



HAL
open science

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

Jean-Pascal Cochinaire

► To cite this version:

Jean-Pascal Cochinaire. 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. Sciences du Vivant [q-bio]. 2009. hal-01732651

HAL Id: hal-01732651

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732651v1>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

par

Jean-Pascal COCHINAIRE

Le 20 JANVIER 2009

**IMPORTANCE DES FACTEURS SOCIAUX , CULTURELS ET
RELIGIEUX DANS LA PERCEPTION, L'INTERPRETATION ET LA
REPONSE A LA DOULEUR CHRONIQUE NON CANCEREUSE DE
L'ADULTE.
ANALYSE DE LA LITTERATURE.**

Examinateurs de la thèse :

Mr Xavier DUCROCQ

Mr Michel PIERSON

Mr Jean-Dominique DE KORWIN KROKOWSKI

Mme Claudine SCHMITT

Professeur Président

Professeur Juge

Professeur Juge

Docteur Juge

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

par

Jean-Pascal COCHINAIRE

Le 20 JANVIER 2009

**IMPORTANCE DES FACTEURS SOCIAUX , CULTURELS ET
RELIGIEUX DANS LA PERCEPTION, L'INTERPRETATION ET LA
REPONSE A LA DOULEUR CHRONIQUE NON CANCEREUSE DE
L'ADULTE.
ANALYSE DE LA LITTERATURE.**

Examineurs de la thèse :

Mr Xavier DUCROCQ

Mr Michel PIERSON

Mr Jean-Dominique DE KORWIN KROKOWSKI

Mme Claudine SCHMITT

Professeur Président

Professeur Juge

Professeur Juge

Docteur Juge

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Recherche : Professeur Jean-Louis GUEANT

Vice Doyen Pédagogie : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Campus : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Assesseurs :

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

Filières professionnalisées :

Prospective :

FMC/EPP :

M. le Professeur François ALLA

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

M. le Professeur Christophe CHOSEROT

M. le Professeur Laurent BRESLER

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean LOCHARD – Gabriel FAIVRE - Guy RAUBER – Paul SADOUL - Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET
Pierre HARTEMANN - Emile de LAVERGNE - Augusta TREHEUX Michel MANCIAUX – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX - Jean DUHEILLE - Jean-Marie GILGENKRANTZ Simone
GILGENKRANTZ - Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH - Michel PIERSON - Jacques ROBERT - Gérard DEBRY
Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI - Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT
Jean FLOQUET - Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE - Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET
Pierre LANDES - Alain LARCAN – Gérard VAILLANT - Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Jacques BORRELLY Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS - Pierre NABET
Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU
Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT - Michel WEBER - Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET
Alain BERTRAND – Hubert GERARD - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN – Michel STRICKER - Daniel BURNEL
Michel VIDAILHET – Claude BURLET – Jean-Pierre DELAGOUTTE - Jean-Pierre MALLIÉ - Danièle SOMMELET
Professeur Luc PICARD - Professeur Guy PETIET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Bruno CHENUÉL

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire (type mixte : biologique))

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE – Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS – Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET –
Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUUEL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Docteur Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BEZDETAYA épouse BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Anne KENNEL – Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS
Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN - Professeur Daniel ANTHOINE
Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Gilbert THIBAUT - Mme le Professeur Colette VIDAILHET
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Danièle SOMMELET
Professeur Luc PICARD - Professeur Guy PETIET – Professeur Pierre BEY - Professeur Jean FLOQUET
Professeur Michel PIERSON – Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-Pierre CRANCE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

A notre président de thèse :

Monsieur le Professeur Xavier DUCROCQ,
Professeur de neurologie.

Vous nous faites l'honneur d'accepter de présider le jury de notre thèse et de juger notre travail

Soyez assuré de notre respectueuse reconnaissance et de notre profonde gratitude.

A notre juge :

Monsieur le Professeur Michel PIERSON,
Professeur émérite,
Professeur de pédiatrie.

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail.

Soyez assuré de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance.

A notre juge :

Monsieur le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN KROKOWSKI,
Professeur de médecine interne.

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail.

Votre implication dans l'enseignement de la médecine générale est appréciée.

Soyez assuré de notre respectueuse reconnaissance et de notre gratitude.

A notre juge :

Madame le Docteur Claudine SCHMITT,
Pédiatre,
Oncologue,
Spécialisée en algologie.

Vos conseils dans la réalisation de ce travail ont été très appréciés.

Soyez assurée de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance.

A Valérie, à notre amour qui grandit, au chemin déjà parcouru et à tout ce qui nous reste à partager.

A Marie-Anaëlle et Ombeline, mon amour de père est immense.

A mes parents et à ma mère en particulier, toute ma reconnaissance de fils, sans vous je ne serais pas devenu ce que je suis.

A Mamie Simone, récemment décédée, dont l'affection sans faille m'a accompagné depuis ma naissance et m'accompagnera éternellement.

A mes frère et sœurs, pour tous les moments partagés.

A Annie ma marraine, récemment décédée, que j'ai tant appréciée, dont la porte est toujours restée ouverte.

A René mon parrain, pour sa gentillesse.

A mes beaux-parents, pour leur accueil.

A Armand, la fidélité est une qualité de l'amitié.

A mes camarades de la *Faculté des Sciences de Nancy*, de la *Maîtrise Sciences et Techniques de Quimper*, de coopération, de la *Faculté de médecine de Nancy* : pour tous les beaux et bons moments partagés.

A mon professeur de physique-chimie de terminale Monsieur Jean-Marie G., à qui je dois en partie la réussite de mes études : ma reconnaissance est réelle.

Sommaire

Dédicaces.	9
Sommaire.	15
Introduction.	22
Méthode.	22
I . Définitions : douleur, douleur chronique de l'adulte.	23
1 . Douleur : définitions.	23
1.1 . Définition du dictionnaire de LITTRE.	23
1.2 . Définition du Petit Larousse illustré 2002.	23
1.3 . Définition de l'International Association for the Study of Pain (I.A.S.P.).	23
2 . Les types physiopathologiques de douleur.	23
2.1 . Les douleurs par excès de nociception.	23
2.2 . Les douleurs neurologiques.	24
2.3 . Les syndromes douloureux complexes.	24
2.4 . Les douleurs psychogènes.	24
2.5 . Les douleurs rebelles.	25
3 . Les trois seuils de la douleur.	25
4 . Douleur chronique ou syndrome douloureux chronique.	25
5 . Discussion : aspect pluridimensionnel et polymorphe de la douleur.	26
II . Les sociétés : définitions, composition, représentation.	28
1 . Définitions.	28
1.1 . Définition du Petit Larousse illustré.	28
1.2 . Définition du philosophe HEGEL.	28
2 . Caractéristiques actuelles de la société occidentale française.	28
3 . Illustration de la diversité sociale à travers deux exemples.	29
3.1 . Sociétés occidentales : un exemple : la France.	30
3.2 . Sociétés orientales : un exemple : le Japon.	30

III . Les facteurs sociaux de douleur chronique.	31
1 . Perception de la douleur chronique.	31
1.1 . L'individu.	31
1.1.1 . Le sexe.	31
1.1.2 . La personnalité.	31
1.1.3 . Les conditions de vie.	31
1.1.4 . Le rythme de vie.	31
1.1.5 . Les conditions de travail.	32
1.1.6 . Un état de santé diminué.	32
1.2 . Le couple.	32
1.2.1 . La dynamique du couple.	32
1.3 . La famille.	32
1.3.1 . L'éducation parentale.	32
1.3.2 . Les contraintes matérielles liées à la vie de famille.	33
1.3.3 . Les Pain – Prone – Patients (PPP).	33
1.4 . La société.	34
1.4.1 . Le statut social.	34
- La situation sociale.	34
- Le mode de vie.	35
- Le Statut Socio-Economique (SSE).	35
2 . Interprétation de la douleur chronique.	35
2.1 . L'individu.	35
2.1.1 . Les croyances propres à l'individu.	35
2.1.2 . L'anxiété.	35
2.2 . Le couple.	36
2.2.1 . Substitut d'amour.	36
2.3 . La famille.	36
2.3.1 . Un moyen d'éduquer.	36
2.3.2 . Le rôle familial prédestiné.	36
2.3.3 . L'attitude parentale vis-à-vis de la douleur.	36
2.3.4 . L'apprentissage social de la douleur.	37
2.3.5 . La créativité propre de l'enfant.	37
2.4 . La société.	37
2.4.1 . L'âge.	37
2.4.2 . Le SSE.	37
2.4.3 . La compréhension sociale de la douleur chronique.	38
2.4.4 . La reconnaissance sociale de la douleur chronique.	38
3 . Réponse à la douleur chronique.	39
3.1 . L'individu.	39
3.1.1 . Une réponse adaptée à la douleur.	39
3.1.2 . L'insatisfaction de son travail et la peur de le perdre.	39
3.1.3 . L'acceptation de la douleur et faire face à la douleur chronique de façon active.	39
3.1.4 . La personnalité du patient et l'aptitude du patient à gérer le stress inhérent à la vie quotidienne.	39
3.1.5 . La déception ou la satisfaction vis-à-vis du soutien social reçu.	40

3.2 . Le couple.	40
3.2.1 . La compréhension par le conjoint.	40
3.3 . La famille.	40
3.3.1 . La qualité du soutien social apporté.	40
3.3.2 . L'interaction entre l'individu et sa famille.	40
3.4 . La société.	41
3.4.1 . Le cadre social d'expression de la douleur.	41
3.4.2 . L'âge.	41
3.4.3 . Le SSE.	41
3.4.4 . Les croyances sociales sur les causes de la douleur chronique.	42
4 . Discussion.	42
IV . Les cultures : définitions, composition, représentations.	44
1 . Définitions.	44
1.1 . Définition du Petit Larousse illustré.	44
1.2 . Définition de l'anthropologue Claude LEVI-STRAUSS.	44
1.3 . Définitions des sociologues.	44
2 . Caractéristiques générales de la culture.	45
2.1 . Un phénomène collectif.	45
2.2 . Plusieurs unités culturelles distinctes.	45
2.3 . Les moyens pour donner un sens à la culture.	46
2.4 . La transmission de la culture.	46
2.5 . Le sens « sacré ».	46
2.6 . La cohérence interne.	46
3 . Illustration de la diversité culturelle à travers deux exemples.	46
3.1 . Cultures occidentales : un exemple : la France.	46
3.2 . Cultures orientales : un exemple : le Japon.	47
4 . Une société multiculturelle.	48
V . Facteurs culturels et douleur chronique.	50
1 . Perception de la douleur chronique.	50
1.1 . L'individu.	50
1.1.1 . La représentation culturelle du corps humain.	50
1.1.2 . Les aptitudes personnelles.	50
1.1.3 . Les émotions.	51
1.1.4 . Le caractère introverti ou extraverti.	51
1.2 . Le groupe culturel.	51
1.2.1 . Le degré de persistance de l'identité culturelle.	51
1.2.2 . L'origine ethnique.	51
1.3 . La population multiculturelle.	52
1.3.1 . La conception culturelle de la douleur et de la douleur chronique.	52
1.3.2 . Le degré de persistance de l'identité culturelle de génération en génération.	52

1.3.3 . Le statut de minorité culturelle.	52
2 . Interprétation de la douleur chronique.	53
2.1 . L'individu.	53
2.1.1 . L'éducation.	53
2.1.2 . Les aptitudes cognitives.	53
2.1.3 . Les convictions personnelles positives.	54
2.1.4 . La vision du monde et de la vie.	54
2.1.5 . Les croyances fausses.	54
2.1.6 . La peur de la douleur.	55
2.1.7 . La volonté de vivre au mieux voire de guérir de sa douleur chronique.	55
2.2 . Le groupe culturel.	56
2.2.1 . La conception culturelle de la douleur et de la douleur chronique.	56
2.2.2 . L'incorporation de la douleur chronique dans la vie du groupe culturel.	56
2.3 . La population multiculturelle.	56
2.3.1 . Le statut de minorité culturelle.	56
3 . Réponse à la douleur chronique.	57
3.1 . L'individu.	57
3.1.1 . Facteurs déjà mis en évidence.	57
3.1.2 . Le niveau d'instruction.	57
3.1.3 . L'âge et le sexe.	57
3.2 . Le groupe culturel.	58
3.2.1 . Le degré de persistance de l'identité culturelle.	58
3.2.2 . La génération du patient.	59
3.2.3 . Un soutien adapté à l'occupation principale du patient.	59
3.2.4 . L'origine culturelle.	59
3.3 . La population multiculturelle.	60
3.3.1 . Le statut de groupe culturel dominant ou de minorité culturelle.	60
3.3.2 . La place de la douleur au sein de la population multiculturelle.	61
4 . Discussion.	61
VI . Les religions : définitions, caractéristiques principales, représentations.	63
1 . Définitions.	63
11 . Religion.	63
12 . Spiritualité.	63
13 . Confession.	63
14 . Foi.	64
2 . Caractéristiques principales.	64
2.1 . La notion de Dieu.	64
2.2 . La transcendance et l'immanence.	64
2.3 . L'immortalité.	64
3 . Quelques grandes religions.	65
3.1 . Le judaïsme.	65

3.2 . Le christianisme.	65
3.3 . L'islam.	66
3.4 . Le bouddhisme.	66
VII . Facteurs religieux de la douleur chronique.	68
1 . Interprétation de la douleur chronique.	68
1.1 . Le patient de confession juive.	68
1.1.1 . Un signe néfaste.	68
1.2 . Le patient chrétien catholique.	68
1.2.1 . Le dolorisme.	68
1.2.2 . La destinée.	69
1.2.3 . La mise à l'épreuve.	69
1.3 . Le patient chrétien protestant.	70
1.3.1 . La destinée.	70
1.3.2 . L'épreuve vécue seul.	70
1.4 . Le patient musulman.	70
1.4.1 . La prédestinée.	70
1.4.2 . L'épreuve.	70
1.5 . Le patient bouddhique.	71
1.5.1 . La douleur méritée.	71
1.5.2 . L'isolement.	71
2 . Réponse à la douleur chronique.	71
2.1 . Religion et spiritualité en général.	71
2.1.1 . La signification donnée à la douleur chronique.	71
2.1.2 . Le niveau de pratique religieuse et spirituelle.	72
2.1.3 . Le sexe.	72
2.1.4 . L'origine ethnique.	72
2.1.5 . L'état physique du patient.	72
2.2 . Le patient de confession juive.	73
2.2.1 . L'aptitude à combattre tout malheur par ses propres moyens sous la protection de Dieu.	73
2.3 . Le patient chrétien catholique.	73
2.3.1 . La compassion.	73
2.4 . Le patient chrétien protestant.	74
2.4.1 . Le cheminement spirituel accompli par la force transmise par le Saint-Esprit.	74
2.4.2 . La compassion.	74
2.5 . Le patient musulman.	74
2.5.1 . Le degré d'acceptation de l'épreuve imposée par Allah.	74
2.5.2 . La conviction de bénéficier de la miséricorde d'Allah.	75
2.5.3 . Le droit de bénéficier des moyens médicaux adaptés.	75
2.6 . Le patient bouddhique.	75
2.6.1 . L'accumulation de mérites.	75
2.6.2 . Le recours à la médecine.	75
3 . Discussion.	76

VIII . Facteurs sociaux, culturels et religieux propres au médecin.	78
1 . Facteurs sociaux.	78
1.1 . Interprétation de la douleur chronique.	78
1.1.1 . La connaissance des origines sociales du malade.	78
1.1.2 . La connaissance de l'histoire personnelle et médicale du malade.	78
1.1.3 . Les compétences professionnelles du médecin.	78
1.1.4 . Les capacités relationnelles du médecin.	78
1.1.5 . La conscience de sa propre représentation sociale.	78
1.1.6 . Les limites personnelles du médecin.	79
1.1.7 . Le vécu personnel d'une douleur par le médecin.	79
1.1.8 . La fixation sur l'organicité.	79
1.1.9 . Une disponibilité de plus en plus réduite.	80
1.2 . Réponse à la douleur chronique.	80
1.2.1 . La recherche d'avis diagnostiques et thérapeutiques multiples par le patient.	80
1.2.2 . Le vécu personnel de douleur chronique.	80
1.2.3 . Les rôles concrets tenus par le médecin.	80
1.3 . Discussion.	81
2 . Facteurs culturels.	81
2.1 . Interprétation de la douleur chronique.	81
2.1.1 . La conscience de la diversité culturelle de la société.	81
2.1.2 . La connaissance de la culture du patient.	82
2.1.3 . La connaissance de sa propre culture.	82
2.1.4 . La conscience de l'influence de sa propre culture sur sa formation médicale.	82
2.1.5 . La compréhension du degré de responsabilisation du patient.	83
2.2 . Réponse à la douleur chronique.	83
2.2.1 . L'adaptation à la culture du patient.	83
2.2.2 . La connaissance des croyances fausses du patient et de son groupe culturel.	83
2.2.3 . La priorité dans la prise en charge du patient.	83
2.2.4 . Le découragement, la lassitude.	84
2.3 . Discussion.	84
3 . Facteurs religieux.	84
3.1 . Interprétation de la douleur chronique.	84
3.1.1 . La connaissance des grandes religions.	84
3.1.2 . La détermination de la foi du patient.	84
3.1.3 . L'importance de la religion / spiritualité dans la vie du patient.	85
3.1.4 . La connaissance de sa propre religion / spiritualité.	85
3.1.5 . Le vécu personnel du médecin.	85
3.2 . Réponse à la douleur chronique.	85
3.2.1 . La connaissance de la religion / spiritualité du patient.	85
3.2.2 . Le respect des limites fixées par le patient.	86
3.2.3 . Le vécu personnel du médecin.	86
3.2.4 . La présence du médecin auprès du patient.	86
3.3 . Discussion.	86

IX . Discussion générale.	88
1 . Références bibliographiques.	88
1.1 . Les publications dans des ouvrages périodiques.	88
1.2 . Les livres.	88
1.3 . Les livres saints.	88
1.4 . Les dictionnaires.	88
1.5 . Les sites internet.	88
1.6 . Les autres sources.	89
2 . La douleur chronique : un phénomène complexe.	89
3 . La proposition d'un outil clinique pour déterminer les facteurs sociaux, culturels et religieux.	89
4 . Les biais propres au médecin.	90
5 . La prise en charge multidisciplinaire.	91
6 . Deux carences, deux propositions pour y remédier.	91
Conclusion.	92
Bibliographie.	94

Introduction.

La douleur est un phénomène universel. Elle va toucher tout être humain au cours de son existence. Elle est un motif de consultation fréquent, selon BEN AMMAR (1) au minimum 40 % des motifs de consultations médicales. La douleur chronique en représente une part importante : CURKOVIC (2) rapporte des prévalences annuelles de douleur chronique de 22 % au niveau mondial, 19 % au niveau européen ; ROUSSEL (3) mentionne une certaine disparité avec 15 % en France, 9% en Espagne mais 30 % au Danemark. Selon DOUSSET et coll. (4), la prévalence annuelle de la migraine est de 12 %. La douleur n'est pas une simple sensation désagréable, un symptôme, c'est une expérience complexe, qui s'exprime selon le contexte social, culturel et religieux du patient adulte. L'importance, la représentation et la prise en compte de ce symptôme dépendent de ce contexte et se sont modifiées au cours du temps. S'y adapter est indispensable, comme le souligne B. KOUCHNER par la mise en place en 1998 du premier plan de lutte contre la douleur (5) suivi d'un second volet en 2002 (6). En effet, la société change. En France, la population ne cesse d'augmenter passant selon l'I.N.S.E.E. (7) de 56,6 millions de personnes en 1985 à 63,6 millions de personnes en 2007, avec une espérance de vie à la naissance qui, de 1994 à 2007, passe pour les femmes de 81,8 à 84,4 ans et pour les hommes de 73,6 à 77,5 ans (8). La structure sociale de base qu'est la famille n'est plus monolithique : de 1999 à 2005, sur l'ensemble des ménages, la proportion de couples avec enfants vivant au domicile passe de 31,6 % à 28,3 %, la proportion des familles monoparentales croît légèrement de 7,6 à 7,8 % (9). La proportion de femmes ayant un emploi ne cesse de croître. La société devient de plus en plus multiculturelle, des personnes de nationalités et de cultures de plus en plus nombreuses et diverses s'y côtoient. La diversité culturelle devient un sujet politique. La religion chrétienne catholique n'est plus la religion prévalente en France : le Religioscope (10) en date du 4 mai 2003 mentionne que 62 % des Français se disent catholiques, 6 % musulmans, 2 % protestants, 1 % juifs, 26 % sans religion.

Les médecins, plus particulièrement le généraliste, sont donc confrontés, lors de leurs consultations, à une grande diversité de patients et de doléances. En particulier dans le cas de la douleur chronique telles que lombalgie, céphalées par exemples, qui mobilise le patient et son entourage, il est important pour le médecin d'évaluer et décrire le contexte social, culturel voire religieux dans lequel le patient exprime sa douleur. Ces données environnementales peuvent lui permettre de mieux communiquer avec le malade pour mieux le prendre en charge.

Méthode.

Ce travail se propose, après quelques rappels sur la douleur, d'exposer et d'analyser de la manière la plus exhaustive au travers de la littérature récente, toutes ces données et de voir comment elles peuvent rendre service au médecin pour percevoir, interpréter la douleur chronique non cancéreuse du patient adulte et apporter en retour les réponses thérapeutiques appropriées.

I . Définitions : douleur, douleur chronique de l'adulte.

1 . Douleur : définitions.

1.1 . Définition du dictionnaire de LITTRE.

Dans son fameux dictionnaire de la langue française (11) paru au XIXème siècle, Emile LITTRE définit la douleur en ces termes :

« Impression anormale et pénible reçue par une partie vivante et perçue par le cerveau ».

1.2 . Définition du Petit Larousse illustré 2002.

Les auteurs du Petit Larousse illustré 2002 distinguent deux types de douleur (12) : la douleur physique est une :

« Sensation pénible en un point ou dans une région du corps ».

C'est la définition, pour le patient, de sa douleur somatique, abordée de ce travail.

La douleur morale est une :

« Sensation ou émotion pénible résultant de l'insatisfaction des tendances, des besoins ».

Elle est encore appelée souffrance. Elle n'est pas traitée dans ce travail.

1.3 . Définition de l'International Association for the Study of Pain (I.A.S.P.).

L'I.A.S.P. définit en 1976 (13) la douleur comme :

« Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire potentielle ou réelle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion ».

Cette définition reste à ce jour une référence médicale, celle qui est enseignée.

2 . Les types physiopathologiques de douleurs.

D'un point de vue physiopathologique, NAVEZ et coll. (14) nous rappelle qu'on différencie cinq types de douleurs.

2.1 . Les douleurs par excès de nociception.

Elles sont dues à la stimulation répétée des nocicepteurs mécaniques, thermiques, de l'inflammation, situés aux niveaux cutané, musculaire, articulaire, viscéral. Cette sensibilisation des nocicepteurs crée un message douloureux, véhiculé par les fibres nerveuses et la moelle épinière jusqu'au cerveau. Au niveau cérébral, le message est interprété comme

douleur. Ce sont les douleurs les plus communes, telles coup reçu, plaie, brûlure du premier degré, douleur post-traumatique, entorse de cheville, fracture, douleur post-opératoire.

2.2 . Les douleurs neurologiques.

Ces douleurs surviennent lorsqu'il existe une lésion du système nerveux périphérique ou central. Elles sont difficiles à contrôler. C'est par exemple le cas des douleurs du membre fantôme suite à l'amputation d'un membre, la neuropathie sensitive diabétique, la douleur du zona.

2.3 . Les syndromes régionaux douloureux complexes.

Ils sont le résultat de mécanismes d'allodynie, qui est une douleur ressentie à la suite d'une stimulation non nociceptive (15), et/ou d'hyperalgésie c'est-à-dire d'exagération dans le temps et dans l'espace de la sensibilité à la douleur (16). On distingue le syndrome régional douloureux complexe de type I ou algoneurodystrophie de type I, de cause souvent post-traumatique, où se mêlent phénomènes vasomoteurs avec hypersudation et œdème, modification de la température cutanée, troubles trophiques, et activation du métabolisme osseux authentifié à la scintigraphie osseuse. Et l'algoneurodystrophie de type II, qui survient après une lésion nerveuse locale d'origine traumatique ou issue de microtraumatismes répétés ou d'origine chirurgicale, et qui rend les tissus dépendants de ce nerf hypersensibles.

2.4 . Les douleurs psychogènes.

Elles seraient le résultat de troubles de l'humeur comme la dépression, l'anxiété, qui diminuent le seuil nociceptif du patient, le rendant ainsi plus sensible à une stimulation douloureuse. Souvent sans lésion apparente après un bilan étiologique exhaustif, la cause semble psychique mais le vécu est bien réel, dans le corps.

Ces douleurs sine materia peuvent être classées en deux types de douleurs :

- Les douleurs idiopathiques, encore appelées souffrances morales, s'expliquent par la psychologie, la psychanalyse. Dans ces douleurs, la composante psychogène domine. Sigmund FREUD (17) définit ces douleurs comme :

« Une douleur de l'âme »

Et l'explique par :

« Assimilation des sensations de la perte d'objet [psychique] à la douleur corporelle. »

C'est par exemple le cas lors de la perte de l'être aimé, où un surinvestissement de la représentation de l'être perdu amène à une douleur de deuil.

- Les douleurs psychiques, sont ainsi définies par KRESS (18) :

« La douleur psychique est désarrimage, désorganisation par rapport au système des représentations.»

Et de poursuivre :

« [Cela] rend compte de la difficulté même à pénétrer dans le processus de la souffrance et à le comprendre. »

Pour J.-D. NASIO (19), elles ont deux origines possibles.

- D'une part, l'hystérie peut se manifester par une douleur, isolée, avec laquelle le patient fait équipe, dont il parle « comme s'il s'agissait d'un personnage autre qui est dans le corps ». Il la vit comme quelque chose qu'il a. Cette douleur est nomade, pas toujours au même endroit du corps, erratique son intensité varie facilement. Son explication relève de la psychanalyse : il s'agirait d'une douleur provoquée par un conflit psychique antérieur non résolu tel par exemples une culpabilité, un amour excessif.

- D'autre part, l'hypocondrie est une source fréquente de douleur. Dans ce cas, toute la vie du patient est imprégnée par la douleur. Le patient vit la douleur comme quelque chose qu'il est. Cette douleur n'est pas simulée mais réellement ressentie, persistante, d'intensité constante ou croissante. L'explication est ici aussi du domaine de la psychanalyse : l'objet persécuteur, qu'est la douleur, est dans le corps du patient, persécute ce dernier qui dans le même temps s'identifie à la douleur.

2.5 . Les douleurs rebelles.

Elles sont ainsi nommées car elles résistent aux traitements médicaux antalgiques usuels. On y retrouve les douleurs secondaires au zona mais aussi la migraine, l'algie vasculaire de la face, les céphalées chroniques quotidiennes, les douleurs secondaires à la sclérose en plaques, les névralgies cervico-brachiales rebelles, les douleurs secondaires à la maladie cancéreuse entre autres. Elles nécessitent une prise en charge spécifique personnalisée et réadaptative.

3 . Les trois seuils de la douleur.

On peut considérer trois seuils à la douleur : inférieur ou de perception, moyen ou de sensibilité proche pour l'ensemble des sociétés humaines, supérieur ou de tolérance encore appelé seuil dolorifère qui est le seuil auquel l'individu réagit par la lutte contre la douleur.

4 . Douleur chronique ou syndrome douloureux chronique.

C'est une douleur classiquement définie de durée supérieure à trois mois (20), par opposition à la douleur aiguë de durée inférieure à trois mois et souvent bien moins. Inutile et destructrice, elle retentit sur le psychisme du patient, ce qui peut compliquer sa prise en charge. A titre d'exemples, elle se rencontre dans le cas de maladies chroniques évolutives telles polyarthrite rhumatoïde, cancer, céphalées, lombalgie chronique, de lésions neurologiques aux conséquences cliniques définitives, entre autres. Dès qu'une douleur dure, elle devient chronique.

5 . Discussion : aspect pluridimensionnel et polymorphe de la douleur.

La définition de l'I.A.S.P. (13) présente plusieurs avantages, comme le précise FERGANE (21) :

- La douleur est légitimée,
- La douleur est considérée comme un événement neuro-physio-psychologique central,
- La douleur est pluridimensionnelle, avec plusieurs composantes (1) (22) :
 - Un vécu : elle tient compte des douleurs en rapport avec des lésions antérieures ou constatées,
 - Un phénomène subjectif : il y a douleur dès que le malade le déclare, ce qui légitimise toute douleur même sans lésion authentifiée (23).

Ce phénomène a lui-même plusieurs dimensions :

- + Emotionnelle-affective : la douleur est un affect : sentiment d'inconfort responsable de réactions variables selon les individus (23), sensation désagréable pénible pouvant entraîner dépression et anxiété (24),
- + Sensorielle-discriminative : la détection, la perception des stimuli algogènes permet l'analyse de la douleur : siège, intensité, caractéristiques nociceptives, durée.
- + Cognitive : la cognition est l'ensemble des processus mentaux qui permettent de connaître, de se rappeler :
 - . La remémorisation de situations vécues, observées, traduit la douleur à travers l'histoire du patient,
 - . Les capacités de compréhension et d'analyse permettent l'interprétation de la situation présente,
 - . Les théories du gate-control et du mécanisme supraspinal expliquent la diminution de l'intensité douloureuse perçue suite à l'exposition à un stimulus algogène important. Ainsi WALL et coll. (25) explique que les attitudes, pensées, souvenirs des expériences personnelles passées affectent le fonctionnement psychophysiologique.
- + Comportementale : la douleur devient un mode de communication avec l'entourage, qui englobe l'ensemble des manifestations verbales et non verbales et a des implications relationnelles verbales et motrices (24).

A travers l'aspect pluridimensionnel de la douleur, on distingue sans mal les trois phases du cheminement de la douleur chez toute personne, reconnues dès 1965 par plusieurs auteurs dont MELZACK et coll (26), puis en 1977 par BANDURA (27) et en 1989 WALL et coll. (25), qui nous serviront de guide dans notre analyse de la littérature :

- La perception des stimuli algogènes,
- L'interprétation de la sensation douloureuse perçue c'est-à-dire la recherche de sa signification,
- La réponse à la sensation douloureuse qui est l'adaptation à cette douleur.

On distingue pour la douleur chronique deux types de réponses :

Des réponses comportementales : degré d'expressivité de la douleur, arrêt ou poursuite du travail, interférence totale avec toutes les activités quotidiennes,

Des réponses d'attitude : réponses émotionnelles à la douleur telles colère anxiété dépression tension tristesse, se définir soi-même comme incapable ou malade ou en bonne santé, ajustement à la douleur, soutien social de la famille et des amis ayant aidé à réduire les craintes, recherche d'avis de membres du réseau social constitué de la famille et des amis, recherche d'avis de médecins immédiate ou la plus différée possible, anticipation positive par traitements biomédicaux antalgiques, crainte de diminution de revenus et de problèmes financiers associés au problème de douleur chronique.

La douleur, a fortiori chronique, n'est donc pas le seul résultat d'une stimulation nociceptive, elle touche l'individu dans son intégrité physique et psychique, dans son histoire personnelle, familiale, sociale, dans ses caractéristiques personnelles. Elle est de ce fait complexe d'où une prise en charge pluridisciplinaire nécessaire.

Nous allons donc à présent examiner comment les facteurs sociaux, culturels et religieux peuvent modifier la perception, l'interprétation et la réponse à la douleur chronique de l'adulte.

II . Les sociétés : définitions, composition, représentation.

1 . Définitions.

1.1 . Définition du Petit Larousse illustré (28).

Selon le dictionnaire déjà cité :

. « Mode de vie propre à l'homme et à certains animaux, caractérisé par une association organisée d'individus en vue de l'intérêt général.

. Ensemble d'individus vivant en groupe organisé.

. Milieu humain dans lequel quelqu'un vit, caractérisé par ses institutions, ses lois, ses règles ».

1.2 . Définition du philosophe HEGEL (29).

Pour ce philosophe, il s'agit d'un ensemble, à distinguer de l'Etat, des individus unis par des liens économiques et juridiques dans des liens de dépendance réciproque.

Les sociétés humaines sont donc composées de personnes vivant dans le même lieu géographique, ce qui permet les liens, les échanges. Des individus de plusieurs générations s'y côtoient. Tous sont censés connaître, comprendre et accepter les idées fondatrices de leur société. Ils partagent les valeurs communes admises pour le bonheur de tous et nécessaires au bon fonctionnement social. Entre l'individu et la société existe une relation réciproque de droits à faire valoir et de devoirs à remplir au mieux.

2 . Caractéristiques actuelles de la société occidentale française.

Plusieurs unités sociales sont présentes.

- L'individu.

Nous avons dit que la société occidentale française est composée d'individus. L'individu est la plus petite unité sociale, unipersonnelle. Un homme ou une femme se retrouve seul par choix ou par les circonstances de la vie telles séparation, décès du conjoint. Selon l'I.N.S.E.E. (30), les ménages composés d'une seule personne progressent ces dernières années, passant de 30,8 % en 1999 à 32,6 % de la totalité des ménages en 2005, avec pour les femmes seules passage de 18,4 % à 19,3 % et pour les hommes seuls passage de 12,4 % à 13,3 %. Cette augmentation est parallèle à celle de l'espérance de vie pour les hommes et pour les femmes à tout âge de la vie : toujours selon l'I.N.S.E.E., de 1998 à 2005, l'espérance de vie à 20 ans est passée chez les femmes de 63 années à 64,2 années et chez les hommes de 55,5 à 57,4 années, l'espérance de vie à 60 ans chez les femmes de 25,3 à 26,3 années et chez les hommes de 20 à 21,5 années (31). Quoiqu'il en soit, le fait de se retrouver seul peut être un avantage dans notre société où la réussite personnelle est le baromètre du bonheur, mais aussi un inconvénient car crée une fragilité sociale et peut faciliter l'isolement social, en particulier à un âge avancé.

- Le couple.

Le couple, unité sociale admise de deux personnes, est officiel suite à un mariage 272000 en 2005 ou à un Pacte Civil de Solidarité P.A.C.S. 59876 en 2005, ou officieux dans le cas de l'union libre, qui représente 15 % des personnes vivant en couple en 2005 (32). La vie en couple concerne environ un français sur deux. Cependant, la notion de couple a évolué ces dernières décennies : apparition de couples non cohabitants par choix personnel ou contrainte professionnelle, de couples de personnes de même sexe, travail des femmes qui représente 46 % de la population active en 2005 contre 34 % en 1961, femmes qui gagnent un salaire comme le conjoint, fragilité du couple dans une société où l'individu prime, où la liberté et l'autonomie individuelles sont des valeurs sans cesse revendiquées, où le culte de l'exigence de la réussite en tous domaines est présente, d'où un nombre de divorces en augmentation avec en 2005 155253 divorces contre 30000 en 1960 (33).

- La famille.

La famille (selon le Petit Larousse illustré (34)) se définit de plusieurs façons :
Ensemble formé par le père la mère et les enfants,

Au niveau sociologique famille nucléaire ou conjugale c'est-à-dire groupe domestique réunissant au même foyer uniquement le père la mère et les enfants non mariés,

Ensemble de personnes qui ont des liens de parenté par le sang ou par alliance,

Famille étendue à savoir groupe domestique de gens liés ou non par le sang et qui vivent ensemble dans le même foyer,

Enfin groupe d'êtres ou de choses présentant des caractères communs.

La notion de famille est donc basée sur l'existence d'un lien, c'est-à-dire une donnée partagée par plusieurs individus : même géniteur, même lieu de vie, même trait de caractère. Depuis les années 1980, le modèle familial classique père – mère – enfant(s) a évolué, s'est modifié. En ce début de siècle, la famille revêt plusieurs modèles : monoparentale, couple avec ses propres enfants, couple avec enfants issus de liaisons antérieures d'un ou des deux conjoints. Mais elle reste le premier lieu de socialisation de l'enfant, où celui-ci, futur patient douloureux, vit ses premières expériences sociales, observe, écoute, exprime ses sentiments et ses idées, reçoit et donne de l'affection. Les premières années de vie et la relation affective attendue forte par l'enfant entre lui et ses parents, ainsi que l'éducation parentale, sont fondamentales à la socialisation progressive de l'enfant futur douloureux chronique et conditionne son attitude adoptée à l'âge adulte vis-à-vis de la douleur. Il existe donc entre l'individu et la famille une relation double ambiguë de type reconnaissance sociale et dépendance affective, d'importance augmentée lors de moments difficiles à vivre tels la douleur chronique.

3 . Illustration de la diversité sociale à travers deux exemples.

Les sociétés humaines sont diverses, on peut ainsi distinguer schématiquement les sociétés occidentales d'Europe de l'ouest et d'Amérique du nord des sociétés orientales d'Asie.

3.1 . Sociétés occidentales : un exemple : la France (35) (36) (37).

L'unité sociale prédominante est **l'individu**, l'individualisme est la base du fonctionnement social.

Le fondement de la société française est l'idée d'une communauté de citoyens.

L'individualisme est fédéré par l'idée de nation. L'idée de nation donc de nationalité repose sur le partage de valeurs communes à la majorité des citoyens : langue parlée et écrite, références historiques, territoire, monnaie, lois, morale, égalité des chances, système politique démocratique, système de soins, travail pour subvenir à ses besoins matériels.

Aux différentes minorités résidant en France, on demande la compréhension, le respect et l'adhésion à ces valeurs. Il y a une volonté d'intégration des minorités mais sous conditions. Mais les valeurs traditionnelles s'estompent devant la mondialisation culturelle actuelle.

Au niveau de l'organisation sociale, l'individualisme a amené le développement de la responsabilisation individuelle et de classes sociales ayant peu voire pas de relation entre elles. On en distingue globalement trois : les classes populaires constituées surtout par les ouvriers (délégués par la société aux relations avec les biens matériels, se définissant par rapport à leurs conditions d'existence et de travail), les classes moyennes qui assurent le fonctionnement social et économique, elles agissent sur les instruments et les moyens sociaux de l'activité collective, les classes supérieures dirigeantes gèrent les biens symboliques auxquels les valeurs de la société s'attachent et décident pour les classes moyennes et populaires. Ces différentes classes sociales sont amenées à partager des services communs : protection sociale, sécurité, instruction, système économique, santé, justice. L'individu est donc au centre de la société française.

3.2 . Sociétés orientales : un exemple : le Japon (38).

L'unité sociale prédominante est **le groupe**. Le fondement de la société japonaise est l'idée d'une communauté de groupes. Ces groupes sont des groupes de proximité constitués de collègues de travail et de la chaîne hiérarchique, à l'exemple des grandes entreprises où l'on fait carrière toute sa vie. L'idée de nation repose là aussi sur le partage des valeurs communes à la majorité des citoyens citées ci-avant, avec comme valeur dominante le travail pour le bien du groupe donc de la société. Les minorités sont tolérées mais difficilement intégrées. Les traditions peuvent sembler disparaître en apparence mais restent en fait très fortement ancrées dans la société. Au niveau de l'organisation sociale, la notion de groupe prime sur l'individu et sur la famille. On travaille pour le groupe auquel on appartient, où chacun dépend des autres. Cela développe une forte solidarité entre les membres du groupe, quelque soit leur position hiérarchique, d'où l'absence de notion de classe sociale. Les relations de groupe sont donc très importantes dans la vie quotidienne. Corollaire de cette situation, la pression sociale est forte sur chaque individu. De ce fait les comportements sont fortement ritualisés, soumis à des conventions d'apparence nécessaires au maintien de la cohésion du groupe mais qui mettent sous le boisseau la nature exacte des sentiments et souhaits de chacun, niant ainsi l'individu.

Voyons à présent les facteurs sociaux de douleur chronique.

III . Les facteurs sociaux de douleur chronique.

1 . Perception de la douleur chronique.

De nombreux facteurs sociaux peuvent influencer la perception de la douleur chronique par l'individu.

1.1 . L'individu.

1.1.1 . Le sexe.

SMITH et coll. (39), dans une enquête sur 4611 patients écossais issus de 29 patientèles de médecins généralistes représentant 136380 patients, montre une proportion de douleur chronique plus importante chez les femmes que chez les hommes. L'importance de ce facteur de perception de la douleur chronique par l'individu est confirmée par l'étude de MOLARIUS et coll. (40) sur le lien entre facteurs socio-économiques, style de vie et céphalées. Dans cette étude randomisée effectuée en Suède sur 43770 patients, a été mis en évidence entre autres le lien entre céphalées et le genre avec une prévalence pour les hommes de 10 % contre 23 % pour les femmes.

1.1.2 . La personnalité.

Une personnalité anxieuse, comme le souligne R. ESTEVE et coll. (41) dans une étude auprès de 117 patients douloureux chroniques, 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 (42). 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. 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.

1.1.3 . Les conditions de vie.

Un troisième facteur intervenant au niveau social dans la perception de la douleur chronique par l'individu est constitué par les conditions de vie du patient.

Christine CEDRASCHI, dans son analyse de la douleur chronique (43), met en évidence, entre autres facteurs sociaux de douleur chronique, des conditions de vie difficiles. Dans ces dernières, chaque jour amène se douleurs physiques, même minimales, et teste la résistance à cette douleur. Au contraire, dans des conditions de vie aisées, faciles, les douleurs sont plus rares.

1.1.4 . Le rythme de vie.

Le rythme de vie du patient douloureux chronique est aussi à prendre en considération. En effet, une vie peu occupée laisse plus de place à la douleur qu'une vie remplie du matin au

soir qui permet de diminuer parfois même d'oublier la douleur chronique, on peut alors parler d' « anesthésie occupationnelle ».

1.1.5 . Les conditions de travail.

Elles jouent également un rôle important dans la perception de la douleur chronique par l'individu.

SMITH (39), dans l'enquête déjà citée, met en évidence une proportion plus importante de douleur chronique chez les sujets travailleurs physiques, l'image des ouvriers (44).

Dans une étude sur la douleur chronique et les facteurs psychosociaux liés au travail, KOPEC et coll. (45) montre de manière statistiquement significative que le stress lié au travail est un facteur de risque de développement donc de perception de douleur chronique : pour un stress considéré comme moyen le risque relatif – Odds Ratio (OR) – de perception d'une douleur chronique est évalué à 1,39 [1,01-1,91] indice de confiance IC de 95 %, pour un stress considéré élevé l'OR est à 1,80 [1,28-2,52] IC 95 %.

1.1.6 . Un état de santé diminué.

Un état de santé diminué est aussi un facteur d'influence de la perception de la douleur chronique.

Ainsi, MACFARLANE et coll. (46) montre, dans une étude européenne sur l'homme vieillissant, une relation forte entre un état de santé physique et mentale affaibli et l'augmentation de la prévalence, donc de la perception, de la douleur chronique dans les pays de l'est de l'Europe : les OR à IC 95 % restent inférieurs à 1 pour Italie, Belgique, UK, Suède, tandis qu'ils sont à 1,6 [1,4-1,8] pour le Hongrie et 2,6 [2,2-2,9] pour l'Estonie.

1.2 . Le couple.

1.2.1 . La dynamique du couple.

La perception de la douleur chronique au niveau d'un membre d'un couple est en général, selon la littérature, associée à un problème de dynamique du couple : pauvreté des relations conjugales, insatisfaction de la vie sexuelle, moyen de contrôle du conjoint.

1.3 . La famille.

Au niveau familial, la famille est avant tout le premier lieu d'apprentissage social, où l'enfant (futur douloureux chronique) vit ses premières expériences, dont celle d'avoir mal, à l'image de ses pairs.

1.3.1 . L'éducation parentale.

L'éducation parentale joue aussi un rôle prépondérant dans la perception de la douleur chronique.

D'une part par le discours parental, qui donne ou pas une importance prépondérante aux maladies et à la douleur. Les phobies dentaires, par exemple, sont directement influencées par les attitudes familiales envers les soins dentaires.

D'autre part par l'imitation du modèle que les parents fournissent à leurs enfants. L'enfant qui a des parents douloureux chroniques a une forte probabilité de présenter au cours de son développement des plaintes somatiques douloureuses, la douleur devenant un moyen de communication avec l'entourage. A l'inverse, l'enfant dont les parents ne se sont jamais plaints de douleur chronique, a une probabilité plus faible de devenir un adulte douloureux chronique.

Déjà en 1974, GENTRY et coll. (47) montrait que 59 % des adultes atteints de lombalgie chronique avaient des membres de leur famille atteints de lombalgie chronique ou d'une autre douleur chronique. Dix ans plus tard, VIOLON et GIURGEA (48) ont montré, dans les familles où un des membres est atteint de douleur chronique, avaient la probabilité de survenue de douleur chez les autres membres de la famille de 78 %, contre 44 % pour les membres de familles où un individu est atteint de maladie chronique sans douleur.

1.3.2 . Les contraintes matérielles liées à la vie de famille.

Elles peuvent aussi jouer un rôle non négligeable dans la perception de la douleur chronique. Ainsi, KAPPESSER et coll. (49), par une étude sur 127 patients, a démontré l'existence d'un lien entre l'estimation de la douleur chronique et l'exécution des tâches ménagères : la douleur chronique semble la plus basse lorsque le patient peut poursuivre les tâches qu'il apprécie et arrête celles non appréciées, et élevée lorsqu'elle le contraint à l'arrêt de toutes les tâches ménagères appréciées ou non.

1.3.3 . Les « Pain – Prone – Patients » (PPP).

La famille influence aussi la perception de la douleur chronique en étant à l'origine du développement des « Pain – Prone – Patients (PPP)» (50) (51). Ces patients sont des personnes ayant une propension à avoir mal, prédisposées à la douleur. Celle-ci trouve son explication dans l'histoire familiale du patient, alors enfant mais déjà futur patient douloureux chronique. Ainsi, les PPP possèdent certains traits caractéristiques, même si tous ne sont pas forcément présents chez un même individu.

Tout d'abord, ils sont souvent issus de familles nombreuses à parents très occupés dans le domaine extra-familial, et dont la disponibilité affective pour chaque enfant est encore plus réduite par le nombre important d'enfants.

Ensuite, on retrouve aussi, pour la majorité, des pertes affectives dans l'enfance telles que deuil précoce (par décès du père ou de la mère), séparation parentale. Les enfants, privés d'un amour parental, auront tendance, dans l'enfance puis à l'âge adulte, à subir la douleur. A l'opposé, des enfants non privés de cet amour, comme DUNN-GEIER et coll. (52) le met en évidence, auront tendance à lutter contre leur douleur et pour leur guérison. Une enquête du CREDES (53), réalisée en France il y a une dizaine d'années, a confirmé cette observation en montrant l'existence d'un lien statistiquement significatif entre des événements affectifs traumatiques de l'enfance et la sensibilité adulte aux maladies, dont la douleur chronique : les enfants confrontés à un problème affectif durable présentent à l'âge adulte une plus grande sensibilité aux maladies pour 67 % d'entre eux et l'OR à IC de 95 % des maladies déclarées est significatif à 1,43. Les enfants non confrontés à un problème affectif durable présentent à l'âge adulte une plus grande sensibilité aux maladies pour seulement 33 % d'entre eux soit deux fois moins et l'OR à 95 % des maladies déclarées est à 1. La différence entre les deux OR est significative. Cela est dû à une culpabilité enfouie, qui alimente une aisance à avoir

mal, qui rebondit de situation en situation et autorise l'individu à exister. Pour d'autres, en carence affective dans l'enfance, la douleur est, à leur insu, leur dernière manifestation de demande de comblement de l'affection manquante.

Une autre caractéristique des PPP est la présence dans leur famille de membres atteints de maladie chronique, de douleur chronique, qui font partie de la vie quotidienne de l'enfant, la douleur est alors acceptée comme une composante de la vie adulte.

L'alexithymie est un autre trait marquant des PPP. Définie dans le dictionnaire Petit Larousse illustré comme un déficit de verbalisation des émotions (54) et par le dictionnaire GARNIER-DELAMARE des termes de médecine comme un état d'inhibition irrationnelle s'accompagnant de difficulté à exprimer des sentiments (55), elle se traduit dans les faits par un manque de mots dans les échanges entre personnes, par des échanges affectifs pas formulés ou pauvres, en particulier entre enfants et parents. Cela amène les enfants à faire parler leur corps au travers de la douleur, dernier moyen pour rétablir une communication avec leurs proches, C'est par exemple le cas lorsqu'un parent est dépressif donc triste et communique peu. LUMLEY et coll. (56) trouve ainsi une corrélation positive entre alexithymie et intensité douloureuse chronique rapportée.

Enfin, une caractéristique importante de ces patients enclins à la douleur chronique est l'existence de maltraitance dans l'enfance. La maltraitance peut être psychologique (mère absorbée par ses problèmes psychologiques, père rejetant). Elle peut aussi être physique : inceste, violences physiques caractérisées. Guy BURLOUX (57) analyse la démarche inconsciente de ces patients traumatophiles, qui peut les conduire d'une enfance catastrophique à une vie d'enfant puis d'adulte dans la douleur : 1°) vie de paradis : période longue jusqu'au 2°) traumatisme signifiant : pertes subies réellement dans l'enfance ou dont l'enfant a été menacé comme agressions physiques, souffrances morales, d'où 3°) narcissisme et consolidation de l'identité primitive qui n'ont pas pu se faire dans de bonnes conditions. D'où 4°) défaillance du « primary care » c'est-à-dire de la réassurance immédiate par la mère. Cette carence est comblée par l'enfant de façon artificielle par l'installation d'une douleur chronique.

La famille joue un rôle important dans la perception de la douleur chronique par le patient.

1.4 . La société.

1.4.1 . Le statut social.

Le statut social joue aussi un rôle non négligeable. David LE BRETON nous rappelle que : « La physiologie de l'homme est traversée de symboliques sociaux et culturels » (58).

- La situation sociale.

Comme le précise CRAIG et coll. (59) déjà en 1974 : « La situation sociale du patient va conditionner son expérience de la maladie et de la douleur ».

La situation sociale est le premier facteur social de perception de la douleur chronique à l'échelle de la société et conditionne l'adhésion inconsciente de chacun à un socle social commun à tous les membres de sa classe sociale. Ce socle, constitué de valeurs sociales partagées, conditionne la perception de la douleur selon des normes admises par tous, en particulier le seuil dolorifère c'est-à-dire de tolérance à la stimulation douloureuse, qui est le seuil douloureux reconnu au niveau social (60).

- Le mode de vie.

Un autre facteur social est le mode de vie. Solitude et isolement social favorisent l'augmentation de la douleur chronique perçue chez les patients douloureux chroniques, être intégré à un réseau social constitue un soutien dans l'épreuve et favorise la diminution de la douleur chronique perçue.

- Le Statut Socio-Economique (SSE).

Il joue aussi un rôle important dans la perception de la douleur chronique. Dans l'étude précédemment citée en (40) sur la céphalée et la migraine chronique, les patients de SSE moyen à élevé sans problème économique présentent un risque deux fois moins important de développer une céphalée ou une migraine chronique que les patients de SSE faible avec des problèmes économiques fréquents.

VOLKERS et coll. (61), par les données d'une enquête aux Pays-Bas sur 136189 patients, montre que l'état de santé de la population est directement corrélé au SSE : plus le SSE est élevé, meilleur est l'état de santé. Il montre aussi que le risque de survenue de maladies chroniques avec souvent douleur chronique associée telles arthrite, douleur musculaire, lombalgie, migraine, céphalée de tension, est inversement proportionnel au SSE avec une différence statistiquement significative : l'OR avec IC à 95 % est de 1,6 pour les SSE les plus bas contre 1,2 pour les SSE les plus élevés.

2 . Interprétation de la douleur chronique.

2.1 . L'individu.

2.1.1 . Les croyances propres à l'individu.

Comme le souligne LAVIELLE et coll. (62), l'individu interprète la douleur chronique selon ses propres croyances sur les causes possibles de la douleur. C'est le facteur prépondérant d'interprétation de la douleur chronique au niveau de l'individu.

Mais ces croyances sont parfois insuffisantes pour expliquer la douleur. Elles font alors place à l'incertitude sur l'étiologie et la signification de la douleur, ce qui favorise son importance croissante dans la vie de l'individu.

PATEL et coll. (63) a montré que cette incertitude et la condition de douleur en elle-même deviennent petit à petit des barrières à la réhabilitation sociale et au retour au travail.

Les croyances sur les causes de la douleur chronique, même si celle-ci a une étiologie organique mise en évidence, sont difficiles à chasser de l'esprit du patient et ne font qu'accroître l'intensité douloureuse perçue. Entre autres, on retiendra l'idée de punition pour avoir dérogé sur un point de l'ordre social admis et respecté de tous, le sentiment d'expiation d'une faute commise à l'égard d'autrui.

2.1.2 . L'anxiété.

Dans le cadre d'une personnalité anxieuse, l'anxiété peut aussi influencer l'interprétation de la douleur chronique, comme nous le rappelle ESTEVE et coll. (41), en lui donnant une importance exagérée.

2.2 . Le couple.

2.2.1 . Substitut d'amour.

Au niveau du couple, la douleur chronique peut, de façon inconsciente ou consciente, s'installer chez une personne adulte pour remplir la fonction de substitut d'amour afin de pallier l'absence de l'être aimé. Cela survient en général lorsqu'une relation affective forte entre deux personnes est interrompue par la mort. Il en découle pour le survivant une porosité de soi à l'autre décédé d'où des emprunts de symptômes. La douleur chronique, physique, vient alors atténuer la souffrance, psychique, due à la perte, à l'absence du conjoint, lui donner un dérivatif.

2.3 . La famille.

La famille joue un rôle important dans l'interprétation de la douleur chronique par le patient, en particulier par l'éducation parentale de l'enfant futur patient douloureux chronique.

2.3.1 . Un moyen d'éduquer.

La douleur peut être tout d'abord un moyen d'éduquer. Dans notre société, l'enfant est associé à l'imperfection, à l'échappement au modèle social commun admis comme standard, normal. Les parents, les enseignants remettent l'enfant sur le « droit chemin » par le biais de punitions répétées telles châtiments corporels gifle fessée, obligations et contraintes morales.

2.3.2 . Le rôle familial prédestiné.

Un autre facteur éducatif intervenant au niveau de l'interprétation de la douleur chronique est la relation qui peut exister entre le genre, masculin ou féminin, et le rôle familial prédestiné. Le garçon, futur chef de famille, endure la douleur aiguë ou chronique et montre ainsi à son entourage sa virilité. La fille, future épouse et mère, témoigne d'une grande sensibilité, qui est un attribut reconnu féminin.

2.3.3 . L'attitude parentale vis-à-vis de la douleur de l'enfant.

Elle modifie aussi l'interprétation de la douleur. On trouve principalement deux types d'attitude parentale.

Dans le cadre de la douleur expiatoire, la valeur primitive de la douleur est très tôt liée à la culpabilité : la douleur, a fortiori si elle est chronique, permet d'expier la faute, de la réparer. Dans le cadre de la douleur récompensée, l'enfant découvre, dès son plus jeune âge, à l'occasion de ses petites blessures quotidiennes, que le comportement douloureux est récompensé. Ce comportement devient donc opérant et peut se pérenniser à l'âge adulte sous la forme d'une douleur chronique.

2.3.4 . L'apprentissage social de la douleur.

Outre l'éducation parentale, il faut aussi prendre en compte, comme facteur pouvant modifier l'interprétation de la douleur chronique de l'adulte, l'apprentissage social de la douleur par l'enfant futur douloureux chronique. En effet, l'enfant est le témoin privilégié de l'attitude sociale vis-à-vis de la douleur.

Lors de sa propre douleur tout d'abord, alors qu'il était sujet d'une attention modérée de la part de son entourage, il en devient le principal centre d'intérêt. Il observe alors l'attitude bienveillante des autres à son égard et la considère comme inadaptée ou adaptée à son état. Il fait aussi ses premières expériences des bénéfices secondaires liés à son état de sujet malade, faible, vulnérable donc à protéger.

Lors de la douleur d'un de ses proches ensuite, il est le témoin de cette même compassion de son entourage envers la personne malade mais aussi de sa propre compassion envers cette personne.

2.3.5 . La créativité propre de l'enfant.

Elle peut influencer l'interprétation de la douleur chronique.

En effet, dès 1964, MECHANIC (64) montre que l'enfant résiste ou est perméable à tel témoignage ou telle expression de douleur, en particulier au cours de ses premières années de vie et crée son propre modèle de comportement adapté vis-à-vis de la douleur, même si celui-ci reste sous forte influence sociale.

L'interprétation de la douleur chronique s'explique beaucoup, au niveau des facteurs familiaux, dans son enfance, où la douleur tient une place plus ou moins importante au sein de la famille.

2.4 . La société.

La société engendre elle aussi des facteurs pouvant influencer l'interprétation de la douleur chronique par le patient.

2.4.1 . L'âge.

Le fait qu'elle soit composée de personnes d'âges différents, comme nous le rappelle l'I.N.S.E.E. (65), amène des interprétations et des significations différentes de la douleur chronique. David LE BRETON, dans son livre « Anthropologie de la douleur » (66), résume bien cet effet de l'âge :

« Plus le sujet est jeune, plus grande est sa conviction du caractère provisoire [quelques mois] de son état [de douloureux chronique], plus le sujet est âgé, plus grande est sa connaissance des pathologies associées à des douleurs chroniques et des pathologies liées aux contingences de la longévité : cardiovasculaires, rhumatismales, neurologiques ».

2.4.2 . Le SSE.

Déjà mentionné comme facteur influençant la perception de la douleur chronique, il intervient aussi dans son interprétation.

Le patient douloureux chronique issu de milieu social défavorisé, à SSE bas, est habitué à exercer un travail physique, difficile, laborieux, à endurer au quotidien la douleur, la fatigue,

parfois même la faim. Le corps est son principal outil de travail. Il considère la douleur chronique comme une simple douleur supplémentaire contre laquelle résister. La capacité de résistance à la douleur est valorisée aux yeux de ses proches.

Le patient douloureux chronique issu de milieux sociaux moyen et privilégié, à SSE moyen à élevé, est, d'une manière générale, moins habitué à avoir mal au quotidien. Il voit la survenue puis la persistance de la douleur comme une entrave à l'exercice de sa profession et à une vie heureuse. Il considère toute douleur comme une menace, à traiter au mieux dès son début.

2.4.3 . La compréhension sociale de la douleur chronique.

Elle est aussi un facteur important de son interprétation. En effet, comprendre socialement la douleur chronique revient à lui donner un sens intégré et exprimé dans le milieu social d'appartenance. Ainsi, le patient reste membre de sa communauté sociale avec laquelle il continue de faire corps, même dans la douleur. Il conserve ses repères sociaux, la douleur est mieux tolérée.

2.4.4 . La reconnaissance sociale de la douleur chronique.

La compréhension sociale étant acquise, le patient se bat pour la reconnaissance sociale de sa douleur chronique, ce qui, là aussi, peut modifier l'interprétation qu'il en fait. Dans chaque société, avec son système de sens et de valeurs, la douleur, a fortiori la douleur chronique, a un cadre, des normes de reconnaissance sociale, de légitimité sociale, c'est-à-dire qu'elle est autorisée et retenue comme gage d'authenticité par la société dans certains cas, par exemples dans la société française, les douleurs conséquences d'une amputation, d'un accident de la voie publique, d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, de blessures de guerre. Cette légitimité sociale devient – le patient le comprend vite – un réel statut social. Ce dernier fait fonction de laisser-passer permettant au patient d'échapper aux contraintes sociales subies par ses congénères, lui permet aussi de maintenir sa place dans la société, enfin lui octroie des bénéfices secondaires parfois importants qui ne peuvent qu'entretenir la douleur chronique (67).

COSTALAT-FOURNEAU et coll. (68) illustre bien l'importance de la reconnaissance sociale de la douleur chronique. L'étude sur des femmes françaises et slovaques montre la différence d'appréhension sociale de la douleur entre la société d'Europe de l'ouest et la société d'Europe de l'est. Les femmes françaises voient leur douleur chronique légitimée, normalisée voire banalisée : être malade et revendiquer des soins est naturel et socialement admis. La maladie douloureuse devient un fait social et a un statut social autonome. Les femmes slovaques, quant à elles, ne bénéficient pas de cette reconnaissance sociale. Elles se voient confrontées aux normes sociales attachées à la femme dans leur pays : efficacité, autonomie, capacité à subvenir en tout aux besoins de la famille. Douloureuses chroniques, elles ne peuvent réaliser ces normes et par réaction répriment et nient leur douleur. Par ailleurs, la maladie et la douleur chronique sont une menace de dépendance complète vis-à-vis de l'entourage d'où la survenue de conflits intra- et inter-personnels voire d'humiliation sociale.

3 . Réponse à la douleur chronique.

Les facteurs sociaux qui vont l'influencer sont là aussi nombreux.

3.1 . L'individu.

3.1.1 . Une réponse adaptée à la douleur.

Mais avant tout, pour l'individu, la réponse doit être adaptée à la douleur chronique et ne pas être une application par le patient des normes sociales en vigueur pour y répondre sans réflexion personnelle préalable.

MENZEL (69) montre ainsi, dans le cadre de pathologies musculo-squelettiques, que les réponses comportementales et l'attitude inadaptées à la douleur chronique favorisent le développement d'une incapacité en lien avec cette douleur.

3.1.2 . L'insatisfaction de son travail et la peur de le perdre.

Au niveau des réponses comportementales de l'individu à sa douleur chronique, l'insatisfaction de son travail et la peur de le perdre augmentent le nombre et la durée des arrêts de travail.

L'étude de MOLARIUS et coll. sur la céphalée et la migraine chronique (40) montre ainsi que ces deux facteurs liés aux professions exercées par les patients douloureux chroniques présentent une association forte avec les pathologies étudiées et sont responsables d'un absentéisme certain dû à ces maladies dans lesquelles la douleur chronique est l'objet de la plainte.

3.1.3 . L'acceptation de la douleur chronique et faire face à la douleur chronique de façon active.

Par contre, l'acceptation de la douleur chronique et faire face à la douleur chronique de façon active par la poursuite de ses activités quotidiennes sont deux facteurs bénéfiques pour le patient.

GERBERSHAGEN et coll. (70), dans une étude sur 450 patients douloureux chroniques d'un service de neurologie, confirme que ces facteurs sont favorables aux patients et met en évidence une qualité de vie meilleure et une diminution des signes d'anxiété et de dépression.

3.1.4 . La personnalité du patient et son aptitude à gérer le stress inhérent à la vie quotidienne.

Les réponses d'attitude sont liées en premier lieu à la personnalité du patient, à son aptitude à gérer le stress inhérent à la vie quotidienne.

KEELEY et coll. (71), dans une étude réalisée sur 108 patients lombalgiques chroniques issus d'un même service de rhumatologie, montre que dépression, anxiété et stress favorisent la dégradation de la qualité de vie liée à la santé et l'augmentation du nombre de contacts avec le système de soins.

Une autre réponse d'attitude est la recherche par le patient de soutien social de l'entourage composé principalement de la famille et des amis. La déception ou la satisfaction vis-à-vis du soutien social reçu ont des conséquences sur la stratégie adoptée par le patient pour faire face à sa douleur chronique et aussi sur d'autres réponses d'attitude du patient : réponse émotionnelle à la douleur, se définir comme malade ou en bonne santé, ajustement à la douleur.

3.1.5 . La déception ou la satisfaction vis-à-vis du soutien social reçu.

L'importance de ce facteur d'influence sur la réponse à la douleur chronique est confirmée par LOPEZ-MARTINEZ et coll. (72) : la déception par rapport au soutien social reçu favorise les stratégies passives pour vivre avec la douleur, augmente la réponse émotionnelle négative à la douleur ; l'ajustement à la douleur chronique est moins bon. Au contraire la satisfaction du soutien social reçu favorise les stratégies actives pour faire face à la douleur, diminue la réponse émotionnelle négative à la douleur et l'ajustement à celle-ci est meilleur. MOLARIUS et coll. (40) a également montré une relation statistiquement significative entre satisfaction du soutien social reçu et diminution de la fréquence des céphalées et migraines chroniques.

3.2 . Le couple.

3.2.1 . La compréhension par le conjoint et son soutien réel.

Au niveau du couple, la compréhension par le conjoint de l'épreuve traversée par le patient douloureux chronique et son soutien réel sont les facteurs prépondérants, qui conditionnent, de façon négative ou positive, toutes les autres réponses comportementales et d'attitude du patient.

3.3 . La famille.

3.3.1 . La qualité du soutien social apporté par la famille.

Il est, selon RICHARDSON et coll. (73), le principal facteur familial influençant de façon négative ou positive les réponses comportementales et d'attitude du patient à sa douleur chronique.

3.3.2 . L'interaction entre l'individu et sa famille.

Par ailleurs, FERRAGUT et coll. (74) met en évidence l'interaction entre l'individu et sa famille par deux utilisations possibles de la douleur chronique par le patient vis-à-vis de sa famille.

Soit la douleur chronique est centripète, elle permet au sujet d'exister, lui assure une fonction identitaire : « J'ai mal donc je suis ».

Soit la douleur chronique est centrifuge, le patient s'en sert comme monnaie d'échange avec sa famille et le médecin. Dans ce cas, le patient est déjà très dépendant de sa famille avant l'apparition de la douleur chronique, famille où l'alexithymie est réelle : « J'ai mal donc je contrôle mes proches ».

ANZIEU (75) partage ce point de vue : la douleur chronique permet la réassurance de l'identité personnelle du patient lorsqu'il ne reste que le corps pour éprouver son existence, elle est une tentative de restituer la fonction de peau contenant pas exercée par l'entourage.

3.4 . La société.

3.4.1 . Le cadre social d'expression de la douleur.

La société fournit un cadre social à l'expression de la douleur.

La douleur est, en effet, régie socialement et constitue, souvent à l'insu du patient, un choix dirigé par les normes à ne pas dépasser, les rites à respecter (76) sous peine d'incompréhension voire de rejet par l'entourage donc d'isolement social.

3.4.2 . L'âge.

La société est multigénérationnelle, l'âge, déjà facteur d'interprétation de la douleur chronique, est aussi un facteur d'influence de la réponse à la douleur chronique. Selon l'âge, la réponse à la douleur chronique n'est pas la même.

Parce qu'il connaît les contraintes de la vie, de la maladie et qu'il a plus l'expérience de la douleur que le sujet adulte jeune, le patient douloureux chronique âgé va y répondre de manière différente : au niveau comportemental il essaie, il teste un plus grand nombre de stratégies antalgiques variées et reste actif, quant à ses réponses d'attitude elles consisteront à se définir comme capable d'affronter la douleur chronique et à rechercher un soutien social auprès de sa famille et de ses amis qui constituent le réseau social de confiance.

Le sujet adulte jeune se focalise plus sur quelques stratégies antalgiques, souvent médicamenteuses, sans évoquer d'autres possibilités de prise en charge plus par ignorance que par manque de volonté, arrête pendant une période plus ou moins longue ses activités professionnelles et extraprofessionnelles, se déclare volontiers comme malade ou incapable et fait moins appel à son entourage pour le soutenir dans son combat contre la douleur chronique.

SOFAER-BENNETT et coll. (77), dans une étude sur des patients âgés de 60 à 87 ans, met en évidence ces réponses du sujet âgé à la douleur : celui-ci s'oblige à rester occupé, se focalise sur les activités sociales afin de ne pas penser à sa douleur chronique et se fixe comme priorité de continuer à avancer. L'auteur note aussi que les patients avec des liens sociaux forts ont un regard plus positif sur la vie.

MOLTON et coll. (78) va dans le même sens : par rapport aux adultes jeunes et d'âge moyen, les adultes âgés possèdent un panel plus large de stratégies antalgiques fréquemment utilisées, restent actifs, se déclarent volontiers comme faisant face à la douleur et recherchent un soutien social.

3.4.3 . Le SSE.

Le SSE, lui aussi déjà impliqué dans la perception et l'interprétation de la douleur chronique, intervient dans les réponses à la douleur chronique.

HOFREUTER et coll. (79), à travers une enquête sur 289 patients âgés de 20 à 64 ans atteints de maux de dos chroniques, note que plus le SSE est élevé, plus la réponse comportementale de type retour au travail est précoce, avec une probabilité de succès forte.

M.S. BATES (80), dans une étude sur 372 patients adultes douloureux chroniques de Nouvelle-Angleterre – Connecticut, Maine, Massachusetts, New Hampshire, Rhode Island, Vermont – aux Etats-Unis, met en évidence que plus le SSE est élevé, moins le nombre d'arrêt de travail est important et moins l'anxiété liée à des problèmes financiers potentiels, consécutifs à ces arrêts de travail dus à la douleur, est importante. Elle explique ces réponses par plusieurs facteurs déjà vus précédemment : un niveau de revenus aisé, un travail pas manuel donc pas à même de réveiller la douleur d'origine organique, des conditions de travail assez souples avec flexibilité possible du temps de travail.

WEBER et coll. (81) note que plus le SSE est élevé, plus le sujet adhère à la réponse d'attitude de type stratégies préventives de douleur chronique.

Le SSE est donc un facteur social très important dans la réponse à la douleur chronique.

Il est à noter que les réponses comportementales et d'attitude liées au SSE du patient douloureux chronique concernent surtout les patients actifs. En effet, les patients retraités ont des revenus qui ne sont plus issus du travail actuel mais de leur exercice professionnel antérieur. Le fait d'être en retraite, sans obligation de travail pour gagner les revenus nécessaires à la famille, explique l'absence de crainte d'être un jour dans l'incapacité de travailler ou de trouver un emploi, de s'occuper de ses enfants.

Par contre, les patients douloureux chroniques actifs, qui doivent travailler pour subvenir aux dépenses quotidiennes de leur famille et ont la responsabilité de leurs enfants, vivent en permanence avec la crainte d'être un jour dans l'incapacité de travailler, garder leur emploi, s'occuper de leurs enfants.

3.4.4 . Les croyances sociales sur les causes de la douleur chronique.

Elles influent sur la réponse d'attitude du patient qui consiste à rechercher un avis éclairé sur la douleur.

LAVIELLE et coll. (62) a ainsi montré que selon les croyances sur les étiologies possibles de sa douleur chronique, le patient recherche un avis auprès de personnes différentes : adepte des croyances populaires il se dirigera volontiers vers les tenants de ces croyances tels patriarche rebouteux local barreur de feu par exemples, suspectant une cause médicale à sa douleur il s'adressera à son médecin généraliste ou à un médecin spécialiste.

4 . Discussion.

Finalement, au travers des études citées, aux trois étapes de la douleur chronique (perception, interprétation et réponse à la douleur), chaque « unité sociale » a ses propres facteurs d'influence.

On retient pour la perception douze facteurs : six facteurs issus de l'individu, un du couple, trois de la famille et trois de la société. Pour l'interprétation, on en met en évidence douze

aussi : deux pour l'individu, un pour le couple, cinq pour la famille, quatre pour la société. Pour la réponse, on en retient seize : huit pour l'individu, deux pour le couple, deux pour la famille et quatre pour la société. L'analyse de la littérature permet donc de retenir quarante facteurs sociaux susceptibles d'influencer la douleur chronique à l'une de ses trois étapes.

Pour chaque facteur social, deux aspects sont possibles : l'aspect négatif qui tend à accentuer la douleur chronique et l'aspect positif qui tend à la diminuer.

Selon le patient douloureux chronique, un facteur d'influence ne sera pas effectif ou au contraire le sera de façon négative ou positive.

Certains facteurs d'influence, très importants, sont présents aux différentes étapes de la douleur chronique et donc comptabilisés trois fois.

Pour l'individu, c'est le cas de sa personnalité, facteur incontournable, qui influence l'être humain non seulement au niveau de sa douleur chronique mais aussi dans tous ses ressentis, pensées et actions autres de la vie.

Nous n'en retrouvons pas pour le couple ni pour la famille.

Au niveau de la société, le cadre social est présent aux trois étapes de la douleur chronique. C'est la preuve qu'on ne peut échapper aux normes sociales de sa société d'appartenance. Ces normes fixent ce qui est interdit et ce qui est autorisé pour le bien individuel et commun, ce qui est ignoré et ce qui est reconnu donc légitimé.

Le SSE est aussi présent aux trois étapes de la douleur chronique. Plus il est élevé, mieux la douleur est vécue par le patient, moins elle constitue une entrave à sa vie professionnelle et privée, donc plus le SSE lui est favorable.

D'autres facteurs sont présents à deux étapes de la douleur chronique donc comptabilisés deux fois.

Il n'y en a pas pour l'individu ni pour le couple.

C'est le cas pour la famille de l'éducation parentale présente aux niveaux de la perception et de l'interprétation de la douleur chronique qui, chez l'enfant, relativise ou pas l'importance de la douleur, lui donne une signification négative ou positive, et dans laquelle la douleur répétée peut être un moyen d'éduquer. La douleur est donc un des premiers faits sociaux vécus par l'enfant.

L'âge, présent aux niveaux de l'interprétation et de la réponse à la douleur chronique est aussi un déterminant indéniable de la douleur chronique. Avec l'âge croissant, le patient devient plus expérimenté, cherche à prévenir plutôt que guérir, a acquis le juste sens de la douleur chronique et sait y faire face.

Définissons à présent la culture avant d'aborder les facteurs culturels de la douleur chronique.

IV . Les cultures : définitions, composition, représentations.

1 . Définitions.

1.1 . Définition du Petit Larousse illustré.

Le Petit Larousse illustré (82) nous propose deux définitions de la culture :

. Ensemble de manières de voir et de faire, de convictions partagées, qui orientent plus ou moins consciemment le comportement d'un individu, d'un groupe.

. Ensemble des usages, coutumes, manifestations artistiques, intellectuelles, religieuses qui définissent et distinguent un groupe, une société.

1.2 . Définition de l'anthropologue Claude LEVI-STRAUSS.

Pour le célèbre anthropologue du XXème siècle Claude LEVI-STRAUSS, la culture est :

« La création d'un ensemble de règles qui organisent l'échange, séparent durablement les sociétés humaines de l'état naturel, ainsi qu'un ensemble de significations et de traductions. »

Et de résumer :

« Partout où la règle se manifeste, nous savons avec certitude être à l'étage de la culture. »
(83)

1.3 . Définitions des sociologues.

ANGER et coll. (84) voit dans la culture un système linguistique et symbolique par lequel les expériences de chacun, dont les expériences douloureuses, sont étiquetées et influencées.

Le sociologue Jean FLEURY (85) voit dans la culture l'élément organisateur et le ciment de toute société humaine. Pour lui :

« La culture est d'abord un ensemble de pratiques qui procèdent de la vie sociale, l'organisent donc la permettent par un ensemble de règles, selon un fonctionnement symbolique propre à tout groupe humain. [Elle est aussi] un système de communication qui unit les membres d'une société dans leurs différentes dimensions et les relie avec ce qui les concerne. »

Guy ROCHER (86) donne une définition de la culture, qui synthétise les définitions de LEVI-STRAUSS et FLEURY :

« La culture est un ensemble lié de manières de penser, sentir, agir, plus ou moins formalisées, apprises et partagées par une pluralité de personnes, qui constituent, de façon à la fois objective et symbolique, ces personnes en une collectivité distincte et particulière. »

2 . Caractéristiques générales de la culture (87).

2.1 . Un phénomène collectif.

La culture est tout d'abord un phénomène collectif propre à un groupe d'êtres humains. Elle est signifiée dans la société par les comportements tels mode de vie, mœurs, coutumes, traditions, normes règles codes, rôles, rites qui sont des pratiques habituelles répétitives stéréotypées propres à certaines circonstances.

2.2 . Plusieurs unités culturelles distinctes.

- L'individu.

La culture est le propre de l'homme et le singularise des autres espèces animales. Son critère principal d'identification est la règle. Elle est ce qui constitue l'être humain en société. Elle organise, ordonne son comportement et l'aide à interpréter le monde social dans lequel il vit. Elle est donc un soutien quotidien à l'homme mais aussi à son groupe culturel d'appartenance, pour qui elle représente l'image, la perception et la compréhension du monde propre à un milieu tel par exemple rural, urbain, tribal, occidental, oriental, et à un temps antique, médiéval, contemporain comme le montre DE CERTEAU (88).

- Le groupe culturel.

Le groupe culturel se définit selon GILBERT (89) comme un groupe d'individus organisé, recouvrant un système culturel étendu, par lequel un statut spécial est accordé à savoir non-membre ou membre, sur la base des caractéristiques qu'il peut inclure telles facteurs historiques, ascendance, comportements, croyances. Ses membres partagent plusieurs caractéristiques de la culture dominante, ce qui rend le groupe ethnique unique et différent des autres : sa vision du monde, son système de valeurs, ses rôles interactifs, ses styles et modes d'action, son langage, sa vision de la maladie, du corps humain et de son fonctionnement normal et pathologique.

Déjà en 1966, l'étude d'I.K. ZOLA (90) suggère la notion de groupe culturel. Italiens et irlandais, immigrés aux Etats-Unis, ne partagent pas la même conception de la vie, de la douleur : pour les deux groupes la vie apparaît comme difficile mais les italiens s'abandonnent volontiers à cette difficulté la subissent et le font savoir à leur entourage, tandis que les irlandais l'affrontent avec dignité force et discrétion. Il en va de même de la douleur : les italiens ont tendance à sa dramatisation, les irlandais à sa minimisation.

- La population multiculturelle.

Au niveau sociologique enfin, la culture représente les idéologies institutions mythes symboles valeurs, qui composent des cadres de référence dont l'ensemble caractérise une société par rapport aux autres (88). Dans une population multiculturelle, coexistent souvent une culture dominante et des cultures minoritaires aux volontés d'affirmation et de revendication. Ces trois unités culturelles, de tailles croissantes, nous serviront de guide dans l'analyse des facteurs culturels d'influence de la douleur chronique.

2.3 . Les moyens pour donner un sens à la culture.

L'activité symbolique permet à l'être humain de s'approprier le monde. Nous retrouvons dans l'activité symbolique les connaissances, les croyances, les idéologies et opinions, les valeurs mythes et symboles. L'activité symbolique est omniprésente et rend le groupe présent et permanent à l'individu : drapeau national, devise d'un pays, association d'une couleur à l'absence ou à la présence de danger comme dans la signalisation routière.

Les formes cristallisées, ainsi nommées par J. FLEURY, transcendent le temps mais peuvent cependant évoluer : le langage, les institutions, le patrimoine entre autres. Par ce phénomène collectif, l'individu devient un être social, la culture en est le moyen.

2.4 . La transmission de la culture.

La culture est inscrite dans la transmission entre êtres humains d'un même groupe culturel. Ainsi, l'apprentissage et l'incorporation dans le groupe permettent sa continuité.

2.5 . Le sens « sacré ».

La culture constitue aussi le fond en opposition à la forme, c'est-à-dire donne un sens « sacré » virtuel à l'action humaine « profane » matérielle vécue. A titre d'exemple, la naissance d'un enfant rappelle le cycle de la vie donc notre condition universelle de mortel.

2.6 . La cohérence interne.

Enfin, la culture possède une cohérence interne qui lui est propre. Elle permet l'organisation des unités sociales les unes par rapport aux autres selon une logique comprise et admise par tous les membres du groupe culturel, selon un certain modèle, qui peut d'ailleurs évoluer dans l'espace et dans le temps.

3 . Illustration de la diversité culturelle à travers deux exemples.

Pour illustrer cette diversité culturelle, il est intéressant de comparer une culture occidentale, française, à une culture orientale, japonaise, comme nous y invite NAKAGAWA (91).

3.1 . Cultures occidentales : un exemple : la France.

La culture française est marquée par le principe de la reconnaissance de l'individu, qui constitue l'unité culturelle la plus petite, élément de toute manifestation culturelle. C'est un être indépendant, qui s'affirme. Il raisonne de façon cartésienne.

Dans la langue française comme dans de nombreuses langues européennes, le « je », c'est-à-dire l'identité, est défini indépendamment de la situation vécue, sa validité est constante. Ainsi toute loi toute histoire toute chose sont décrites à partir de l'individu, qui pense, décide, est responsabilisé et agit : un événement est la résultante d'une volonté humaine. Par exemple, l'interdiction de fumer est ainsi exprimée : « Merci de ne pas fumer. » Elle relève de la

responsabilité de celui qui l'écrit ou l'énonce. Autre exemple, la vérité est toujours affirmée par un être transcendant ou humain, qui en prend l'initiative et la responsabilité.

Par ailleurs, les signes extérieurs témoignés à autrui doivent refléter la pensée intérieure et ne faire qu'un avec elle, sous peine de voir leur auteur être considéré comme hypocrite. Le français va donc saluer son interlocuteur avec un visage sérieux et posé ou ne pas le saluer s'il ne l'apprécie pas, s'exprimer de façon claire et précise, extérioriser facilement sa joie ou sa colère.

Pour avancer dans la vie, il va se fixer des objectifs et focaliser dessus toute son attention, tous ses moyens, sans se soucier de ces derniers qui finalement lui importent peu. On retrouve le mode de raisonnement très cartésien.

Si plusieurs éléments ayant trait au même thème ou au même sujet se voient confrontés les uns aux autres, l'un va automatiquement chercher à dominer les autres.

3.2 . Cultures orientales : un exemple : le Japon.

La culture japonaise est toute autre. Elle est tout d'abord régie par le principe de l'égalitarisme uniformisateur, auquel tout japonais adhère et s'identifie : chacun réagit et agit au nom de l'organisation totale et non en son nom propre, ce que NAKAGAWA traduit par : « Un monde vide de sujets et plein de bonnes volontés pourtant. »

L'individu est donc dépendant des autres, n'existe pas, au profit du groupe.

Dans la langue japonaise, le « je » est défini par sa relation à l'autre selon la situation, sa validité est donc occasionnelle. Contrairement aux cultures occidentales, dont française, dans lesquelles c'est l'individu qui intervient, la culture japonaise met en avant comme explication « la force inévitable de la situation, par laquelle les événements se forment, s'imposent de façon spontanée et se succèdent », sans aucune intervention de la volonté d'un être transcendant ou humain. L'interdiction de fumer reflète cette force : « Voudrez-vous vous abstenir de fumer, puisque vos voisins en seraient indisposés ! » La seconde partie de la phrase montre bien que c'est la force inévitable de la situation qui impose l'interdiction de fumer et non l'annonceur. De même, la vérité n'est pas affirmée par quelqu'un mais s'impose par son caractère naturel et spontané, ou encore le fait de se sentir triste ou heureux ou aimé à son origine en lui-même. Ce mouvement spontané des choses est le principe universel, primordial de la nature.

Quant aux signes extérieurs témoignés à autrui, ils reflètent le concept « endroit et envers » présent dans plusieurs cultures asiatiques : le signe extérieur est la démonstration publique et constitue l'endroit, le sentiment intérieur intime relève du domaine privé, personnel et constitue l'envers. Le premier peut être à l'image du second ou au contraire ne pas le refléter, il ne s'agit pour autant d'hypocrisie. Ainsi tout japonais salue son interlocuteur avec le sourire de rigueur, s'exprime de façon à entretenir l'équivoque, intériorise sa colère et sa joie.

Pour avancer dans la vie, il se fixe, tout comme le sujet occidental, des objectifs mais s'intéresse surtout au(x) moyen(s) pour les atteindre, qui consiste(nt) à faire un avec l'objectif à atteindre. Alors celui-ci devient réalisable.

Enfin, en cas de confrontation de plusieurs éléments relatifs au même thème, l'attitude adoptée est la juxtaposition de façon harmonieuse des différents éléments pour l'enrichissement mutuel, plutôt que la domination d'un élément sur les autres.

Cette brève comparaison d'une culture occidentale et d'une culture orientale témoigne de l'existence de cultures très diverses et variées.

4 . Une société multiculturelle.

Notre époque, dite moderne, est marquée par le développement des moyens de communication. Ceux-ci sont un vecteur culturel immense, qui dépasse les frontières, échappe aisément à la régulation étatique et apporte tout et tout le monde au domicile de chacun, via les mass media et internet en particulier. Ce phénomène de mondialisation n'est pas nouveau pour autant : invasions, guerres, nomadisme ont toujours amené la confrontation culturelle. Mais il est désormais omniprésent. Il n'est cependant pas synonyme d'homogénéisation des cultures, ni de domination d'une culture telle celle occidentale sur les autres. Comme nous le rappelle J.-L. AMSELLE (92) :

« La mise en oeuvre de politique de libéralisation à l'échelle mondiale ne se traduit pas, comme on aurait pu s'y attendre, par le triomphe de l'individualisme [occidental] mais, tout au contraire, par la prolifération d'identités collectives. »

En 2001, K.KYMLICKA (93) écrit :

« La plupart des pays sont, aujourd'hui, culturellement hétérogènes. Selon des études récentes, les cent quatre-vingt neuf Etats indépendants du monde comprendraient plus de six cent groupes linguistiques et cinq mille groupes ethniques. On peut donc considérer qu'il y a fort peu de pays où les citoyens parlent la même langue ou appartiennent au même groupe ethnonational. »

De même, D.SCHNAPPER (94) :

« Toute société est par définition multiculturelle. Elle est formée de populations diverses par leur genre [homme ou femme], leur milieu social, leur origine régionale ou nationale [...]. »

Ainsi, dans les sociétés occidentales attractives au niveau économique comme par exemples la France, les Etats-Unis, des cultures de plus en plus nombreuses et affirmant leurs identités culturelles respectives sont amenées à se côtoyer. Ce pluralisme culturel croissant, ainsi défini par A.BEITONE (95), n'amène pas pour autant des affrontements culturels croissants. Il est issu de phénomènes migratoires de minorités ethniques. Celles-ci revendiquent la reconnaissance de leur spécificité culturelle mais ont plus un désir d'intégration dans leur société d'accueil que de conflit (88).

Les instances internationales reconnaissent d'ailleurs la richesse de ces différentes cultures, à l'image de l'United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization U.N.E.S.C.O., Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture, qui, le 2 novembre 2001, publia la :

« Déclaration universelle sur la diversité culturelle » (96),

puis, le 17 octobre 2003, annonça la :

« Convention pour la sauvegarde du patrimoine culturel immatériel » (97).

C'est l'officielle reconnaissance de la diversité et du statut particulier des cultures.

La notion de culture maintenant précisée, nous pouvons analyser les facteurs culturels d'influence de la perception, l'interprétation et la réponse du patient à sa douleur chronique.

V . Facteurs culturels et douleur chronique.

1 . Perception de la douleur chronique.

1.1 . L'individu.

Selon CARR et coll (98), la culture joue un rôle crucial dans l'expérience individuelle de la douleur.

1.1.1 . La représentation du corps humain.

Et cela commence par l'élément qui ressent la douleur chronique : le corps humain. La psychiatre et psychanalyste d'origine allemande G. PANKOW (99) met en évidence quatre composantes, d'importance égal, essentielles à la représentation culturelle du corps humain par toute femme, tout homme dans le groupe culturel où elle ou il vit.

- La forme donne aux différentes parties du corps des limites précises dans l'espace et une unité signifiante.
- Le contenu prouve à la personne que son corps est sien, unique, familier, organisé, tout ce qu'il ressent a donc un sens, une signification.
- Le savoir est la connaissance plus ou moins poussée de la façon dont les organes et les fonctions s'agencent et de l'idée que la société se fait de l'épaisseur invisible du corps.
- La valeur est donnée par le groupe culturel d'appartenance : regard des autres et jugement culturel qui touchent l'individu et influencent son jugement sur lui-même.

Comme le fait remarquer D. LE BRETON (100) :

« [...] Cette structure anthropologique [de G. PANKOW] permet à chaque auteur d'habiter familièrement son corps avec la sécurité et les repères suffisants au déploiement de son existence. »

1.1.2 . Les aptitudes personnelles sensorielles.

Les aptitudes personnelles sensorielles sont un autre facteur culturel de la perception de la douleur chronique par le patient. Dans le cadre de la douleur sont concernées la nociception superficielle et profonde bien sûr mais aussi la vue, l'audition. Elles correspondent en fait aux aptitudes à être attentif à la douleur et, par là, influencent l'Intensité Douleuruse Totale Rapportée (IDTR) par le patient. Présenter un déficit de nociception peut amener à l'extrême à l'anesthésie complète donc à l'absence de douleur, alors que la lésion est présente et peut même s'aggraver. Présenter un déficit de la vue, de l'audition, induit un isolement du patient douloureux par rapport à son groupe culturel. De plus, le patient ne peut communiquer sur sa douleur que par son corps, ce que l'entourage ne comprend pas toujours. ALLCOCK et coll. (101) le vérifie en particulier chez les personnes âgées, qui ne parviennent pas toujours à faire comprendre ce qu'elles ressentent d'où leur isolement encore plus important.

1.1.3 . Les émotions.

Un troisième facteur à prendre en compte ici est représenté par les émotions du patient douloureux chronique. Les émotions sont des ressentis psychiques désagréables ou agréables, à ne pas confondre avec les sensations qui sont des ressentis physiques désagréables ou agréables. Dans le cadre de la douleur chronique, elles sont désagréables. Lorsqu'elles sont trop importantes et submergent le patient, elles peuvent accentuer l'IDTR et devenir un obstacle à l'efficacité des traitements entrepris.

1.1.4 . Le caractère introverti ou extraverti.

Le caractère introverti ou extraverti est aussi un facteur individuel culturel d'influence de la perception de la douleur chronique. Il amène le patient à s'isoler et vivre sa douleur seul ou à la partager à son entourage. Quelle que soit l'attitude adoptée, elle correspond pour lui à l'attitude juste, de circonstance, adaptée à la situation et qui lui permet de vivre au mieux avec sa douleur.

Au niveau de l'individu, BATES (102) met en évidence quatre paramètres qui peuvent le faire varier. Deux paramètres sont dépendants de la douleur : l'IDTR et l'incapacité ou la capacité à contrôler sa propre intensité douloureuse. Deux paramètres sont dépendants de sa culture : son environnement culturel et son identité culturelle. Ainsi, tout au long de l'expérience de douleur chronique, le caractère introverti ou extraverti pourra rester stable ou évoluer en s'affirmant ou en passant de l'un à l'autre.

1.2 . Le groupe culturel.

1.2.1 . Le degré de persistance de l'identité culturelle.

Au niveau du groupe culturel, on retrouve aussi le degré de persistance de l'identité culturelle au sein du groupe culturel. Ce facteur est lui-même fonction de la génération du patient douloureux chronique au sein du groupe culturel (103).

La génération la plus ancienne témoigne d'un degré de persistance de l'identité culturelle fort, avec une affiliation culturelle forte, un soutien social fort et, dans le cas d'un groupe culturel émigré, une assimilation à la culture du pays d'accueil faible. Tous ces éléments favorisent une meilleure tolérance à la douleur chronique donc une IDTR plus faible.

A l'opposé, la génération la plus jeune du groupe culturel a un degré de persistance de l'identité culturelle plus faible, avec une affiliation culturelle faible, un soutien social faible et, dans le cas d'un groupe culturel émigré, une assimilation à la culture du pays d'accueil forte. D'où une tolérance moins bonne à la douleur chronique donc une IDTR plus forte.

1.2.2 . L'origine ethnique.

Un autre facteur d'influence est l'origine ethnique, qui favorise ou protège de certaines pathologies douloureuses chroniques.

PAHIM et coll. (104), dans son étude sur la migraine sur un échantillon de 2715 patients adultes du sud du Brésil, met en évidence trois facteurs favorisant la migraine, par Odds Ratio OR (105) à Indice de Confiance IC à 95 % décroissants : être un femme OR = 4, être

d'origine ethnique blanche caucasienne OR = 1.4, prendre une contraception hormonale OR = 1.3. L'origine ethnique blanche caucasienne est, après le genre, le facteur le plus influant pour la migraine.

Par contre, WANG (106), dans son étude épidémiologique sur les céphalées dans divers pays d'Asie, retrouve certes l'influence du genre sur la migraine avec des prévalences moyennes en % à un an pour les hommes de 3.6 à 6.7 % et pour les femmes de 11.3 à 14.4 %. Mais il ne remarque pas de différences de prévalences pour migraine, céphalée de tension et céphalée chronique quotidienne entre les divers pays asiatiques étudiés, d'environnements culturels pourtant si différents d'un pays à l'autre. De même, les prévalences de ces trois types de céphalées sont similaires à celles observées dans les pays occidentaux.

1.3 . La population multiculturelle.

1.3.1 . La conception culturelle de la douleur et de la douleur chronique.

Dans la population multiculturelle, on retient comme premier facteur de perception de la douleur chronique la conception culturelle de la douleur et de la douleur chronique du groupe culturel d'appartenance, qui peut diminuer ou accentuer l'IDTR.

1.3.2 . Le degré de persistance de l'identité culturelle de génération en génération.

Il faut une nouvelle fois prendre en compte le degré de persistance de l'identité culturelle de génération en génération au sein d'une population multiculturelle. Trois paramètres principaux facilitent cette persistance, leur absence facilite sa disparition.

Le premier est la concentration et la ségrégation résidentielles, qui empêchent l'accès à la culture et à la société environnantes et auto-entretiennent ainsi la culture d'origine en vase clos. TOURAINE (107) met en garde contre le danger de cet état de fait :

« Rien n'est plus éloigné du multiculturalisme que la fragmentation du monde en espaces culturels, nationaux, régionaux, étrangers les uns aux autres, [qui deviennent] obsédés par l'idée d'homogénéité et de pureté, qui les étouffe. »

Le second mis en évidence par TIEND (108) est la revitalisation continue des symboles culturels à travers le processus de migration pour le travail, par un va-et-vient constant entre le pays d'origine et le pays d'accueil. La culture d'origine, qui influence sa façon de percevoir la douleur chronique, reste ainsi très prégnante chez le patient.

Le troisième paramètre consiste, selon RODRIGUEZ (109), à pratiquer le biculturalisme plutôt que l'acculturation, dans le cas d'un patient amené à fonctionner dans les deux groupes culturels. Il en résulte, pour le patient, une confrontation à deux conceptions culturelles de la douleur, ce qui peut être déstabilisant et influencer de façon négative la perception de la douleur chronique c'est-à-dire augmenter l'IDTR.

1.3.3 . Le statut de minorité culturelle.

Enfin, le statut de minorité culturelle est à prendre en considération.

MAC GREGOR et coll. (110) montre que le fait d'appartenir à un groupe culturel minoritaire à l'intérieur d'une population multiculturelle induit des schémas de comportement

inconscients mais bien réels, avec en particulier une plus grande sensibilité de l'individu aux événements négatifs de la vie. Cela se traduit, pour la douleur chronique, par un abaissement du seuil de tolérance.

EDWARDS et coll. (111) (112), par deux études effectuées dans un centre multidisciplinaire de prise en charge de la douleur, sur une population américaine multiculturelle composée de patients afro-américains, américains d'origine hispanique et américains blancs caucasiens, confirme l'importance de ce facteur : les patients issus des deux minorités afro-américaine et américaine d'origine hispanique ont un seuil de tolérance de la douleur plus faible que celui des américains blancs caucasiens qui constituent le groupe culturel majoritaire.

GREEN et coll. (113), CANO et coll. (114), par des études sur des patients afro-américains et américains blancs caucasiens, arrivent à la même conclusion.

Par ailleurs, le statut de minorité culturelle influence aussi le niveau de caractère désagréable de la douleur chronique.

RILEY et coll. (115) montre ainsi, par une étude sur 1557 patients douloureux chroniques, un tiers afro-américain et deux tiers américains blancs caucasiens, l'accentuation du caractère désagréable de la douleur chronique chez les patients afro-américains, sans écarter cependant l'hypothèse d'une plus grande sensibilité d'origine intrinsèque des patients afro-américains.

2 . Interprétation de la douleur chronique.

2.1 . L'individu.

2.1.1 . L'éducation.

Au niveau de l'individu, l'éducation est un facteur fondamental dans l'approche de la douleur chronique par l'enfant dès son plus jeune âge.

Tout d'abord par l'attention portée à la douleur ainsi minimisée ou amplifiée par les proches, ce qui conditionne l'attitude de l'enfant puis de l'adulte vis-à-vis de sa douleur chronique. Ensuite par la capacité de résistance à la douleur, qui s'apprend ou pas, s'acquiert ou pas au fil des années.

Enfin par la signification donnée à la douleur, signification qui inquiète ou rassure, contrarie ou satisfait le patient douloureux chronique.

2.1.2 . Les aptitudes cognitives

Les aptitudes cognitives peuvent aussi influencer l'interprétation de la douleur chronique par le patient.

La cognition (116), nous l'avons vu, est l'ensemble des grandes fonctions permettant à l'organisme d'interagir avec le milieu : intelligence c'est-à-dire capacité de comprendre, mémoire c'est-à-dire capacité de retenir. Elles sont fonction de l'éducation reçue, qui cherche ou pas à développer les capacités intellectuelles de l'enfant futur douloureux chronique, du niveau d'instruction atteint par le patient, et de l'environnement culturel qui les ignore ou les met en exergue de façon positive. Elles varient donc d'un individu à l'autre mais aussi selon l'environnement culturel du patient. Mais elles restent dans tous les cas très importantes car permettent au patient douloureux chronique de comprendre sa douleur et ainsi la faire sienne.

Les capacités mnésiques rappellent au patient des douleurs déjà vécues. Devant une nouvelle douleur chronique, il va comparer sa perception aux perceptions algiques passées, tenter de la rapprocher d'une douleur connue. Il n'arrive pas en terra incognita, a déjà des repères,

véritables bouées de sauvetage auxquelles il s'accroche. Nous imaginons sans peine l'interprétation ainsi de sa douleur par le patient :

« Cette douleur ressemble à celle-ci, qui avait duré tant de mois et avait guéri ainsi. »

Ne pas s'en souvenir contraint le patient douloureux chronique à la brutalité de la nouvelle douleur chronique et à l'anxiété de ne pas avoir d'idée sur son évolution probable, en intensité et en durée.

2.1.3 . Les convictions personnelles positives.

Les convictions personnelles du patient douloureux chronique sont, elles aussi, très importantes. Se savoir soutenu par la famille et les amis, être convaincu d'avoir la capacité de finalement vaincre la douleur chronique tout au moins de pouvoir vivre avec, avoir foi en la médecine pratiquée, tout cela représente un socle stable, point de départ de la réflexion sur l'explication de la douleur chronique. Ces convictions varient selon l'histoire personnelle de l'individu, ses expériences antérieures de douleurs personnelles et d'autrui, son éducation, son groupe culturel d'appartenance.

2.1.4 . La vision du monde et de la vie.

Avec la vision du monde et de la vie au sens large, se pose en fait la question métaphysique du rejet ou de l'acceptation d'un monde et d'une vie avec présence de la douleur.

Notre culture occidentale véhicule l'image d'un monde parfait où tout désagrément, dont la douleur, est absent, tout au moins sa présence ne doit-elle pas se faire ressentir. C'est la célèbre maxime prêtée par VOLTAIRE à Pangloss, héros du conte philosophique *Candide* (117) :

« Tout est au mieux dans le meilleur des mondes possibles. »

L'exigence prédominante est celle d'être heureux, en « bonne santé » et de profiter pleinement de l'instant présent, donc d'être privé de toute contrariété vis-à-vis de soi-même et des autres. La douleur, aiguë ou chronique, est occultée.

Mais VON LEIBNIZ (118) nous rappelle que tout n'est pas parfait en ce monde. Tout comme SCHOPENHAUER, d'ailleurs qualifié de philosophe pessimiste :

« Nous ressentons la douleur, mais non l'absence de douleur. » (119)

A l'instar de ces deux grands philosophes, d'autres cultures, les tribales en particulier, considèrent au contraire la douleur comme une partie intégrante inéluctable de la vie, qui a un sens, avec laquelle il faut composer.

2.1.5 . Les croyances fausses.

Les croyances fausses propres à l'individu à propos de la douleur chronique et ses traitements sont nombreuses, nous rappelle ALLCOCK et coll. (101), à commencer par la certitude de la part du patient que toute douleur chronique est toujours d'origine organique.

Une illustration patente de cette croyance fausse est l'interprétation de la part du patient du diagnostic révélé par le médecin au terme des investigations cliniques et paracliniques, selon le caractère aiguë ou chronique de la douleur.

Comme le schématise volontiers HILBERT (120), l'absence d'étiologie organique mise en évidence réjouit le patient douloureux aigu sa douleur disparaîtra dans peu de temps, elle attriste le patient douloureux chronique car cela sous-entend la présence d'une origine purement psychique à sa douleur. La présence d'une étiologie organique, au contraire, attriste le patient douloureux aigu il est bel et bien malade son état nécessite un traitement médical ou chirurgical adapté, elle contente le patient douloureux chronique confirmé dans ses hypothèses, il connaît enfin l'origine de sa douleur chronique qui a désormais une légitimité, il est donc en droit d'avoir mal.

Autre croyance fausse : la douleur, même chronique, est toujours amenée à disparaître.

Ou à l'inverse la douleur chronique est un phénomène normal de l'âge croissant il n'y a d'autre solution que de s'y résigner.

Ou encore se plaindre de sa douleur chronique peut amener chez le patient douloureux chronique la crainte d'être « catalogué » comme plaintif par son entourage et le personnel soignant et de ce fait subir des effets négatifs sur sa prise en charge globale.

On retient aussi : les traitements antalgiques sont toxiques et peuvent amener à l'addiction. TAN et coll. (121), dans une étude sur des patients afro-américains et américains blancs caucasiens, précise que ces croyances ont un impact identique, pour les deux groupes de patients, sur l'ajustement à la douleur chronique.

2.1.6 . La peur de la douleur.

La peur de la douleur est aussi à prendre en considération. Elle a plusieurs causes possibles : la suspicion d'une étiologie grave, les conséquences financières négatives pour le foyer, la perte de la position sociale, l'impossibilité d'assumer son rôle familial, la perte de virilité par l'impossibilité de subvenir aux besoins du foyer.

Comme le souligne EDWARDS et coll. (111), on observe des différences culturelles dans la peur de la douleur : les américains blancs caucasiens craignent surtout la découverte d'une étiologie grave voire engageant le pronostic vital, les américains d'origine hispanique hommes ont peur de ne plus pouvoir subvenir aux besoins matériels et financiers du foyer et par conséquent perdre leur virilité, les afro-américains ont peur de ne pas pouvoir faire face à la douleur.

2.1.7 . La volonté de vivre au mieux voire de guérir de sa douleur chronique.

Enfin, nous pouvons retenir comme facteur culturel individuel d'interprétation de la douleur chronique l'absence ou la présence de volonté de vivre au mieux voire de guérir de sa douleur chronique. Cette volonté conditionne l'attitude du patient vis-à-vis de sa douleur et de ce fait sa qualité de vie.

BUSCH et coll. (122) confirme ce facteur dans une étude sur 233 patients atteints de douleurs chroniques d'origine musculo-squelettique. L'envie faible de surmonter la douleur chronique, associée à l'absence de certitude de guérison, provoque chez les patients une mauvaise adaptation à cette douleur et des demandes importantes de prise en charge psychologique sur le lieu de travail avec un OR avec IC 95 % à 1.77 [1.05 – 2.99].

2.2 . Le groupe culturel.

2.2.1 . La conception culturelle de la douleur et de la douleur chronique.

Au niveau du groupe culturel, nous retenons tout d'abord la conception culturelle de la douleur et de la douleur chronique.

WEISSMAN et coll. (123) rappelle que la signification de la douleur est influencée par l'environnement culturel des personnes. En effet, certains groupes culturels voient en la douleur chronique une épreuve, à laquelle il est nécessaire d'être confronté au cours de la vie pour acquérir de la maturité. D'autres y voient un rituel de passage, imposé par un être suprême donc pas choisi dans le moment de survenue ni dans la forme. D'autres peuvent aussi y voir l'occasion pour le patient douloureux chronique de prouver sa résistance, sa volonté de combattre la douleur et d'acquérir ainsi l'estime des membres du groupe.

2.2.2 . L'incorporation de la douleur chronique dans la vie du groupe culturel.

Ce facteur n'est pas à négliger. La douleur chronique est en effet mieux tolérée par le patient douloureux s'il la comprend et lui donne une signification cohérente avec son existence en tant que membre de son groupe culturel. Nous l'avons vu ci-avant, chaque groupe culturel confère à la douleur une signification qui lui est propre et est transmise à tous ses membres dès leur plus jeune âge. Il va s'agir pour le patient de trouver une explication à sa douleur chronique par rapport au fonctionnement et aux connaissances et croyances du groupe d'appartenance. Cette explication trouvée, la douleur chronique est intégrée à la vie du groupe, le patient y retrouve sa place. Ainsi procèdent le chaman, le barreur de feu, parfois l'astrologue.

2.3 . La population multiculturelle.

2.3.1 . Le statut de minorité culturelle.

Pour la population multiculturelle, le statut de minorité culturelle influence l'interprétation de la douleur chronique par le patient.

Il interprète sa douleur selon les valeurs de son groupe. Mais cette interprétation n'est, en général, pas celle du médecin, qui, sauf exception, est issu du groupe culturel majoritaire, pour lui comprendre l'interprétation de la douleur du patient est difficile voire impossible. D'où le recours aux savoirs populaires du groupe culturel d'appartenance.

Par ailleurs, autant les minorités culturelles s'affirment de plus en plus dans nos sociétés occidentales, autant un membre douloureux chronique d'une minorité culturelle peut interpréter sa douleur chronique comme une tare supplémentaire venant s'ajouter à celle de membre d'une minorité culturelle et ainsi attendre le dernier moment pour consulter un médecin en dehors de son groupe culturel.

3 . Réponse à la douleur chronique.

L'influence de la culture est aussi très présente dans la réponse du patient à la douleur chronique, tant dans les réponses comportementales que dans les réponses d'attitude.

3.1 . L'individu.

3.1.1 . Facteurs déjà mis en évidence.

Au niveau de l'individu, les réponses comportementales consistent tout d'abord en l'expression de la douleur.

Celle-ci est le résultat direct de la perception puis de l'interprétation que le patient fait de sa douleur chronique et se manifeste par un degré d'expressivité plus ou moins élevé. Elle va donc varier selon certains facteurs culturels individuels déjà mis en évidence pour la perception de la douleur chronique – émotions, caractère introverti ou extraverti, aptitudes personnelles sensorielles – et pour son interprétation – éducation, aptitudes cognitives, convictions personnelles.

3.1.2 . Le niveau d'instruction.

Autres réponses comportementales : l'arrêt ou la poursuite du travail et l'interférence totale avec toutes les activités quotidiennes. Elles sont influencées par le niveau d'instruction atteint par le patient douloureux chronique.

PORTENOY et coll. (124), dans une enquête nationale réalisée aux Etats-Unis sur un échantillon national représentatif de 1335 personnes, montre en effet que la douleur invalidante est associée de manière significativement positive à un niveau d'instruction atteint plus bas que le lycée avec un OR à IC 95 % de 1.72 et de manière significativement négative avec un niveau d'instruction atteint plus élevé que la classe de 1ère avec OR à IC 95 % à 0.51 pour le niveau baccalauréat et à 0.32 pour le niveau université.

Dans une autre étude réalisée en Allemagne auprès d'un échantillon national représentatif de 9263 personnes sur les lombalgies aiguë et chronique, SCHMIDT et coll. (125) démontre le lien significatif direct entre niveau d'instruction bas et mise en invalidité pour lombalgie chronique.

3.1.3 . L'âge et le sexe.

Dans les réponses d'attitude de l'individu à la douleur chronique, âge et sexe sont deux facteurs d'influence à prendre en compte.

GREEN et coll. (113) met en évidence, chez les patients afro-américains et américains blancs caucasiens, des niveaux de dépression et de douleur plus bas chez les patients âgés et/ou de sexe féminin que chez les patients jeunes et/ou de sexe masculin. Cela s'explique par le soutien de la famille et des amis, plus important dans le quotidien des personnes âgées que dans celui des adultes actifs et privilégié par les femmes plutôt que par les hommes.

Deux autres réponses d'attitude de l'individu sont le fait de se définir soi-même comme incapable ou malade ou en bonne santé et l'ajustement à la douleur.

Là aussi, l'âge en est l'explication. En effet, la douleur chronique est moins bien vécue par le sujet adulte jeune au désir d'une vie pleine, remplie, sans entrave de type douleur chronique, que par le sujet âgé qui se sait diminué par le processus de vieillissement et dont l'objectif est de vivre au mieux avec les contingences cliniques parfois inévitables dues à l'âge, y compris la douleur chronique, même si celle-ci n'est pas une fatalité.

Ainsi en témoigne BAKER et coll. (126), par une étude sur des patients adulte afro-américains et américains blancs caucasiens d'un centre de prise en charge multidisciplinaire de la douleur. Il montre que les patients plus âgés, sans distinction ethnique c'est-à-dire culturelle, font face à la douleur et vivent avec, mieux que les patients plus jeunes.

3.2 . Le groupe culturel.

3.2.1 . Le degré de persistance de l'identité culturelle.

Au niveau du groupe culturel, pour les réponses comportementales, on retrouve le degré de persistance de l'identité culturelle fonction de la génération du patient (déjà vu au niveau de la perception de la douleur chronique par le groupe culturel et la population multiculturelle) comme un facteur d'influence des réponses comportementales à la douleur chronique par le patient.

Comme nous le rappelle WEISSMAN et coll. (123), l'expression ou degré d'expressivité de la douleur est influencée par l'environnement culturel des personnes.

On l'a vu ci-avant, dans un groupe culturel, la génération la plus ancienne est la garante du maintien de la tradition culturelle, de l'identité culturelle. Tout patient de cette génération, de manière inconsciente ou consciente, adopte face à la douleur chronique le comportement que la tradition culturelle lui dicte. Il témoigne ainsi aux yeux des générations plus jeunes de l'attitude idoine face à la douleur chronique et assume en ce sens sa fonction de modèle culturel. Il en retire aussi compréhension, compassion et bénéfices secondaires.

A l'opposé, la génération la plus jeune porte moins le poids de la tradition culturelle. Le patient de cette génération réagit face à la douleur chronique plus selon son seul ressenti, même si cette réaction reste guidée mais de façon moins importante par sa tradition moins omniprésente que pour la génération la plus ancienne.

En 1969 déjà, ZBOROWSKI (127) confirmait cette importance de l'environnement culturel sur l'expression de la douleur par une étude sur la douleur chronique chez des patients américains blancs caucasiens et américains porto-ricains. Les premiers nommés présentaient une expressivité basse type stoïcisme, qui est un trait de caractère du groupe culturel présenté comme la classe américaine moyenne blanche bien établie, et se montraient réticents à toute expressivité élevée de douleur. Les seconds nommés, au contraire, témoignaient d'une expressivité élevée typique de leur culture dans laquelle elle passe inaperçue, mais inappropriée pour leurs compatriotes blancs caucasiens patients et membres des équipes médicales et soignantes.

Le degré de persistance de l'identité culturelle est aussi un facteur d'interférence totale avec les activités quotidiennes.

WEISSMAN et coll. (123) indique que tous les groupes culturels sont concernés, sans exception.

CANO et coll. (114) montre que, par rapport aux américains blancs caucasiens, les afro-américains présentent, de manière statistiquement significative, des niveaux d'incapacité supérieurs d'où plus d'interférences avec les activités quotidiennes.

Toujours au niveau du groupe culturel, pour les réponses d'attitude, le degré de persistance de l'identité culturelle est également un facteur d'influence de ce type de réponses du patient à sa douleur chronique.

Comme nous le rappellent EDWARDS et coll. (111) et RILEY et coll. (115), anxiété et dépression réactionnelles à la douleur chronique vécue touchent tous les groupes culturels de la société américaine mais avec une prédominance chez les patients des générations les plus jeunes. Ils remarquent aussi que ces pathologies touchent de manière plus importante les afro-américains par rapport aux américains blancs caucasiens, ce que confirment TAN et coll. (121) et BAKER et coll. (126). Certains groupes culturels semblent donc plus fragiles que d'autres au niveau psychologique.

Autre réponse d'attitude : la recherche puis la présence du soutien social de la famille et des amis. Ce soutien est influencé par deux facteurs : la génération du patient et un soutien adapté à l'occupation principale du patient.

3.2.2 . La génération du patient.

Il est plus présent chez la génération la plus ancienne et moins présent parmi les générations les plus jeunes. En effet, dans ces dernières, les individus sont plus autonomes et gèrent donc seuls leur douleur chronique. Ce phénomène s'observe en particulier dans les groupes culturels émigrés.

3.2.3 . Un soutien adapté à l'occupation principale du patient.

L'adaptation du soutien à l'occupation principale du patient conditionne son efficacité. En effet, le soutien n'est pas le même pour un enseignant, un ouvrier, une femme au foyer. ABRAIDO-LANZA (128), dans une enquête auprès de 98 femmes au foyer atteintes d'arthrite chronique, pour lesquelles l'identité de femme au foyer revêt une importance centrale dans l'estime de soi, montre ainsi qu'un soutien réel dans le travail domestique est relié à un stress psychologique moindre, et que le soutien émotionnel participe au bien-être psychologique.

3.2.4 . L'origine culturelle.

Autre réponse d'attitude : se définir soi-même comme incapable ou malade ou en bonne santé. Elle reflète la qualité de vie auto-estimée liée à l'état de santé.

Les auteurs déjà cités en (112) et (113) montrent que cette réponse d'attitude est elle aussi sous l'influence de l'origine culturelle : dans les deux études, les patients douloureux chroniques afro-américains avouent une incapacité, avec un niveau plus élevé que les patients américains blancs caucasiens.

DOMINICK et coll. (129), dans une étude bibliographique sur les facteurs culturels impliqués dans l'arthrite chronique, met en évidence l'existence d'un risque plus élevé de

s'avouer en incapacité chez les patients afro-américains et américains d'origine hispanique par rapport aux patients américains blancs caucasiens. Ces résultats sont en faveur d'une attitude différente face à la douleur chronique selon l'origine culturelle : certains la subissent plus que d'autres, ont une capacité à lutter contre la douleur chronique moindre.

Les stratégies pour faire face à la douleur sont un autre type de réponses d'attitude et diffèrent aussi selon l'origine culturelle.

TAN et coll. (121) remarque que les patients afro-américains en utilisent un nombre plus important que les patients américains blancs caucasiens.

EDWARDS et coll. (111) note des différences culturelles systématiques significatives dans les stratégies pour faire face à la douleur entre afro-américains, américains d'origine hispanique et américains blancs caucasiens.

Dans son étude, CANO et coll. (114) précise les deux stratégies utilisées par les patients afro-américains pour faire face à la douleur chronique : divertissement de l'attention et prière.

ABRAIDO-LANZA et coll. (130), dans une enquête auprès de 109 femmes porto-ricaines atteintes d'arthrite chronique, met en évidence les stratégies les plus fréquemment utilisées par ces patientes pour faire face à leur douleur chronique : s'engager dans des activités sociales et prier.

HASTIE et coll. (131), dans une enquête sur la douleur dans la population étudiante américaine auprès d'un échantillon représentatif de 1037 étudiants, conclut que les étudiants afro-américains et américains d'origine hispanique utilisent plus la prière et moins la prise en charge personnelle que les étudiants blancs caucasiens.

BATES (80) remarque que les patients américains blancs caucasiens, plus que les patients des autres groupes culturels, veulent continuer de travailler et cherchent à rester occupés pour ne pas penser à la douleur chronique.

3.3 . La population multiculturelle.

Au niveau de la population multiculturelle, on peut aussi mettre en évidence différents facteurs culturels qui interfèrent avec la réponse à la douleur chronique.

3.3.1 . Le statut de groupe culturel dominant ou de minorité culturelle.

Pour les réponses comportementales, on retrouve l'expression de la douleur chronique, dont la compréhension est fonction du statut de groupe culturel dominant ou de minorité culturelle. A l'intérieur du groupe culturel, elle est conforme aux normes d'expression de la douleur communes à tous ses membres. Mais à l'extérieur du groupe culturel, elle n'est admise et comprise que si elle correspond aux normes du groupe culturel dominant.

L'alternative qui se pose au patient voulant que sa douleur chronique soit comprise, en premier lieu par le médecin consulté en général membre du groupe culturel dominant, est la suivante : soit son groupe culturel est le groupe dominant et le patient est alors compris, soit il est un groupe culturel minoritaire et le patient doit alors adapter l'expression de la douleur chronique à la culture du groupe dominant ou faire face à un interlocuteur qui comprend sa culture.

L'exemple connu est le fameux « syndrome méditerranéen », qui correspond à l'expression de toute douleur par des patients de pays du pourtour de la Méditerranée, jugée excessive par les médecins et soignants des pays septentrionaux : deux cultures se rencontrent mais ne se comprennent pas.

Pour les réponses d'attitude, la même cause explique le délai court ou long de consultation auprès d'un médecin.

La consultation est immédiate si le patient issu du même groupe culturel que le médecin, en général dominant, sait qu'il sera compris.

Elle est retardée le plus possible si le patient craint de ne pas être compris. Il va alors minimiser sa douleur et rechercher, dans sa culture, des explications rassurantes à sa douleur persistante.

3.3.2 . La place de la douleur au sein de la population multiculturelle.

Elle influence aussi les réponses d'attitude du patient à sa douleur chronique.

Comme nous l'avons déjà vu, dans de nombreuses sociétés en occident, la douleur est exclue du quotidien car témoigne de la fragilité de la nature humaine et par extension de la condition de mortel de tout être humain. La conséquence directe pour le patient est sa mise à l'écart, son isolement. Dans le contexte d'une population multiculturelle, appartenir au groupe culturel dominant est un facteur de soutien qui rassure dans l'épreuve de douleur chronique, appartenir à un groupe culturel minoritaire est un facteur accablant supplémentaire d'anxiété et peut même entraîner une dépression réactionnelle.

4 . Discussion.

De nombreux facteurs culturels influencent la perception, l'interprétation et la réponse à la douleur chronique de l'adulte.

Au niveau de la perception, on en retient neuf : quatre pour l'individu, deux pour le groupe culturel, et trois pour la population multiculturelle. Pour l'interprétation de la douleur chronique, on en met en évidence dix : sept pour l'individu, deux pour le groupe culturel et un pour la population multiculturelle. Pour la réponse à la douleur chronique, on en dénombre quinze : neuf pour l'individu, quatre pour le groupe culturel et deux pour la population multiculturelle.

Tout comme pour les facteurs sociaux, un facteur peut être présent à plusieurs étapes de la douleur chronique et est alors comptabilisé autant de fois. De plus, un facteur peut être lui-même fonction d'autres facteurs, comme par exemple pour l'interprétation de la douleur chronique au niveau de l'individu les aptitudes cognitives fonction de l'éducation reçue, du niveau d'instruction atteint et de l'environnement culturel. Au total, l'analyse de la littérature met en évidence trente-quatre facteurs culturels qui influencent la douleur chronique.

Tous n'interviennent bien sûr pas de manière identique au niveau de tous les patients, certains prédominent chez l'un et sont peu significatifs chez l'autre.

Il est cependant intéressant de remarquer la présence de seulement deux facteurs aux trois étapes de la douleur chronique : le statut de minorité culturelle et l'éducation.

Cela souligne qu'il est important de prendre en compte et de comprendre les minorités culturelles dans le contexte d'une population multiculturelle, c'est le cas de la grande majorité des pays occidentaux dont la France.

C'est aussi la confirmation du rôle prépondérant de l'éducation, qui peut favoriser le cheminement d'un enfant vers le statut futur d'adulte douloureux chronique ou au contraire l'en protéger. CANO et coll. (114) suggère d'ailleurs de considérer culture et éducation

ensemble lors de l'évaluation de l'efficacité des réponses d'attitude de type stratégies pour faire face à la douleur.

D'autres facteurs sont présents aux deux étapes de la douleur chronique. Les émotions, le caractère introverti ou extraverti, les aptitudes cognitives, les aptitudes personnelles et les convictions personnelles, soit cinq facteurs culturels d'influence, soulignent l'importance de l'individu au sein de l'environnement culturel :

« La culture est la charpente qui dirige le comportement humain dans une situation donnée. »
(123)

Le degré de persistance de l'identité culturelle au sein du groupe culturel est spécifique de ce dernier, plus élevé dans les générations anciennes. Il met en évidence l'influence du groupe sur l'individu.

La conception culturelle de la douleur et de la douleur chronique du groupe culturel d'appartenance est observée et toujours comprise à l'intérieur même du groupe, ce n'est pas forcément le cas au sein de la population multiculturelle. La difficulté rencontrée par le médecin, dont le patient est de culture différente de la sienne, va donc être de comprendre l'individu mais aussi sa culture afin de comprendre sa douleur chronique.

Comme le souligne CATHEBRAS (132) dans son article sur les liens entre douleur et culture :

« Les variations des comportements et attitudes face à la douleur sont en rapport avec les représentations culturelles du corps, de la santé, du monde, du malheur. »

VI . Les religions : définitions, caractéristiques principales, représentations.

1 . Définitions.

1.1 . Religion.

Pour les auteurs du Petit Larousse illustré 2002 (133), la religion est un ensemble de croyances et de dogmes qui définissent le rapport de l'homme avec le sacré. La façon de vivre la religion est définie par l'ensemble de pratiques et de rites propres à chacune de ces croyances.

TAYLOR (134) rejoint cette définition :

« La religion est un ensemble de symboles, de rites et de dogmes [...]. »

Pour ELIADE (135), la religion ne peut être définie et comprise que dans sa nature propre :

« Le phénomène religieux ne se révélera comme tel qu'à condition d'être appréhendé dans sa propre modalité, c'est-à-dire d'être étudié à l'échelle religieuse [...] afin de respecter son caractère sacré. »

La religion est donc propre à l'être humain, tant dans sa conception du sacré, fruit d'une réflexion métaphysique partagée, que dans sa pratique.

Comme le rappelle ESLAHPAZIR (136) :

« L'être humain est le seul être capable de penser, il est le seul être en possession d'une conscience de soi et capable de développer une morale et avoir une religion, autrement dit l'affirmation de la nature spirituelle de l'homme. »

Elle se vit en groupe de personnes, qui partagent des convictions et les mettent en pratique de la même façon. Elle offre une structure de regroupement de personnes, transversale par rapport aux organisations sociale et culturelle, d'où sa singularité et son intérêt.

1.2 . Spiritualité.

Toujours selon l'ouvrage déjà cité (137), la spiritualité est la qualité de ce qui est esprit, de ce qui est dégagé de toute matérialité. C'est aussi ce qui concerne la vie spirituelle : intelligence, esprit, morale, religion. La religion est donc intégrée dans la spiritualité de tout être humain, elle n'en est pas l'équivalent.

NEWSHAN (138) précise les quatre thèmes de réflexion fondamentaux à tout être humain, qui constituent la base de la spiritualité : la vie, l'amour, l'esprit, le pardon. Selon la religion, certains ou la totalité de ces thèmes sont traités. Aborder des questions spirituelles peut donc amener à réfléchir à leur dimension religieuse.

1.3 . Confession. (139)

C'est l'appartenance à telle ou telle religion.

1.4 . Foi. (140)

La foi est le fait de croire en Dieu, en des vérités religieuses révélées. La foi est donc le propre des religions centrées sur un Dieu et révélées. Nous allons le voir ci-après, ce n'est pas le cas de toutes les religions.

2 . Caractéristiques principales.

GIRA et coll. (141) nous rappelle que le terme religion recouvre des expériences très différentes selon les continents.

2.1 . La notion de Dieu.

Et tout d'abord la notion de Dieu. En effet, dans les religions révélées telles le judaïsme, le christianisme, l'islam, l'hindouisme, la religion est tout ce qui relie l'être humain à un être suprême et unique de nom générique Dieu, de nom spécifique propre à chaque religion : Yahvé pour les juifs, Dieu le Père pour les chrétiens, Allah pour les musulmans, Brahman pour les hindous (142). Dans une religion comme le bouddhisme, la notion de l'existence d'un Dieu n'est pas abordée car n'existe pas. Au contraire d'une révélation qui vient d' « en haut » et descend sur Terre parmi les hommes, le principe général est de se séparer de tout ce qui est sur Terre pour monter vers un « en haut » différent consistant en un état d'éveil. Une première différence se dessine donc déjà entre les religions centrées sur un être suprême fédérateur qui vient à l'homme pour le rendre heureux d'abord sur Terre lors de sa vie terrestre puis après sa mort, et celles centrées sur l'homme pour l'aider à se séparer de tout ce qui est terrestre.

2.2 . La transcendance et l'immanence.

Une autre caractéristique découle de la notion de Dieu : la notion de transcendance – immanence.

NAKAGAWA (143) note à juste titre une différence entre les religions révélées et celles innées. Dans le cas des premières nommées, telles le judaïsme le christianisme l'islam, on retrouve un mouvement de transcendance, c'est-à-dire de descente, des fondements et dogmes religieux et de la vérité, depuis un être supérieur suprême situé au-delà de toute expérience humaine possible vers l'être humain.

A l'opposé, dans les secondes nommées telles bouddhisme shintoïsme, les principes religieux résident et se manifestent dans l'être humain et dans la nature qui l'entoure, ils sont donc immanents, à lui d'y être attentif.

2.3 . L'immortalité.

Une autre caractéristique importante des religions est bien sûr la conception de l'immortalité, qui a toujours obsédé l'espèce humaine. Selon la religion, elle touche l'âme comme dans le bouddhisme, le corps comme dans le shintoïsme, ces deux dernières religions étant celles majoritaires au Japon, ou d'abord l'âme puis le corps lors de la résurrection le jour de la vie éternelle comme dans le christianisme.

Afin d'illustrer ces caractéristiques religieuses principales, nous allons maintenant rappeler quelques grandes religions pratiquées en ce début de XXIème siècle.

3 . Quelques grandes religions.

3.1 . Le judaïsme. (144)

Le judaïsme ou religion juive est une religion révélée, transcendante, basée sur l'alliance entre un être suprême, Dieu, et un peuple choisi par Dieu, les Hébreux.

Fondé par Abraham, le judaïsme est aussi une religion du livre : la Bible juive ou Ancien Testament, qui est la parole même de Dieu (145). Celle-ci est constituée de quatre parties (146) : le Pentateuque ou Torah qui comprend cinq livres dont les Livres de la Genèse et de l'Exode, les Livres Historiques ou Premiers Prophètes au nombre de dix, les Livres Prophétiques ou Derniers Prophètes au nombre de quinze, les Livres Poétiques et sapientiaux ou Hagiographes au nombre de sept.

Dans le Livre de l'Exode, Dieu amène son peuple à la Terre promise, guidé par Moïse à qui il révèle les Dix Commandements encore appelés Décalogue ou Tables de la Loi car gravées sur deux tables de pierre (147). Le peuple juif ne reconnaît pas en Jésus Christ le Messie annoncé par les prophètes, qu'il attend toujours.

La religion juive pratiquée est très exigeante dans la vie quotidienne. Les interdits sont nombreux les choses permises sont donc restreintes, comme par exemple ne manger que de la viande cachère c'est-à-dire conforme à la loi.

Elle représente 1% de la population française selon le Religioscope de 2003 (10).

3.2 . Le christianisme.

Le christianisme ou religion chrétienne est également une religion révélée, transcendante. Elle est basée sur la reconnaissance en la personne de Jésus Christ du Messie attendu par le peuple juif. Jésus est le fils de Dieu le Père. Son Père l'envoie sur Terre pour sauver les hommes du péché et les mener à la vie éternelle par l'amour de son prochain sur Terre, comme le précise l'évangéliste Jean qui rapporte ces propos de Jésus :

« Celui qui m'a vu a vu le Père. » (148)

Par sa vie publique, Jésus témoigne effectivement d'un amour sans faille pour son prochain. Sa résurrection trois jours après sa mort (149), relatée dans l'Évangile de Luc comme dans les trois autres Évangiles, confirme la véracité de ses propos.

Le christianisme est aussi une religion du livre : la Bible chrétienne, comprenant l'Ancien Testament et le Nouveau Testament. Ce dernier est composé de cinq parties : les Évangiles au nombre de quatre, les Actes des Apôtres, les Épîtres de Saint-Paul au nombre de quatorze, les Épîtres catholiques au nombre de 7, un livre prophétique qu'est l'Apocalypse de Saint-Jean. La religion chrétienne est majoritaire en France, 62% des français se disant chrétiens catholiques et 2% chrétiens protestants soit 64% au total (10), même si sa pratique y est en diminution franche, comme dans de nombreux pays occidentaux, contrairement à d'autres pays d'Afrique d'Amérique latine ou d'Asie.

La religion protestante (150), née de la Réforme de Luther en Allemagne reprise par Calvin en France au XVIème siècle, se distingue de celle catholique par trois affirmations

fondamentales : l'autorité souveraine de la Bible en matière de foi, ce qui écarte tout ce qui n'est que tradition humaine comme les saints et saintes, le salut par la foi qui est un don de Dieu, les œuvres bonnes ne sont donc pas la cause mais la conséquence du salut, la force du témoignage intérieur du Saint-Esprit qui permet au croyant de comprendre la parole de Dieu exprimée dans les livres saints.

3.3 . L'islam.

L'islam ou religion musulmane est, elle aussi, une religion révélée, transcendante. Elle est la communauté de croyants, rappelle LEVY (151), qui croit et met en pratique les enseignements et préceptes de vie transmis par Allah via le prophète Mahomet dans le Coran. Elle est donc aussi une religion du livre : le Coran est la parole d'Allah c'est-à-dire Dieu.

La loi canonique ou charia fixe les cinq piliers de l'islam : la profession de foi : il n'y a pas d'autre Dieu qu'Allah et Mahomet est l'envoyé d'Allah, la prière rituelle cinq fois par jour, le pèlerinage à La Mecque, le jeûne du Ramadan et l'aumône rituelle.

Pour le musulman, Dieu est surtout vu comme une puissance absolue au-dessus de tout être humain.

Suivre les enseignements et préceptes de vie laissés par Mahomet aux croyants permet d'accroître sa spiritualité, d'élever son âme vers Dieu, de montrer sa foi ici-bas afin de gagner sa place au paradis. Et Mahomet de rappeler :

« La vie ici-bas n'est qu'une jouissance illusoire. » (152)

3.4 . Le bouddhisme.

Le bouddhisme ou religion bouddhique est une religion innée, immanente . Le sujet bouddhique doit découvrir en lui-même le chemin spirituel pour se rapprocher de l'éveil. Somme des enseignements transmis par le Bouddha à ses disciples, ce chemin, présenté de manière symbolique par BALDINGER-ACHOUR (153), est le détachement de tout ce qui est matériel donc terrestre donc rattaché à la douleur, à commencer par soi-même, afin d'en être délivré en totalité et pouvoir ainsi atteindre l'éveil ou l'illumination encore appelée nirvana. Cela est formulé par le Bouddha dans son premier enseignement à ses disciples par ses quatre nobles vérités (154) (155) : la douleur est universelle, cette douleur a une origine, la douleur peut cesser, il existe des moyens pour faire cesser la douleur et libérer le soi.

Le Bouddha enseigne à ses disciples que lui a atteint le nirvana, donc que tout homme peut l'atteindre mais le cheminement pour y arriver est propre à chacun : c'est le karma. Au cours de la vie terrestre, le but est d'accumuler des mérites en faisant ce qui est juste et en suivant les préceptes de vie laissés par le Bouddha donc de ne pas faire ce qui est mauvais. A sa mort, l'être spirituel quitte alors sa dépouille et prend place dans un autre corps, dont la position sur l'échelle religieuse bouddhique est plus éloignée ou plus proche du nirvana selon qu'au cours de sa vie précédente ont été accumulées respectivement plus d'actions mauvaises que bonnes : c'est le cycle des réincarnations appelé samsara.

Même si les religions, comme celles précisées ci-dessus, se vivent en communauté, nous voyons bien qu'elles restent avant tout une relation personnelle entre l'individu et le sacré. Nous allons donc à présent voir comment l'appartenance religieuse influence l'interprétation et la réponse à la douleur chronique selon la religion.

Notons que l'analyse de la littérature n'a pas mis en évidence de facteurs religieux pouvant influencer la perception de la douleur chronique au niveau de l'individu, ni de facteur religieux d'influence lié à la communauté religieuse d'appartenance du patient.

VII . Les facteurs religieux de la douleur chronique.

1 . Interprétation de la douleur chronique.

UNRUH (156) voit en religion et spiritualité les moyens de construire une signification à la douleur, signification qui conditionne l'interprétation de la douleur. Cela apparaît d'autant plus vrai pour la douleur chronique.

1.1 . Le patient de confession juive.

1.1.1 . Un signe néfaste.

La douleur est considérée comme un signe néfaste, pas d'origine divine. Elle est ressentie comme nuisible et étrangère à toute volonté divine. Elle l'est d'autant plus qu'elle persiste, devient chronique et induit alors de l'anxiété quant à l'avenir. ZBOROWSKI (157) explique l'interprétation première de la douleur par l'histoire du peuple juif, dans laquelle tout signe mauvais à son encontre s'est avéré n'être que les prémices d'événements graves.

Le premier exemple nous parvient du premier livre de l'Ancien Testament, le Livre de la Genèse, à la fin duquel Joseph, fils de Jacob, meurt :

« Joseph dit à ses frères : je vais mourir. Dieu interviendra en votre faveur et vous fera remonter de ce pays vers le pays qu'Il a promis par serment à Abraham, Isaac et Jacob. » (158).

Suite à la mort de Joseph, Dieu n'intervient pas immédiatement et le peuple juif est asservi par les Egyptiens. Le signe néfaste qu'est la mort de Joseph, plonge le peuple juif dans un grand malheur, sans une quelconque intervention ni volonté divine. SORAJJAKOOL et coll. (159), par interview de quinze patients douloureux chroniques d'un centre américain de médecine comportementale, retrouve cet aspect négatif de la douleur chronique : la douleur chronique est perçue comme un facteur qui modifie la signification donnée à leur vie par les patients douloureux chroniques. Il s'en suit une perte importante de signification de la douleur, qui peut même parfois entraîner une addiction aux antalgiques.

1.2 . Le patient chrétien catholique.

1.2.1 . Le dolorisme.

Il est soumis à trois facteurs religieux qui interfèrent avec son interprétation de la douleur chronique.

Le premier est le dolorisme (160), qui est la tendance à exalter la valeur morale de la douleur, en particulier de la douleur physique. Cette dernière est considérée comme expiatoire, réparatrice d'une faute commise c'est-à-dire rédemptrice. Elle permet à l'être humain de se racheter du péché donc de se sauver : vertu salvatrice. La théorie du dolorisme s'est développée suite à la crucifixion de Jésus, considéré par les chrétiens comme Dieu fait homme selon le credo de l'Eglise catholique romaine (161). Elle a été mise en exergue dans la vie monastique à partir du VIème siècle par un moine irlandais Saint-Colomban, pour qui la douleur est un chemin vers Dieu. Ainsi prône-t-il les mortifications corporelles pour ses confrères, comme nous le rappelle MASSON (162). Cette pratique va rencontrer un franc

succès jusqu'au début du XXème siècle, où l'Eglise catholique romaine va émettre les premières condamnations à son encontre. Elle va alors maintenir sa ligne de conduite de critique des mortifications corporelles, rappelant à ses fidèles qu'avoir mal ne fait pas aimer mais qu'aimer peut faire mal tant au niveau spirituel qu'aux niveaux psychique et physique.

1.2.2 . La destinée.

La destinée est le second facteur. Tant dans l'Ancien Testament que dans le Nouveau Testament, l'être humain malade ou sain s'interroge sur le sens de sa destinée.

Pour Adam et Eve, dans le livre de la Genèse (163), la douleur est associée au mal, au péché qui est la prise de conscience d'eux même et de leur possible autonomie par rapport au Dieu créateur.

Pour Job, homme honnête et innocent de tout péché, la douleur chronique physique et psychique semble injuste. L'interprétation chrétienne du Livre de Job est intéressante. Dans l'esprit de Job et de ses contemporains, la douleur doit normalement punir l'homme pécheur. Pendant longtemps, Job ne la comprend pas donc a beaucoup de difficultés à la tolérer. Il l'accepte lors de sa survenue, comme une mise à l'épreuve :

« Nous acceptons le bonheur comme un don de Dieu. Et le malheur, pourquoi ne l'accepterions-nous pas aussi ? » (164)

1.2.3 . La mise à l'épreuve.

La mise à l'épreuve est le troisième facteur. Puis Job se rebelle contre son Dieu qui l'inflige d'une douleur imméritée :

« J'étais au calme. Il m'a bousculé. Il m'a saisi par la nuque et disloqué puis m'a dressé pour cible. Ses flèches m'encadrent. Il transperce mes reins sans pitié et répand à terre mon fiel. » (165).

Mais il garde espoir et foi en son Dieu, qui saura reconnaître son serviteur intègre et juste :
« Combien ai-je de crimes et de fautes ? Ma révolte est une faute, fais-les moi connaître. » (166).

« Je sais bien, moi, que mon rédempteur est vivant, que le dernier, il surgira sur la poussière. » (167).

Cette foi est reconnue par Dieu qui se manifeste à Job, lui montre sa supériorité et le félicite pour la force de sa foi en Dieu (168). Il l'en remercie en restaurant sa fortune (169). Ainsi, l'injustice de la douleur de l'innocent n'existe pas, pour Dieu toute douleur a une signification, intelligible ou pas, au patient douloureux et en particulier au patient douloureux chronique. Pour Job, c'est la mise à l'épreuve de sa foi.

GREENSTREET (170) confirme le rôle central de la spiritualité pour trouver une signification à la douleur chronique dans le cadre d'une maladie chronique et comme source d'espérance.

Les Evangiles montrent de nombreuses personnes atteintes d'une maladie chronique souvent accompagnée de douleur chronique telle par exemple la paralysie (171) (172) (173). De ceux qui ont foi en Dieu et en lui, Jésus modifie la destinée, qui semblait pourtant inéluctable.

Par Jésus et comme pour Job, Dieu reconnaît la foi du patient douloureux chronique et l'en remercie en le guérissant. Le malade a réussi le plus difficile : conserver foi en Dieu dans l'épreuve. En cela, il a accepté sa destinée de chrétien : garder confiance et espoir en Dieu. Il en va de même de Jésus, qui accepte sa destinée de Dieu fait homme jusqu'à en mourir sur la croix dans d'atroces douleurs. Jésus réussit le plus difficile : que sa foi soit plus forte que sa condition d'homme, que ses douleurs. Sa résurrection témoigne de la véracité de ses propos tenus durant les trois années de sa vie publique : la foi sauve et octroie la vie éternelle. La destinée du chrétien et celle de Jésus Christ, sont identiques : avoir une foi en Dieu plus forte que tout, sauve et conduit à la résurrection et à la vie éternelle. En ce sens, la douleur chronique est une épreuve spirituelle pour le chrétien.

Cela permet au pape JEAN-PAUL II d'écrire :

« L'homme y trouve [dans la douleur] une nouvelle dimension de toute sa vie, de sa vocation. » (174).

1.3 . Le chrétien protestant.

1.3.1 . La destinée.

La notion de destinée est identique à celle du chrétien catholique : la douleur comme le bonheur est un don de Dieu à accepter.

1.3.2 . L'épreuve vécue seul.

La notion d'épreuve vécue seul apparaît comme un autre facteur. La douleur, et plus particulièrement la douleur chronique, est en effet une épreuve longue, qui touche le croyant au plus profond de lui-même et le contraint à chercher et trouver seul, sous l'éclairage de la Bible, l'énergie spirituelle indispensable à l'octroi d'une signification et au dépassement de cette douleur. C'est ce cheminement spirituel, avec la force transmise par le Saint Esprit, qui importe et fait progresser le fidèle vers Dieu. L'épreuve doit faire grandir dans la connaissance de soi et du Seigneur.

1.4 . Le patient musulman.

1.4.1 . La prédestinée.

On trouve la notion de prédestinée. Si des obstacles, des embûches, des problèmes de santé tels la douleur chronique surviennent dans le cours de la vie, ils sont inscrits dans l'être humain bien avant sa naissance. Le croyant ne peut ni ne doit s'y soustraire mais doit persévérer dans sa foi en Allah pour améliorer sa situation car il en a les moyens.

1.4.2 . L'épreuve.

L'épreuve est aussi un facteur à ne pas négliger. Tous les problèmes qui surviennent, tels la douleur chronique, sont autant de mises à l'épreuve de la foi du croyant par Allah :

« Les hommes s’imaginent-ils qu’on les laissera tranquilles pour peu qu’ils disent : nous croyons ? Qu’on ne les mettra pas à l’épreuve ? » (175).

BUSSING et coll. (176), dans une étude comparative de patients malades chroniques palestiniens et allemands, remarque ainsi que pour les musulmans les causes spirituelles de maladie et de douleur chroniques sont vues comme un don d’Allah. Mais cela ne fait perdre ni la foi, ni l’interprétation positive de la maladie et de la douleur chroniques à la lumière de cette foi.

1.5 . Le patient bouddhique.

1.5.1 . La douleur méritée.

Toute douleur est méritée.

ESLAHPAZIR (177) la traduit comme fruit de la soif de plaisir et surtout d’exister, deux notions dont le fidèle doit se détacher.

GIRA et coll. (178) l’interprète comme le désir qui pousse l’homme à commettre – notion de culpabilité – des actes égocentriques.

On ne peut pas parler d’épreuve pour la douleur chronique mais bien de conséquence. Plus la douleur est intense, plus elle dure dans le temps donc est chronique, plus elle est le résultat d’actions antérieures mauvaises. Cela souligne l’importance d’accumuler des mérites tout au long de la vie afin d’éviter pareil désagrément.

1.5.2 . L’isolement.

Cela met aussi en évidence l’isolement dans lequel se trouve le bouddhiste : il est seul responsable de sa vie, personne ne peut l’aider. La notion de destinée n’existe donc pas. De même, la compassion est une notion inconnue, aider son prochain n’a aucun sens.

2 . Réponse à la douleur chronique.

2.1 . Religion et spiritualité en général.

L’analyse de la littérature montre que la pratique religieuse et la spiritualité influencent, d’une manière générale, les réponses d’attitude du patient à sa douleur chronique mais pas ses réponses comportementales.

2.1.1 . La signification donnée à la douleur chronique.

En outre, elles sont utilisées par les patients douloureux chroniques pour donner une signification à leur douleur comme vue dans le paragraphe précédent. Cette signification conditionne les stratégies, la manière de faire face à la douleur chronique et la gestion de cette douleur chronique (156).

2.1.2 . Le niveau de pratique religieuse et spirituelle.

La première réponse d'attitude d'origine religieuse est la pratique religieuse et spirituelle, absente ou présente chez le patient douloureux chronique. Dans des études sur des patients douloureux chroniques pratiquant une religion, RIPPENTROP et coll. (179) tout comme MOREIRA-ALMEIDA et coll. (180) montrent une relation significative entre leur pratique et l'augmentation des niveaux d'anxiété et de dépression chez les patients anxieux et/ou dépressifs connus.

Dans le même temps, ABRAIDO-LANZA et coll. (181) et MOREIRA-ALMEIDA et coll. (180) une nouvelle fois, montrent chez les patients sans troubles anxieux ni dépressifs avérés une relation significative entre la pratique religieuse et/ou de la spiritualité et l'amélioration du bien-être psychologique.

BANKS (182), dans son article sur des patients atteints de céphalées chroniques quotidiennes, note une amélioration de l'état de santé globale des patients qui pratiquent religion et/ou spiritualité. Par ailleurs cette pratique peut permettre la création d'un réseau « socio-religieux » de personnes à pratiques identiques, ce qui renforce le soutien social tant recherché par le patient douloureux chronique, comme le montre BUSSING et coll. (183) (184) dans deux études menées auprès de patients douloureux chroniques.

2.1.3 . Le sexe.

La seconde réponse d'attitude d'origine religieuse est constituée par les stratégies religieuses et spirituelles utilisées par le patient pour faire face à et gérer sa douleur chronique. Elles consistent en prières, méditation, louange, offices religieux quotidiens, espérance d'un soutien divin ou d'un être suprême, entre autres.

DUNN et coll. (185), par une étude sur 200 sujets américains blancs caucasiens douloureux chroniques d'âge moyen 76,3 ans, montre l'influence du sexe sur leur mise en pratique : elles sont plus utilisées chez les femmes que chez les hommes.

2.1.4 . L'origine ethnique.

L'origine ethnique influence également leur fréquence d'utilisation. ABRAIDO-LANZA (128), dans son étude sur 109 femmes américaines porto-ricaines douloureuses chroniques, montre que ces stratégies sont le second comportement le plus fréquent chez ces patientes, le premier étant l'engagement dans des activités pour ne plus penser à leur douleur chronique. EDWARDS et coll. (111) CANO et coll. (114) HASTIE et coll. (131) notent dans leurs études respectives des fréquences plus élevées d'utilisation de la prière et d'espérance d'un soutien divin chez les afro-américains et les américains d'origine hispanique par rapport aux américains blancs caucasiens.

2.1.5 . L'état physique du patient.

RIPPENTROP et coll. (179) montre une utilisation plus fréquente de ces stratégies lorsque l'état de santé physique du patient douloureux chronique empire, peut-être pour ainsi mieux vivre avec un état de santé physique très dégradé.

Voyons à présent les facteurs religieux influençant les réponses d'attitude à la douleur chronique du patient selon sa confession.

2.2 . Le patient de confession juive.

2.2.1 . L'aptitude à combattre tout malheur par ses propres moyens sous la protection de Dieu.

Le principal facteur religieux influençant ses réponses d'attitude à la douleur chronique est son aptitude à combattre tout malheur par ses propres moyens sous la protection de Dieu. Ce comportement s'explique une nouvelle fois par l'histoire du peuple juif. Suite à la mort de Joseph, le peuple juif sort d'Egypte comme raconté dans le Livre de l'Exode (186) et commence alors une longue et difficile errance dans le désert sous la conduite de Moïse avec pour nourriture la manne du Seigneur (187), jusqu'à la manifestation de Dieu à Moïse au mont Sinaï (188) :

« Ils arrivèrent au désert du Sinaï et campèrent dans le désert. Israël campa ici, face à la montagne, mais Moïse monta vers Dieu. Le Seigneur l'appela de la montagne [...] . »

La sortie d'Egypte est l'acte fondateur de la nation d'Israël. Le peuple juif compte avant tout sur lui-même pour se sortir de cette mauvaise passe. Dieu voit la confiance qu'il lui témoigne et l'en remercie par des interventions en sa faveur. Cette attitude est restée à jamais ancrée dans le peuple juif, transmise de génération en génération : lutter contre un entourage hostile, avec ses propres moyens, pour s'en sortir. Alors le Seigneur sera bon. La fondation de l'Etat d'Israël en 1949 (189) en est un exemple récent. La lutte contre la douleur chronique en est un exemple quotidien : elle mobilise le patient douloureux chronique mais également toute sa famille, ses amis, la communauté juive à laquelle il appartient. La douleur chronique n'est donc pas pour le patient une opportunité offerte par Dieu de se rapprocher de Lui mais une entrave à son bonheur, à combattre dans un premier temps par les moyens à sa disposition pour la vaincre.

2.3 . Le patient chrétien catholique.

2.3.1 . La compassion.

Il va mieux vivre sa douleur chronique s'il bénéficie de compassion à son égard. La compassion est le sentiment qui rend sensible aux douleurs d'autrui (190). Elle est présente, pour le chrétien, dès l'Ancien Testament, tout d'abord dans le livre d'Esaië où le prophète a la vision de la destruction d'Israël dont la peuple s'est éloigné du Seigneur son Dieu (191) avant que celui-ci ne lui vienne en aide et ne le sauve :

« En ce jour-là, ce que fera germer le Seigneur sera l'honneur et la gloire, et ce que produira le pays fera la fierté et le prestige des rescapés d'Israël. » (192).

Egalement dans le livre de Zacharie :

« Voilà pourquoi, ainsi parle le Seigneur : Je reviens vers Jérusalem avec compassion. » (193).

Les psaumes sont eux aussi riches de témoignages de la compassion de Dieu :

« C'est en Toi, Seigneur, que j'espère : Tu répondras, Seigneur mon Dieu ! » (194).

« Heureux celui qui pense au faible ! Au jour du malheur, le Seigneur le délivre, le Seigneur le garde heureux et vivant sur la Terre. Ne le livre pas à la voracité de ses ennemis ! » (195).

Dans les Evangiles, premiers Livres du Nouveau Testament, Jésus ne cesse de témoigner de compassion à l'égard de tous ceux qui ont mal dans leur tête, dans leur cœur, dans leur corps. Il guérit un enfant « possédé » probablement épileptique (196), des parents et leur fille de douze ans qui vient de décéder (197), une femme atteinte de ménométrorragies (198), entre autres exemples de guérisons. C'est ce que de nombreux auteurs ont appelé :

« Le ministère de compassion du Christ. » (199).

Ce ministère a inspiré de nombreuses œuvres chrétiennes par le monde, à titres d'exemples : Ordre de Malte (200), Missionnaires de la Charité (201) (202), ordres religieux orientés vers les soins aux malades et aux personnes âgées, œuvres de l'Abbé PIERRE (203) (204).

Et le pape JEAN-PAUL II d'expliquer par des mots simples :

« La victoire de Jésus sur la mort n'a pas supprimé la souffrance [physique] de l'espèce humaine mais jette sur la souffrance [physique] une lumière nouvelle : la compassion. » (205).

2.4 . Le patient protestant.

Il vit sa foi sans intermédiaire entre lui et Dieu. Ses réponses d'attitude à la douleur chronique sont influencées par deux facteurs religieux.

2.4.1 . Le cheminement spirituel accompli par la force transmise par le Saint Esprit.

Ce cheminement est ce qui importe et amène le patient à progresser dans la connaissance de lui-même et à se rapprocher de Dieu le Père. Il vit alors mieux sa douleur, en adéquation avec ses convictions religieuses ainsi confirmées et sur lesquelles il peut s'appuyer.

2.4.2 . La compassion.

De même que pour le chrétien catholique, la compassion est aussi un soutien important.

2.5 . Le patient musulman.

Il présente trois facteurs d'influence de ses réponses d'attitude à la douleur chronique.

2.5.1 . Le degré d'acceptation de l'épreuve imposée par Allah.

Ce facteur est d'autant plus influant de manière positive que la foi du patient est grande. Ce n'est pas parce qu'Allah lui impose l'épreuve de la douleur chronique que le patient s'y résigne. Il l'accepte et doit faire œuvre de patience, endurance, fermeté. Par là, il prouve sa confiance restée intacte en Allah (206). Mais il ne subit pas passivement sa douleur, au

contraire il lutte contre elle par les deux moyens mis à sa disposition par Allah : la prière et la médecine.

2.5.2 . La conviction de bénéficier de la miséricorde d'Allah.

Dans sa grande bonté, Allah répond aux prières du patient douloureux chronique croyant et lui vient en aide : Il lui accorde sa miséricorde en lui octroyant la dignité et la grâce quotidiennes dans l'épreuve de douleur chronique.

2.5.3 . Le droit de bénéficier des moyens médicaux adaptés pour soulager sa douleur.

Comme le précise le Coran (207) :

« Celui qui aura apaisé la douleur d'un autre sera à son tour soulagé par Allah en cas d'affliction. »

Le fait de savoir pouvoir bénéficier des soins et traitements médicaux adaptés représente déjà un réconfort psychologique puis un réconfort physique.

2.6 . Le patient bouddhique.

Il est, quant à lui, pourvu de deux moyens pour ses réponses d'attitude à la douleur chronique.

2.6.1 . L'accumulation de mérites.

Le premier par ordre chronologique est immatériel, directement influencé par sa religion et consiste à accumuler toujours plus de mérites par des offrandes, des prières.

2.6.2 . Le recours à la médecine.

Le second est matériel, permis par sa religion est le recours à la médecine. Il est sous influence du premier car est sollicité lorsque le premier s'avère insuffisant pour soulager la douleur.

LEVY (208) résume bien cette utilisation hiérarchisée de la religion et de la médecine :
« Le bouddhisme préconise le soulagement de la douleur en fonction des besoins de chaque patient [...]. Sa pratique peut inclure des prières, des offrandes. Si la douleur est trop importante pour que cette pratique soit réussie, il pourra solliciter un traitement antalgique. »

3 . Discussion.

Plusieurs facteurs religieux sont susceptibles d'influencer l'interprétation et la réponse à la douleur chronique.

Pour l'interprétation de la douleur chronique, le patient juif en présente un, le patient chrétien catholique trois, le patient chrétien protestant deux, le patient musulman peut être influencé par deux facteurs et le patient bouddhique par un seul. Pour la réponse à la douleur chronique, on retrouve quatre facteurs d'influence susceptibles d'intervenir sur les réponses d'attitude à la douleur chronique quelque soit la religion pratiquée. De façon plus spécifique, on en retient un pour le patient juif, un pour le patient chrétien catholique, deux pour le patient chrétien protestant, trois pour le patient musulman, deux pour le patient bouddhique.

On met donc en évidence quatre facteurs religieux généraux, deux facteurs liés à la confession juive, quatre liés à la religion chrétienne catholique, quatre pour la religion chrétienne protestante, cinq pour l'islam et trois pour la religion bouddhique pour un total de vingt-deux facteurs religieux.

Aucune grande religion ne reste indifférente à la question de la douleur, surtout si elle persiste et devient chronique. Que son soutien au patient douloureux chronique soit modéré comme dans le cas du judaïsme ou plus important comme dans les religions chrétienne et musulmane, la religion reste un point d'ancrage fort pour le patient douloureux chronique croyant.

Elle donne un sens métaphysique au vécu quotidien difficile et fournit ainsi au patient l'opportunité de prendre du recul sur sa situation.

Mais elle lui donne aussi un soutien matériel concret par la destinée. Elle est le signe de l'intervention divine bien réelle dans la vie des hommes par leur mise à l'épreuve.

Elle est aussi un encouragement à persévérer dans l'utilisation de tous les moyens à leur disposition pour lutter contre leur douleur chronique, dont ceux religieux.

La destinée peut être modifiée par la foi du croyant dans les confessions chrétiennes catholique et protestante, elle semble plus figée dans la confession musulmane. On retrouve ici la notion de transcendance propre aux religions révélées.

Dans le bouddhisme, au contraire, la douleur se doit d'être soulagée mais a sa place dans la continuité du cycle des réincarnations. C'est à l'être humain de trouver en lui seul les moyens de s'y soustraire : notion d'immanence des religions innées.

La conception de la douleur est donc fortement influencée par l'appartenance religieuse. Mais même le patient dit athée donc sans appartenance religieuse, vit dans une société et dans une culture influencées par la ou les religion(s) et spiritualité(s) majoritaire (s) : tradition judéo-chrétienne française, protestante américaine, chrétienne catholique et indigène des pays d'Amérique latine, bouddhique et shintoïque japonaise. Cet aspect est à prendre en considération par le médecin lors de ses consultations, en particulier lorsque le patient est de religion ou de spiritualité différente de la sienne. Ce n'est pas chose facile.

Dans son étude bibliographique sur les relations entre religion, spiritualité et médecine, Koenig (209) note en effet que la spiritualité est un domaine qui met nombre de médecins mal à l'aise. Il met en évidence plusieurs causes à cela : la pratique médicale dans ce domaine est restreinte tant à l'université, en formation médicale continue que dans l'exercice de la médecine, le médecin a peur de perdre son temps, le médecin a peur de dépasser les frontières éthiques.

Il semble à présent opportun de s'attarder sur les facteurs sociaux, culturels et religieux susceptibles d'influencer l'interprétation et la réponse du médecin à la douleur chronique.

VIII . Facteurs sociaux, culturels et religieux propres au médecin.

1 . Facteurs sociaux.

1.1 . Interprétation de la douleur chronique.

Plusieurs facteurs sociaux influencent l'interprétation de la douleur chronique du patient par le médecin pour interpréter la douleur de son patient.

1.1.1 . La connaissance des origines sociales du malade.

Elle est importante (nous l'avons vu précédemment au chapitre III).

1.1.2 . La connaissance de l'histoire personnelle et médicale du malade.

Elle est aussi importante : traits de personnalité, valeurs, événements importants de la vie aux niveaux personnel familial professionnel.

1.1.3 . Les compétences professionnelles du médecin.

Elles sont essentielles : connaissances médicales et scientifiques.

1.1.4 . Les capacités relationnelles du médecin.

Elles sont également essentielles, garantes d'une consultation qui permet l'abord serein de la douleur du patient.

1.1.5 . La conscience de sa propre représentation sociale.

Le médecin doit aussi avoir conscience de sa propre représentation sociale. En 1960 déjà, BALINT (210) note que la société attribue au médecin de nombreuses qualités : homme ou femme de science, héritier des traditions anciennes, guérisseur par pouvoir magique, éducateur qui transmet ses connaissances et éduque son patient. Elle voit aussi en lui un être humain pragmatique, décideur, aux grandes capacités de travail, apte à assumer des responsabilités conséquentes et à résister à un niveau de stress élevé, qui conserve le recul nécessaire sa logique rationnelle et ses capacités de raisonnement même dans les situations aiguës d'urgence. Elle reconnaît en lui l'apôtre défenseur de la vie et de la santé, propagateur des bonnes habitudes de vie. Elle le fait porteur de qualités humaines nobles (211) : confiance, dévouement, honnêteté, respect, patience, présence, écoute empathique, aptitude à relativiser sa propre histoire, ses valeurs personnelles et son propre mode de fonctionnement par rapport à ceux du patient. Elle le considère comme un être humain asexué selon une convention implicite de déssexualisation des rapports médecin – malade.

Mais, comme nous le rappelle très justement LALONDE et coll. (212), le médecin de ce début de XXIème siècle doit aussi être conscient de la diminution actuelle de crédibilité en cette représentation sociale idéalisée. Ceci est dû à plusieurs phénomènes : reconnaissance

judiciaire d'erreurs médicales et chirurgicales médiatisée, déconsidération sociale de certaines spécialités médicales par exemples médecine générale et médecine du travail, segmentation des soins par de nombreux intervenants du médecin à l'auxiliaire de vie en passant par le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, l'infirmière ou le pédicure, développement des médias de vulgarisation des connaissances médicales journaux (213) (214) télévisuels (215) sites internet (216) (217) faisant croire à la toute puissance de la médecine. On retrouve aussi comme autres causes le développement des médecines dites parallèles telles homéopathie ostéopathie acupuncture.

A ce propos, une enquête nationale représentative réalisée aux Etats-Unis par WADE et coll. (218) sur 808 femmes âgées de 18 ans et plus, met en évidence le fait suivant : plus de la moitié des femmes interrogées utilisent une médecine dite parallèle, spécialement dans le cadre de la douleur chronique.

CHAO et coll. (219) montre que ce phénomène touche toutes les populations, quelque soit leur origine culturelle, même si la motivation à se tourner vers une médecine parallèle n'est pas identique d'un groupe culturel à l'autre, ce que confirme HSIAO et coll. (220).

1.1.6 . Les limites personnelles du médecin.

Par ailleurs, le médecin sera plus efficace pour le patient douloureux chronique s'il a connaissance de ses limites personnelles. Celles-ci sont au moins au nombre de quatre : la formation dans une culture médicale donnée, à la pratique d'un type de médecine donné, la spécialisation fréquente dans un domaine particulier à l'intérieur de ce type de médecine, le niveau et l'actualisation de ses connaissances dans le domaine d'exercice. L'approche du patient douloureux chronique est limitée à une voie d'abord, celle du médecin consulté. En avoir connaissance permet au médecin traitant d'adresser son patient au confrère ou à la consœur idoine lorsqu'il l'estime nécessaire.

1.1.7 . Le vécu personnel d'une douleur par le médecin.

Le vécu personnel d'une douleur par le médecin influence son interprétation de la douleur chronique du patient. Le praticien sait ce que douleur chronique sous-entend au quotidien en termes de contraintes, de qualité de vie, de possible limitation de la vie sociale, et en tient compte dans sa prise en charge du patient douloureux chronique.

1.1.8 . La fixation sur l'organicité.

Un autre écueil est de se fixer sur l'organicité 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 : persister 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 dire au patient qu'aucune cause organique n'est trouvée. Cette démarche semble moins évidente mais est honnête.

1.1.9 . Une disponibilité de plus en plus réduite.

Enfin, il ne faut pas négliger la contrainte temporelle, qui octroie au médecin une disponibilité de plus en plus réduite à son patient.

1.2 . Réponse à la douleur chronique.

La réponse que donne le médecin à la douleur chronique du patient est influencée par différents facteurs.

Certains sont la conséquence directe des facteurs qui influencent l'interprétation de la douleur.

1.2.1 . La recherche d'avis diagnostiques et thérapeutiques multiples par le patient.

Le médecin a en face de lui des patients de plus en plus nombreux qui recherchent par eux même des avis diagnostiques et thérapeutiques multiples motivés par la perte progressive de confiance en la médecine.

1.2.2 . Le vécu personnel de douleur chronique.

S'il y a un vécu personnel de douleur chronique par le médecin, il sera un soutien pour la prise en charge tant que le médecin reste vigilant à ne pas projeter son propre vécu de douloureux chronique sur celui du patient. En effet, médecin et patient ne vivent pas la douleur de la même façon donc n'amènent pas de façon systématique les mêmes réponses au niveau de la prise en charge.

1.2.3 . Les rôles concrets tenus par le médecin.

D'autres facteurs d'influence sont liés aux rôles concrets à tenir par le médecin.

- Tout d'abord, le médecin doit soutenir le patient et sa famille pour les aider à cheminer ensemble et à faire face aux démarches administratives et sociales nombreuses auprès de différents intervenants, dans le cadre de la prise en charge sociale de la douleur chronique : employeur, sécurité sociale, compagnies d'assurance, établissements bancaires.

- Ensuite, le médecin doit faire face à une pression psychologique de plus en plus importante de la part du patient douloureux chronique et de son entourage, pour qui il doit être irréfutable tant au niveau des moyens diagnostiques que des traitements instaurés.

Corollaire de cette situation, l'aveu d'impuissance thérapeutique dans le cadre de la douleur chronique rebelle est difficile à admettre par le médecin et à comprendre par le patient douloureux chronique et son entourage (221).

- Enfin, le médecin ne doit pas perdre de vue l'adaptation du traitement selon l'évolution de la douleur chronique du patient.

1.3 . Discussion.

De nombreux facteurs sociaux vont influencer le médecin dans l'interprétation de la douleur chronique du patient et sa réponse à cette douleur : neuf pour l'interprétation, six pour la réponse, quinze au total.

Trois facteurs individuels apparaissent essentiels : bien connaître son patient reste primordial pour une prise en charge personnalisée adaptée au malade.

Des compétences professionnelles médicales solides associées à des qualités humaines nobles sont les deux autres facteurs essentiels, armes de choix du médecin pour comprendre et combattre la douleur chronique de son patient.

La perte progressive de crédibilité en la médecine, telle la biomédecine occidentale allopathique pratiquée en France et dans d'autres pays occidentaux, retrouvée dans l'interprétation et la réponse à la douleur chronique, induit une confiance partielle du malade envers son médecin. Par ses compétences professionnelles, le médecin essaiera de restaurer une confiance totale.

La croyance fautive de la toute puissance de la médecine envers toute maladie et toute douleur, devenues de ce fait intolérables et pas tolérées, médiatisée à tort, est un obstacle supplémentaire à franchir par le médecin dans sa démarche.

Le vécu personnel de douleur chronique par le médecin est l'autre facteur retrouvé aux deux étapes interprétation et réponse à la douleur chronique. Il appartient au médecin de rester vigilant pour que ce vécu soit toujours un avantage dans l'interprétation de la douleur chronique du patient et ne devienne pas un handicap dans son traitement.

La segmentation actuelle de la biomédecine occidentale rappelle à tous le besoin de formation d'omnipraticiens de soins primaires. Elle est aussi un appel à ne pas oublier la composante humaine du patient. En effet, comme le soulignent MADISON et coll. (222) MILLER et coll. (223) et NEWSHAN (224), dans la biomédecine occidentale on soigne des maladies, des douleurs chroniques comme des objets de science, on ne soigne plus des personnes avec des maladies et/ou des douleurs chroniques.

Il est important d'avoir une synthèse ou vision globale du syndrome douloureux, et pour cela de ne pas travailler en solitaire mais en réseau.

2 . Facteurs culturels.

2.1 . Interprétation de la douleur chronique.

Plusieurs facteurs sont à prendre en compte.

2.1.1 . La conscience de la diversité culturelle de la société.

La conscience de la diversité culturelle de la société dans laquelle le médecin exerce, est un outil culturel indispensable pour comprendre les patients de diverses cultures qui s'adressent à lui.

2.1.2 . La connaissance de la culture du patient.

Le médecin doit également connaître quelle est l'influence de la culture du patient sur la perception, l'interprétation et la réponse à son symptôme.

2.1.3 . La connaissance de sa propre culture.

Il se doit de connaître sa propre culture d'origine (123), avoir conscience de son adaptation à sa culture d'origine selon ses caractéristiques personnelles comme l'y invitent DAVITZ et coll. (225) déjà en 1976 puis vingt ans plus tard YATES et coll. (226). Cela demande une relecture impartiale pas toujours évidente de son vécu.

Il semble aussi indispensable d'avoir conscience de l'influence de sa propre culture sur son abord du patient douloureux chronique comme le note CATHEBRAS (132) et savoir la relativiser (123).

2.1.4 . La conscience de l'influence de sa propre culture sur sa formation médicale.

Il est aussi important qu'il ait conscience du biais culturel créé par sa culture d'origine sur sa formation à la pratique médicale. Dans le cas de la biomédecine occidentale, on retrouve par exemples la séparation manichéenne (227) du corps et de l'esprit en deux entités distinctes. On retrouvera aussi la recherche cartésienne (228) en première intention d'une cause organique à toute douleur chronique par arguments de preuve et de fréquence.

Devient alors possible l'analyse de l'expression orale et corporelle de sa douleur chronique par le patient sous le regard croisé de ses caractéristiques culturelles et de celles du médecin. La plainte algique du patient prend alors tout son sens culturel.

Deux situations se présentent : soit le patient et le médecin partagent la même culture, la compréhension de la douleur chronique du patient est plus aisée pour le médecin ; soit les deux protagonistes sont de cultures différentes, c'est alors au médecin de rejoindre le patient dans sa culture, sans quoi, comme le précise BATES (229), la communication est impossible et l'incompréhension s'installe.

PATEL et coll. (230) souligne bien, dans son étude auprès de patients douloureux chroniques d'origine asiatique résidant au Royaume Uni à Leicester et pris en charge dans deux centres de soins primaires, que c'est là l'une des difficultés rencontrées par le médecin généraliste, outre la barrière de la langue.

Quant à WACHTLER et coll. (231), dans une étude menée en Suède auprès de médecins généralistes prenant en charge des patients immigrés dont certains douloureux chroniques, il fait ressortir la solution quelque peu radicale adoptée par les médecins interviewés : éluder le problème de la différence culturelle en ne prenant pas en considération la culture d'origine du patient.

2.1.5 . La compréhension du degré de responsabilisation du patient.

C'est un autre facteur culturel, qui peut modifier l'interprétation de la douleur chronique par le médecin. Là aussi, nous pouvons distinguer deux cas.

Dans le premier cas, dans la culture d'origine occidentale, l'individu est considéré comme une unité indépendante, autonome de l'entourage et de son groupe culturel d'appartenance. BELLAH et coll. (232), STEIN (233) notent que, dans ces cultures, de type occidental, l'individu est seul responsable de sa vie, de sa santé, de sa réussite, de ses décisions. En cas de douleur chronique, l'inconvénient réside en une charge psychologique qui peut devenir trop lourde pour l'économie psychique du patient d'où une douleur chronique aggravée, ce que FINKLER (234) remarquait déjà en 1991. L'avantage est que l'individu reste seul maître de lui-même.

Dans le second cas, dans la culture d'origine orientale, l'individu est considéré comme un membre dépendant de son entourage et de son groupe culturel d'appartenance. Tous les membres du groupe sont concernés et responsabilisés devant la maladie, devant la douleur chronique d'un seul, et donnent leur avis sur les décisions à prendre. L'inconvénient est la négation de l'individu au profit de l'intérêt du groupe, l'avantage est le soutien du groupe donc l'absence de solitude dans le quotidien.

2.2 . Réponse à la douleur chronique.

2.2.1 . L'adaptation à la culture du patient.

Le médecin devra adapter sa réponse à la culture du patient afin d'être compris par ce dernier. Selon le degré de responsabilisation du patient douloureux chronique, dans le premier cas évoqué ci-dessus, le patient est seul responsable de l'échec ou du succès des traitements entrepris, dans le second cas chaque membre de l'entourage du patient, de son groupe culturel d'appartenance, ainsi que le médecin, est considéré responsable de l'échec ou du succès des traitements entrepris car y a apporté sa « quote-part ».

2.2.2 . La connaissance des croyances fausses du patient et de son groupe culturel.

Un autre facteur d'influence de la réponse est le fait d'avoir connaissance des croyances fausses ancrées dans l'esprit du patient et du groupe culturel. Parmi les plus fréquentes, on retiendra, par exemple : la transmission obligatoire d'une pathologie de génération en génération (lombalgies chroniques, migraines résistant à tout traitement anti-migraineux). On note aussi la douleur considérée comme une composante normale de l'âge croissant et à laquelle se résigner selon ALLCOCK et coll. (235). Ou encore la certitude que la prise de médicaments antalgiques morphiniques induit toujours une toxicomanie aux opiacés selon Mc CAFFERY et coll. (236) et WILLIAMS et coll. (237)

2.2.3 . La priorité dans la prise en charge du patient.

La priorité du médecin doit être le soulagement à long terme du patient douloureux chronique.

2.2.4 . Le découragement, la lassitude.

Enfin, par découragement ou lassitude ou s'en sentant incapable, le médecin peut adopter des comportements d'évitement : annulation de consultations au dernier moment, espacement des visites, refus de répondre au patient par téléphone. Si c'est le cas, il semble judicieux d'adresser le patient à un confrère ou un confrère plus apte à le prendre en charge.

2.3 . Discussion.

On retrouve cinq facteurs culturels pour l'interprétation de la douleur chronique du patient par le médecin, et quatre facteurs culturels pour la réponse à la douleur chronique du patient soit un total de neuf facteurs d'influence d'origine culturelle.

Les facteurs de l'interprétation présentent deux données principales à prendre en considération par le médecin : sa propre culture et la culture du patient. La consultation est la rencontre de deux personnes mais aussi de deux cultures lorsque celles-ci sont différentes. Comme nous le rappelle WEISSMAN et coll. (123), le praticien doit être conscient des différences culturelles entre lui et chaque patient, les comprendre et les accepter, être capable de s'adapter à la diversité culturelle. L'idéal est de transformer cette diversité en richesse voire en une force supplémentaire afin de trouver les moyens les plus adaptés pour lutter contre la douleur chronique. Cela demande du temps et n'est possible que dans le cadre d'une relation de confiance éprouvée entre le médecin et le malade.

L'adaptation à la culture du patient modifie la réponse à la douleur chronique du patient, ce qui souligne son importance pour le médecin. Il en est de même du degré de responsabilisation du patient, également présent aux deux étapes interprétation et réponse. Ce dernier doit s'adresser à la bonne personne, celle qui décide, pour soigner le patient. Selon la culture, elle est le patient lui-même, le patriarce ou la matriarce, ou la personne morale du groupe culturel d'appartenance.

3 . Facteurs religieux.

3.1 . Interprétation de la douleur chronique.

3.1.1 . La connaissance des grandes religions.

Il semble tout d'abord important que le médecin connaisse les grandes caractéristiques des principales religions pratiquées dans son pays d'exercice, dont la religion du patient douloureux chronique fait certainement partie, et leur influence sur la perception, l'interprétation et la réponse à la douleur chronique par le patient.

3.1.2 . La détermination de la foi du patient.

Il lui faut ensuite déterminer si le patient douloureux chronique est ou n'est pas croyant.

3.1.3 . L'importance de la religion / spiritualité dans la vie du patient.

Ceci acquis, il est intéressant d'essayer de cerner l'importance de la religion / spiritualité dans la vie du patient douloureux chronique avant puis après le début de sa douleur : intensité de sa foi, niveau de pratique religieuse, impact de la religion dans la vie quotidienne, remise en cause de sa foi devant la persistance de la douleur.

3.1.4 . La connaissance de sa propre religion / spiritualité.

Connaître sa propre religion / spiritualité et avoir conscience de son influence dans sa vie personnelle et dans son exercice professionnel est tout aussi fondamental car véritable base à la compréhension de la confession du patient.

Deux cas sont possibles. Premier cas : médecin et patient pratiquent la même religion. La compréhension du sens religieux / spirituel donné par le patient à sa douleur chronique en est facilitée. Second cas : les deux religions sont différentes. Le médecin a alors sa propre base de réflexion spirituelle sur laquelle il s'appuie pour comprendre la religion / spiritualité du patient et son influence sur l'interprétation de la douleur chronique par le patient.

3.1.5 . Le vécu personnel du médecin.

C'est un facteur primordial : avoir déjà eu une réflexion personnelle, par exemple lors d'une expérience personnelle de douleur chronique, ou une formation sur le sens religieux et spirituel véhiculé par de grandes questions métaphysiques telles la douleur.

JAMES (238) remarque qu'il est alors plus à son aise lorsque le patient aborde pareille réflexion spirituelle, plus sensible aux besoins de sens religieux du patient sur sa douleur chronique et peut lui fournir des éléments de réponse clairs et intelligibles, adaptés et dans le respect de sa confession.

Cet état des lieux religieux du patient et de lui-même effectué et intégré, le médecin est apte à comprendre les aspects religieux et spirituels de la douleur chronique du patient.

3.2 . Réponse à la douleur chronique.

3.2.1 . La connaissance de la religion / spiritualité du patient.

La connaissance de la religion / spiritualité du patient douloureux chronique, tout au moins dans ses traits principaux, est importante pour le médecin. Elle lui permet de tenir le rôle que le patient attend qu'il tienne, et de répondre de manière appropriée et censée aux besoins du patient.

Ainsi, un patient de confession juive voit-il dans le médecin une des ressources de son entourage immédiatement mobilisées dans la lutte contre la douleur chronique. Le médecin n'est en rien le témoin terrestre des qualités divines, tout comme la douleur chronique est étrangère à toute action du Très-Haut.

Pour le patient chrétien, le médecin est à l'image du Christ par ses qualités de compassion, accueil, écoute, compréhension mais ne doit pas être confondu avec le Christ médecin des corps et des cœurs, guérisseur par miracles instantanés.

Le patient musulman attend du médecin le respect de sa mise à l'épreuve par Allah sous peine de blasphème mais aussi le soulagement de sa douleur chronique.

Vis-à-vis du patient bouddhique, le médecin ne peut que respecter le karma du patient car ne peut y intervenir, par contre il peut soulager la douleur chronique même la guérir s'il en a la possibilité.

3.2.2 . Le respect des limites fixées par le patient.

Quelque soit la religion du patient, le médecin reste vigilant à respecter les limites de la réflexion spirituelle fixées par le patient. Rester bien au dessous de ces limites est source de déception de la part du patient douloureux chronique envers son médecin. Les atteindre est témoignage de compréhension du médecin envers la quête de sens religieux de sa douleur chronique par le patient. Les dépasser est source de confusion pour le patient douloureux chronique alors dépassé par la réflexion spirituelle qu'il a initiée.

3.2.3 . Le vécu personnel du médecin.

Son vécu personnel, déjà facteur d'interprétation, aide le médecin à accompagner, soutenir, et parfois guider le patient douloureux chronique dans sa réflexion sur le sens religieux et/ou spirituel de sa douleur.

Il est judicieux pour le médecin de ne pas parler de lui-même ni donner des réponses personnelles préparées à l'avance mais simplement cheminer avec le patient.

3.2.4 . La présence du médecin auprès du patient.

Pour atteindre son objectif de soutien religieux et/ou spirituel au patient douloureux chronique, le médecin va alors, avant toute autre prise en charge, être présent aux côtés du patient. Et la qualité de sa présence est fondamentale. Prendre le temps nécessaire avec le patient, l'écouter de manière attentive, sans a priori, comprendre et soutenir le sens religieux et/ou spirituel donné à sa douleur chronique comme KOENIG (209) le suggère, le rassurer : l'environnement propice est en place.

Le patient peut alors, s'il le désire, faire participer le médecin à sa vie spirituelle et aborder ses doutes, ses craintes, ses certitudes, les questions spirituelles qui le taraudent.

Attention : le rôle de confident ainsi conféré au médecin ne doit pas lui faire oublier qu'il est avant tout celui auquel le patient confie sa santé.

3.3 . Discussion.

Une nouvelle fois, nous retrouvons de nombreux facteurs religieux : cinq pour l'interprétation, quatre pour la réponse à la douleur, neuf facteurs au total.

Il est important pour le médecin de connaître la religion / spiritualité pratiquée par le patient et la sienne. Il est aussi important d'avoir conscience de son vécu personnel qui modifie son regard médical sur la douleur chronique. Ces mêmes facteurs sont retrouvés au niveau de la réponse du médecin à la douleur chronique du patient.

Plutôt que diriger le débat, il laisse le patient aborder spontanément la question du sens religieux et spirituel s'il le souhaite, lorsqu'il le juge opportun et selon la forme qui lui convient. Il l'accompagne, le soutient dans sa quête mais le patient reste seul maître à bord. BANKS (182) suggère même, en conclusion de son étude sur des patients céphalalgiques chroniques quotidiens, d'aller plus loin : parce que la religion amène une amélioration nette des signes cliniques chez les patients douloureux chroniques étudiés, il propose de reconnaître cet aspect de la vie d'un patient et d'encourager l'utilisation positive du système de croyance du patient comme un complément au traitement. Il confirme ainsi l'importance de la religion / spiritualité dans la réponse à la douleur chronique par le patient.

IX . Discussion générale.

1 . Références bibliographiques.

Pour effectuer notre recherche, nous avons pu rassembler 238 références bibliographiques à partir de bases de données – PubMed, Pascal, INIST – livres, internet, Bible, dictionnaires, statistiques I.N.S.E.E. .

1.1 . Les publications dans des ouvrages périodiques.

Les études cliniques constituent le groupe le plus important avec soixante-dix-neuf références. Elles consistent principalement en analyses de réponses à des interviews semi-structurées et analyses d'enquêtes nationales sur la santé. La majorité de ces études, soixante et une références, a été réalisée aux Etats-Unis. Cela s'explique par les importantes communautés culturelles différentes qui y vivent et affichent leurs singularités : Afro-américains, américains d'origine hispanique, américains blancs caucasiens de vieille souche, américains d'origine porto-ricaine. Puis viennent la France avec treize références, l'Allemagne huit références, le Royaume-Uni six références, la Suède et l'Italie deux références, le Canada le Mexique le Brésil la Belgique l'Espagne la Pologne la Hongrie la Slovaquie l'Estonie la Palestine l'Arabie Saoudite les pays du Maghreb et l'Asie (chacun une référence). Au total, dix-sept pays ont publié et cinq régions du monde sont concernées : Amérique, Europe, Maghreb, Moyen-Orient et Asie. Plusieurs études ont été menées simultanément dans plusieurs pays.

Ces études touchent surtout les facteurs sociaux et culturels.

Les pathologies concernées sont la douleur chronique en général, les céphalées et migraine chroniques, la fibromyalgie, l'arthrite et le S.I.D.A..

1.2 . Les livres.

Les livres constituent le second groupe de références bibliographiques avec soixante-six références. Ils ont trait à la douleur, la douleur chronique, les patients douloureux chroniques, la culture, les religions.

1.3 . Les livres saints.

Puis viennent les livres saints avec vingt-neuf références dont vingt-six pour la Bible, deux pour le Coran et une pour les enseignements du Bouddha.

1.4 . Les dictionnaires.

En quatrième position arrivent les références de dictionnaires avec vingt-et-une définitions.

1.5 . Les sites internet.

Nous notons douze références de sites internet.

1.6 . Les autres sources de références bibliographiques.

On retrouve neuf références statistiques de l'I.N.S.E.E., six références d'enseignements, cinq références de medias, cinq références philosophiques, deux références de physiopathologie et deux de textes de l'U.N.E.S.C.O. .

2. La douleur chronique : un phénomène complexe.

L'analyse de la littérature montre, et ALLAZ (239) le confirme, que la douleur chronique est un phénomène complexe, qui inclut des dimensions organiques mais aussi psychologiques, relationnelles, multifactoriel, multidimensionnel, polymorphe, subjectif. Nous avons ainsi mis en évidence qu'il existe effectivement de nombreux facteurs qui influencent la perception, l'interprétation et la réponse à la douleur chronique non cancéreuse de l'adulte. Quatre-vingt-seize facteurs propres au patient ont été mis en évidence, ce qui témoigne de la complexité du phénomène de douleur chronique. Bien sûr, tous n'interviennent pas de façon simultanée pour chaque patient.

Nous sommes maintenant bien loin de la conception du patient douloureux chronique admise par une grande partie des auteurs des années 1980 tels ARONOFF (240) et encore de nos jours pour une partie des professionnels de santé : les patients douloureux chroniques constituent un groupe homogène de malades atteints de désordres psycho-socio-économiques significatifs. Cette idée préconçue influence de façon néfaste le médecin dans son approche et ses démarches diagnostique et thérapeutique. Elle constitue une première barrière qui empêche le médecin de considérer sans aucun a priori le patient douloureux chronique.

D'autres barrières sont retrouvées dans la biomédecine occidentale allopathique, elles sont les explications possibles à l'échec de prise en charge de la douleur chronique.

Le dualisme corps-esprit est bien connu et sépare le somatique du psychique or les deux sont constitutifs du patient et liés.

La prise en charge de la douleur peut être limitée au symptôme par des traitements antalgiques.

L'approche de la douleur chronique est unimodale et restreinte au domaine d'exercice et aux compétences du praticien consulté.

Le temps disponible pour chaque patient est limité.

Ainsi considère-t-on que traiter le symptôme c'est traiter tous les aspects de la douleur chronique. On ne cherche pas ou peu à mettre en évidence les facteurs sociaux, culturels, religieux influençant la douleur chronique. On ne pense pas non plus à s'occuper des conséquences sociales, culturelles spirituelles et psychiques de la douleur chronique pour le patient, qui peuvent persister longtemps même après disparition de la douleur chronique.

3 . Proposition d'un outil clinique pour déterminer les facteurs sociaux, culturels et religieux.

Or, parfois, il n'y a pas d'étiologie mise en évidence pour la douleur chronique et des traitements antalgiques puissants de palier II à III s'avèrent inefficaces ou insuffisants. L'analyse des facteurs influençant la perception, l'interprétation et la réponse à la douleur peut alors s'avérer un outil intéressant pour chercher et trouver des explications à la persistance de la douleur.

A l'échelle du médecin généraliste, encore appelé médecin de soins primaires, lors de la consultation, rechercher tous ces facteurs est impossible, d'autant que tous ne concernent pas chaque patient. Il semble par contre intéressant d'en rechercher les principaux dès le début de la prise en charge de la douleur chronique. A cette fin, l'utilisation d'un interrogatoire respectueux du patient, ciblé tout d'abord sur les modes de vie et antécédents du patient puis sur sa douleur, avant d'essayer de préciser son appartenance culturelle si elle n'est pas évidente et sa religion, semble un outil intéressant.

Nous pouvons proposer avec WEISSMAN et coll. (123) un modèle d'interrogatoire à utiliser en pratique quotidienne :

Quel est votre âge ?

Vivez-vous seul ou en couple ou en famille ?

Votre éducation a-t-elle été plutôt dure ou plutôt souple ?

Avez-vous perdu durant votre enfance, ces derniers mois ou années, des êtres affectivement proches ?

Avez-vous vécu, enfant, une séparation parentale ?

Avez-vous des enfants à charge ?

Où vivez-vous ? Dans quelles conditions ?

Quelle est ou a été votre profession ?

Où travaillez-vous ou avez-vous travaillé ?

Vous sentez-vous proches des membres de votre famille ? De vos amis ?

Pratiquez-vous une religion ? Si oui, laquelle et comment ?

Avez-vous des maladies au long cours ?

Avez-vous déjà été opéré ?

Avez-vous déjà été victimes d'accidents ?

Prenez-vous un traitement habituel ?

Comment nommez-vous votre douleur ?

Que pensez-vous être la cause de votre douleur ?

Lorsqu'elle a débuté : pourquoi pensez-vous qu'elle a débuté ?

Quelle est la sévérité de votre douleur ?

Quels sont les problèmes que votre douleur vous a occasionnés ?

Que craignez-vous le plus à propos de votre douleur ?

Avez-vous déjà consulté d'autres médecins pour votre douleur ? Si non pourquoi ? Si oui que diagnostic a été retenu ? quel(s) traitement(s) a ou ont été prescrit(s) ?

Quels sont les résultats les plus importants que vous espérez recevoir de la prise en charge de votre douleur ?

Suit la démarche diagnostique puis la prise en charge globale de la douleur et de ses conséquences si cela est possible.

4 . Les biais propres au médecin.

Durant toute sa démarche, le médecin généraliste doit rester conscient des biais dus à ses origines sociale et culturelle, à sa religion et au type de médecine pratiqué. Notre analyse de la littérature a en effet mis en évidence trente-trois facteurs sociaux, culturels et religieux influençant l'interprétation et la réponse à la douleur chronique du patient par le médecin.

Il doit aussi rester vigilant et ne pas réduire le patient à un stéréotype de son cadre social de vie, de son environnement culturel, de sa religion, comme le confirment CARR et coll. (98) et UNRUH (156), et garder présente à l'esprit l'influence souvent prépondérante des spécificités de chaque patient. Il peut alors effectuer le chemin qui le sépare du patient douloureux

chronique et comprendre la douleur comme le résultat de comportements acquis plutôt qu'innés, pondérés ou majorés par les caractéristiques personnelles du patient.

5 . La prise en charge multidisciplinaire.

Trois cas sont possibles. La douleur chronique s'explique et peut être prise en charge au cabinet médical. Ou la douleur s'explique mais ne peut pas être prise en charge au cabinet médical. Ou la douleur ne s'explique pas. Dans ces deux derniers cas, les unités de la douleur et les centres anti-douleur (241) des centres hospitaliers s'avèrent indispensables au patient. Sa douleur chronique y est « décortiquée » par de nombreux praticiens aux compétences variées : prise en charge multidisciplinaire. Une synthèse de toutes les investigations cliniques et paracliniques est effectuée. Une prise en charge thérapeutique non médicamenteuse et médicamenteuse, personnalisée, ainsi qu'un suivi médical personnel sont alors proposés au patient.

6 . Deux carences, deux propositions pour y remédier.

Un autre aspect qui ressort de ce travail est le très faible nombre d'études européennes sur la douleur chronique. Cela suggère deux réflexions : d'une part une formation médicale très pauvre en ce domaine et d'autre part, en conséquence, une faible prise en compte des facteurs autres qu'étiologiques dans la prise en charge de la douleur chronique.

Sensibiliser la population médicale à la douleur chronique, à son aspect multidimensionnel, aux facteurs susceptibles de l'influencer, apparaît comme une urgence, d'autant plus que l'espérance de vie croît donc la population âgée de même avec plus de douleurs chroniques dues à l'âge élevé. Le premier lieu de formation serait la faculté, puis la Formation Médicale Continue prendrait le relais. Une fois formés, les praticiens pourraient aborder les facteurs sociaux, culturels et religieux de la douleur chronique dès le début de la prise en charge du patient douloureux chronique.

Par ailleurs, des études de ces facteurs au niveau de la population âgée et aux niveaux français et européen semblent nécessaires afin de mieux comprendre et prendre en considération la façon de vivre la douleur chronique par les patients dans leurs sociétés et cultures respectives. Nous proposons la réalisation de ces études auprès de la population adulte âgée de 18 ans et plus, sur des échantillons nationaux et européens représentatifs, à partir du questionnaire unique proposé ci dessus traduit dans la langue du patient, afin de faciliter la comparaison des résultats.

Au terme de cette analyse de la littérature sur l'influence des facteurs sociaux, culturels et religieux sur la perception, l'interprétation et la réponse à la douleur chronique somatique non cancéreuse de l'adulte, nous retiendrons pour la pratique quotidienne du médecin généraliste quelques lignes directrices.

Connaître les principaux facteurs sociaux, culturels et religieux influençant le patient, précisés dans les discussions des chapitres III, V et VII, et savoir les mettre en évidence par un interrogatoire adapté, est essentiel.

Avoir conscience des facteurs influençant son approche du patient douloureux chronique semble important : ses origines, son vécu, ses qualités humaines, les avantages et limites de son mode d'exercice professionnel.

Se former à la douleur chronique et à son caractère multidimensionnel apparaît comme indispensable.

Conclusion.

Au terme de cette analyse de la littérature sur l'influence des facteurs sociaux, culturels et religieux sur la perception, l'interprétation et la réponse à la douleur chronique somatique non cancéreuse de l'adulte, nous retiendrons pour la pratique quotidienne du médecin généraliste quelques lignes directrices.

Tout d'abord, connaître les trois étapes de la douleur chronique, à savoir perception interprétation et réponse, aide à structurer donc faciliter la démarche médicale de compréhension de la douleur chronique.

De même avoir à l'esprit les différentes unités sociales et culturelles selon leur taille permet de distinguer pour chaque facteur mis en évidence l'unité ou les unités sociales ou culturelles qui interviennent.

Connaître les principaux facteurs sociaux, culturels et religieux influençant le patient lors de ces trois étapes et savoir les mettre en évidence par un interrogatoire adapté, est essentiel.

Les facteurs sociaux majeurs sont l'âge, le genre, la personnalité du patient douloureux chronique, son éducation, les discours et modèles parentaux de comportement face à la douleur, le cadre social de vie avec ses normes, le statut socio-économique.

Les facteurs culturels auxquels penser en première intention sont la représentation culturelle du corps humain, la génération du patient dans le groupe culturel, ses aptitudes sensorielles et cognitives, son caractère introverti ou extraverti, la signification et les croyances personnelles sur la douleur chronique, l'attention personnelle portée à cette douleur, la capacité de résistance à la douleur, la volonté ou pas de vivre bien avec sa douleur chronique, la conception et l'attention culturelles données à la douleur chronique, l'origine ethnique et le degré de persistance de l'identité culturelle au sein du groupe culturel d'appartenance, le statut de minorité culturelle ou de groupe culturel dominant, la place de la douleur au sein du groupe culturel et de la population multiculturelle.

Les principaux facteurs religieux d'influence de la douleur chronique sont la religion pratiquée transcendantale ou immanente, l'importance de la religion ou spiritualité dans la vie du patient, les stratégies religieuses et spirituelles mises en place pour mieux vivre avec sa douleur chronique.

Avoir conscience des facteurs influençant son approche du patient douloureux chronique semble aussi important pour le médecin de soins primaires et pour tout médecin.

Au niveau social, les facteurs à prendre en considération sont surtout la bonne connaissance du patient, le vécu personnel de douleur chronique, des compétences professionnelles médicales solides associées à des qualités humaines nobles, la conscience des avantages et des limites de son exercice professionnel ainsi que de la perte de confiance absolue des patients envers la biomédecine occidentale et envers leur médecin.

Les principaux facteurs culturels sont la connaissance de la culture du patient, l'adaptation à la culture du patient, le degré de responsabilisation du patient au sein de son groupe culturel, la conscience du biais inhérent à sa propre culture.

Enfin, au niveau religieux, les facteurs majeurs d'influence de la douleur chronique sont la connaissance de la religion / spiritualité du patient, le respect de la volonté du patient d'aborder ou pas la question religieuse et si oui dans les limites fixées par le patient, la connaissance du biais dû à sa propre religion / spiritualité.

Se former à la douleur chronique et à son caractère multidimensionnel apparaît comme indispensable, dès la faculté de médecine puis par la Formation Médicale Continue.

La possibilité de réaliser des études françaises et européennes sur la douleur chronique est à discuter.

Bibliographie.

- (1) BEN AMMAR M.S. – Douleurs et cultures ou les voix de la douleur.
www.M.S.benammar@rns.tu
- (2) CURKOVIC B. – The pain epidemiology. *Reumatizam*, 2007, 54 (2): pp.24-27.
- (3) ROUSSEL P. – Douleur chronique. Enseignement, C.H.U. Marseille, hôpital de la Timone, centre douleur chronique, service de neurochirurgie fonctionnelle, 2007.
- (4) DOUSSET V. et coll. – Epidémiologie des céphalées. Journées thérapeutique et neurologie n°6, Paris, supplément n°4, 2000, 156 : pp.4524-4529.
- (5) KOUCHNER B. – Plan de lutte contre la douleur 1998-2000. www.sante.gouv.fr
- (6) KOUCHNER B. – Plan de lutte contre la douleur : second volet 2002-2004.
www.sante.gouv.fr
- (7) I.N.S.E.E. – Evolution de la population française. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. www.insee.fr
- (8) I.N.S.E.E. – Espérance de vie à la naissance. www.insee.fr
- (9) I.N.S.E.E. – Structure familiale des ménages français en 1999 et 2005. www.insee.fr
- (10) Religioscope : A partir de trois sondages publiés en avril 2003. www.religion.info
- (11) LITTRE E. – Dictionnaire de la langue française, 1863-1872.
- (12) Dictionnaire Petit Larousse illustré 2002 : p.347.
- (13) International Association for the Study of Pain, 1976.
- (14) NAVEZ M. et coll. – Bases physiopathologiques de la douleur. *Journal de réadaptation médicale*, 1997, 17(3) : pp.85-92.
- (15) GARNIER M. et coll. – Dictionnaire GARNIER-DELAMARE des termes de médecine. Paris, Maloine, 1997, 24^{ème} édition : p.30.
- (16) Op. citée en (12) : p.445.
- (17) FREUD S. – Deuil et mélancolie. Dans *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1968.
- (18) KRESS J.-J. – Le psychiatre devant la souffrance. *Psychiatrie française*, 1992, 92 : pp.21-34.
- (19) NASIO J.-D. – Dialogue autour des douleurs somatiques et psychogènes. Dans : *Le médecin, le malade et la douleur*, de QUENEAU P. et coll., Paris, Masson, 2000 : pp.480-482.

- (20) Site internet : www.douleur-com.fr/definitio.htm
- (21) FERGANE B. – A propos de la douleur et de la souffrance. Site internet : www.mapage-cybercable.fr/hars/ancien/Suffer.html
- (22) BAENE L. et coll. – La douleur chronique. 2002. Site internet : [//perso.wanadoo.fr/jean-pierre-gadbois/douleur.htm](http://perso.wanadoo.fr/jean-pierre-gadbois/douleur.htm)
- (23) Site internet : www.paris-nord-sftg.com/cr.douleur.0207.htm
- (24) Site internet : www.arc.asso.fr/content/douleur_et_cancer.htm .
- (25) WALL P. et coll. – The textbook of pain. New-York, Churchill Livingstone, 1989.
- (26) MELZACK R. et coll. – Pain mechanisms : a new theory. Science, 1965, 150 : pp.971-979.
- (27) BANDURA A. – Social learning theory. New Jersey, Englewood Cliffs, 1977.
- (28) Op. citée en (12) : p.946.
- (29) TAYLOR C. – Hegel et la société moderne. Canada, Laval, Les presses de l'université Laval, 1998.
- (30) Op. citée en (9) : Ménages d'une seule personne.
- (31) Op. citée en (8) : Espérances de vie à 20 ans et à 60 ans.
- (32) Op. citée en (36) : pp.104-122.
- (33) I.N.S.E.E. – Nombre de mariages , de divorces, proportion de premiers mariages et âge moyen au mariage. Site internet : www.insee.fr
- (34) Op. citée en (12) : p.420.
- (35) Cours gratuits d'histoire : cours/contemporaine/généralité Chap 6 ... Les sociétés occidentales. Site internet : www.cliohist.net/contemp/gal/chap6.html
- (36) MERMET G. – Pour comprendre les Français : Francoscopie 2007. Paris, Larousse, 2006.
- (37) FLEURY J. – La culture. 2^{ème} édition. Rosny-sous-Bois, Bréal, collection thèmes et débats, 2008 : pp.55, 56, 59.
- (38) Op. citée en (37) : p.54.
- (39) SMITH B.H. et coll. – The impact of chronic pain in the community. Family practice, 2001, 18(3) : pp.292-299.

- (40) MOLARIUS A. et coll. – Socio-economic factors, lifestyle and headache disorders. A population study in Sweden. *Headache*, 2008, 48.
- (41) ESTEVE R. et coll. – Adjustment to chronic pain : the role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. *Annals of behavioural medicine*, 2007, 33(2) : pp.179-188.
- (42) KARILA L. – Internat-mémoire. Fiches de synthèse illustrées. Psychiatrie, pédopsychiatrie, addictologie. Vernazobres-Grego, Paris, 2004 : p.5.
- (43) CEDRASCHI C. – Aspects anthropologiques et socio-culturels des représentations de la douleur chronique. UPSA.
- (44) I.N.S.E.E. – Répartition de la population française de 15 ans ou plus selon la catégorie socio-professionnelle. www.insee.fr
- (45) KOPEC J.A. et coll. – Work-related psycho-social factors and chronic pain : a prospective cohort study in Canadian workers. *Journal of occupational and environmental medicine*, 2004, 46(12) : pp.1263-1271.
- (46) MACFARLANE G.J. et coll. – Investigating the determinants of international differences in the prevalence of chronic widespread pain : evidence from the European Male Aging Study (EMAS). *Ann. Rheum. Dis.*, 2008.
- (47) GENTRY W. et coll. – Chronic low-back pain : a psychological profile. *Psychosomatics*, 1974, 15 : pp.174-177.
- (48) VIOLON A. et coll. – Familial models for chronic pain. *Pain*, 1984, 18 : pp.199-203.
- (49) KAPPESSER J. et coll. – Pain judgements of patients' relatives : examining the use of social contract theory as theoretical framework. *Journal of behavioural medicine*. 2008, 31(4) : pp.309-317.
- (50) PAYNE B. et coll. – Clinical pain and the family : a review. *Pain*, 1986, 26 : pp.1-22.
- (51) VIOLON A. – *La douleur rebelle*. Desclée de Brouwer, Paris, 1992.
- (52) DUNN-GEIER B.J. et coll. – Adolescent chronic pain : the ability to cope. *Pain*, 1986, 26 : pp.23-32.
- (53) CREDES : Consultance en santé publique. Public health consulting. Site internet : www.credes.net
- (54) Op. citée en (12) : p.53.
- (55) Op. citée en (15) : p.27.
- (56) LUMLEY M.A. et coll. – Alexithymia and pain in three chronic pain samples : comparing Caucasians and African Americans. *Pain medicine*, 2005, 6(3) : pp.251-261.

- (57) BURLOUX G. – Traumatophilie, destin et “primary care”. *Psychosomatique*, 1985, 2 : pp.73-86.
- (58) LE BRETON D. – *Anthropologie du corps et modernité*. Paris, P.U.F., 1990.
- (59) CRAIG K.D. et coll. – Autonomic correlates of pain thresholds influenced by social modelling. *Journal of personality and social psychology*, 1974, 29 : pp.246-252.
- (60) LINTON S. et coll. – Controlling pain reports through operant conditioning : a laboratory demonstration. *Perceptions and motor skills*, 1985, 60 : pp.427-437.
- (61) VOLKERS C.A. et coll. – Health disparities by occupation, modified by education : a cross-sectional population study. *Bio Med Central public health*, 2007, 7 : pp.196-204.
- (62) LAVIELLE P. et coll. – Illness behaviour in chronic pain. *Salud publica Mexico*, 2008, 50(2) : pp.147-152.
- (63) PATEL S. et coll. – Barriers to rehabilitation and return to work for unemployed chronic pain patients : a qualitative study. *European journal of pain*, 2007, 11(8) : pp.831-840.
- (64) MECHANIC D. – The influence of mother on their children’s health attitudes and behaviour. *Pediatrics*, 1964, march : p.453.
- (65) I.N.S.E.E. – Population française par groupe d’âge. 2008. www.insee.fr
- (66) LE BRETON D. – *Anthropologie de la douleur*. Paris, Métailié, 1995 : p.147.
- (67) Op. citée en (65) : p.157.
- (68) COSTALAT-FOUNEAU A.M. et coll. – Construction identitaire du douloureux chronique. *J.A.D.T.* 2000 : 5èmes Journées internationales d’Analyse statistique des Données Textuelles, 2000.
- (69) MENZEL N.N. – Psychosocial factors in musculoskeletal disorders. *Critic care nursing in clinics of North America*. 2007, 19(2) : pp.145-153.
- (70) GERBERSHAGEN K. et coll. – Significance of health-related quality of life and religiosity for the acceptance of chronic pain. *Schmerz.*, 2008, 22(5) : pp.586-593.
- (71) KEELEY P. et coll. – Psychosocial predictors of health-related quality of life and health service utilisation in people with chronic low-back pain. *Pain*, 2008, 135(1-2) : pp.142-150.
- (72) LOPEZ-MARTINEZ A.E. et coll. - Perceived social support and coping responses are independent variables explaining pain adjustment among chronic pain patients. *Journal of pain*, 2008, 9(4) : pp.373-379.
- (73) RICHARDSON J.C. et coll. – Experiencing chronic widespread pain in a family context : giving and receiving practical and emotional support. *Sociological Health and Illness*, 2007, 29(3) : pp.347-365.

- (74) FERRAGUT E. – La dimension de la souffrance chez le malade douloureux chronique. Paris, Masson, 2003 : pp.116-122.
- (75) ANZIEU D. – Le moi-peau. Paris, Dunod, 1985.
- (76) Op. citée en (66) : p.108.
- (77) SOFAER-BENNETT B. et coll. – Perseverance by older people in their management of chronic pain : a qualitative study. *Pain medicine*, 2007, 8(3) : pp.271-280.
- (78) MOLTON I. et coll. – Coping with pain among younger, middle-aged, and older adults living with neurological injury and disease. *Journal of aging health*, 2008, 9.
- (79) HOFREUTER K. et coll. – Social inequality as a predictor of occupational reintegration of chronic back pain patients following medical rehabilitation. *Gesundheitswesen*, 2008, 70(3) : pp.145-153.
- (80) BATES M.S. – Biocultural dimensions of chronic pain. Implication for treatment of multiethnic populations. New-York, state University of New-York Press, 1996 : pp.80-87.
- (81) WEBER M. et coll. – A prospective controlled study of low back pain in a general population. *British journal of rheumatology*, 1996, 35 : pp.178-183.
- (82) Op. citée en (12) : p.289.
- (83) LEVI-STRAUSS C. – Les structures élémentaires de la parenté. 1949. Mouton, 1967, nouvelle édition.
- (84) ANGEL R. et coll. – Mind, body and culture : somatization among hispanics. *Social science and medicine*, 1989, 28 (2) : pp.1229-1238.
- (85) FLEURY J. – La culture. Rosny-sous-Bois, Bréal, 2008, 2^{ème} édition : p.10.
- (86) ROCHER G. – Introduction à la sociologie générale, tome I. L'action sociale. Paris, Seuil, 1968.
- (87) Op. citée en (85) : pp.11, 12, 16-22.
- (88) DE CERTEAU M. – La culture au pluriel. Paris, Seuil, 1980.
- (89) GILBERT M. – Cultural relevance in the delivery of human services. In : *Negotiating ethnicity : the impact of anthropological theory and practice*. Washington D.C., S. Keefe, 1989 : pp.39-48.
- (90) ZOLA I.K. – Culture and symptoms. An analysis of patients' presenting complaints. *American sociological review*, 1966, 31: pp.624-625.
- (91) NAKAGAWA H. – Introduction à la culture japonaise. Paris, P.U.F., 2007.

- (92) AMSELLE J.-L. – Branchements, anthropologie de l'universalité des cultures. Paris, Flammarion, 2001.
- (93) KYMLICKA K. – La citoyenneté multiculturelle. Une théorie libérale du droit des minorités. Paris, La Découverte, 2001.
- (94) SCHNAPPER D. – Qu'est-ce que la citoyenneté ? Paris, Gallimard, 2000 : pp.233-234.
- (95) BEITONE A. – Pluralité des cultures et lien social dans les sociétés occidentales contemporaines. 2008. Site internet : www.aix-mrs.iufm.fr
- (96) U.N.E.S.C.O. – Déclaration universelle sur la diversité culturelle. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, Organisation des Nations Unies pour l'Education la Science et la Culture, Paris, 02-11-2001. Site internet : www.unesco.org
- (97) U.N.E.S.C.O. – Convention pour la sauvegarde du patrimoine culturel immatériel. Paris, 17-10-2003. Site internet : www.unesco.org
- (98) CARR D.B. et coll. – Ethnicity and pain. Pain, clinical updates, 2001, 9(4).
- (99) PANKOW G. – Structure familiale et psychose. Paris, Flammarion, 2005.
- (100) Op. citée en (58) : p.60.
- (101) ALLCOCK N. et coll. – Management of pain in older people within the nursing home : a preliminary study. Health social care community, 2002, 10(6) : pp.464-471.
- (102) Op. citée en (80) : p.59-98.
- (103) Op. citée en (80) : p.58.
- (104) PAHIM L.S. et coll. – Prevalence and factors associated to migraine in adult population, southern Brazil. Rev saude publica, 2006, 40(4) : pp.692-698.
- (105) BAZELMANS C. – Fiche technique n°5. Généralités. Statistiques. Présentation des résultats. Site internet : www.ulb.ac.be/esp/promes/tech.html
- (106) WANG S.J. – Epidemiology of migraine and other types of headache in Asia. Current neurology neurosciences Rep., 2003, 3(2) : pp.104-108.
- (107) TOURAINE A. – Pourrons-nous vivre ensemble? Egaux et différents. Paris, Fayard, 1997 : p.274.
- (108) TIEND M. – The porto-rican worker : current labor market status and future prospects. Puerto-ricans in the mid'80s : an American challenge. Alexandria, VA, 1985.
- (109) RODRIGUEZ C.E. – Puerto-ricans born in the U.S.A. Boulder, Westview, 1991.
- (110) MAC GREGOR A.J. et coll. – Pain, 1997, 73 : pp.253-257.

- (111) EDWARDS R.R. et coll. – Ethnic similarities and differences in the chronic pain experience : a comparison of african american, hispanic, and white patients. *Pain medicine*, 2005, 6(1) : pp.88-98.
- (112) EDWARDS R.R. et coll. – Ethnic differences in pain tolerance : clinical implications in a chronic pain population. *Psychosomatic medicine*, 2001, 63 : pp.316-323.
- (113) GREEN C.R. et coll. – Race, age, and gender : influences among clusters of african american and white patients with chronic pain. *Journal of pain*, 2004, 5(3) : pp.171-182.
- (114) CANO A. et coll. – Coping, pain severity, interference and disability : the potential mediating and moderating roles of race and education. *Journal of pain*, 2006, 7(7) : pp.459-468.
- (115) RILEY J.L. 3rd et coll. – Racial/ethnic differences in the experience of chronic pain. *Pain*, 2002, 100(3) : pp.291-298.
- (116) Op. citée en (12) : p.231.
- (117) VOLTAIRE – *Candide*. Genève, 1759. Nouvelle édition : Paris, Broché, 2004.
- (118) VON LEIBNIZ G.W. – *Essais de Théodicée sur la bonté de Dieu, la liberté de l'homme et l'origine du mal*, 1710. Nouvelle édition : Paris, Poche , 1999.
- (119) SCHOPENHAUER A. – *Le monde comme volonté et comme représentation*. Traduction A. Burdeau. Paris, P.U.F., 1966 : p.1337.
- (120) HILBERT R. – The acultural dimensions of chronic pain. Flawed reality construction and the problem of meaning. *Social problems*, 1984, 31(4) : p.368.
- (121) TAN G. et coll. – Ethnicity, control appraisal, coping, and adjustment to chronic pain among black and white Americans. *Pain medicine*, 2005, 6(1) : pp.18-28.
- (122) BUSCH H. et coll. – Self-efficacy beliefs predict sustained long-term sick absenteeism in individuals with chronic musculoskeletal pain. *Pain practice*, 2007, 7(3) : pp.234-240.
- (123) WEISSMAN D.E. et coll. – Fast fact and concept # 78 : cultural aspects of pain management. End of life / Palliative Education Resource Center E.P.E.R.C., Fast fact series. Site internet : www.eperc.mcw.edu
- (124) PORTENOY R.K. et coll. – Population-based survey of pain in the United States : differences among white, african american, and hispanic subjects. *Journal of pain*, 2004, 5(6) : pp.317-328.
- (125) SCHMIDT C.O. et coll. – Back pain in the german adult population : prevalence, severity and sociodemographic correlates in a multiregional survey. *Spine*, 2007, 32(18) : pp.2005-2011.

- (126) BAKER T.A. et coll. – Intrarace differences among black and white americans presenting for chronic pain management : the influence of age, physical health, and psychosocial factors. *Pain medicine*, 2005, 6(1) : pp.29-38.
- (127) ZBOROWSKI M. – People in pain. San Francisco, C.A., Jossey-Bass Inc., 1969.
- (128) ABRAIDO-LANZA A.F. – Social support and psychological adjustment among Latinas with arthritis : a test of a theoretical model. *Annals of behavioural medicine*, 2004, 27(3) : pp.167-171.
- (129) DOMINICK K.L. et coll. – Racial and ethnic differences in osteoarthritis : prevalence, outcomes and medical care. *Ethnological disparities*, 2004, 14(4) : pp.558-566.
- (130) ABRAIDO-LANZA A.F. et coll. – Coping and social support resources among Latinas with arthritis. *Arthritis care res.*, 1996, 9(6) : pp.501-508.
- (131) HASTIE B.A. et coll. – Ethnic differences and responses to pain in healthy young adults. *Pain medicine*, 2005, 6(1) : pp.61-71.
- (132) CATHEBRAS P.J. – Douleur et culture : au-delà des stéréotypes. *Santé culture*, 1994, 10(1-2) : pp.229-243.
- (133) Op. citée en (12) : p.874.
- (134) TAYLOR M. – After God. Chicago, University of Chicago press, 2007 : p.12.
- (135) ELIADE M. – L'histoire des religions a-t-elle un sens ? Paris, cerf, 1994 : p.10.
- (136) ESLAHPAZIR J. – Les religions. Le tour du monde des religions. Paris, First, 2008 : p.11.
- (137) Op. citée en (12) : p.960.
- (138) NEWSHAN G. – Transcending the physical : spiritual aspects of pain in patients with H.IV. and/or cancer. *Journal of advanced nursing*, 1998, 28(6) : pp.1236-1241.
- (139) Op. citée en (12) : p.247.
- (140) Op. citée en (12) : p.439.
- (141) GIRA D. et coll. – Les religions aujourd'hui. Une histoire pour quel avenir ? Paris, Larousse, 2008 : p.7.
- (142) Op. citée en (136) : pp.38-39.
- (143) Op. citée en (91) : pp.23-30.
- (144) LEVY I. – Soins et croyances. Guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux. Paris, Estem, 2002 : pp.17-18.

- (145) Op. citée en (141) : p.13.
- (146) Op. citée en (12) : p.1183.
- (147) Exode 20. – Bible, Ancien Testament, Pentateuque, Livre de l'Exode : 20.
- (148) JEAN. – Bible, Traduction œcuménique, Nouveau Testament, Evangile de Jean : 14, 9.
- (149) LUC. – Bible, Traduction œcuménique, Nouveau Testament, Evangile de Luc : 24, 34.
- (150) Op. citée en (141) : p.38.
- (151) Op. citée en (144) : pp.19-20.
- (152) MAHOMET. – Coran 57. 19-20.
- (153) BALDINGER-ACHOUR A. – Petit guide des grandes religions. Paris, Liana Levi, 1998 : p.94.
- (154) Op. citée en (136) : p.63.
- (155) Op. citée en (153) : p.93.
- (156) UNRUH A.M. – Spirituality, religion, and pain. Canadian journal of nursing Res., 2007, 39(2) : pp.66-86.
- (157) ZBOROWSKI M. – Cultural components in response to pain. Journal of social issues, 1952, 8 : pp.16-30.
- (158) GENESE. – Gn 50.24. Bible, Ancien Testament, Pentateuque, Livre de la Genèse.
- (159) SORAJAKOOL S. et coll. – Chronic pain, meaning, and spirituality : a qualitative study of the healing process in relation to the role of meaning and spirituality. Journal of pastoral care counselling, 2006, 60(4) : pp.369-378.
- (160) Op. citée en (12) : p.344.
- (161) Credo de l'Eglise catholique romaine.
- (162) MASSON M. – Une approche théologique de la souffrance humaine. Confrontations psychiatriques, Paris, 2000, 42 : p.221.
- (163) Op. citée en (158) : Gn 3.1-24.
- (164) JOB. – Jb 2.10. Bible, Ancien Testament, Livres hagiographiques, Livre de Job.
- (165) Op. citée en (164) : Jb 16.12-13.
- (166) Op. citée en (164) : Jb 13.23.

- (167) Op. citée en (164) : Jb 19.25.
- (168) Op. citée en (164) : Jb 38.42.
- (169) Op. citée en (164) : Jb 42.10-17.
- (170) GREENSTREET W. – From spirituality to coping strategy : making sense of chronic illness. *British journal of nursing*, 2006, 15(17) : pp.938-942.
- (171) SAINT-MATTHIEU. – Mt 9.1-8. Bible, Nouveau Testament, Evangile selon SAINT-MATTHIEU.
- (172) SAINT-MARC. – Mc 2.1-12. Bible, Nouveau Testament, Evangile selon SAINT-MARC.
- (173) SAINT-LUC. – Lc 5.17-26. Bible, Nouveau Testament, Evangile selon SAINT-LUC.
- (174) JEAN-PAUL II. – Encyclique : le sens chrétien de la souffrance. Paris, Le Centurion, 1984 : pp.53-54.
- (175) Op. citée en (152) : Coran 99-1.
- (176) BUSSING A. et coll. – Spirituality, religiosity, and dealing with illness in arabic and german patients. *Saudi medical journal*, 2007, 28(6) : pp.933-942.
- (177) Op. citée en (136) : p.63.
- (178) Op. citée en (141) : p.81.
- (179) RIPPENTROP E.A. et coll. – The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*, 2005, 116(3) : pp.311-321.
- (180) MOREIRA-ALMEIDA A. et coll. – Religiousness and spirituality in fibromyalgia and chronic pain patients. *Current pain headache rep.*, 2008, 12(5) : pp.327-332.
- (181) ABRAIDO-LANZA A.F. et coll. – En los manos de Dios [in God's hands] : religious and other forms of coping among latinos with arthritis. *Journal of consulting clinical psychology*, 2004, 72(1) : pp.91-102.
- (182) BANKS J.W. – The importance of incorporating faith and spirituality issues in the care of patients with chronic daily headache. *Current pain headache rep.*, 2006, 10(1) : pp.41-46.
- (183) BUSSING A. et coll. – Relevance of religion and spirituality in German patients with chronic diseases. *International journal of psychiatry medicine*, 2007, 37(1) : pp.39-57.
- (184) BUSSING A. et coll. – Role of religion and spirituality in medical patients : confirmatory results with the SpREUK questionnaire. *Health quality of life outcomes*, 2005, 3(10).

- (185) DUNN K.S. et coll. – Religious and non religious coping in older adults experiencing chronic pain. *Pain management nursing*, 2004, 5(1) : pp.19-28.
- (186) Op. citée en (147) : Ex 12-14.
- (187) Op. citée en (147) : Ex 16.
- (188) Op. citée en (147) : Ex 19.2-3.
- (189) DIECKHOFF A. et coll. – L'Etat d'Israël. Paris, Fayard, 2008.
- (190) Op. citée en (12) : p.240.
- (191) ESAIE. – Es 1-3. Bible, Ancien Testament, Livres prophétiques, Livre d'Esaïe.
- (192) Op. citée en (191) : Es 4.2.
- (193) ZACHARIE. – Za 1-16. Bible, Ancien Testament, Livres prophétiques, Livre de Zacharie.
- (194) Psaume. – Ps 38 (37) v 16. Bible, Ancien Testament, Livres hagiographes, Premier Livre des Psaumes.
- (195) Op. citée en (194) : Ps 41 (40) v 2-3.
- (196) Op. citée en (173) : Lc 9.37-43.
- (197) Op. citée en (173) : Lc 8.49-56.
- (198) Op. citée en (173) : Lc 8.43-48.
- (199) Op. citée en (162) : p.224.
- (200) FLAVIGNY B.G. – Histoire de l'Ordre de Malte. Paris, Perrin, 2006.
- (201) RAI R. – Mère Teresa. Paris, La Martinière, 2004.
- (202) LE JOLY E. – Mère Teresa et les Missionnaires de la Charité. Paris, Seuil, 1977.
- (203) ROUMIEUX A. – L'Abbé Pierre et les Compagnons d'Emmaüs. Paris, Presses du Châtelet, 2004.
- (204) Cour des comptes. – Fondation Abbé Pierre pour le logement des défavorisés. Organisme faisant appel à la générosité publique. Paris, Cour des comptes, 2006.
- (205) Op. citée en (174).
- (206) Op. citée en (66) : p.97.
- (207) Op. citée en (152) : dans op. citée en (140).

- (208) Op. citée en (144) : p.169.
- (209) KOENIG H.G. – Religion, spirituality, and medicine : research findings and implications for clinical practice. South medical journal, 2004, 97(12) : pp.1194-1200.
- (210) BALINT M. – Le médecin, son malade et la maladie. Paris, Payot, 1960, traduction française Jean-Paul VALABREGA.
- (211) Op. citée en (65) : p.139.
- (212) LALONDE P. et coll. – Psychiatrie clinique. Une approche bio-psycho-sociale. Tome I. Introduction et syndromes cliniques. Paris, Morin, 1999, 3ème édition : pp.24-25.
- (213) Magazine hebdomadaire Santé magazine.
- (214) Magazine hebdomadaire Top santé.
- (215) Le journal de la santé. France 5.
- (216) Site internet : www.dostissimo.fr
- (217) Site internet : www.e-sante.fr
- (218) WADE C. et coll. – Medical pluralism among American women : results of a national survey. Journal of women health, 2008, 17(5) : pp.829-840.
- (219) CHAO M.T. et coll. – Women's reasons for complementary and alternative medicine use : racial / ethnic differences. Journal of alternative and complementary medicine, 2006, 12(8) : pp.719-720.
- (220) HSIAO A.F. et coll. – Variation in complementary and alternative medicine (CAM) use across racial / ethnic groups and the development of ethnic-specific measures of CAM use. Journal of alternative and complementary medicine, 2006, 12(3) : pp.281-290.
- (221) Op. citée en (208) : p.27.
- (222) MADISON D.L. et coll. – Inspirations for a great physician. New England journal of medicine, 1997, 337 : pp.1324-1326.
- (223) MILLER N. et coll. – Patients, family, physicians and pain : visions from interview narratives. Family medicine, 1994, 26(3) : pp.179-184.
- (224) NEWSHAN G. – Is anybody listening ? A phenomenological study of pain in hospitalized persons with A.I.D.S. Dissertation abstracts international, 1996.
- (225) DAVITZ L.J. and coll. – Suffering as viewed in six different cultures. American journal of nursing, 1976, 76 : pp.1296-1297.

- (226) YATES P. et coll. – Pain : the views of elderly people living in long-term residential care settings. *Journal of advanced nursing*, 1995, 21(4) : pp.667-674.
- (227) Op. citée en (12) : pp.622, 1499.
- (228) DESCARTES R. – *Discours de la méthode*. Paris, Poche, 2004.
- (229) Op. citée en (79) : pp.139-140.
- (230) PATEL S. et coll. – GP's experience of managing chronic pain in a south asian community : a qualitative study of the consultation process. *Family practice*, 2008, 25(2) : pp.71-77.
- (231) WACHTLER C. et coll. – Meeting and treating cultural difference in primary care : a qualitative interview study. *Family practice*, 2006, 23(1) : pp.111-115.
- (232) BELLAH R. et coll. – *Habits for the heart : Individualism and commitment in American life*. Berkeley, University of California press, 1985.
- (233) STEIN H. – *American medicine as culture*. Boulder, Westview, 1990.
- (234) FINKLER K. – *Physicians at work, patients in pain*. Boulder, Westview, 1991.
- (235) ALLCOCK N. et coll. – Management of pain in older people within the nursing home : a preliminary study. *Health social care community*, 2002, 10(6) : pp.464-471.
- (236) Mc CAFFERY M. et coll. – *Pain clinical manual for nursing practice*. London, Mosby, 1994.
- (237) WILLIAMS D.A. et coll. – An empirical assessment of pain beliefs. *Pain*, 1989, 36 : pp.351-358.
- (238) JAMES N. – Emotional labor, skills and work in the social regulation of feeling. *The sociological review*, 1989, 37(1) : pp.15-42.
- (239) ALLAZ A.-F. – *Le messenger boiteux : approche pratique des douleurs chroniques*. Genève, Médecine et hygiène, 2003 : pp.1-7.
- (240) ARONOFF G.M. – *Evaluation and treatment of chronic pain*. Baltimore, Urban and Schwarzenberg, 1985.
- (241) Site internet : www.moinssouffrir.com

VU

NANCY, le 22 mai 2008

Le Président de Thèse

Professeur X. DUCROCQ

NANCY, le 8 janvier 2009

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 12 janvier 2009

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
Par délégation

Mme le Professeur Ch. CAPDEVILLE-ATKINSON

RESUME DE LA THESE :

Importance du sujet : la douleur est un phénomène universel, qui touche tout être humain. Sa prise en charge n'est que symptomatologique dans la plupart des cas. Or, nous vivons dans des sociétés aux réalités sociales diverses et variées, multiculturelles, où plusieurs religions coexistent. Dans ces sociétés, patient et médecin n'ont pas forcément les mêmes valeurs sociales, culturelles et religieuses. Objectif : on peut donc se poser la question de l'existence de facteurs sociaux, culturels et religieux influençant la perception, l'interprétation et la réponse à la douleur chronique par le patient adulte et l'interprétation et la réponse à la douleur chronique de la part du médecin. Méthode : pour répondre à cette question, nous avons procédé à une analyse récente de la littérature médicale. Résultats : nous avons montré qu'il existe de nombreux facteurs sociaux, culturels et religieux influençant le patient douloureux chronique et le médecin. Perspective : une sensibilisation des médecins, au premier rang desquels les médecins généralistes, à la douleur chronique qui est multidimensionnelle et polymorphe et à sa prise en charge multidisciplinaire, semble indispensable. Des études françaises et européennes sur la douleur chronique semblent nécessaires.

TITRE EN ANGLAIS :

IMPORTANCE OF SOCIAL, CULTURAL AND RELIGIOUS FACTORS ON PERCEPTION, INTERPRETATION AND RESPONSE TO NON CANCEROUS CHRONIC PAIN IN ADULT POPULATION.

RESUME DE LA THESE EN ANGLAIS / ABSTRACT :

Background : pain is universal. For most patients, management is only for symptom. But we are living in societies, among a lot of social, cultural and religious backgrounds, so patient and physician could be different. Objective : we searched social, cultural and religious factors influencing perception, explanation and response to chronic pain by adult patients and explanation and response to chronic pain by physicians. Method : to answer this question, we analyzed recent medical literature. Results : social, cultural and religious factors do exist for chronic pain patient and for physician. Perspective : those results challenge the physicians to manage chronic pain patients with a multidisciplinary way and an overall view. French and European studies about chronic pain could be carried out.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2009.

MOTS CLES : Douleur chronique – société, culture, religion.

KEY WORDS : chronic pain – society, culture, religion.

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY cedex.