



Programme national de recherche PNR 53
«Santé musculosquelettique –
douleurs chroniques»

Les migrants ressentent les douleurs d'une manière différente¹

Marina Sleptsova, Brigitta Wössmer, Wolf Langewitz

Département de médecine psychosomatique, Hôpital universitaire de Bâle

Contexte

Dans le monde entier, les êtres humains souffrent de douleurs chroniques. Une des caractéristiques de ces douleurs est qu'elles perturbent aussi de manière essentielle la santé psychique et la qualité de vie des patients [1, 2]. En observant différents groupes de population dans les pays européens, l'on remarque que la prévalence des douleurs musculosquelettiques est plus élevée chez les immigrants que dans la population du pays d'accueil [3–5]. L'interaction complexe de facteurs tels que l'intensité spéciale de la douleur, le vécu spécifique de la douleur, l'ethnicité, le contexte culturel et les particularités sociales, conduit les migrantes et les migrants à vivre les douleurs chroniques comme étant particulièrement problématiques [6].

Les différences d'ordre ethnique se révèlent, par exemple, dans certains examens expérimentaux de la sensibilité algique [7]. De même, certaines études cliniques démontrent que l'ethnicité et le statut de migrant exercent une influence sur l'intensité algique, sur le nombre de symptômes corporels perçus, sur la localisation des douleurs et sur l'utilisation d'antalgiques [8, 9]. L'appartenance à un groupe ethnique déterminé n'est cependant pas la seule raison pour laquelle différentes personnes ne perçoivent et ne traitent pas les douleurs de la même façon. Le niveau d'éducation exerce également une influence dans ce domaine [10].

Objectif

Les auteurs de plusieurs études plaident pour la prise en compte des différences d'ordre ethnique dans la façon de considérer la douleur et son traitement [11]. Jusqu'ici toutefois, dans les cas de patientes et de patients souffrant de douleurs chroniques, aucune publication ne s'est intéressée à des programmes de thérapie cognitive-comportementale tenant compte de la sensibilité culturelle. Afin de combler cette lacune, nous

avons développé ces dix dernières années au département de médecine psychosomatique de l'Hôpital universitaire de Bâle un programme de thérapie de groupe pour des patients souffrant de douleurs chroniques et venant de Turquie. Nous y avons appliqué divers principes d'intervention de médecine comportementale [12] – en prenant en considération plus particulièrement la situation de personnes immigrées venues de Turquie.

Méthode

Dans le cadre d'une étude randomisée et contrôlée, effectuée sur 116 personnes au total, d'une durée de quatre ans (25 × 1,5 heures), nous avons évalué l'efficacité d'un programme de traitement spécial pour les migrantes et les migrants (tab. 1 [↔](#)). Il s'agissait là d'un traitement cognitif-comportementale combiné à des éléments de physiothérapie. Les sujets du groupe de contrôle ne reçurent qu'un traitement de physiothérapie active. Seuls les migrants de première génération, ceux qui étaient eux-mêmes arrivés de Turquie, pouvaient participer à l'étude. Les autres conditions étaient qu'ils aient souffert de douleurs chroniques depuis six mois au moins, que ces douleurs ne se laissent pas expliquer entièrement par une cause biologique, et qu'elles soient limitées à l'appareil musculosquelettique.

Nous avons effectué des interviews semi-structurées en début d'étude, peu après l'intervention et une année plus tard, en abordant l'anamnèse de la douleur, et en relevant la situation psychosociale et le passé migratoire des participants. A l'aide de questionnaires en langue turque, nous avons relevé les données psychologiques: SF-36, *General Health Questionnaire* et *Pain Disability Index*.

¹ Evaluation d'un programme de thérapie de groupe cognitive-comportementale tenant compte de la sensibilité culturelle, impliquant des patients turcophones souffrant de douleurs musculosquelettiques chroniques. Etude d'intervention randomisée et contrôlée. Numéro de projet: 405340-104776/1.

Tableau 1. Programme de traitement des patients turcophones souffrant de douleurs chroniques. Un interprète était présent lors de chacune des séances (25 x 1,5 heures).

Informations aux patients sur les douleurs chroniques
perception et gestion de la douleur
stratégies actives de maîtrise de la douleur
rôle des facteurs psychosociaux ou évolution dépressive lors de la chronification de la douleur
Sujets spécifiques à la culture
facteurs de stress social liés à la migration et au statut d'étranger
motivation à l'intégration (plus poussée) en Suisse
Méthodes de relaxation
relaxation musculaire progressive selon Jacobson
exercices d'imagination
Physiothérapie
transmission de connaissances générales sur l'anatomie des articulations et des muscles
apprentissage d'un programme simple de fortification, d'assouplissement et d'élongation musculaire en vue d'exercices à domicile
activités ludiques favorisant le plaisir au mouvement

Une des particularités de l'étude consistait dans le port de moniteurs de mouvement par tous les participants durant les cinq jours précédant et suivant l'intervention, ainsi que pendant l'examen de suivi. Cette mesure devait nous aider à déterminer si l'activité corporelle volontaire des sujets augmentait sous les conditions quotidiennes. Cette hypothèse représentait justement un objectif comportemental essentiel de l'intervention. De plus, les caisses maladie nous livraient les données sur la mise à contribution de prestations médicales recouvrant les trois mois précédant et suivant l'intervention.

Résultats

En tout, 37 hommes et 79 femmes furent répartis aléatoirement dans le groupe d'intervention combiné et le groupe de contrôle. Lors de l'expérience proprement dite, le taux d'interruption prématuré se situa à 22% dans le groupe d'intervention et à 31% dans le groupe de contrôle. Sur l'ensemble des patients, 55% étaient d'origine turque, 42% d'origine kurde, 80% avaient accompli une période de scolarité de cinq ans au plus, 30% des femmes étaient analphabètes, 94% travaillaient comme main-d'œuvre non qualifiée dans la construction ou le nettoyage, 88% étaient sans travail.

La plupart des patients déclaraient souffrir d'algies lombaires, cervicales, ou dorsales, ou encore de céphalées. En moyenne, ces douleurs persistaient depuis 6,8 ans. Parmi les patients, 86% décrivaient leur douleur comme étant constante, 22% bénéficiaient d'une rente AI et 50% en avaient fait la demande.

L'intensité de la douleur ressentie par les participants n'a pas varié entre les trois périodes de mesure. Selon l'échelle visuelle analogique (EVA) de 0 à 10, les mesures étaient: avant l'intervention $7,5 \pm 2,1$, $7,6 \pm 1,7$ après l'intervention et $7,6 \pm 2,0$ une année après l'intervention. Par contre, après une année, le groupe d'intervention a connu une amélioration significative de sa qualité de vie sur deux des huit sous-échelles du SF-36 – celles qui mesurent la limitation des activités physiques. Ainsi la valeur obtenue sur la sous-échelle du SF-36 mesurant l'intensité de la douleur physique s'est-elle améliorée dans le groupe à traitement combiné. Deux autres sous-échelles montrèrent une amélioration non significative ($p = 0,1$) des valeurs des patients du groupe d'intervention.

Conclusion pratique

Ce projet portait sur des patients sévèrement invalidés. Parmi les groupes comparables, par exemple celui des patients douloureux vivant en Turquie, tous présentent de bien meilleures valeurs initiales. L'étude a cependant démontré que le traitement était accepté par les participants et provoquait une amélioration relative de leur qualité de vie. Notre étude a également montré que les interventions thérapeutiques n'atteignaient que certains aspects de la vie de ces patients. Leur situation dépend en effet essentiellement du cadre social, sociopolitique et financier auquel ils sont assujettis et qui se trouve hors de portée d'une intervention limitée au seul domaine médical.

Perspectives

Les études d'intervention à venir devraient également prendre en compte les questions sociales. Avant tout, il serait intéressant voire indispensable de déterminer comment ces patients pourraient être ramenés peu à peu vers le monde du travail. En effet ils ne cessent de souligner à quel point il serait important pour eux de pouvoir travailler à nouveau, ne serait-ce que sur un plan limité.

Message essentiel

Chez les migrants, le traitement des douleurs chroniques s'avère plus efficace si l'on prend en compte les différences d'ordre culturel dans la sensibilité algique et dans la gestion de la douleur. Par exemple, cela signifie qu'il faut intégrer certains aspects culturels spécifiques comme le stress social induit par le statut d'étranger, et qu'il faut transmettre également des connaissances générales sur l'anatomie des articulations et des muscles.

Correspondance:

lic. phil. Marina Sleptsova
Abteilung für Psychosomatik
Universitätsspital Basel
Hebelstrasse 2
CH-4031 Basel
msleptsova@uhbs.ch

Références

- 1 Elliott AM, et al. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet*. 1999;354(9186):1248–52.
- 2 Becker N et al. Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain*. 1997;3:393–00.
- 3 Allison TR et al. Musculoskeletal pain is more generalised among people from ethnic minorities than among white people in Greater Manchester. *Ann Rheum Dis*. 2002;1:151–6
- 4 Acculturation and the prevalence of pain amongst South Asian minority ethnic groups in the UK. *Rheumatology*. 2007;6:1009–14.
- 5 Kavuk I et al. One-year prevalence and socio-cultural aspects of chronic headache in Turkish immigrants and German natives. *Cephalalgia*. 2006;26:1177–81.
- 6 Edwards CL et al. Race, ethnicity and pain. *Pain*. 2001;94:133–7.
- 7 Campbell CM et al. Ethnic differences in responses to multiple experimental pain stimuli. *Pain*. 2005;113:20–6.
- 8 Green CR, Tait RC, Gallagher RM. The unequal burden of pain: confronting racial and ethnic disparities in pain. *Review Article. Pain Med*. 2003;4:277–94.
- 9 Cano A, Mayo A, and Ventimiglia M. Coping, pain severity, interference, and disability: the potential mediating and moderating roles of race and education. *The Journal of Pain*. 2006; vol. 7(7):459–68.
- 10 Edwards RR, Moric M, Husfeldt B, Buvanendran A, Ivankovich O. Ethnic similarities and differences in the chronic pain experience: a comparison of African American, Hispanic, and White Patients. *Pain Med*. 2005;6(1):88–98.
- 11 Davidhizar R, Giger JN. A review of the literature on care of clients in pain who are culturally diverse. *International Council of Nurses*. 2004;51:47–55.
- 12 Basler HD et al. Chronische Kopf- und Rückenschmerzen. Psychologisches Trainingsprogramm. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 2001.