la douleur est mal vécue par certains patients jusqu'au point où elle arrive à gagner et impacter la qualité de leur vie. Ce vécu touche également les proches du malade, ses activités et son travail. La vie des patients peut être gravement perturbée par la douleur chronique, que ce soit leur vie active, familiale et affective. Par ailleurs, l'impact sur l'entourage était souligné, certains patients ont besoin du soutien de la famille ou des amis. Or, la plainte douloureuse peut provoquer l'éloignement de l'entourage. Le souci sera donc de briser ce cercle vicieux et d'apprendre à ne pas conditionner sa vie en fonction de sa douleur. En voici l'une des expériences de Y. K.

« [...] Avant de trouver le traitement adéquat, j'ai vécu une dépression profonde. Mère de quatre enfants, j'ai dû quitter ma carrière de journaliste. [...] À part mon mari, ma maison, mes enfants, plus aucune de mes ressources n'existait. Toutes les petites choses de la vie qui m'apportaient du plaisir, je les avais perdues. Mes enfants ne réussissaient plus à l'école parce qu'ils avaient de la peine, mon mari aussi était découragé [...] » [Extrait d'entretien avec R.Y. patiente douloureuse chronique, 41 ans].

De l'analyse de cet extrait d'entretien, il découle que chez certains patients douloureux chroniques, la plainte liée à la douleur provoque l'éloignement et la négligence du patient douloureux dans son état.

« [...] La douleur a encombré toute ma vie et m'a rendue cruelle. Avant, j'étais une personne très gentille et de bonne humeur [...] Je me sentais complètement dans le vide [...] Ce n'est que sept ans plus tard, au moment où je ne peux plus marcher, que j'ai reçu enfin un diagnostic. Le médecin m'a dit que c'est une maladie qui provoque des douleurs musculaires dans plusieurs parties du corps [...] ». [Extrait d'entretien avec V.G. patient douloureux chronique, 47 ans].

Cet extrait d'entretien prouve manifestement que certaines douleurs chroniques affectent plusieurs parties du corps du patient et handicapent son fonctionnement quotidien pendant plusieurs années. Chez le patient V.G., la dépression est courante, d'autant plus lorsque la douleur dure des années et qu'elle cause de l'invalidité. En synthèse, il émerge de ces différents vécus recueillis chez ces patients que la douleur est vécue comme pénible et désagréable. Dans la majorité des cas, la douleur persiste et s'accompagne des symptômes de dépression.

3.1.1.2. Perceptions de la douleur chronique

De l'analyse des données issues des entretiens effectués, il ressort que la perception de la douleur chronique est liée à la présence d'une agression menaçant l'intégrité organique du patient. Pour certains patients, la douleur est perçue comme une souffrance avec ses retentissements sur la qualité de vie du malade. Par ailleurs, l'histoire du sujet, son appartenance sociale et culturelle, les conditions particulières ayant été à l'origine de la douleur, les réponses de l'environnement social ou professionnel sont autant d'éléments qui modulent la perception de la douleur chez les malades. C'est en fait, ce qui ressort de la lecture du discours de D.U.

« [...] En tout cas, moi je sais que cette douleur qui me tracasse depuis un certain temps a complètement bouleversé ma vie professionnelle et familiale. J'ai dû abandonner mon poste à cause de cela. Et actuellement je ne sais même pas ce qui m'attend encore. De toutes les façons, je n'ai plus peur de la mort maintenant. Cabri mort n'a plus peur du couteau [...] ». [Extrait d'entretien avec D.U., patient douloureux chronique, 38 ans].

L'examen de cet extrait d'entretien fait ressortir une perception désagréable de la douleur chronique chez certains patients. La douleur

perçue comme apothème dans ce cas, ne permet plus aux patients de rechercher des solutions pour s'en débarrasser. Toujours sur la perception de la douleur, les médecins se prononcent. Voici ce que nous confie P.E.

« [...] La façon de prendre la douleur dépend aussi du vécu de chacun. Pour qualifier une douleur, il faut aussi se rappeler des expériences antérieures. Par exemple, un patient qui a déjà eu un problème de déboitement d'un membre doit reconnaître la douleur liée à un pareil accident et peut comprendre facilement le diagnostic lorsque cela va se reproduire une autre fois [...] ». [Extrait d'entretien avec P.E., médecin, 42 ans].

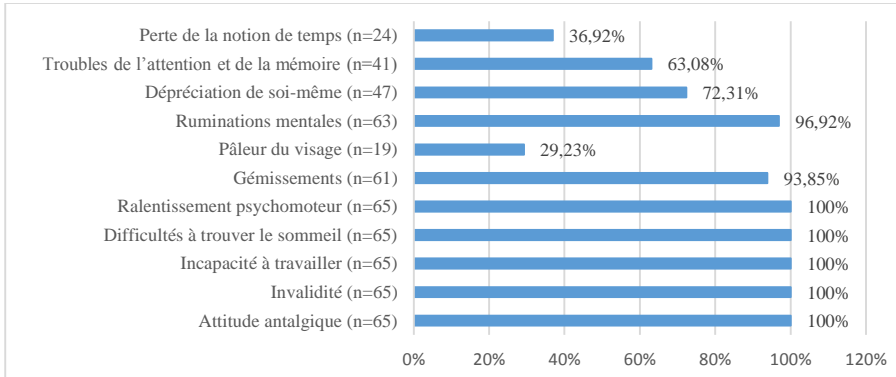
L'analyse de ce discours prouve que les expériences antérieures des patients influencent les seuils de perception de la douleur chronique.

3.1.1.3. Expressions de la douleur chronique

Les analyses effectuées au cours de la recherche permettent de conclure que l'expression de la douleur chronique chez les patients est le résultat direct de la perception puis de l'interprétation que le patient fait de sa douleur chronique. Cependant, selon le corps soignant, cette expression est étroitement liée à la conception du fait douloureux chez chaque patient. C'est ce que nous confie P.E. en ces thèmes :

« [...] Les patients se présentent avec des modes d'expressions de la douleur assez différentes, allant d'une dramatisation à une absence presque de plainte. Cette variabilité dans l'expression de la douleur est liée à la subjectivité des sensations et représentations de chaque patient [...] ». [Extrait d'entretien avec P.E., médecin, 42 ans].

Toujours en ce qui concerne ce lien entre perception, vécu et expression de la douleur chronique chez les patients, l'analyse du graphique ci-dessous révèle que la douleur chronique occasionne chez les patients, une incapacité à travailler, à conduire, une difficulté à trouver le sommeil et des ruminations mentales. À travers sa lecture, il ressort en effet que la douleur s'exprime par des pâleurs, des gémissements, des attitudes antalgiques et une invalidité.



Graphique 1 : Répartition des enquêtés selon les modes d'expression de la douleur chronique

Source : Données de terrain, 2019.

En synthèse à l'analyse ci-dessus, il émerge que, pour toutes les personnes enquêtées dans le cadre de la recherche, la douleur chronique s'exprime par une attitude antalgique chez le douloureux, son invalidité, son incapacité à travailler, des difficultés à trouver le sommeil et un ralentissement psychomoteur. Pour 93,85%, elle s'exprime par des gémissements chez le patient douloureux chronique. D'autres encore (29,23%) soulignent qu'elle s'exprime la plupart du temps par une pâleur au niveau du visage du patient. L'analyse révèle en effet que la douleur s'exprime aussi par des ruminations mentales (96,92%), une dépréciation de soi-même (72,31%), des troubles de l'attention et de la mémoire (63,08%) et par une perte de la notion de temps (36,92%). Il convient de retenir de cette synthèse que l'expression du vécu douloureux des patients interviewés s'articule autour d'un tableau clinique fait de plusieurs symptômes psychopathologiques.

3.1.2. Déterminants socioculturels de la douleur chronique

Le vécu et la perception de la douleur chronique sont sous l'influence de facteurs sociaux et culturels, passés ou présents. La culture représente un système de savoirs qui permet à un individu, à un groupe ou une société de fonder des modèles explicatifs sur les causes, les symptômes, l'évolution et le traitement d'une maladie.

3.1.2.1. Déterminants socioculturels de la douleur

Dans un contexte lié à la culture, la douleur chronique représente aussi une signification relative à un individu façonné par la culture. Ces significations sont induites par le rapport du patient à la douleur et le

sens qu'il lui donne. Ce sens s'évalue à travers l'histoire de patient, sa culture, ses règles sociales ainsi que son contexte. Ainsi, la relation entre douleur et culture soulève le problème de l'interaction complexe des facteurs psychologiques, culturels et sociaux dans la perception et l'expression de la douleur. Cependant, les références culturelles peuvent donner lieu à différents styles d'expression de plaintes et influencer la perception de la douleur. Ainsi, la dimension culturelle influence les perceptions sensorielles de la douleur. Les déterminants socioculturels donnent sens à l'ensemble des normes, valeurs, savoirs et pratiques populaires en lien avec la douleur, régissant les manières de faire, de dire et de penser la douleur chronique chez les patients. C'est ce qui peut être dégagé de l'analyse du discours de B.H.

« [...] La douleur est une expérience subjective. Elle peut être influencée par de nombreuses variables dont la culture. [...] La culture peut déterminer l'attitude et le comportement face à la douleur, à travers les représentations, et les croyances attachées à celle-ci. La culture interfère comme système de savoirs qui permet le plus souvent aux patients douloureux chroniques et sa société de fonder des modèles explicatifs sur les causes, les symptômes, l'évolution et le traitement de la douleur [...] ». [Extrait d'entretien avec B.H., corps soignant, 52 ans].

À l'analyse, il convient de noter que les patients douloureux chroniques attribuent parfois à leur douleur un sens et une valeur différente selon les orientations collectives. Ainsi, les catégories de pensées et de perceptions, qui soulèvent la crainte ou l'indifférence, sont établies par le modèle culturel auquel l'individu appartient. Il y a donc une interaction complexe entre la culture et le fonctionnement psychique du patient douloureux chronique.

3.1.2.2. Douleur chronique : aspects psychoculturels

Les patients douloureux chroniques vivent et expriment leurs douleurs de manières diverses selon leur obédience culturelle. Ainsi, certains ont tendance à exagérer leur douleur. D'autres par contre, ont une sensibilité très élevée et une tendance à moins se plaindre. La culture a donc une influence sur le fonctionnement psychique de la douleur chez les patients. Elle accompagne la perception de la douleur, les croyances sur les causes, l'expérience et l'expression de la douleur et le type de traitement que les patients préfèrent. Interviewé, B.H. nous confie ce qui suit.

« [...] Souvent, moi je constate que les idées préconçues culturelles donnent lieu à des préférences et à des perceptions fort différentes chez les patients douloureux que je reçois. [...] Certains se plaignent on dirait qu'ils ont peur de la mort. [...] Et quand tu t'intéresses à leur origine, tu vas t'apercevoir que ce sont des gens qui ne supportent pas la douleur dans leur culture de façon plus ou moins générale [...] ». [Extrait d'entretien avec B.H., corps soignant, 52 ans].

L'analyse de cet extrait témoigne de l'importance de l'origine culturelle des patients douloureux chroniques dans le fonctionnement psychique de ces derniers. La culture façonne les expériences et la perception du patient. Les résistances du patient face à la douleur sont donc complexes relevant de la culture, de processus psychopathologiques sous-jacents et de l'influence de son environnement culturel.

3.1.3. Le thérapeute face à la douleur chronique du patient : une conduite induite par le culturel et le psychologique

La douleur chronique étant une expérience subjective, sa dimension sensorielle et émotionnelle est universellement acceptée. Dans la relation "soignant-soigné", la reconnaissance de la douleur et son acceptation peut subir des préjudices d'ordres culturels et psychologiques ; lesquels préjudices sont parfois issus du patrimoine socioculturel du soignant ainsi que de ses dispositions psychologiques. Le constat fait auprès des unités relationnelles enquêtées est que la réponse de certains médecins face à la douleur chronique est conditionnée par des facteurs culturels et psychologiques qui leur sont propres. Ainsi, l'un des facteurs qui entaillent la perception des plaintes douloureuses du patient par le médecin est la communication. Voici ce qui ressort des propos de A.M. à ce sujet :

« [...] Le plus souvent, on a des difficultés à appréhender l'intensité de la douleur que ressentent certains de nos patients. Surtout les nordistes ! Ils sont trop fiers ces gens-là [...] On dirait qu'on les a éduqués à ne pas se plaindre [...] je me souviens d'un patient que je recevais régulièrement en consultation pour une certaine maladie [...] Entretemps les examens ont révélé que sa maladie avait évolué et avait atteint un stade critique qui devait en temps normal le faire énormément souffrir, mais il semblait beaucoup supporter la douleur et la banalisait même [...] vous savez, si je me fiais à ce qu'il affichait, j'aurais pu facilement me tromper dans mon diagnostic. [...] Et ce n'est pas le seul hein ! J'ai remarqué ça chez beaucoup de nordistes [...] » [Extrait d'entretien de A.M., Médecin à l'HIA-CHU].

Il se dégage de cet extrait d'entretien que la relation thérapeutique est

parfois biaisée par des défauts liés à la communication. L'expression verbale de la douleur est fonction de la culture d'origine des patients or, lorsque la douleur chronique n'est pas perçue comme telle par le médecin, la conduite de ce dernier risque de ne pas satisfaire le patient. L'interculturalité qui s'installe dans la relation thérapeutique rend parfois difficile cette dernière surtout quand il s'agit d'une problématique sensorielle et émotionnelle telle que la douleur chronique. Le thérapeute se voit alors contraint de réagir selon sa compréhension de la situation et pour ce faire, il se base non pas uniquement sur ses connaissances cliniques, mais aussi, et surtout sur son système de sens et de valeurs induit par sa propre culture. De plus, l'extrait d'entretien précédemment présenté évoque un autre aspect pouvant conditionner la réponse du thérapeute face aux plaintes du patient douloureux chronique. Il s'agit du système de croyances du thérapeute concernant la culture du patient. Lorsque ce système de croyances est péjoratif et que le médecin n'arrive pas à en faire abstraction dans sa pratique clinique, son attitude face à la douleur chronique du patient est compromise. Cependant, connaître la culture du patient n'est pas systématiquement négatif pour la relation thérapeutique. Selon certains enquêtés, cela peut favoriser une meilleure acceptation et reconnaissance des plaintes douloureuses et par ricochet assurer une meilleure prise en charge du patient par le médecin. C'est ce que révèlent les propos de T.S. à cet effet :

« [...] La douleur n'est pas seulement un symptôme médical, c'est aussi psychologique et culturel. C'est pourquoi certains patients supportent mieux la douleur que d'autres. [...] Quand je reçois un patient, je prends toujours la peine de rechercher sa culture, ça m'aide beaucoup dans la thérapeutique, surtout quand il s'agit de la douleur chronique [...] » [Extrait d'entretien de T.S., médecin à l'HIA-CHU].

Il se dévoile de cet extrait que la douleur chronique est une expérience multidimensionnelle avec des répondants médicaux, psychologiques et sociaux. Ces trois dimensions sont intimement liées et s'influencent mutuellement. La sensation douloureuse, l'émotion qui l'accompagne ainsi que le vécu social de la douleur chronique sont autant de paramètres qui renseignent le thérapeute sur la conduite à tenir. Ainsi, cette complexité de la douleur chronique induit de la part du thérapeute une prise en charge holistique, ce qui n'a pas été observé durant la période d'enquête. En effet, la plupart des interventions dans le domaine de la douleur chronique se donnent pour but de la réduire ou de la supprimer ; quelle que soit la nature de ces interventions,

pharmacologiques, chirurgicales ou physiques, elles sont généralement consécutives à la recherche effrénée d'un diagnostic médical pour justifier la douleur chronique. C'est ce qu'illustrent les dires suivants de O.J. à ce sujet :

« [...] Ca fait 3 ans que je traîne cette douleur, je suis passé par tous les meilleurs spécialistes qu'il existe, mais rien du tout ! À chaque fois que je rencontre un nouveau docteur, il fait son diagnostic et me prescrit des médicaments. [...] Ça se calme un peu et ça revient. [...] Ils m'ont trouvé toutes les maladies du monde et malgré ça il n'arrive pas à me guérir. C'est comme si mon problème n'est pas pour l'hôpital [...] » [Extrait d'entretien de O.J., patient douloureux chronique à l'HIA-CHU].

Un autre facteur qui émane de cet extrait d'entretien est la persistance des médecins à se fixer sur l'organicité de la douleur chronique malgré l'absence de reconnaissance étiologique au terme d'une démarche diagnostique bien conduite. Dans cette situation, deux attitudes sont alors possibles pour le médecin ; soit il adopte une réaction défensive en poursuivant dans la recherche d'une étiologie organique qui apparaît comme une protection vis-à-vis de l'inconnu et une façon de garder la main sur la prise en charge du patient, ou bien il adopte une attitude plus honnête en avouant au patient qu'aucune cause organique n'est trouvée. Comme corollaire de cette situation, l'aveu d'impuissance thérapeutique dans le cadre de la douleur chronique est difficile à admettre par le médecin et à comprendre par le patient douloureux chronique et son entourage. Cependant, même s'il est communément accepté que la douleur chronique nécessite une autre grille de lecture, il faut bien reconnaître que ce registre biopsychosocial n'est pas simple à appliquer, ni pour le médecin formé à une action efficace ni pour le patient qui a une demande éperdue de traitement de sa douleur qui la supprime radicalement. C'est surtout lors de douleurs chroniques que les dimensions psychosociales et émotionnelles prennent progressivement une place importante dans la symptomatologie douloureuse. Plus la douleur se chronicise, plus l'importance des causes organiques diminue au profit des facteurs psychosociaux, comportementaux et relationnels.

3.2. Discussion des résultats

À la lumière de la théorie biopsychosociale, il ressort des résultats de la recherche que la douleur renvoie à une perception influencée par le psychisme des patients. À travers les conclusions de ses travaux, P. Keeley *et al.* (2008) soulignent que le vocabulaire de la douleur est très varié et reflète des expériences sensorielles douloureuses. La douleur

est décrite par les sensations, mais également par le ressenti qu'elle inspire. La durée de la douleur n'est toujours pas évidente à préciser du fait des difficultés parfois à dater le début des symptômes. La douleur dans le temps est souvent variable, mais avec une tendance à l'aggravation. Elle était régulièrement décrite comme permanente et inéluctable avec une notion de fatalité (A. E. Lopez-Martinez *et al.*, 2008). Les analyses effectuées au cours de la recherche font également état de ce que l'expression de la douleur chronique chez les patients, est le résultat direct de la perception puis de l'interprétation que le patient fait de sa douleur chronique. S. J. Wang (2003) perçoit la douleur comme une impression anormale et pénible reçue par une partie vivante et perçue par le cerveau. Pour L. S. Pahim *et al.* (2006), la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle. D'un autre côté, la douleur chronique est perçue comme une douleur persistant depuis plus de trois mois (R. R. Edwards *et al.*, 2005). Elle est donc l'expression d'une souffrance intrapsychique ou psychosociale dans un langage de plaintes corporelles chez le patient douloureux chronique.

Par ailleurs, pour les personnes interviewées, la douleur chronique s'exprime par une attitude antalgique chez le patient douloureux, son invalidité, son incapacité à travailler, des difficultés à trouver le sommeil et un ralentissement psychomoteur. L'expression du vécu douloureux des patients interviewés s'articule donc autour d'un tableau clinique fait de plusieurs symptômes psychopathologiques. P. Keeley *et al.* (2008) soulignent à cet effet que la douleur chronique s'exprime par une souffrance psychique et par une altération du fonctionnement socioprofessionnel. I. Levy (2002) quant à lui, révèle que la douleur peut s'exprimer par une stimulation répétée des nocicepteurs mécaniques, thermiques, de l'inflammation, située au niveau cutané, musculaire, articulaire ou viscérale. Cette sensibilisation crée un message douloureux, véhiculé par les fibres nerveuses et la moelle épinière jusqu'au cerveau. Au niveau cérébral, le message est interprété comme douloureux (I. Levy, 2002). Ce sont les douleurs les plus communes, telles que : plaie, brûlure du premier degré, douleur post-traumatique, entorse de cheville, fracture, douleur post-opératoire (I. Levy, 2002).

D'un autre point de vue, les analyses nous ont également permis de constater que le vécu et la perception de la douleur chronique sont sous l'influence de facteurs sociaux et culturels. La culture représente donc un système de savoirs qui permet au patient douloureux chronique de

fonder des modèles explicatifs sur les causes, les symptômes, l'évolution et le traitement de la maladie. Cependant, A. E. Lopez-Martinez *et al.* (2008) soulignent que de nombreux facteurs sociaux peuvent influencer la perception de la douleur chronique par l'individu. Les travaux de B. H. Smith *et al.*, (2001) s'inscrivent dans la logique selon laquelle une proportion de douleur chronique est plus importante chez les femmes que chez les hommes. L'importance de ce facteur "sexe" de perception de la douleur chronique par l'individu est confirmée par l'étude de C. Wachtler *et al.* (2006) sur le lien entre facteurs socio-économiques, style de vie et céphalées.

Par ailleurs, une personnalité anxieuse, comme le soulignent R. Esteve *et al.* (2007) donne une impression personnelle de catastrophe, ce qui augmente l'intensité douloureuse perçue. Une personnalité dépressive voit sa douleur chronique faire partie de ses symptômes de dépression masquée ou non (B. Smith *et al.*, 2001). Un patient à tendance hystérique présente des douleurs récurrentes pouvant rentrer dans le cadre d'un syndrome de conversion hystérique. Un individu douloureux chronique obsessionnel, perfectionniste, cherche à contrôler sa douleur, dès l'étape de perception (R. Esteve *et al.* (2007). Une personne à tendance paranoïde se méfie de tout et tout ce qui lui est potentiellement néfaste peut se voir tenu pour responsable de sa douleur. Une personnalité narcissique se montre égocentrique et affiche la prétention de seule connaître et comprendre la cause de sa douleur comme le souligne (A. E. Lopez-Martinez *et al.*, 2008).

Un autre facteur intervenant dans le vécu et la perception de la douleur chronique par l'individu est constitué par les conditions de vie du patient. Là-dessus C. Cedraschi (2003) met en évidence, entre autres facteurs sociaux de la douleur chronique, des conditions de vie difficiles. Il est à remarquer que dans des conditions de vie aisées, faciles, les douleurs sont plus rares (J-P. Cochinaire, 2009). En effet, comme le souligne I. Levy (2002), l'individu interprète la douleur chronique selon ses propres croyances sur les causes possibles de celle-ci. C'est le facteur prépondérant d'interprétation de la douleur chronique au niveau de l'individu. Dans le même élan, l'origine ethnique et culturelle est vue comme un élément explicatif qui favorise ou protège de certaines pathologies douloureuses chroniques. P. Keeley *et al.* (2008) mettent en évidence trois facteurs favorisant la douleur. Pour cet auteur, l'origine ethnique est, après le genre, le facteur le plus influent pour la douleur. Par contre, Wang (2003) retrouve certes l'influence du genre sur la douleur avec des prévalences moyennes. De ces points de vue, nous pouvons retenir que dans un contexte culturel donné, la douleur chronique représente une sensation relative à un

individu façonné par sa culture. Ces sensations sont induites par le rapport du patient à la douleur et le sens qu'il lui donne. Ce sens s'évalue à travers l'histoire du patient, sa culture, ses règles sociales ainsi que son contexte. Ainsi, la relation entre douleur et culture soulève le problème de l'interaction complexe des facteurs psychologiques, culturels et sociaux dans la perception et l'expression de la douleur chronique chez les patients interviewés.

Du fait de son caractère intrinsèquement subjectif, l'évaluation de la douleur est une tâche difficile pour le médecin (T. Hadjistavropoulos et K. D. Craig, 2002). Il lui est impossible de l'objectiver par un quelconque instrument et les seules informations dont il dispose sont celles que le patient lui communique par le langage verbal et non verbal (L. Jacobson et A. J. Mariano, 2001). La sous-estimation de la douleur est un phénomène largement répandu. Sa prévalence est particulièrement importante aux âges extrêmes de la vie, car dans ces populations plus vulnérables, le manque de communication verbale rend l'interprétation des manifestations douloureuses difficile (T. Hadjistavropoulos et K. D. Craig, 2002). Mais même chez les patients communicants, la transmission de la douleur peut être entravée par des facteurs psychologiques et culturels tels que l'interculturalité de la communication. Dans un contexte de douleur chronique, la relation entre le médecin et le malade est semée d'embûches. D'abord, parce que le patient et le médecin ne parlent pas le même langage (B. Laurent, 2001). Pour le médecin, la douleur est le symptôme d'un problème médical qu'il convient de décoder selon les grilles de lecture du savoir scientifique. Mais la douleur chronique ne répond plus à ce schéma univoque. Elle s'est enrichie de déterminants autres que ceux médicaux et s'est complexifiée par les mécanismes psychosociaux. Selon A-F. Allaz (2003), les discordances entre le symptôme et la pathologie en cause sont accentuées par le fait que l'expression de la douleur est prise dans les mailles d'une communication interpersonnelle. Elle est modulée par des affects émotionnels (angoisse, colère, revendication) et d'autres facteurs socioculturels. Le médecin est désarçonné par l'absence de corrélation entre l'intensité de la douleur exprimée et la pathologie initiale (B. Laurent, 2001 ; A-F. Allaz, 2003). Ensuite, parce que la demande pressante du patient d'être soulagé éveille chez le médecin le désir parfois forcené de répondre à cette demande et d'agir de manière efficace. Mais sa formation médicale orientée vers l'action a tendance à l'entraîner dans une escalade d'exams et d'actes techniques, ce qui non seulement n'est pas productif, mais en plus n'est pas dénué de risques. Enfin, parce que

le patient douloureux chronique met en échec la médecine et confronte le médecin à l'impuissance, la frustration et l'incertitude. Il n'est pas évident pour le médecin d'être confronté à l'incapacité à faire taire le symptôme et aux limites de son pouvoir médical, tout en maintenant une relation d'accueil plutôt que de rejet. C'est ainsi que l'étude de S. A. Selfe et *al.* (1998) montre que lorsque les médecins sont confrontés à une problématique difficile à diagnostiquer et à traiter efficacement, ils manifestent une réponse émotionnelle négative (ambivalence, frustration, inadéquation). Par contre, lorsqu'ils ont identifié un processus pathologique, ils expriment plus facilement une reconnaissance de la souffrance du patient.

Conclusion

La douleur chronique en rapport avec des réalités culturelles alerte un vécu complexe chez le patient douloureux chronique. Cette recherche s'est donc attelée à décrire la manière dont l'expérience douloureuse est perçue et exprimée dans le cadre d'une relation thérapeutique. À travers ce travail, nous avons fait ressortir les réalités culturelles qui influencent la perception et le vécu de la douleur ainsi que la manière dont les patients expriment les plaintes et les réponses des thérapeutes. Ainsi, au terme de cette recherche, les tendances font état de ce que le contexte culturel joue un rôle important dans la manière d'exprimer la douleur et d'y réagir. Aussi, l'histoire du sujet, son appartenance sociale et culturelle, les conditions particulières ayant été à l'origine de la douleur, les réponses de l'environnement social ou professionnel sont autant d'éléments qui modulent la perception de la douleur chez les patients douloureux chroniques. Les analyses soulignent que la perception influence aussi l'expression de la douleur chronique chez les patients. Cette expression se traduit chez les patients, par divers troubles aussi bien somatiques que psychopathologiques. Ainsi, les catégories de pensées et de perceptions, qui soulèvent la crainte ou l'indifférence, sont établies par le modèle culturel auquel l'individu appartient.

Cette recherche témoigne de l'importance de l'origine culturelle des patients douloureux chroniques dans leurs fonctionnements psychiques. Les résistances du patient face à la douleur sont donc complexes relevant de la culture, de processus psychopathologiques qui les sous-tendent et de l'influence de l'environnement culturel. La douleur chronique est donc un problème de santé qui interpelle le culturel. Elle engendre des troubles psychopathologiques et sa prise en charge nécessite une cohabitation des perceptions entre soignant et soigné.

Références bibliographiques

Allaz Anne-Françoise, 2000, Dimensions psychologiques de la douleur chronique, *La lettre de l'IUD*, n° 13, pp. 1-6.

Allaz Anne-Françoise, 2003, *Le messager boiteux : approche pratique des douleurs chroniques rebelles*, Genève : Médecine et Hygiène.

Atallah Fouad et Guillerrou Yves, 2004, L'homme et sa douleur : dimension anthropologique et sociale. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, Vol. 23, n° 7, pp. 722-729.

Bouckenaere Dominique, 2007, La douleur chronique et la relation médecin-malade. *Cahiers de psychologie clinique*, Vol. 1, n°28, pp. 167-183.

Boureau François, 2004, *Contrôlez votre douleur : apprendre à faire face à une douleur chronique rebelle*, Paris, Petite Bibliothèque Payot.

Cathebras Pascal, 2009, Diversité culturelle et expression de la douleur en rhumatologie. *Revue du rhumatisme*, Vol. 76, N° 6, pp. 517-521.

Cedraschi Christine, 2003, Aspects anthropologiques et socioculturels des représentations de la douleur chronique. In J. Wrobel et A-F. Allaz (Eds), *Aspect psychologique de la douleur chronique* (pp. 106-118). Paris : Institut UPSA de la douleur.

Cochinaire Jean-Pascal, 2009, *Importance des facteurs sociaux, culturels et religieux dans la perception, l'interprétation et la réponse à la douleur chronique non cancéreuse de l'adulte. Analyse de la littérature*, Thèse de doctorat en médecine, Université Henri Poincaré, Nancy 1.

Edwards Robert R., Moric Mario, Husfeldt Brenda, Buvanendran Asokumar et Ivankovich Olga, 2005, Ethnic similarities and differences in the chronic pain experience : a comparison of african american, hispanic, and white patients, *Pain medicine*, 6 (1) : pp.88-98.

Esteve-Zarazaga Rosa, Ramirez-Maestre Carmen et Lopez-Martinez Alicia E, 2007, Adjustment to chronic pain : the role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions, *Annals of behavioural medicine*, 33 (2) : pp. 179-188.

Faure Jacqueline et Hanquet Patricia, 2009, Souffrance et plainte chez le patient adulte drépanocytaire en crise douloureuse, *Recherche en soins infirmiers*, Vol. 2, N° 97, pp. 104 – 115.

Freud Sigmund, 1926, *Inhibition, symptôme, angoisse*, Paris, PUF.

Hadjista Vropoulos Thomas and Craig Kenneth D., 2002, "A theoretical framework for understanding self-report and observational measures of pain : a communications model", *Behaviour Research and Therapy*, n° 40,

pp. 551-70

Jacobson Louis and Mariano Anthony J., 2001, 'General Considerations of Chronic Pain'. In John D. Loeser, ed., *Bonicas Management of Pain*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins. 241-254.

Keeley Philip, Creed Francis, Tomenson Barbara, Todd Chris James, Borglin Gunilla et DICKENS Chris., 2008, Psychosocial predictors of health-related quality of life and health service utilisation in people with chronic low-back pain, *Pain*, 135 (1-2) : pp. 142- 150.

Lalleman Lucie, 2014, *Les représentations culturelles de la douleur au Bénin ont-elles un rôle dans son ressenti, dans son expression, dans son soulagement ? Quelques outils pour une meilleure compréhension des représentations de la maladie dans un pays d'Afrique de l'ouest*, Thèse de doctorat d'Etat en médecine, Université Paris Descartes

Laurent Bernard, 2001, La douleur chronique : une communication difficile, *Douleurs*, Vol. 2, N° 1, pp. 39-44

Le Breton David, 2006, *Anthropologie de la douleur*, Paris, France, métallé.

Levy Isabelle, 2002, *Soins et croyances. Guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux*. Paris, Esterq : pp. 17-18.

Lonjarret Sophie, 2004, *De la santé mentale vers la psychiatrie*, Thèse de doctorat en médecine, Lyon.

Lopez-Martinez Alicia E., Esteve-Zarazaga Rosa and Ramirez-Maestre Carmen, 2008, Perceived social support and coping responses are independent variables explaining pain adjustment among chronic pain patients *Journal of pain*, 9 (4) : pp. 373-379.

Moro Marie Rose, 1998, *Douleur, cultures et migration*, Edition et communication médicales, Rhône-Poulence, La santé au quotidien.

Pahim Luciane Scherer, Menezes Ana M B and Lima Rosângela, 2006, Prevalence and factors associated to migraine in adult population, southern Brazil, *Rev saude publica*, 40 (4) : pp.692-698.

Sargent Carolyn, 1984, Between death and shame: Dimensions of pain in Bariba culture, *Social science & medicine*, Vol. 19, n°12, pp.1299-1304

Selfe Susan A., Van Vugt Mark, Stones R. William, 1998, Chronic gynaecological pain: an exploration of medical attitudes", *Pain*, vol 2, n° 77, pp. 215-25.

Serrie Alain et Queneau Pierre, 2005, *Livre blanc de la douleur*, Paris: Comité d'Organisation des États Généraux de la Douleur.

Smith Blair H, Elliott Alison M, Chambers W Alastair, Smith W Cairns, Hannaford Philip C and Penny Kay, 2001, *The impact of chronic pain in the community. Family practice*, 18 (3) : pp. 292-299.

Tremblay Isabelle, 2016, *Associations entre le coping émotionnel, l'intensité de la douleur et le bien-être psychologique chez des patients souffrant de douleur chronique*, Thèse de doctorat en psychologie, Université du Québec à Chicoutimi.

Wachtler Caroline, Brorsson Annika and Troein Margareta, 2006, Meeting and treating cultural difference in primary care : a qualitative interview study, *Family practice*, 23 (1) : pp. 111-115.

Wang Shuu-Jiun (2003). Epidemiology of migraine and other types of headache in Asia, *Current neurology neurosciences Rep.*, 3 (2) : pp. 104-108.

Zborowski Marc, 1952, Cultural components in responses to pain, *Journal of social issues*, Vol. 8, n°4, pp.16-30

NOTE A L'INTENTION DES CONTRIBUTEURS

DEZAN est la revue scientifique du Département de Sociologie-Anthropologie de la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines de l'Université d'Abomey-Calavi au Bénin. De sa dénomination «dézan» signifiant «rameau» en langue béninoise «fɔngbé», elle est représentative de la symbolique du changement social en culture africaine. De ce fait, la **Revue DEZAN** se donne pour vocation première de contribuer à une configuration décloisonnée des sciences de l'homme et de la société, pour une synergie transversale et holistique génératrice d'une interdisciplinarité plus fertile à un développement convergent où l'endogène et l'exogène sont en parfaite cohésion. Elle paraît au rythme de deux numéros par an. Les articles y sont rédigés en français, anglais, allemand, ou en langues nationales africaines.

Le comité de lecture est habilité à accepter pour publication ou non les articles soumis. Chaque article est résumé en une page au plus assorti de cinq mots clés du travail. Le manuscrit de 20 pages au plus est soumis en exemplaire original, recto seulement, saisi à l'intérieur d'un cadre de frappe 21 x 29,7; police Times New Roman, point 12, interligne 1,5. Il est accompagné d'un CD-RW ou d'une clé USB comprenant les données. Chaque auteur est appelé à donner son adresse électronique et son institution d'attache. Les cartes et les croquis sont scannés et notées de façon consécutive.

L'usage de l'Alphabet Phonétique International pour transcrire les termes en langues nationales est vivement conseillé. Les références bibliographiques dans le texte sont faites selon l'approche Van Couver ou Harvard dans une parfaite harmonie selon le choix de l'auteur. Chaque auteur apporte une participation de **30.000F**.



ISSN 1840-717-X DU 4ème trimestre
Dépôt Légal N°6378 du 4ème trimestre

Impression : Centre des Publications Universitaires
(Université d'Abomey-Calavi) Tél. : (00229) 95 91 57 61
République du Bénin