

Douleur, somatisation, et culture : Peut-on aller au-delà des stéréotypes ?*

P. Cathébras

Service de médecine interne, Hôpital Nord, St-Etienne

Résumé Face à la douleur physique, ou à des symptômes somatiques sans substratum lésionnel (somatisation), la dimension culturelle de la plainte est souvent évoquée, et l'anthropologie est alors convoquée pour éclairer le « sens » des symptômes. En les interprétant comme un langage de détresse reconnaissable (idiom of distress) ou comme la forme ethnique d'un désordre psychique (culture-bound syndrome), la perspective anthropologique tend à exagérer le codage culturel des symptômes, au détriment de leurs significations pathologiques, psychodynamiques, ou politiques. Ce faisant, les anthropologues prennent le risque d'ignorer les importantes variations intra-ethniques, de reproduire des stéréotypes culturels, voire d'ouvrir la porte à la stigmatisation de certains groupes.

Au-delà des stéréotypes (par exemple sur les différences d'expression de la douleur d'un groupe ethnique à l'autre), les sciences sociales devraient permettre de porter l'attention sur le contexte socio-médico-moral complexe au sein duquel la plainte somatique est exprimée. Un modèle où le symptôme somatique peut avoir simultanément plusieurs « sens » est présenté.

Summary The cultural dimensions of physical pain and somatic complaints without organic cause (somatization) are often evoked, and anthropology is then called up to shed light on the « meaning » of symptoms. Interpreting them as an idiom of distress, or as a culture-bound syndrome, the anthropological perspective tends to exaggerate the cultural coding of symptoms, to the prejudice of their pathological, psychodynamic or political significance. Doing so, anthropologists take the risk of ignoring important intra-ethnic variations, reproducing cultural stereotypes, or even opening the door to the stigmatization of certain groups.

Beyond stereotypes (for example on the varieties of the expressions of pain among ethnic groups), social sciences should drive their attention to the complex socio-medico-moral context in which the somatic complaint is expressed. A model in which somatic symptoms can have simultaneously several « meanings » is presented.

Key words: Pain, somatization, idioms of distress, medical anthropology, stereotypes.

D'abord quelques précisions. Je ne suis ni psychiatre, ni ethnologue, encore moins « ethnopsychiatre ». Je suis médecin clinicien, exerçant comme interniste à l'hôpital. Mon intérêt pour l'ethnopsychiatrie provient de quelques expériences d'acculturation, des études d'anthropologie de la maladie que j'ai suivies auprès de Jean Benoist et de Gilles Bibeau, et de la certitude confuse qu'une véritable clinique est une clinique sensible à la culture, et informée des enjeux sociaux qui se nouent autour de la maladie. Confronté quotidiennement à des plaintes que la biomédecine ne peut expliquer de façon satisfaisante (plaintes que l'on regroupe sous les termes de « symptômes fonctionnels », « médicalement inexpliqués », ou « somatisation »), j'ai souvent à en évaluer (avec difficulté) la dimension culturelle. Dans le milieu de la clinique, cette dimension me semble évoquée avant tout face à des troubles « récalcitrants », lorsqu'ils sont observés chez

des sujets migrants : elle vise donc souvent à combler un vide dans l'explication médicale, ou à excuser une inefficacité. Par ailleurs, à l'occasion d'interventions au sein de différentes formations pour les soignants sur le thème « douleur et culture », j'ai constaté que la littérature socio-anthropologique, pour une large part, ne faisait que reproduire les stéréotypes attendus par les soignants. De quel secours peuvent alors être les sciences sociales pour le médecin, face à la douleur ou aux symptômes fonctionnels ?

Je ne présenterai ici aucun matériel clinique, mais quelques réflexions nées de cette interrogation. L'argument est simple : les sciences sociales ne peuvent rien apporter à la pratique clinique, s'il s'agit d'expliquer (par des recettes) les plaintes somatiques des sujets migrants ou de cultures minoritaires. C'est à l'inverse en se retournant sur les préjugés et les attitudes des soignants, et les idéologies de la biomédecine, qu'elles peuvent contribuer à éclairer le contexte social et moral complexe dans lequel les symptômes s'expriment¹.

* Ce travail a fait l'objet d'une communication au colloque « L'ethnopsychiatrie en questions », Lille, 28-30 janvier 1998. Nous avons maintenu dans certains passages la liberté de ton de l'exposé oral.

Correspondance : Dr P. Cathébras, Service de Médecine Interne, Hôpital Nord, F-42055 Saint-Etienne Cedex 2.

¹ Cette position n'a rien de très original : des anthropologues l'ont déjà développée de façon convaincante (par exemple A. Young (1990)).

Douleur et culture: les ambiguïtés du discours des sciences sociales

La douleur comporte une dimension perceptive, une dimension cognitive (incluant ses représentations), et une dimension comportementale. Ces deux dernières dimensions, cognitive et comportementale, sont désormais considérées comme non seulement déterminées par la perception douloureuse, mais aussi comme la modelant en retour (ce qui ne va pas de soi). L'influence des comportements (agitation ou prostration, mutisme ou verbalisation, etc.) et des cognitions (croyances, attitudes, représentations, etc.) sur la perception douloureuse, est en effet à la base de la construction du **concept de douleur chronique** (Baszanger, 1995). Où se place la culture dans ce schéma? Certainement davantage du côté des représentations et des comportements: toutes les études sur les variations ethniques des perceptions douloureuses se sont avérées négatives. Il est vrai que ces études, menées en laboratoire, sont bien éloignées des situations réelles (Wolf et Langley, 1968). Les études sur le comportement douloureux et les attitudes vis-à-vis de la douleur en fonction de l'ethnicité sont plus pertinentes, mais elles sont entachées de biais. Par exemple, l'article de Mark Zborowski (1952) est sans conteste le plus souvent cité dans la littérature sur les aspects culturels de la douleur. Cette gloire est à la fois méritée et navrante. Tout en constituant une fine analyse des attitudes socialement apprises face à la douleur, elle a en effet ouvert la porte à la stéréotypisation des groupes ethniques dans leur comportement douloureux (Kleinman et al., 1992).

Se basant sur l'étude approfondie de 81 patients hospitalisés de trois groupes ethniques (américains « de souche », italiens, et juifs), Zborowski montre que les patients italiens et juifs tendent à réagir de façon très « émotionnelle » à la douleur, et à « exagérer » l'expression de leur douleur, en contraste avec l'attitude « stoïque » des américains de souche. Cependant, cette présentation publique bruyante de la douleur semble correspondre à des attitudes différentes: les patients italiens paraissent concernés par l'immédiateté de leur expérience de la douleur, tandis que les patients juifs sont préoccupés par la signification et les implications futures de leur douleur. L'attitude de ces deux groupes vis-à-vis des antalgiques est en conséquence contrastée: tandis que les patients italiens recherchent activement une palliation médicamenteuse qui les soulage effectivement, les patients juifs s'inquiètent du retour possible de la douleur, du caractère symptomatique et non étiologique du traitement, et des éventuels effets néfastes des médicaments.

Zola (1966), dans une étude tout aussi célèbre et largement commentée, comparant les attitudes de 144 patients hospitalisés d'origines italienne et irlandaise, confirme que les patients italiens tendent à exprimer davantage de plaintes et de manière plus diffuse, que les patients irlandais qui se plaignent peu et de façon focalisée sur leur problème actuel. Le retentissement perçu des problèmes de santé sur la vie quotidienne est également plus grand pour les patients d'origine italienne. Cette « expressivité » et « expansivité » du comportement douloureux des italiens, sont interprétés par Zola comme résultant d'une dramatisation qui réaliserait un mécanisme de défense visant à « dissiper » l'anxiété en

l'exprimant de façon exagérée. A l'inverse, le déni serait le mécanisme de défense prévalent des irlandais, que Zola relie au sens pénétrant de la culpabilité présent dans la culture rurale irlandaise.

Les études de Zola et de Zborowski ont fait l'objet de commentaires nombreux. Au-delà des stéréotypes qu'elles véhiculent, elles gardent divers mérites. L'étude de Zborowski, par exemple, montre que des comportements douloureux en apparence identiques peuvent être sous-tendus par des attitudes distinctes vis-à-vis de la douleur. Ces études montrent aussi que les attitudes et les comportements vis-à-vis de la douleur ne peuvent être compris que dans le contexte plus large des attitudes vis-à-vis du corps, de la santé et de la maladie, elles-mêmes en partie influencées par des conceptions morales et des traditions religieuses, dictant par exemple un plus ou moins grand mépris ou à une plus ou moins grande valorisation du corps. Les travaux de Zborowski et de Zola suggèrent enfin, sans toutefois le prouver, le rôle de l'éducation et des attitudes parentales dans la construction des comportements douloureux chez l'adulte. Les patients reçoivent davantage d'attention et de sympathie si leur comportement douloureux correspond à ce qui est attendu dans leur société. Les types de comportements douloureux licites dans une société donnée sont probablement appris dès la petite enfance (Craig, 1978). Des facteurs tels que la réaction de la mère aux pleurs du bébé, les châtiments corporels reçus ou non durant l'enfance (qui relie l'expérience de la douleur et le sentiment de culpabilité), ou l'anticipation de la douleur par les parents (conduisant à une attitude plus ou moins protectrice), contribuent à former les attitudes face à la douleur plus tard dans la vie. On peut cependant reprocher à l'explication des variations culturelles par les pratiques éducatives (l'un des postulats du courant anthropologique « culture et personnalité »), d'être quelque peu tautologique, et surtout de manquer cruellement de validation empirique (Shweder, 1991).

Si les études de Zola et Zborowski ont le mérite d'avoir sensibilisé des générations de soignants à la dimension culturelle de la douleur, des réserves importantes doivent être faites quant à leur validité, et à leur portée (Cathébras, 1993-1994):

1. Des **études plus récentes** menées avec des méthodologies voisines se sont montrées incapables de mettre en évidence de différences significatives entre groupes ethniques quant aux comportements douloureux et aux attitudes face à la douleur. C'est le cas par exemple de Koopman et al., (1984) réitérant vingt ans plus tard l'enquête de Zola dans le même hôpital. Le rôle de l'acculturation aux modèles et valeurs de la société dominante est probable. On assiste sans doute dans les sociétés occidentales à une « homogénéisation » des perceptions douloureuses au fil du temps (Le Breton, 1995).
2. Les **variations intra-ethniques** des attitudes et des conduites, que des travaux plus récents mettent bien en évidence (Lipton et Marbach, 1984), sont négligées dans ces études. La porte est ainsi ouverte à la stéréotypisation des groupes ethniques.
3. En effet, les résultats de ces études reproduisent au moins en partie les **stéréotypes des soignants**, et à travers eux, sans doute par un effet de proximité

sociale, de l'enquêteur, sur les groupes étudiés. On y retrouve le « syndrome méditerranéen », « l'hypochondrie juive », etc. Le risque de stigmatisation n'est jamais loin.

4. Surtout, le contexte de l'interaction médicale est constamment sous-estimé.

Il existe plusieurs raisons de penser que le contexte médical influence les attitudes et les comportements vis-à-vis de la douleur.

D'abord, plusieurs études, dont certaines récentes, montrent que les quantités d'analgésiques administrées aux patients en période post-opératoire varient d'un groupe ethnique à l'autre, sans qu'aucune ne permette d'exclure que les préjugés des soignants n'en soient la raison².

Ensuite, il est probable que la **médicalisation** de la douleur contribue à l'homogénéisation des perceptions de la douleur, car cette médicalisation va de pair avec la diffusion dans le public de deux idées fortes, bien que contestables : (a) toute douleur doit avoir une explication médicale ; (b) il est techniquement possible et moralement juste de lutter contre la douleur. Ce nouveau credo face à la douleur a des conséquences importantes. En premier lieu, la douleur devient une affaire de spécialiste, avec le risque de dépendance qui en découle. De plus, si la douleur devient un problème purement médical, elle risque de perdre une partie du sens (moral, religieux, etc.) qu'elle pouvait avoir auparavant dans telle ou telle culture. Enfin, les **conflits de légitimité** sont exacerbés : la douleur n'est légitime que si elle a une explication médicale satisfaisante.

Ainsi, lorsque la douleur est mal expliquée médicalement, elle est suspecte d'être imaginaire (et le patient devient un coupable potentiel) (Kirmayer, 1998). La légitimité de la plainte passe par l'institution médicale, qui décide ou non de la valider. Mais le dualisme cartésien à la base de cette dichotomie et les valeurs morales qui y sont attachées ne sont pas seulement ceux des soignants : il colore aussi toute la démarche des malades (ma douleur doit bien venir « de quelque chose » – sous-entendu : de quelque chose qui soit hors de ma responsabilité).

C'est dans ce contexte que l'on doit aborder la **construction sociale d'une nouvelle catégorie médicale : la douleur chronique**. Réifiée (« ma » douleur), devenue une « maladie en soi », la douleur chronique manque pourtant toujours de sens (Hilbert, 1984). De plus, le conflit de responsabilité et de légitimité n'est que très superficiellement dépassé. Il réapparaît dans l'organisation interne des centres de la douleur (Baszanger, 1995), et reste vécu douloureusement par les patients (Jackson, 1992).

Pour résumer, les sciences sociales risquent fort d'être dans l'impasse si elles s'entêtent à rechercher dans les variations ethniques face à la douleur des clés pour la clinique. C'est en se retournant sur la biomédecine, ses présupposés, sa morale implicite, et la construction de ses nouveaux concepts et théories qu'elle peuvent au contraire éclairer la dimension culturelle de la plainte. Ceci est aussi apparent dans la question de la somatisation.

Somatisation et culture : quelle place pour les facteurs culturels ?

La somatisation, au sens anglo-saxon, recouvre trois phénomènes distincts mais se recoupant : (a) la présentation somatique de maladies psychiatriques (et parmi elles un groupe « spécifique » mais discutable : les troubles somatoformes) ; (b) la préoccupation vis-à-vis de la santé, ou la crainte de souffrir d'une maladie grave : préoccupations hypochondriaques, mieux conceptualisées comme anxiété centrée sur la santé ; (c) les symptômes médicalement inexplicables ou « fonctionnels », éventuellement regroupés en syndromes eux aussi contestables.

La somatisation, d'un point de vue social, relève d'un **conflit d'attribution** : le malade attribue son problème à un trouble somatique, les médecins à une cause psychosociale (Kirmayer, 1988). Le concept même de somatisation n'a aucun sens si on ne confronte pas les symptômes au substratum biologique que la médecine est chargée de mettre à jour. Se pose donc ce problème aigu de légitimité médicale déjà relevé plus haut. Du point de vue subjectif des malades, des thérapeutes traditionnels, comme du point de vue de l'ethnologue, la somatisation n'a pas de sens. Par contre, elle prend un sens crucial si on considère que dans notre société, la reconnaissance de l'état de maladie passe par l'institution biomédicale : la somatisation devient porteuse d'une double souffrance : celle des symptômes, et celle de l'absence de légitimité médicale. La recherche désespérée de cette légitimité explique le parcours des patients, leur résistance de plus en plus forte à toute conceptualisation psychologique de leurs symptômes, et contribue à la construction sociale de catégories (pseudo)-médicales comme la spasmophilie, la fibromyalgie, le syndrome de fatigue chronique, etc. (Cathébras, 1997).

Y a-t-il des sociétés, des cultures, qui « somatisent » ? On y a beaucoup cru. Par exemple l'école de Fann a popularisé l'idée que la dépression en Afrique noire se manifestait par des symptômes physiques à l'exclusion de toute plainte affective. A bien y regarder aujourd'hui à la lumière d'études épidémiologiques et anthropologiques de qualité (Kleinman et Good, 1985 ; Kirmayer et al., 1995), on peut se demander si la tendance à la somatisation attribuée aux sociétés traditionnelles ne relève pas de stéréotypes, de la méconnaissance des langages de détresse, et d'artefacts liés au système de santé (qui canalise par son orientation biologique la détresse vers les plaintes somatiques). Il apparaît ainsi que notre culture ne somatise pas moins que les autres (par exemple, la présentation somatique de la dépression, en Occident, représente 50% au moins des cas observés en médecine générale). Mais en plus, nous « psychologisons » : notre culture est peut-être la seule à nous offrir la possibilité d'expliquer nos maux du corps en termes de souffrance psychologique, et à nous proposer les services d'une institution, celle de la psychiatrie.

Quel est le discours de l'anthropologie face aux symptômes fonctionnels ? L'anthropologie tend à attribuer aux symptômes somatiques un sens culturel, soit en assimilant des plaintes à des langages de détresse reconnaissables et culturellement codés (idioms of distress), soit en les interprétant comme des désordres ethniques (culture bound syndromes), caricatures culturelles de maladies psychiatriques. Comme pour la douleur, les **risques**

² La généralisation de l'analgésie contrôlée par le patient (PCA) devrait aujourd'hui permettre d'exclure les facteurs liés aux soignants.

de cette culturalisation sont nombreux: négliger les significations pathologiques, la psychopathologie individuelle, et les variations intra-ethniques dans les comportements; reproduire des stéréotypes (lombalgies du maghrébin); exagérer la cohérence entre symptômes, conduites de maladie, et culture, en mettant en jeu des « modèles explicatifs » (Kleinman, 1980) dont la rationalité est celle d'informants particuliers, alors que les récits des patients font plutôt intervenir des prototypes, des analogies, et des séquences d'action qui ne peuvent être décrits rationnellement (Young, 1982).

Qu'attendre, alors, des sciences sociales (de l'anthropologie en particulier) face à la douleur ou à la somatisation ?

Il ne s'agit certainement pas de fournir un savoir prêt-à-porter, « en boîte » (Kaufert, 1990) et décontextualisé sur la douleur, ou la somatisation, dans tel ou tel groupe ethnique. Mais d'attirer l'attention sur un contexte complexe qui inclut: (a) l'idéologie, les valeurs, les présupposés de tous les acteurs (y compris les soignants, employeurs, etc.); (b) l'organisation du système de soin lui-même; (c) la construction sociale des concepts utilisés pour rendre compte des symptômes, des comportements, de la souffrance, par les médecins, comme par les spécialistes des sciences sociales. Au-delà des stéréotypes (par exemple sur les différences d'expression de la douleur d'un groupe ethnique à l'autre), les sciences sociales devraient permettre d'approcher ce « **contexte socio-médico-moral** » complexe au sein duquel la plainte somatique est exprimée.

Il est utile de comprendre qu'un **symptôme somatique peut avoir simultanément plusieurs « sens »**, même si notre dualisme cartésien nous empêche, par exemple, de voir la douleur à la fois comme le signe d'une maladie organique et comme un mode de communication interpersonnel, ou le symptôme comme la résistance à une oppression sociale en même temps qu'un indicateur de souffrance psychologique. Kirmayer et al., (1995) proposent six façons d'interpréter un symptôme, et donc de lui attribuer un « sens »: le symptôme peut être le signe d'une maladie organique, l'indice d'une pathologie mentale, la condensation symbolique d'un conflit intrapsychique (symptôme de conversion), un langage de détresse culturellement codé, une métaphore de l'expérience, et finalement une forme de commentaire social ou de protestation. Que la fonction de communication du symptôme soit intentionnelle ou non, que le symptôme corresponde à une cause lésionnelle ou non, médicalement identifiable ou non, n'a pas d'importance. C'est le contexte qui donne la grille de lecture la plus appropriée. Ni le médecin, ni le psychologue, ni l'anthropologue n'ont le monopole du sens du symptôme. Le rôle des soignants est de trouver des solutions

créatives aux souffrances des patients, pas de construire des récits cohérents à l'intention de leurs collègues.

Bibliographie

1. Baszanger I.: *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*. Paris, Seuil, 1995.
2. Cathébras P.: Douleur et cultures: au-delà des stéréotypes. *Santé Culture Health* 10, 229-243, 1993-1994.
3. Cathébras P.: Qu'est-ce qu'une maladie? *Revue de Médecine Interne* 18, 809-813, 1997.
4. Craig K.D.: Social modeling influences on pain. In: Steinbach RA (ed). *The psychology of pain*. New York, Raven Press, 73-109, 1978.
5. Hilbert R.A.: The acultural dimension of chronic pain: flawed reality construction and the problem of meaning. *Social Problems* 31, 365-378, 1984.
6. Jackson J.E.: « After a while no one believes you »: real and unreal pain. In: DelVecchio Good M.J., Brodwin P.E., Good B.J., Kleinman A. (eds). *Pain as human experience: an anthropological perspective*. Berkeley, University of California Press, 138-168, 1992.
7. Kaufert P.: The « box-ification » of culture: the role of the social scientist. *Santé Culture Health* 7, 139-148, 1990.
8. Kirmayer L.J.: Mind and body as metaphors: hidden values in biomedicine. In: Lock M. & Gordon D.R. (eds). *Biomedicine examined*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 57-96, 1988.
9. Kirmayer L.J., Thi Hong Trang Dao and Smith A.: Somatization and psychologization: understanding cultural idioms of distress. In: Okpaku S. (ed) *Clinical methods in transcultural psychiatry*. Washington, American Psychiatric Press, 1995.
10. Kleinman A.: *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley, University of California Press, 1982.
11. Kleinman A.J. and Good B.: *Culture and depression*. Berkeley, University of California Press, 1985.
12. Kleinman A., Brodwin P.E., Good B.J. and DelVecchio Good M.J.: Pain as human experience: an introduction. In: DelVecchio Good M.J., Brodwin P.E., Good B.J., Kleinman A. (eds). *Pain as human experience: an anthropological perspective*. Berkeley, University of California Press, 1-28, 1992.
13. Koopman C., Eisenthal S. and Stoeckle J.D.: Ethnicity in the reported pain, emotional distress and requests of medical outpatients. *Social Science and Medicine* 18, 487-490, 1984.
14. Le Breton D.: *Anthropologie de la douleur*. Paris, Métailié, 1995.
15. Lipton J.A. and Marbach J.J.: Ethnicity and the pain experience. *Social Science and Medicine* 12, 1279-1298, 1984.
16. Shweder R.A.: Rethinking culture and personality theory [1978-79]. In: Shweder R.A. *Thinking through cultures. Expeditions in cultural psychology*. Cambridge, Harvard University Press, 269-312, 1991.
17. Wolff B.B. and Langley S.: Cultural factors and the response to pain: a review. *American Anthropologist* 70, 494-501, 1968.
18. Young A.: Rational men and the explanatory model approach. *Culture, Medicine and Psychiatry* 6, 57-71, 1982.
19. Young A.: (Mis)applying medical anthropology in multicultural settings. *Santé Culture Health* 7, 197-208, 1990.
20. Zborowski M.: Cultural components in response to pain. *Journal of Social Issues* 8, 16-30, 1952.
21. Zola I.K.: Culture and symptoms. An analysis of patients' presenting complaints. *American Sociological Review* 31, 615-630, 1966.