

L'influence de la culture dans l'expression verbale de la douleur : étude comparative entre des patients cancéreux français et syriens.

La culture dans l'expression verbale de la douleur

LEBREUILLY Romain
Maitre de conférences en Psychologie
Laboratoire InterPsy (EA 4432), groupe GRC, Nancy

SAKKOUR Sam
Psychologue
Centre d'Etude et de Recherche sur les Risques et les Vulnérabilités (CERReV), EA 3919,
Université de Caen Basse- Normandie, France.

LEBREUILLY Joëlle
Maître de conférences
Centre d'Etude et de Recherche sur les Risques et les Vulnérabilités (CERReV), EA 3919,
Université de Caen Basse- Normandie, France.

Résumé

Cette étude examine le rôle de la culture dans la perception et l'expression verbale de la douleur chez 47 patients français et 34 syriens atteints de cancer. L'intensité (EVA) et les dimensions sensorielle et affective (QDSA) de leur douleur étaient recueillies. Les descripteurs sensoriels et émotionnels choisis par les syriens, ont un contenu sémantique plus fort que ceux utilisés par les français. L'origine culturelle du patient en modifiant la perception et l'expression verbale de la douleur devient un indicateur dans la prise en charge globale du patient.

Mots clés : évaluation de la douleur, cancer, culture, étude interculturelle.

Introduction

Selon Boureau [1], la douleur est composée de sensations complexes, à la fois physiques et émotionnelles. Ses syndromes sont définis comme « *l'ensemble des facteurs émotionnels, cognitifs et comportementaux susceptibles de participer à l'entretien et à l'exacerbation d'une douleur chronique* » [2]. Ainsi, le modèle « *multidimensionnel* » par ses composantes: sensori-discriminative, affective-émotionnelle, cognitive et comportementale aide à une meilleure compréhension de la douleur [3]. Au cours des entretiens d'évaluation de la douleur, nous avons demandé aux patients d'utiliser des descripteurs sensoriels et émotionnels pour décrire leur douleur, afin de mieux appréhender la prise en charge de la douleur lors du processus de soin. En effet, la recherche d'un syndrome douloureux doit être organisée, et l'évaluation de ce syndrome va permettre d'expliquer le rapport de causalité avec la pathologie, de prévoir certaines difficultés et de développer un projet thérapeutique.

Chez les patients cancéreux, la douleur se manifeste de diverses façons en mêlant l'excès de nociception, l'intégrité des voies de transmission et l'interprétation du signal. Cette douleur touche un patient sur deux, mais cette fréquence est variable selon le stade et le type de cancer. Selon l'OMS, la prévalence de la douleur affecte plus du tiers des patients (35%) au stade initial de la maladie cancéreuse, alors qu'elle est présente chez plus des deux tiers des patients (82%) au stade avancé [4]. Cette douleur peut entraîner le désarroi, l'anxiété, la dépression, etc. Elle bouleverse le fonctionnement et l'équilibre de la vie familiale. La souffrance physique a des répercussions importantes sur la qualité de vie, le moral, la vie professionnelle et les relations avec les proches et avec les professionnels de santé. De plus, la douleur cancéreuse diminue voire épuise l'énergie vitale, en menaçant le bien-être physique et psychologique du patient.

Les conditions sociales semblent essentielles dans la douleur en général. La douleur est une expérience subjective, intime, influencée par de nombreuses variables dont la culture. Selon Cathébras [5], la culture peut déterminer l'attitude et le comportement face à la douleur, à travers les représentations, et les croyances attachées à celle-ci. La culture représente un système de savoirs qui permet à un individu, à un groupe ou une société de fonder des modèles explicatifs sur les causes, les symptômes, l'évolution et le traitement d'une maladie [6]. Le comportement-maladie a été défini comme « *une expérience normative gouvernée par des règles culturelles : nous apprenons des manières "approuvées" d'être malade* » [7].

Les personnes attribuent à leur douleur un sens et une valeur différente selon les orientations collectives propres au milieu dans lequel ils vivent [8]. Ainsi, les catégories de pensées et de perceptions, qui soulèvent la crainte ou l'indifférence, sont établies par le modèle culturel auquel l'individu appartient [9]. Dans ce contexte, la douleur n'est pas seulement un événement biologique brut mais elle représente aussi une signification relative à un individu. Ces significations sont induites par le rapport du patient à la douleur et le sens qu'il lui donne. Ce sens s'évalue à travers l'histoire de patient, sa culture, ses règles sociales ainsi que son contexte [10]. Ainsi, la relation entre douleur et culture soulève le problème de l'interaction complexe des facteurs biologiques, psychologiques, culturels et sociaux dans la perception et l'expression de la douleur [5].

Les différences entre les cultures sont quelquefois attachées aux valeurs attribuées à la douleur. Les résultats de l'étude quantitative de Bates, Edwards, & Anderson [11] confirment que l'intensité de la douleur varie selon les attitudes et les croyances associées à différents groupes ethniques. Les caractéristiques médicales de ces populations ne sont pas significativement liées à la variable ethnoculturelle. La culture ne détermine alors ni la composante sensorielle ni la composante émotionnelle de la douleur de façon significative. Cependant, les références culturelles peuvent donner lieu à différents styles d'expression de plaintes et influencer la perception de la douleur [12]. Ainsi, la dimension culturelle influence les perceptions sensorielles de la douleur et donne différents scores d'intensité. Aucune

différence n'est observée dans l'intensité de la douleur entre les différentes cultures, mais une distinction s'observe quant à sa tolérance. Il y a des interactions complexes entre la culture et la manière dont les individus perçoivent et expriment la douleur.

L'impression dominante est que les personnes d'origine culturelle différente vivent et expriment leurs douleurs de manières diverses. Ainsi, les Méditerranéens, dans l'ensemble plutôt affectifs, auraient des tendances à exagérer leur douleur. Par contre, les Britanniques auraient une sensibilité très élevée et une tendance à moins se plaindre [13]. Weisenberg & Caspi [14] ont effectué une étude sur des femmes du Moyen-Orient et les femmes occidentales pendant l'accouchement. Ils ont observé que les premières manifestent une exagération de la douleur par rapport aux deuxièmes. Dans une autre étude sur des Canadiens de langue française et de langue anglaise, le résultat indique des différences significatives observées entre les deux groupes. Les sujets de langue française ont évalué leurs douleurs par des caractéristiques plus intenses et plus affectives que le groupe anglais [15]. Dans le travail de Moore, Brodsgaard, Mao, Miller, & Dworkin [16] sur les différences culturelles, les auteurs observent les catégories de descripteurs utilisées pour définir la douleur. Ainsi, la plupart des Américains décrivent leur sensation concernant la douleur comme « des crampes brutales », alors que les descripteurs « intermittent et horrible » sont évoqués par la plupart des Chinois. Ce type d'études provoque un risque de stéréotypes culturels dans la pratique clinique. Pour éviter les stéréotypes culturels, il est nécessaire de partir du postulat que les différences rencontrées au sein d'une culture sont parfois plus marquées que celles qui distinguent les cultures entre elles [17].

Toutes les sociétés confirment implicitement la légitimité de la douleur liée à des particularités sociales, culturelles ou physiques pénibles [18]. Dans cette recherche, nous prenons en compte l'importance culturelle de la douleur. Les relations entre douleur et culture posent la question de savoir comment l'expérience douloureuse peut être traduite et communiquée dans le cadre d'une relation thérapeutique. Notre travail vise à explorer la question de l'expression verbale de la douleur au regard de l'origine culturelle du patient. Les patients adultes atteints d'une même maladie ou du même syndrome algique, utilisent des descripteurs pour communiquer ce qu'ils ressentent sans que soient pris en considération leurs origines culturelles. L'objectif de notre étude est, en comparant les sociétés syrienne et française, d'étudier l'influence de la culture sur l'expression verbale de la douleur. Nous avons choisi ces deux cultures parce qu'il y a une grande différence concernant la représentation sociale qui se manifeste dans les productions langagières de la douleur. En fait, dans la culture syrienne la prise en charge de la douleur n'est pas considérée comme prioritaire par l'Etat. Le soutien psychologique du patient est assuré par les proches [19]. En revanche, dans la culture française, la prise en charge de la douleur est un objectif de santé publique régi par la Loi depuis plusieurs décennies (article de Loi 1110-5 du code de la santé publique).

Nous cherchons à savoir si l'expression verbale de la douleur est fonction de la culture d'origine des patients.

A partir de cette problématique, nous émettons l'hypothèse que les patients ressentent la douleur à des degrés différents et que la culture jouerait un rôle qui peut différencier le lexique des patients souffrants. En effet, il semble important dans une approche culturelle, d'une part, et clinique concernant la prise en charge, d'autre part, de saisir la manière dont les patients vivent les différentes expériences de la douleur, et les moyens expressifs qu'ils mettent en œuvre pour la verbaliser en prenant en compte l'influence de la culture locale. Nous formulons l'hypothèse que :-le vocabulaire dans ses composantes sensorielles et émotionnelles de la douleur serait discriminant : les syriens utiliseraient plus de métaphores sensorielles de la douleur et emploieraient plus de descripteurs affectifs que les français.

Méthodologie

L'intérêt de cette recherche est de tenter d'améliorer l'évaluation de l'intensité de la douleur pour une prise en charge plus efficace des patients dans les deux cultures (syrienne et française). Nous allons donc étudier le lien entre les différents états émotionnels des patients et l'intensité de leur douleur.

Les entretiens d'évaluation de la douleur ont été effectués en France entre décembre 2010 et février 2011 et en Syrie, d'août à septembre 2010. Notre population se compose de 34 Syriens et 47 Français atteints d'une leucémie à un stade avancé métastatique sous traitement curatif. Sur les 34 sujets syriens, 15/34 sont des hommes, et sur les 47 sujets français, 27/47 sont des hommes. Leur âge varie entre 45 et 65 ans. Les patients de cette tranche d'âge peuvent exprimer clairement leur vécu douloureux et leurs interprétations émotionnelles et sensorielles s'avèrent variées et riches du fait de souffrances antérieures.

L'application des outils d'évaluation est individuelle et dure environ 15 minutes par patient. Tout d'abord, nous nous présentons au patient, nous discutons du type de pathologie dont il souffre puis, nous débutons les tests. Nous commençons par mesurer la douleur ressentie par le sujet en utilisant le questionnaire Saint-Antoine (QDSA). Ce questionnaire comprend 58 lexiques et 16 classes, les 9 premières représentent les aspects sensoriels de la douleur et les 7 dernières, les aspects affectifs. Dans chaque catégorie de descripteurs, le patient choisit les mots les plus proches de son ressenti et précise sa réponse en donnant au qualificatif qu'il choisit une note de 0 à 4 (0= pas du tout, 4= extrêmement). Selon Boureau [2], quatre types de scores peuvent être calculés pour la dimension sensorielle (de A à I), affective (de J à P) et pour les deux dimensions réunies (de A à P) :

- le score correspondant au « nombre de classes choisies » renvoie au nombre de mots sélectionnés dans chacune des classes composant le QDSA ;
- le « score valeur de rang » est issu de la notation qui est induite par l'ordre d'apparition du terme choisi dans la liste (exemple : si dans la classe A, le sujet choisit le mot « élancement », la valeur de rang correspond à 3 puisque ce terme apparaît en troisième position). Cet ordre d'apparition du terme choisi reflète le degré d'intensité ;
- le « score note patient » est calculé à partir de la note d'intensité, entre 0 (absent) et 4 (extrêmement fort), donnée par le patient sur le terme choisi le plus significatif de la classe (exemple : pour le terme « élancement » le patient peut attribuer un score d'intensité de 4, correspondant à extrêmement fort) ;
- le « score notes moyennes » est le calcul des deux précédents scores (exemple : pour un sujet dont le score valeur de rang est de 18 et celui de la note patient est de 22, le score moyen sera de 20).

Ensuite, nous procédons à l'enregistrement de la douleur actuelle du patient (nous lui expliquons que cet outil va l'aider à apprécier sa douleur subie) à l'aide de l'échelle visuelle analogique (EVA). Cette échelle permet de quantifier la douleur des patients à l'aide d'une échelle entre 0 (pas de douleur) et 10 (douleur extrême). Nous présentons au patient le côté de la réglette où il n'y a pas de chiffres. Le curseur de la réglette doit alors être positionné sur le zéro, uniquement visible par l'examineur, et sera déplacé seulement par le patient. Ainsi, nous mesurons l'intensité de la douleur (forte, modérée et faible).

Résultats

-Echelle visuelle analogique (EVA) : Les scores des patients dans les deux cultures sur l'échelle EVA sont compris entre « modérés » (de 4 à 7) et « forts » (de 8 à 10). Les moyennes des scores entre les femmes et les hommes français (respectivement 6,06/10 et 6,11/10) sont comparables alors que l'écart est plus important entre les femmes et les hommes syriens (respectivement 7,37/10 et 5,87/10). Cependant, lorsque l'on s'intéresse à la comparaison des moyennes des scores EVA entre le groupe de patients syriens et français, il

n'y a pas de différence significative entre les groupes laissant penser que les patients syriens et français avaient une intensité de douleur comparable (stade et type de néoplasie identique lors de l'inclusion dans l'étude).

-L'échelle du Questionnaire Saint-Antoine : quatre types de scores peuvent être calculés pour la dimension sensorielle (de A à I), affective (de J à P) et pour les deux dimensions réunies (de A à P).

Pour le score du nombre de classes choisies (NCC), notre application montre que les descripteurs choisis (sensoriels, émotionnels et les deux ensembles) sont plus nombreux chez les syriens que ceux choisis par les français. La moyenne du score total arrive à 9,4/16 chez les femmes syriennes, par contre elle n'est que de 6,1/16 chez les femmes françaises. Ces différences entre les femmes des deux cultures sont significatives selon le résultat de l'ANOVA ($F=30,95$, $p<0,05$). Ensuite, la moyenne du score total est de 9,13/16 chez les hommes syriens, alors qu'elle est de seulement 6,55/16 chez les hommes français et ces différences sont significatives selon la valeur ANOVA ($F=16,06$, $p<0,05$) Dans ce contexte, nous pouvons affirmer que les sujets syriens décrivent leur mal concernant la composante sensorielle et émotionnelle par des termes plus variés que les patients français des deux sexes.

L'analyse du score concernant la valeur de rang (SVR) confirme que les notes de l'aspect (sensorielle et/ou émotionnelle) ne sont pas les mêmes chez les patients des deux pays, les Syriens obtiennent un résultat sémantique plus élevé que celui des Français. Ainsi, cette moyenne est presque le double chez les femmes syriennes (21,94/58) par rapport à celle des femmes françaises (11,7/58). Ces différences sont significatives ($F=40,65$, $p<0,05$). Nous trouvons aussi que les hommes syriens sélectionnent des lexiques à connotation plus intense, tant sensorielle qu'émotionnelle, en comparaison des mots choisis par les hommes français. Autrement dit, le facteur culturel joue un rôle primordial sur la qualité sémantique des mots choisis par les patients syriens et français pour exprimer leur douleur.

Par rapport au score de la note du patient (SNP), les patients syriens montrent globalement pour chaque terme une intensité de la douleur plus élevée comparativement aux patients cancéreux français. Ces différences sont confirmées par la moyenne totale des deux dimensions, sensorielles et émotionnelles, qui est de 22,05/64 chez les femmes syriennes tandis qu'elle est de 14,1/64 chez les femmes françaises. Notre analyse indique que les différences sont significatives sur l'aspect sensoriel, émotionnel et les deux variables confondues chez les patients syriens. En revanche, les détails de notre recherche montrent que les différences sont importantes entre les hommes syriens et français sur les aspects sensoriels et émotionnels réunis mais qu'elles ne sont pas significatives quand nous prenons chaque aspect séparément. La valeur d'ANOVA calculée est $F=4,05$, $p>0,05$ sur l'aspect sensoriel, et $F=2,84$, $p>0,05$ sur l'aspect émotionnel entre les hommes syriens et français. Dans ce contexte, des différences entre les femmes syriennes et françaises sont observées sur les deux dimensions combinées ($F=15,78$, $p<0,05$) mais aussi sur la dimension sensorielle seule ($F=24,34$, $p<0,05$). Ce qui n'est pas le cas pour la dimension émotionnelle ($F=3,57$, $p>0,05$). Autrement dit, les femmes syriennes expriment une intensité de la douleur plus élevée sur l'aspect sensoriel que les femmes françaises ; les résultats ne montrent pas de différence significative sur l'aspect affectif.

Enfin l'analyse concernant les scores des notes moyennes (SNM) montre des scores très élevés chez les patients syriens comparativement aux patients français. Le score moyen de la description sensorielle et émotionnelle est de 22/61 chez les Syriennes et de seulement 12,9/61 chez les Françaises. Les patients syriens montrent des valeurs plus élevées que les patients français. Le résultat de la valeur ANOVA ($F=41,01$, $p<0,05$) indique des différences significatives entre les patients dans les deux cultures au niveau de l'aspect sensoriel et émotionnel ainsi que dans les deux aspects regroupés. La moyenne de l'aspect sensoriel du SNM est pratiquement le double chez les femmes cancéreuses syriennes (11,97/35,5) que

chez les femmes cancéreuses françaises (6,2/35,5). De plus, le score moyen de l'aspect affectif des femmes cancéreuses syriennes (10,02/25,5) est nettement plus élevé que celui des femmes cancéreuses françaises (6,7/25,5). Nous constatons également des différences entre les hommes syriens et français en ce qui concerne le SNM du questionnaire QDSA sur l'aspect sensoriel et affectif ainsi que sur les deux aspects ensemble. Ces différences sont manifestes chez les hommes syriens ($F=41,01$ $p<0,05$). Notre hypothèse de l'influence du facteur « culture » sur la perception et l'expression verbale de la douleur est confirmée. Le vocabulaire utilisé par les patients français et syriens pour exprimer leur douleur au niveau sensoriel et au niveau émotionnel est un élément discriminant à prendre en compte dans les pratiques de soin.

Discussion

L'analyse de nos résultats montre que l'intensité de la douleur varie entre des valeurs « modérées » et « fortes » chez la plupart des patients des deux cultures selon l'échelle de l'évaluation de la douleur (EVA). Globalement, les évaluations « douleur modérée » de l'intensité de la douleur sont fréquentes dans la population. Nous remarquons dans notre étude, que les femmes cancéreuses syriennes expriment une intensité plus grande de leur douleur que les femmes françaises. L'enquête d'European Pain In Cancer (EPIC) [20], menée dans 12 pays européens entre novembre 2006 et juin 2007, montre que la douleur cancéreuse est une évidence en France où la majorité des patients concernés (76%) souffre de douleurs attribuées à leur cancer. L'échelle EVA est actuellement l'outil le plus utilisé par le corps médical pour appréhender et prendre en charge la douleur des patients de part sa facilité d'emploi. Dans notre étude, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative de moyenne de score d'EVA entre le groupe de patients syriens et le groupe français : l'intensité de la douleur ressentie par les patients français et par les patients syriens serait donc comparable au sein de notre étude si l'évaluation de la douleur s'arrêtait à l'étude de l'échelle EVA. L'échelle EVA ne permet pas de prendre en considération le facteur culturel dans la perception de la douleur.

La douleur constitue une expérience subjective. Sa dimension sensorielle et émotionnelle est universellement acceptée. L'émotion n'est plus considérée comme une simple conséquence de la douleur mais au contraire, comme un élément fondamental de la douleur ressentie. Selon notre étude, avec l'échelle QDSA, les patients douloureux syriens et français (hommes et femmes) décrivent leur douleur ressentie en utilisant un lexique assez varié et en produisant des expressions aussi bien conventionnelles qu'originales. Selon Rollman [21], les réponses à la douleur suggèrent de possibles différences ethnoculturelles pour les deux facteurs affectifs et sensoriels. A l'inverse, pour Lipton & Marbach [22], il est impossible d'avoir des formes d'expressions indépendantes entre différents groupes ethniques. Selon Greenwald [23], les liens significatifs sont absents entre l'identité ethnique et la dimension sensorielle de la douleur, mais ils sont identifiés entre les groupes ethniques et la dimension affective.

De même, l'attitude des patients français et des patients syriens envers leur douleur ressentie est caractérisée par des différences interculturelles concernant la description de la douleur. En analysant les entretiens d'évaluation de la douleur QDSA faits en France et en Syrie, nous constatons que l'expression verbale de la douleur des patients syriens est plus importante que celle des patients français. Par conséquent, les patients syriens sélectionnent plus de descripteurs sensoriels et affectifs (moyenne Syrie = 9,2 vs moyenne France = 6,4). Une étude de Zola [24] a montré que les patients italiens se focalisent sur leurs problèmes et ont une tendance à exprimer davantage leurs plaintes tandis que les patients irlandais se plaignent peu. La recherche de Koopmana, Eisenthalb, & Stoecklea [9] confirment que, les malades italiens évoquent exagérément des symptômes de maladie alors que leurs

homologues américains sont plus réservés pour le même type de pathologie. Dans notre recherche, les descripteurs sensoriels et émotionnels, qui sont utilisés par les patients syriens, ont un contenu sémantique plus fort que ceux sélectionnés par les français (ex. l'expression « coupure » est largement utilisée chez les patients français, tandis que la réponse « coup de poignard » est assez répandue chez les patients syriens). Enfin, l'intensité de la douleur concernant chaque qualificatif est plus forte chez les patients syriens (moyenne Syrie = 21,17 vs. moyenne France = 14,89).

Nous proposons plusieurs explications à ces différences d'expression verbale de la douleur : -La langue arabe syrienne est plus variée dans le domaine de la douleur que la langue française -Le mode de communication syrien, basé sur la répétition, l'insistance et l'exagération, induit artificiellement un plus grand volume de production, (ex. les métaphores, une longue liste d'adjectifs est utilisée pour modifier un simple nom et en souligner la signification) [25] -Le poids de l'histoire syrienne avec ses drames. L'utilisation plus courante en France qu'en Syrie des antalgiques ne semble pas en cause puisque dans notre étude, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre l'intensité de la douleur EVA entre les français et les syriens.

Notre conception de la douleur part d'une vision multidimensionnelle. Nous nous sommes intéressés à l'influence de la culture sur l'expression verbale de la douleur. Notre objectif était de montrer l'importance de la culture dans l'expression verbale sensorielle et émotionnelle de la douleur. Dans les deux populations étudiées, le lexique descriptif de la douleur s'avère riche. Toutefois, pour tous les indices douloureux étudiés par l'échelle QDSA, l'expression de la douleur est plus importante chez le sujet syrien que chez le sujet français. Généralement, les niveaux de la perception et de l'expression de la douleur sont influencés par l'origine culturelle du patient et par son environnement social et familial. Il semble nécessaire afin d'arriver à une prise en charge efficace du contrôle de la douleur pour tous les patients, de prendre en considération leur origine culturelle.

Les outils d'évaluation de la douleur que nous avons utilisés constituent une étape majeure dans la prise en charge des patients. Notre étude confirme d'une part que l'EVA est un bon outil objectif de quantification de la douleur par la différence non significative de scores EVA entre les deux cultures et d'autre part que le QDSA, par l'évaluation de l'expression verbale de la douleur dans sa dimension affective et sensorielle, sensible au facteur culturel, permet une approche complémentaire dans l'appréhension globale de la douleur ressentie par les patients. L'utilisation de ces différents outils entraîne « de facto » une reconnaissance de l'importance de la personne malade et de ses propos pouvant entraîner un changement favorable dans la relation soignant/soigné. Comment à la faveur du phénomène douloureux amplifier cette réflexion de la place du malade dans le parcours de soin ? Cette douleur qui s'inscrit dans un contexte de maladie du cancer ne relève pas du même registre qu'une douleur liée à des problèmes de douleurs chroniques, tout simplement parce que le cancer résonne dans la plupart des cas comme une sentence de mort. La question de l'influence de la culture est déterminante dans toutes les manifestations douloureuses qui sont un rappel pour les malades de cette maladie qui peut peut-être les emporter. C'est cette perception subjective, effectuée par le patient, qui est au centre de nos préoccupations. Nous espérons que notre travail de recherche permettra une ouverture sur la prise en charge de la douleur et contribuera à la mise en place de pratiques psychothérapeutiques pour les patients en souffrance.

Références bibliographiques

1. Boureau, F. (1988). *Pratique du traitement de la douleur*. Paris: Doin.
2. Boureau, F., Luu, M., & Doubrère, J. F. (1992). Comparative study of the validity of four French McGill Pain Questionnaire (MPQ) versions. *Pain*, 50 (1), pp. 59-65.
3. Serra, E., & Verfaillie, F. (2007). Douleur et Souffrance: de quelques aspects médicaux. *Ethique et Santé*, 4, pp. 131-135.
4. Sophie, A., & Bondeau, G. (2008, Octobre 9). *Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. a pour vocation de réunir tous les acteurs de Santé pour favoriser l'enseignement, la recherche et les soins en matière de douleur*. Consulté le Octobre 12, 2010, sur Douleur et cancer : état des lieux et perspectives: <http://www.sfetd-douleur.org/>
5. Cathébras, P. (2000). Douleur, somatisation, et culture : Peut-on aller au-delà des stéréotypes? *Doul et Analg*, 3, pp. 159-162.
6. Fischer, G. N., & Tarquinio, C. (2006). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Paris: Dunod.
7. Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Annals of Internal Medicine*, 88 (1), pp. 251-258.
8. Cedraschi, C. (2003). Aspects anthropologiques et socioculturels des représentations de la douleur chronique. Dans J. Wrobel, *Aspect psychologique de la douleur chronique* (pp. 106-118). Paris.
9. Koopmana, C., Eisenthalb, S., & Stoecklea, J. D. (1984). Ethnicity in the reported pain, emotional distress and requests of medical outpatients. *Soc Sci Med*, 18 (6), pp. 487-90.
10. Cathébras, P. (2009). Diversité culturelle et expression de la douleur en rhumatologie. *Revue du rhumatisme*, 76 (6), pp. 517-521.
11. Bates, M. S., Edwards, W. T., & Anderson, K. O. (1993). Ethnocultural influences on variation in chronic pain perception. *Pain*, 52 (1), pp. 101-112.
12. Morris, D. B. (2001). L'ethnicité et la douleur. *Pain Clinical Updates*, IX (4), pp. 1-4.
13. Wolff, B. B. (1985). Ethnocultural Factors Influencing Pain and Illness Behavior. *Clinical Journal of Pain*, 1 (1), pp. 23-30.
14. Weisenberg, M., & Caspi, Z. (1989). Cultural and Educational Influences on Pain of Childbirth. *Journal of Pain and Symptom Management*, 4 (1), pp. 13-19.
15. Choinière, M., & Melzack, R. (1987). Acute and chronic pain in hemophilia. *Pain*, 31 (3), pp. 317-31.
16. Moore, R., Brodsgaard, I., Mao, T. K., Miller, M., & Dworkin, S. F. (1998). Acute Pain and Use of Local Anesthesia: Tooth Drilling and Childbirth Labor Pain Beliefs Among Anglo-Americans, Chinese, and Scandinavians. *Anesth Prog*, 45, pp. 29-37.
17. Atallah, F., & Guillerrou, Y. (2004). L'homme et sa douleur : dimension anthropologique et sociale. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, 23 (7), pp. 722-729.
18. Le Breton, D. (1995). *Anthropologie de la douleur*. Paris: Métailié.
19. Lipson, J. G., & Meleis, A. L. (1983). Issues in Health Care of Middle Eastern Patients. *West J Med*, 139 (6), pp. 854-861.
20. Breivik, H., Cherny, N., Collett, B., de Conno, F., Filbert, M., Foubert, A.J., Cohen, R., Dow, L. (2009) Cancerrelated pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol* 20: 1420-1433.
21. Rollman, G. B. (2005). The need for ecological validity in studies of pain and ethnicity. *Pain*, 113 (1), pp. 3-4.

22. Lipton, J., & Marbach, J. (1984). Ethnicity and the pain experience. *Soc Sci Med*, 19 (12), pp. 1279-1298.
23. Greenwald, H. P. (1991). Interethnic differences in pain perception. *Pain*, 44 (2), pp. 157-63.
24. Zola, I. K. (1966). Culture and Symptoms--An Analysis of Patient's Presenting Complaints. *American Sociological Review*, 31 (5), pp. 615-630.
25. Feghali, E. (1997). Arab Cultural Communication Patterns. Elsevier Science, 21 (3), pp. 345-378.