



Penser la douleur à la rencontre du culturel et du biologique : repères anthropologiques

Daniel Côté
Institut de recherche
Robert-Sauvé en santé et
en sécurité au travail (IRSST)

La douleur est sans doute l'un des phénomènes neurophysiologiques les plus universels et les plus répandus dans le monde; présente dans l'ensemble du règne animal, elle permet de signaler la présence d'une lésion tissulaire et de prévenir du risque d'un danger imminent. Cependant, cette conception de la douleur n'est qu'un aperçu général. En effet, la douleur n'est pas seulement fonction d'une blessure et il semble à peu près certain que l'intensité de la douleur ressentie dépend aussi de nos expériences passées et de notre mémoire sensorielle (Melzack 1971; Rollman *et al.* 2004). La médecine reconnaît trois différents types de douleurs : une douleur « nociceptive » – réaction du corps à un stimulus extérieur pouvant provoquer une lésion tissulaire comme dans le cas de l'exposition à un choc thermique –; une douleur « neurogène » – altération d'un nerf –; et une douleur « psychogène » – somatisation d'un conflit psychologique¹ – (Baszanger 1997). La fonction protectrice de la douleur constituerait un mécanisme physiologique qui serait propre à la douleur aiguë, c'est-à-dire celle qui survient dans la vie quotidienne sans altérer notre capacité fonctionnelle et sans constituer un handicap proprement dit. Il est reconnu qu'une telle douleur fait appel à un mécanisme distinct de celui qui opère dans la douleur chronique ou persistante (Melzack 1985). Chronique, persistante ou générateur d'une situation de handicap ou d'incapacité, les aspects neurophysiologiques de la douleur se situent généralement dans le cadre de situations d'interaction

¹ Cette distinction entre douleur d'origine physique ou psychologique fait l'objet de nombreux débats épistémologiques dans les sciences sociales de la santé comme en médecine en remettant en cause le modèle dualiste dit « cartésien »; cette dualité aurait pour effet, notamment, de créer des catégories de « patients » douloureux qui se voient attribuer des étiquettes sociales de déviants et sur lesquels pèse un lourd jugement moral (par exemple : simulateur, profiteuse du système, malade imaginaire, etc.).

sociale où la pression exercée par un milieu social ou culturel spécifique établit des règles implicites de conduites qui peuvent favoriser l'étiquetage ou la marginalisation dans le cas où une personne peine à répondre aux attentes sociales en matière de santé et de comportement de malade (Fougeyrollas *et al.* 1998). Cela signifie aussi que notre réaction par rapport à la douleur dépend en grande partie de nos apprentissages socioculturels et de la pression exercée dans notre milieu de vie en vue de renforcer, d'encourager, de prescrire ou à l'inverse, de corriger ou d'invalider certains comportements.

Dans l'univers de la santé et de la sécurité du travail (SST), qui comprend des représentants des différentes spécialités médicales, paramédicales et des sciences sociales, il existe une catégorie de douleur qui est souvent rattachée aux « troubles musculo-squelettiques » (TMS)². Ces troubles émergent généralement dans le contexte de l'exécution de mouvements répétitifs ou de l'adoption de mauvaises postures pouvant provoquer des douleurs intenses ou aiguës. Chez certaines personnes, ces douleurs se transforment en situation de handicap ou d'incapacité prolongée et sont à la source de près de la moitié des lésions professionnelles reconnues au Québec, comme dans la plupart des pays industrialisés (CSST 2002a, 2002b). La douleur d'origine musculo-squelettique peut varier d'intensité d'une personne à une autre et d'un moment à un autre de la journée, obligeant souvent la personne atteinte à restreindre ses activités quotidiennes ou à interrompre sa vie professionnelle. Ceci peut bouleverser de manière tragique la vie et la trajectoire des individus aux prises avec un tel problème (Bury 1982).

Cet article constitue une réflexion sur la douleur d'origine musculo-squelettique à partir de mon expérience personnelle à titre de professionnel de recherche dans une équipe interdisciplinaire travaillant sur la prévention de l'incapacité prolongée due à un TMS. Cette équipe, affiliée à un Centre de recherche d'une Faculté de médecine du Québec, a développé un projet d'étude sur les représentations de la santé, de la maladie et de la douleur auprès de travailleurs participant, au moment de l'étude, à un programme de réadaptation au travail (Baril *et al.* 2007). À l'issue de ce projet, qui a duré de 2005 à 2008, j'ai entrepris, dans ce même Centre, un stage de recherche postdoctoral au cours duquel j'ai réalisé un bilan des connaissances sur les enjeux relatifs aux différences de genre lors du processus de retour au travail (Côté, and Coutu 2009). Plusieurs activités de transfert des connaissances ont eu lieu au cours de ce stage, ce qui m'a permis d'échanger sur les contributions possibles de l'anthropologie à l'étude de la douleur. J'ai pu ainsi côtoyer, pendant quatre ans, médecins du travail, épidémiologistes, psychologues, ergothérapeutes, physiothérapeutes et kinésilogues, cliniciens et chercheurs. J'ai eu également accès à des données d'entrevues réalisées auprès de patients en arrêt de travail prolongé pour cause de TMS³. Deux questions se sont posées d'emblée : premièrement, quelle peut être l'originalité de la contribution de l'anthropologie dans le développement de nouveaux modèles conceptuels de la douleur? Deuxièmement, comment une

² La douleur liée à un TMS constitue l'un des principaux problèmes de santé au travail parmi lesquels nous retrouvons, pour la main et le poignet : syndrome du tunnel carpien, tendinite, ténosynovite, syndrome de DeQuervain; pour le coude : épicondylites, épitrochléite; pour l'épaule : tendinopathie de la coiffe des rotateurs (épaule) et pour le tronc vertébral : lombalgies, dorsalgies, cervicalgies (Hagberg, Kuorinka, and Forcier1995).

³ Quelques extraits d'entrevues sont présentés plus loin en guise d'illustration. Au départ, toutes les entrevues avaient été consignées de manière à protéger l'anonymat et la confidentialité des participants. À partir d'une liste de quelques patronymes parmi la centaine des plus utilisés au Québec, j'ai assigné, d'une manière aléatoire, un nouveau nom aux participants afin de donner un caractère plus personnel à ces extraits.

perspective anthropologique sur la douleur peut-elle s'intégrer à la recherche médicale ou paramédicale et participer à l'élaboration de nouvelles approches thérapeutiques? La première question porte surtout sur le développement théorique des études sur la douleur tandis que la deuxième porte sur l'évolution et l'amélioration des pratiques existantes. Cet article s'articule autour de trois parties : la première porte sur la douleur d'un point de vue médical où j'expose les limites de la biomédecine et de l'approche « biopsychosociale »; la deuxième a trait à la construction sociale de la douleur et enfin, la troisième se rapporte aux possibles contributions de l'anthropologie à l'amélioration et à l'élaboration de nouvelles pratiques thérapeutiques.

La douleur d'un point de vue médical : limites et dépassements

Selon l'*International Association for the Study of Pain* (IASP), la douleur se définit comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou décrites en des termes évoquant de telles lésions » (IASP 1994). Cette définition très générale en usage dans le monde médical permet d'inclure des considérations d'ordre émotionnel et, aussi, cognitif. Toutefois, le monde médical demeure souvent captif d'un mode de raisonnement dualiste entre corps et esprit – entre douleur physique et douleur psychologique – qui amène les intervenants à s'intéresser surtout aux aspects physiologiques de la douleur, c'est-à-dire à la douleur dite « objective » et « visible » (Cassel 1982; Dekkers 1998; Leder 1990). Cette vision dualiste de la douleur a renforcé la séparation d'une douleur qui serait imputable à un processus neurologique de celle que l'on attribuerait à un processus psychologique. La reconnaissance de ce double processus a limité l'élaboration d'un modèle conceptuel qui aurait permis l'interaction entre le biologique, le psychique et le socioculturel. Au contraire, ce dualisme a renforcé, si l'on peut dire, une division du travail à l'intérieur de la médecine et des spécialités médicales : la médecine d'une part, en traitant les cas de douleurs aiguës (qui constitueraient plus de la moitié des motifs de consultation médicale au Canada) et, d'autre part, la psychiatrie, en traitant les patients qui souffrent de douleurs sans explications biomédicales (Nettleton 2006; Wainwright *et al.* 2006). Cette dualité corps/esprit a, par le fait même, renforcé l'hégémonie du modèle biomédical, plaçant la médecine au sommet d'une hiérarchisation des savoirs et des professions relatives à la santé (Thunberg *et al.* 2001). Aujourd'hui, il est de plus en plus reconnu que les sensations douloureuses et les réponses aux stimuli douloureux sous-tendent une multiplicité de facteurs d'ordre neurologique, émotionnel, cognitif et socioculturel (Turk 2004). À cet égard, le célèbre neuropsychologue canadien Ronald Melzack affirme :

Nous percevons le monde à travers les filtres de notre culture et de notre expérience antérieure. Les valeurs et les attitudes que nous acquérons à chaque étape de la vie [...] ont un impact profond sur la façon dont nous percevons le monde qui nous entoure [...]. Le cerveau n'est pas un récepteur passif d'information, mais un mécanisme dynamique qui choisit, filtre et condense les données qui circulent dans les complexes réseaux formés par les milliards de neurones du système nerveux. L'information ne se borne pas à déclencher une prise de conscience dans un centre cérébral, elle subit un tri effectif pendant sa transmission, pour engendrer en fin de compte l'expérience consciente. Ce phénomène, nous le savons, se produit pour la vue et l'ouïe, le goût et l'odorat. Il se produit aussi lorsqu'il s'agit de notre expérience de la douleur (Melzack 1985:975).

L'expérience antérieure, c'est aussi l'appréhension ou le souvenir d'une expérience passée qui pourrait influencer, au niveau central, l'interprétation des signaux sensoriels du système périphérique. De même, un effort conscient faisant appel à la suggestibilité et à la réflexivité de la personne semble fournir des résultats probants quant au contrôle de la douleur. Des études comparatives récentes montrent en effet que la pratique de la méditation (Eriksson *et al.* 2007) et de techniques de relaxation inspirées du yoga produit des résultats positifs sur le contrôle de la douleur – résultats qui seraient même supérieurs à ceux observés chez des patients qui ne font usage que d'antalgiques (Boyle *et al.* 2004; Garfinkel *et al.* 1998; Kakigi *et al.* 2005; Nayak, and Shankar 2004).

Toutefois, l'influence des processus culturels sur la réponse neurologique aux signaux externes est encore méconnue bien que l'interaction entre le champ biologique et le champ du social soit de plus en plus envisagée, et ce, non pas uniquement à partir d'une vision unilinéaire qui partirait du biologique pour influencer le social, mais qui reconnaîtrait aussi l'influence du social sur les mécanismes biologiques (Waddell, and Burton 2005). Le « biopsychosocial » est donc devenu une épithète en vogue dans les milieux cliniques qui traitent des cas de douleur chronique, et plus particulièrement dans les milieux qui adoptent une posture interdisciplinaire ou qui intègrent les postulats de la psychologie sociale cognitive (Turk 2004). Ces postulats reposent, entre autres choses, sur la corrélation entre les représentations cognitives de la douleur et les comportements relatifs à la douleur (Waddell 2004). Par exemple, une perception de gravité de la douleur ou une perception que la douleur est liée à la présence d'une lésion peut engendrer un comportement d'évitement de l'activité physique et entraîner, à moyen terme, une atrophie musculaire (Vlaeyen, and Linton 2000).

Une approche multidimensionnelle de la douleur a donc permis le développement, au sein même des sciences médicales et paramédicales, d'une approche dite « biopsychosociale »⁴ (Truchon, and Fillion 2000). Du point de vue médical, si l'approche dite biomédicale demeure pertinente pour comprendre les cas de douleurs « aiguës » ou passagères, elle perd de sa pertinence pour apporter une explication satisfaisante à la douleur chronique; à cet égard, c'est l'approche biopsychosociale qui est recommandée par de nombreuses associations médicales, dont le *Royal College of Physicians* de Londres (Waddell, and Burton 2001), même si les termes concrets de son application ne sont pas toujours clairement définis. À titre d'exemple, une étude de Sarah G. Dean et ses collaborateurs a montré que, bien que les membres d'une équipe thérapeutique se définissent comme « biopsychosociaux », le cadre de leur pratique les astreint souvent à demeurer plus près de la partie « bio » que de la partie « psychosociale » (Dean *et al.* 2005). Le fait que le vécu des patients et les conditions de leur adhésion au traitement proposé ne soient pas systématiquement pris en compte amène les cliniciens à faire le constat que leurs prescriptions ne sont pas respectées.

Dans le milieu de la réadaptation au travail, la motivation est souvent définie comme un facteur de retour au travail. Il serait tentant pour un clinicien d'y voir l'effet d'un manque de motivation alors qu'une enquête plus approfondie sur le vécu des patients permettrait de comprendre que certains d'entre eux, qui n'adhèrent pas à un programme de réadaptation, le font en raison de

⁴ Il semble que le concept soit apparu pour la première fois avec le psychiatre américain George L. Engel en 1977 (Engel 1977).

contraintes et d'obligations sociales et familiales (Ockander, and Timpka 2003).

En plus d'avoir un impact sur l'organisation de la vie quotidienne, l'expérience d'une douleur chronique ou persistante provoque des réactions dans l'entourage de la personne souffrante. Le *modus operandi* de la médecine consiste à rechercher des lésions tissulaires ou des atteintes nerveuses ou discales chez les patients qui prétendent ressentir de la douleur. En l'absence de telles lésions, le médecin pourra conclure qu'il n'existe aucune pathologie médicale connue et pourra soit considérer le phénomène de « centralisation de la douleur »⁵, soit diriger son patient auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue. Cela a pour effet de stigmatiser davantage les personnes souffrant de douleurs chroniques ou persistantes qui ne sont pas parvenues à obtenir un « vrai diagnostic » de douleur physique (Garro 1994; Henriksson *et al.* 2007; Ong *et al.* 2004; Osborn, and Smith 1998; Paulson *et al.* 2002; Werner, and Malterud 2003).

Dans le contexte de la santé au travail, la reconnaissance d'une douleur causée par une lésion professionnelle n'est pas acquise facilement; cela se fait souvent au terme de plusieurs mois, voire d'années de litiges médico-légaux. En effet, une telle douleur ne peut pas toujours être attribuée à un accident précis, plus facile à identifier, et renvoie davantage à un processus étiologique qui demeure vague et sujet à de multiples interprétations de la part des professionnels soignants – y compris ceux qui sont mandatés pour représenter un employeur. Cela signifie que de nombreuses personnes font l'expérience du doute et de la « délégitimation », qu'elles ne peuvent entrer pleinement dans le « rôle de malade » et obtenir les services appropriés tel que prévu par le système public de compensation pour assumer les coûts des traitements et une compensation salariale⁶. Cette situation rend ces personnes particulièrement vulnérables dans les rapports qu'elles entretiennent avec autrui puisqu'elles sont sujettes à des préjugés identifiant leur douleur à une source psychologique (Ewan *et al.* 1991; Glenton 2003; Paulson *et al.* 2002; Werner, and Malterud 2003). Comme je l'ai indiqué précédemment, la qualification d'une douleur de « psychologique » signifie pour plusieurs que la douleur est « dans la tête » et que le véritable problème relève dès lors de la psychiatrie. L'expérience du doute, la culpabilité et la peur de l'attribution d'une étiquette psychiatrique apparaissent dès lors comme des expériences communes pour ces personnes et peut entraîner comme effets possibles l'isolement social, la perte du soutien émotionnel des proches et du lien d'emploi – sans parler de la vulnérabilité financière qui en découle. Un sentiment de culpabilité peut en résulter, comme l'illustre l'exemple ci-après qui évoque la question des rôles sociaux :

Mais là, il n'y a rien qui me tente, là. J'ai toujours mal, fait que ça me tente pas d'aller

⁵ La « centralisation de la douleur » est associée au fonctionnement trouble des circuits neuronaux impliqués dans la transmission de la douleur (Bates 1996). Le cas le plus typique ou extrême demeure sans doute la douleur relative à un « membre fantôme », c'est-à-dire une douleur ressentie sur un membre qui, en fait, a été sectionné ou amputé (Free 2002b; Melzack 1985). Il serait question de « signatures neurologiques » qui opèrent non plus au niveau des terminaisons et des influx nerveux périphériques, mais bien au niveau du système nerveux central. Certaines zones du cortex associées au mouvement de certains membres « coloniseraient » d'autres secteurs laissés « vacants » par le membre absent, favorisant ainsi l'apparition d'une hypersensibilité à la douleur ressentie comme émanant du membre fantôme (Mercier 2009).

⁶ Au Québec, il s'agit de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). La CSST a été créée à la suite de l'adoption de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* par l'Assemblée nationale du Québec en décembre 1979.

nulle part [...]. Je suis pas capable de le faire, ça, ce que je faisais auparavant [...]. Fait que je prive tout le monde, que je me sens un peu coupable aussi, là. Je prive mon mari, je prive mes enfants, tu sais [...] » (Madame Audet, 55 ans, serveuse).

Une détresse psychologique tend alors à venir s'ajouter aux difficultés vécues par ces personnes (Soares, and Grossi 2000). Toutefois, l'attribution d'une étiquette de « dépression » ou de symptômes dépressifs aux personnes souffrantes ne rend pas compte de toute la charge émotionnelle que la douleur chronique renferme : de la colère, de la frustration, du sentiment de « ne pas être compris » de même que du sentiment d'être un « fardeau » pour ses proches et pour la société en général. Les étiquettes psychiatriques ne satisfont pas les personnes souffrantes qui y voient un sens imposé de l'extérieur et qu'elles ressentent comme étrangères à leur vécu⁷. Cette gamme complexe d'émotions contribue à tisser une relation particulière à autrui, en entraînant notamment la désintégration du sentiment d'identité personnelle et de l'estime de soi (Charmaz 1983; Osborn, and Smith 2006). L'exemple suivant illustre une situation où les collègues de travail d'une personne souffrante associent la période de rémission de cette dernière à du temps de vacances – sous-entendant ainsi que ces « vacances » ou cette période de rémission ne sont pas légitimes :

Bien, à toutes les fois, mettons j'allais porter mon papier de CSST, tu sais, comme quoi je revenais pas tout de suite, il sortait une petite craque, là [...] « Puis, tes vacances vont-tu durer toute l'année? » Des affaires de même. Regarde, t'es chez vous, puis tu déprimes, t'as mal au dos, puis tu te fais dire ça en plus, bien [...] c'est pas le fun (Monsieur Gosselin, 26 ans, tuyauteur).

Puis :

Tout le temps me faire dire par mes collègues de travail, à chaque fois que j'allais porter mon papier de la CSST pour me faire dire [...] « bien voyons donc [...] ça se peut pas, t'es pas supposée d'avoir mal encore? Voyons donc, c'est juste un poignet, ç'a pas d'allure, ça fait 7 mois que t'es arrêtée. C'est impossible [...] Voyons donc, tu dois *faker*, ç'a pas d'allure [...] ». Tu sais, tu te fais dire ça, là [...] Je suis une personne qui est un petit peu orgueilleuse, là, ça fait mal, ça fait très mal (Madame Poulin, 51 ans, commis d'entrepôt).

Certaines personnes ont une trajectoire médicale chargée qui les a amenées à consulter de nombreux spécialistes, dont le jugement clinique et l'évaluation diagnostique ne sont pas toujours au diapason. Des échecs thérapeutiques multiples finissent par ronger l'espoir d'une guérison tout en alimentant un sentiment de frustration. L'exemple suivant dresse une ligne de comparaison un peu ironique entre les insuccès de la médecine dans le traitement de la douleur et les avancées technologiques qui marquent la conquête spatiale :

Aujourd'hui, on opère pour le cerveau, on opère pour le cœur, puis on opère [...] On fait toute [...] On va sur la Lune, on va peut-être aller sur Mars, et moi, j'ai un maudit coude qu'y peuvent même pas opérer, y peuvent pas [...] y disent qu'y a pus rien à faire. Qu'ils le coupent. C'est tout. Qu'ils en mettent un en plastique! (Madame Ménard, 44 ans, employée de bureau).

Pour les personnes qui souffrent d'une douleur causée initialement par un accident ou par une lésion professionnelle, la vie prend un autre tournant et provoque un sentiment de « discontinuité » (Becker 1997). Les repères existentiels s'effondrent et obligent les personnes souffrantes à reconstruire

⁷ Lors du processus de validation de la douleur, les personnes souffrantes peuvent mobiliser des catégories diagnostiques issues du savoir médical pour articuler un discours personnel sur la douleur. Toutefois, les catégories diagnostiques de la psychiatrie sont beaucoup plus difficiles à intégrer du fait de leur caractère stigmatisant pouvant être perçu comme dévalorisant.

un lien entre la vie d'« avant » et celle d'« après » bien que cela demande parfois beaucoup de temps, un grand effort d'introspection et un soutien moral et institutionnel considérable (Charmaz 1994, 1999). C'est ainsi que plusieurs personnes souffrant de douleurs persistantes ou d'incapacité prolongée admettent volontiers l'existence d'un volet psychologique à leur douleur, un volet qui s'inscrit comme conséquence et non pas comme la cause première (Bendelow, and Williams 1996). En cela, le phénomène de somatisation⁸, étudié en ethnopsychiatrie⁹, ne semble pas dominer le tableau des représentations populaires de la douleur qui s'alimentent, en revanche, d'un environnement scientifique largement dominé par le modèle biomédical¹⁰. Malgré les récentes tentatives de la médecine d'intégrer des modèles plus inclusifs des différentes dimensions de la santé et de la maladie (Hassed 2004) – et ce, même si le système de santé publique ou de compensation tente d'adopter un modèle plus « holistique » de la santé et plus particulièrement de la douleur chronique –, il existe des frontières difficiles à abolir en raison, peut-être, des préjugés tenaces qui persistent en ce qui concerne la dimension psychologique de la douleur. La peur de « passer pour un fou », d'être étiqueté comme un « malade imaginaire » ou le besoin de valider son mal par une « vraie maladie » illustre ce propos; d'autant plus qu'il faut, d'une part, obtenir un diagnostic reconnu médicalement pour bénéficier d'une compensation salariale et que, d'autre part, la douleur est souvent représentée comme une sensation de nature essentiellement physique. En ce sens, l'idée qu'il puisse exister des techniques psychologiques de contrôle de la douleur suscite le doute et la suspicion (Bendelow, and Williams 1995). À ce sujet, ce travailleur indique :

Ils ont proposé à la CSST un cours de méditation [...]. Puis chaque semaine, c'était un thème différent, là, par la lecture, par la musique, après ça, t'étais couché, puis fallait que tu te l'imagines dans la tête, là. [...] Tu sais, imaginer une fleur rose dans le champ, puis des affaires de même, puis sentez comme qu'elle est bonne. Je m'excuse, là, je suis pas rendu encore là. Puis tu sais, elle me disait ça dans la période que j'avais des grosses douleurs, là. Fait que sa fleur, je voulais bien y mettre où est-ce que je pense! [...] Elle, elle disait, c'était gérer la douleur! Quand t'as des douleurs, bon, bien, pour elle, tu t'assis avec un livre, puis ton cerveau va être captivé par autre chose, puis tu vas avoir moins mal. Bien, je m'excuse, mon mal part pas de mon cerveau, là! Déjà en partant, tu me crées la douleur en me couchant à terre, puis là, tu veux que je me concentre à penser à une fleur, là, tu sais (Monsieur Raymond, 31 ans, métallurgiste).

Un autre :

Puis me faire dire que ma douleur est dans la tête, bien, là, c'est [...] faites gober ça à un autre que moi, là. C'est un peu ça, là. Puis que c'est mon stress qui fait en sorte que la douleur est intense, ces choses-là [...] regarde [...] dites pas ça à moi, là

⁸ La somatisation est généralement définie comme l'expression corporelle d'un conflit psychologique. En médecine, une douleur de ce type serait considérée comme « psychogène » puisqu'elle n'émane pas directement d'une lésion tissulaire. Burloux (2004) distingue deux pôles de somatisation en lien avec la douleur chronique : 1) des pathologies douloureuses, souvent post-traumatiques, qui entraînent des plaintes intenses, donnant lieu à un surinvestissement de la douleur; 2) des affections « psychosomatiques » qui ne font pas l'objet d'une plainte douloureuse ou d'une réaction émotionnelle, même si elles découlent d'une lésion considérée comme grave ou très douloureuse d'un point de vue médical.

⁹ L'ethnopsychiatrie occupe une place importante dans l'étude anthropologique de la douleur – abordant principalement le phénomène de la somatisation de malaises psychiques (Burloux 2004; Grandsard 2000). Sans se réclamer de l'ethnopsychiatrie, des anthropologues comme Thomas J. Csordas (1994) ont abordé certains aspects de la souffrance en suggérant que notre perception et notre rapport au monde se reflètent dans notre démarche corporelle. Csordas fait usage du concept d'incorporation (*embodiment*), considéré comme un moyen de dépassement du dualisme corps-esprit; le corps étant le terreau existentiel de notre affirmation personnelle et des empreintes culturelles qui orientent nos pensées et nos actions.

¹⁰ C'est-à-dire le substrat physiologique de la douleur.

(Monsieur Thériault, 26 ans, travailleur de la construction).

Ce type de réflexion illustre des situations où des travailleurs en traitement se montrent hostiles à une interprétation des causes ou des facteurs aggravants de la douleur qui iraient dans le sens des théories psychologiques et des traitements qui s'en inspirent¹¹. Il semble exister une tendance populaire à percevoir le phénomène de la douleur chronique comme s'il s'agissait d'une douleur aiguë, c'est-à-dire avec un regard qui porte sur la biomédecine et l'instrumentation dont elle dispose (par exemple : rayons-X, imagerie par résonance magnétique, etc.). La discipline de la réadaptation dispose d'un cadre conceptuel qui dépasse largement le réductionnisme biomédical; ses « outils de mesure » sondent à la fois l'univers des représentations cognitives et émotionnelles, la trajectoire professionnelle et médicale des patients, la perception qu'ils ont de leur qualité de vie ou leur estime de soi et leur capacité à réintégrer leur travail. Ces outils sondent également leur satisfaction au travail et le sens que le travail revêt pour eux, leurs antécédents en matière d'accident de travail et le contexte de travail proprement dit – exigences physiques, autonomie, rapports de travail, etc. (Loisel *et al.* 2001). Toutefois, ces facteurs apparaissent généralement dans le cadre de recherches quantitatives de type « régressions linéaires » qui isolent les facteurs les plus « signifiants » sur le plan statistique au lieu de chercher à les intégrer dans un modèle plus inclusif prenant en compte la totalité de l'expérience de la personne (Massé 1995). De même, la partie plus « socialisante » du modèle biopsychosocial appliquée à la douleur chronique semble isoler le contexte de travail de toute autre situation d'interaction (Loisel *et al.* 2001); comme si l'on pouvait fractionner la journée d'une personne souffrante pour ne conserver que la partie relative à l'emploi sans égard à la manière dont cette personne structure sa vie en dehors du travail (organisation familiale, réseau social, vie communautaire, associative ou religieuse, etc.).

La construction sociale de la douleur

La douleur a déjà fait l'objet de préoccupations dans plusieurs systèmes de médecines traditionnelles dans le monde; notamment en médecine chinoise et ayurvédique, pour ne citer que celles-là (Free 2002c; Pugh 2003). Il existe de nombreuses études de cas en anthropologie sociale et culturelle où il est question de l'expérience de la douleur et de l'apparente capacité des humains à contrôler leurs propres seuils de tolérance à cette dernière (Free 2002d; Le Breton 1996). Que ce soit au moyen d'activités rituelles ou initiatiques, d'activités relevant d'une ethnomédecine – par l'usage de plantes médicinales ou de neuroleptiques et par la pratique de certaines techniques de méditation, de transe ou d'extase –, la douleur peut être contrôlée et la sensibilité à cette dernière modifiée (Free 2002e). La douleur peut aussi être consentie ou même recherchée comme source de plaisir – consentie ou anticipée, la douleur fait partie de nombreux rites de passage (Sargent 1984). Elle peut ainsi constituer un passage obligé permettant d'exercer un certain dressage du corps et montrer des niveaux de performances hors du commun comme cela peut se produire dans le cadre de compétitions sportives de haut niveau (Baudry 1991; Le Breton 2005). Normale, attendue, la douleur peut être une source de gratification personnelle comme dans l'expérience de l'accouchement (Le Breton 2005). Recherchée, elle peut aussi faire l'objet de

¹¹ Par exemple la visualisation, la relaxation, le travail sur les émotions et la gestion du sommeil.

pratiques sexuelles tel le sadomasochisme. Disons seulement qu'il arrive aux humains, dans certains contextes ou conditions spécifiques, d'accepter la douleur, de la considérer comme normale et de la rechercher comme source de plaisir ou de gratification (Freud 1971; Szasz 1986).

Par exemple, selon certaines traditions indiennes, la douleur¹² peut se voir attribuer des propriétés « grave » ou « aiguë », « lourde » ou « légère », « chaudes » ou « froides », « sèches » ou « humides »; elle peut être perçue comme étant le résultat d'une diète déficiente, d'une activité physique incongrue ou encore le résultat d'une exposition excessive à un environnement physique hostile (Pugh 2003). Il peut en résulter un déséquilibre humoral nécessitant l'application d'un traitement approprié pour rééquilibrer les humeurs. Les causes de la douleur peuvent aussi être attribuées à un envoûtement ou à la possession par un mauvais esprit qui cherche vengeance (Côté 2007; Skultans 2007). La douleur peut donc être située au-delà d'une simple sensation désagréable, au-delà de la définition formelle de l'IASP. Subjective, elle s'inscrit également dans un ordre social et symbolique qui permet à chaque personne de lui accorder un sens particulier tout en l'inscrivant dans un courant collectif (Augé et Herzlich 1984). Cette double inscription dans le singulier et le collectif permet au « mal » de se communiquer et de se laisser voir et entendre plus aisément par autrui (Le Breton 1996). Si les causes et le décodage des symptômes s'inscrivent dans l'ordre collectif, il apparaît logique que les modèles de soins ou les modèles thérapeutiques privilégiés le soient également. Selon les types de réponses comportementales ou émotionnelles de la douleur qui prévalent au sein de certains groupes ethnoculturels¹³ ou auprès de certaines familles à l'intérieur d'une même culture, la douleur peut nécessiter l'intervention de plusieurs membres de la famille et favoriser ainsi les échanges et les dialogues, tout en renforçant et en réinvestissant des liens interpersonnels qui avaient été jusque-là négligés ou qui s'étaient détériorés.

Selon les horizons culturels ou selon l'appartenance religieuse, la douleur peut être perçue comme un châtement divin, un signe du destin ou comme le résultat de l'usage excessif de son corps, une marque de salut, une forme d'échange symbolique pour conforter son sentiment d'exister (Honkasalo 2000; Le Breton 1996). Dans une telle perspective d'affirmation de l'individualité, le corps apparaît comme le lieu par excellence de l'affirmation de son rapport au monde extérieur, la « matière première de la fabrique de soi » dans nos sociétés laïcisées, pour reprendre l'expression de David Le Breton (2005). On peut même se demander si, d'un point de vue anthropologique, le corps existe réellement en dehors de toute catégorisation sociale ou culturelle. En cela, penser la douleur aux confins du corps et de la culture comme le titre de cet article le suggère, introduit un biais, volontaire certes, mais qui illustre la complexité du phénomène. Car il ne s'agit pas, ni

¹² Pour certaines traditions indiennes, la douleur est polysémique et les mots qui la désignent sont multiples; les plus courants sont *daird* et *pîrà*, le premier désigne la sensation corporelle proprement dite tandis que le second s'applique autant à la sensation corporelle qu'à la souffrance morale qui peut en être issue ou à un état général d'affliction. Dans les deux cas, la douleur n'est jamais soustraite de son contexte d'induction.

¹³ Dans les années 1960, les travaux de Zborowski et de Zola, par exemple, ont souligné le caractère tantôt stoïque, tantôt largement expressif de certaines réactions à la douleur (Bates 1996). Ces réactions s'inscrivent dans un système de codage et de décodage de la détresse que le patient douloureux et ses proches comprennent comme « allant de soi » ou comme faisant partie d'un **habitus** au sens que Bourdieu donne à ce concept (Bourdieu 1980). Les cliniciens qui ne partagent pas le sens à donner à certains codes peuvent être tentés d'y voir un comportement déviant sans y voir l'expression d'une caractéristique culturelle du patient. À l'opposé, il y a aussi le danger de voir la culture comme un facteur de risque.

de tomber dans les ornières du positivisme biomédical à tout vent et de son substrat biologique réducteur, ni de sombrer dans un relativisme absolu qui ne verrait dans la maladie que le seul produit d'une construction historique et socioculturelle (Détrez 2002).

Peut-on isoler la douleur de son contexte d'émergence, des conditions d'interactions concrètes qui lient une personne à son environnement social et matériel? D'un point de vue anthropologique, se poser la question c'est y répondre, surtout lorsqu'une douleur est liée à un TMS et que ce dernier implique souvent, comme je l'ai mentionné plus haut, l'adoption de mauvaises postures ou l'exécution de mouvements répétitifs à l'intérieur de contextes de travail spécifiques. Plus encore, on pourrait même s'avancer en parlant des TMS comme d'une pathologie de la « modernité avancée »¹⁴, une sorte de *culture-bound syndrome* propre à un mode de production spécifique et du rapport étroit qui lie l'humain à la machine – et tout ce qui constitue son environnement matériel. La discipline contemporaine de la réadaptation au travail reconnaît ce principe en proposant d'intervenir à la fois sur les personnes (restauration des fonctions physiques, transformation du sens de la douleur) et sur leur environnement (adaptation du milieu de travail aux besoins, aux limites et aux caractéristiques propres au travailleur) (Loisel *et al.* 2001).

Comment l'anthropologie peut-elle contribuer à l'amélioration et à l'élaboration de nouvelles approches thérapeutiques?

La pertinence de l'anthropologie dans le contexte de la recherche clinique est appuyée par la démographie, à savoir que les pays industrialisés connaissent depuis plusieurs décennies une nette augmentation de l'immigration qui permet en partie de combler un manque de main-d'œuvre spécialisée dans certains secteurs ou encore de répondre de leurs engagements humanitaires en accueillant un nombre important de réfugiés politiques et de demandeurs d'asile. De ce fait, le « paysage ethnique »¹⁵ des sociétés postindustrielles s'en trouve radicalement transformé. Il semble évident, dans ce contexte de sociétés cosmopolites ou multiethniques, que le clinicien gagne à développer une sensibilité accrue à la différence culturelle et, surtout, à l'influence de la culture sur la perception, sur l'attitude face au traitement proposé et sur le comportement relatif à la douleur ou à la maladie (Callister 2008; Free 2002a; Lasch 2000b).

À ce jour, plusieurs pays industrialisés ont amorcé des travaux en ce sens. La liste n'est pas exhaustive, mais citons le cas de deux pays anglo-saxons, les États-Unis et le Royaume-Uni, qui accordent une importance grandissante aux « variations culturelles » ou ethniques¹⁶. Aux États-Unis, plusieurs chercheurs s'intéressent aux écarts populationnels et à l'exposition aux

¹⁴ L'expression est du sociologue britannique Anthony Giddens.

¹⁵ Expression empruntée à l'anthropologue Arjun Appadurai (1996) : *global ethnoscape*.

¹⁶ Il est à noter qu'aux États-Unis, le concept de « race » se substitue souvent au concept d'ethnicité et que les auteurs les utilisent de manière interchangeable. Il faut préciser que ces études n'émanent pas d'anthropologues, mais de spécialistes des sciences médicales qui maintiennent envers et contre toutes les évidences bio-anthropologiques le système de Henri Vallois qui, en 1944, divise l'humanité en quatre groupes appelés : Caucasiens, Négroïdes, Mongoloïdes et Australoïdes.

risques d'incapacité en comparant des populations anglo-saxonnes avec des populations d'origine hispanique et afro-américaine ou afro-antillaise (Bates, and Rankin-Hill; Edwards *et al.* 2005; Lasch 2000a). Au Royaume-Uni, des chercheurs ont développé des programmes de recherche en vue de mieux comprendre les perceptions cognitives et les *pain behaviours* auprès de populations de travailleurs d'origine sud-asiatique et afro-antillaise (Rogers, and Allison 2004) ou kurde et turque (Yazar, and Littlewood 2001). Dans une analyse comparative entre patients d'origine anglo-saxonne et d'origine portoricaine, une étude réalisée par Maryann S. Bates et Lesley Rankin-Hill (1994) montre que les patients portoricains, qui adoptent majoritairement une vision holistique de la douleur et de la réadaptation, adhèrent aussi plus facilement à un traitement de type multidisciplinaire et affichent un meilleur taux de succès de réadaptation ou de retour à leurs occupations pré-lésionnelles que leurs homologues dits « anglo-saxons ». Afin de pallier au risque de la stéréotypie culturelle (*cultural characterization*) (Massé 1995; Winkelman 2009), il est également proposé de considérer les facteurs qui déterminent les différences intra-culturelles comme le genre, l'âge, l'état de santé général, le soutien social et le statut socio-économique (Baker, and Green 2005; Nayak *et al.* 2000).

En 2006, Kleinman publie, en collaboration avec Benson, un court texte sur le concept de « compétences culturelles » qui permet de penser les habiletés relationnelles des cliniciens (Kleinman, and Benson 2006). L'anthropologie peut, en effet, contribuer à une redéfinition des cadres qui régissent la relation thérapeute/patient en vue de favoriser l'émergence d'un espace thérapeutique fondé sur la compréhension réciproque et l'empathie. Cela demeure assez théorique et on peut penser que ce concept nous renvoie davantage à une disposition d'esprit qu'à l'acquisition de compétences au sens technique. Ce concept a déjà fait l'objet de certaines études dans le domaine de la douleur et de la réadaptation et ce ne sont pas nécessairement des anthropologues qui les ont réalisées même si des travaux en sciences sociales ont pu les inspirer (Davidhizar, and Giger 2004; Muñoz 2007).

Issus de la discipline des soins infirmiers, Davidhizar et Giger (2004) exposent une série de recommandations pour aiguïser le jugement clinique des cliniciens qui œuvrent dans le domaine de la douleur auprès de personnes provenant de divers horizons ethnoculturels. Ils préconisent d'évaluer les variations dans les réponses affectives à la douleur et de développer une plus grande sensibilité aux variations dans le style communicationnel des patients et, notamment, l'importance du non verbal. Davidhizar et Giger (2004) précisent que la communication de la souffrance n'est pas toujours encouragée dans certaines cultures alors que d'autres privilégient une démonstration extérieure de la douleur beaucoup plus « visible » aux yeux d'un clinicien nord-américain. Dans un même ordre d'idées, Jaime Phillip Muñoz (2007), un autre spécialiste américain des thérapies occupationnelles, préconise une meilleure formation générale des cliniciens, en développant leur « sensibilité culturelle » et en développant chez ces derniers une soif d'apprentissage culturel qui devrait leur permettre de mieux comprendre la diversité des visions du monde qu'ils peuvent rencontrer dans le cadre de leur pratique clinique. Muñoz (2007) va encore plus loin en parlant d'une prise de conscience, chez les cliniciens, de leurs propres déterminants culturels (présomptions, biais d'interprétation, préjugés, etc.) qui peuvent influencer leur jugement clinique et le traitement des patients qui proviennent d'un horizon ethnoculturel différent du leur. Il s'agit d'une démarche introspective et réflexive qui dépasse la seule acquisition de compétences techniques. Muñoz rejoint ainsi la position de Kleinman : la sensibilité culturelle ne saurait

s'instituer en savoir-faire; c'est un savoir-être inscrit au cœur même de la personne du clinicien. Quant aux « apprentissages culturels », ils doivent s'accompagner d'un esprit d'ouverture et ne pas fermer le clinicien ou l'intervenant à la spécificité de chaque personne en situation de vulnérabilité. Davidhizar et Giger (2004) rappellent à cet effet que des variations intra-culturelles existent et que chaque patient doit être évalué sur la base de ses caractéristiques personnelles afin d'éviter la stéréotypie¹⁷. Pour le clinicien, prendre conscience de ses propres déterminants culturels lui permettra par la suite d'effectuer un travail de « décentration », comme pour suspendre son jugement clinique afin de s'ouvrir pleinement à la trajectoire sociale, migratoire, professionnelle ou médicale de son « patient », c'est-à-dire de la « personne » qu'il a en face de lui. Il n'existe pas, pour l'instant, de « guides de pratiques » cliniques pour les intervenants en contexte de relations interculturelles. Il existe une panoplie de guides de pratiques de toutes sortes dans le domaine médical, notamment pour le traitement des lombalgies, auxquels les cliniciens se réfèrent habituellement pour orienter leurs pratiques. Des exercices pratiques ou des réflexions à partir de mises en situations concrètes seraient peut-être à prévoir dans le cursus académique des futurs cliniciens. À côtoyer cet « Autre » déroutant et mystérieux, on finit toujours par s'y attacher et par repousser encore plus loin les frontières de l'altérité.

Conclusion

L'objectif central de cet article était d'explorer divers aspects du phénomène de la douleur et de montrer comment une approche anthropologique de la douleur peut contribuer à l'étude de ce phénomène complexe et multidimensionnel. Une anthropologie médicale consacrée à l'étude de la douleur n'est pas une discipline qui œuvre en dehors de l'anthropologie, et ce, même si elle a été amenée à forger des outils d'analyse et des modèles conceptuels distincts. Depuis le développement de l'anthropologie médicale dans les années 1950, cette « sous-discipline » a souvent œuvré en multi ou en interdisciplinarité. Cela signifie qu'elle doit aussi se faire l'interprète ou le médiateur culturel pour faciliter le dialogue entre les différentes disciplines scientifiques – et non seulement entre individus d'origines ou d'appartenances culturelles diverses. En cela, l'anthropologie doit conserver sa vision holistique de la douleur et situer l'expérience subjective relative à cette dernière dans la sphère plus vaste de l'expérience globale des personnes souffrantes. À cet effet, des facteurs sociaux doivent être compris pour mieux situer l'expérience personnelle de la douleur des individus dans son contexte d'émergence comme l'environnement de travail¹⁸, le soutien des proches ou les représentations de la douleur qui ont cours dans certains milieux. De même, l'anthropologie, malgré le virage herméneutique qui a marqué toute une génération d'anthropologues, doit pouvoir retrouver sa position de

¹⁷ Le soi-disant « syndrome méditerranéen » est un exemple de stéréotypie. Loin d'être une mise en contexte culturel, l'emploi de cette étiquette désigne un patient que le clinicien juge trop émotif ou excessif dans sa démonstration des signes extérieurs de la douleur. Le clinicien ignore toutefois que ses propres critères d'évaluation d'un comportement « excessif » reposent en partie sur ses propres déterminants culturels.

¹⁸ Les aspects suivants : la structure, l'organisation et les rapports de travail; les exigences physiques et psychologiques d'une tâche ou son caractère répétitif; la communication dans une entreprise ou la position de cette dernière dans le contexte économique global (par exemple la précarité, l'incertitude, la compétitivité); sont généralement associés à l'environnement de travail.

discipline ambidextre¹⁹, à la confluence des courants qui ont porté à flot la compréhension des phénomènes culturels et l'étude des phénomènes biologiques. À la lumière des connaissances actuelles sur la douleur, aucune discipline scientifique n'a la légitimité de s'aliéner une dimension de la douleur au profit d'une autre; c'est vrai pour les neurosciences de même que pour les sciences humaines et sociales.

Considérant l'importance de la douleur et sa prévalence dans la population en général, le rapport entre les sciences médicales et les sciences sociales et humaines est à revoir. Dans les équipes de recherche multi ou interdisciplinaires, l'anthropologie a un rôle à jouer en situant les problèmes de santé dans leur contexte socio-économique, politique et historique pour aller au-delà de l'approche de l'« histoire naturelle » qui prévaut encore dans les études sur la douleur. L'entreprise est peut-être risquée pour l'anthropologie, car elle doit aussi faire des compromis et s'approprier un langage qui n'est pas le sien de prime abord; s'il s'agit d'une restriction de liberté pour les uns, il faut aussi y voir un prix à payer pour sa participation active à l'édification des futures sciences de la santé où l'anthropologie aurait une place enfin officiellement reconnue et recherchée (Baer 1993). Il faut aussi profiter du contexte actuel d'ouverture des sciences médicales aux questions liées aux phénomènes culturels et à leurs impacts sur la santé. Il est également important de considérer leur ouverture croissante à l'usage des méthodes de recherche qualitatives, et ce, même si la recherche médicale d'inspiration qualitative a tendance à ne retenir que les outils d'enquête – entretiens ouverts, récits, critères de validité, etc. (Malterud 2001; Öhman 2005) – sans toujours prendre en compte ce que le regard critique d'un anthropologue ou un sociologue qualitatif peut apporter au domaine médical.

¹⁹ Je fais référence au modèle boasien qui domine la structuration de l'anthropologie en Amérique du Nord et qui confère, en principe, aux étudiants de cette discipline une maîtrise des aspects biologiques, linguistiques et socioculturels de l'expérience humaine, dont celle de la santé et de la maladie.

Références

- Augé, Marc et Claudine Herzlich
1984 *Le Sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des archives contemporaines.
- Baer, Hans. A.
1993 How Critical Can Clinical Anthropology Be? *Medical Anthropology* 15(3):299-317.
- Baker, Tamara A., and Carmen R. Green
2005 Intrarace Differences Among Black and White Americans Presenting for Chronic Pain Management: The Influence of Age, Physical Health, and Psychosocial Factors. *Pain Medicine* 6(1):29-38.
- Baril, Raymond, Marie-Josée Durand, Marie-France Coutu, Daniel Côté, Geneviève Cadieux, Annick Rouleau et Suzie Ngomo
2007 *L'influence des représentations de la maladie, de la douleur et de la guérison sur le processus de réadaptation au travail des travailleurs présentant des troubles musculo-squelettiques*. Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité au travail.
- Baszanger, Isabelle
1997 *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*. Paris: Seuil.
- Bates, Maryann S.
1996 *Biocultural Dimensions of Chronic Pain: Implications for Treatment of Multi-Ethnic Populations*. Albany: State University of New York Press.
- Bates, Maryann S., and Lesley Rankin-Hill
1994 Control, Culture and Chronic Pain. *Social Science and Medicine* 39(5):629-645.
- Baudry, Patrick
1991 *Le corps extrême. Approche sociologique des conduites à risque*. Paris: L'Harmattan.
- Becker, Gaylene
1997 *Disrupted Lives. How People Create Meaning in a Chaotic World*. Berkeley: University of California Press.
- Bendelow, Gillian A., and Simon J. Williams
1995 Transcending the Dualisms: Towards a Sociology of Pain. *Sociology of Health and Illness* 17(2):139-165.
1996 The End of the Road? Lay Views on a Pain-Relief Clinic. *Social Science and Medicine* 43(7):1127-1136.
- Bourdieu, Pierre
1980 *Le sens pratique*. Paris: Minuit.
- Boyle, Colleen A., Stephen P. Sayers, Barbara E. Jensen, Samuel A. Headley, and Tina M. Manos
2004 The Effects of Yoga Training and a Single Bout of Yoga on Delayed

Onset Muscle Soreness in the Lower Extremity. *Journal of Strength and Conditioning Research* 18(4):723-729.

Burloux, Guy

2004 *Le corps et sa douleur*. Paris: Dunod.

Bury, Michael

1982 Chronic Illness as Biographical Disruption. *Sociology of Health and Illness* 4:167-182.

Callister, Lynn C.

2008 Cultural Influences on Pain Perceptions and Behaviors. *Home Health Care Management and Practice* 15(3):207-211.

Cassel, Eric J.

1982 The Nature of Suffering and the Goal of Medicine. *The New England Journal of Medicine* 306(11):639-645.

Charmaz, Kathy

1983 Loss of Self: a Fundamental Form of Suffering in the Chronically Ill. *Sociology of Health and Illness* 5:168-195.

1994 Discoveries of Self in Illness. *In* *Doing Everyday Life. Ethnography as Human Lived Experience*. Mary Lorenz Dietz, Robert C. Prus, and William Shaffir, eds. Pp. 226-242. Mississauga: Copp Clark Longman.

1999 The Body, Identity, and Self: Adapting to Impairment. *In* *Health, Illness, and Healing. Society, Social Context, and Self*. Kathy Charmaz, and Debora A. Paterniti, eds. Pp. 95-112. Los Angeles: Roxbury Publishing Company.

Côté, Daniel

2007 *Les rites de possession chez les Gaddis du Dhauladhar (Himachal, Inde) : spiritualité, guérison, société*. Thèse de doctorat, Département d'anthropologie, Université de Montréal.

Côté, Daniel, and Marie-France Coutu

2009 A critical Review of Gender Issues in Understanding Prolonged Disability Related to Musculoskeletal Pain: How is it Relevant to Rehabilitation? *Disability and Rehabilitation*. In press.

Csordas, Thomas J.

1994 *Experience and Embodiment: The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge: Cambridge University Press.

Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)

2002a *Statistiques sur les affections vertébrales, 1998-2001*. Montréal: Commission de la santé et de la sécurité du travail.

2002b *Statistiques sur les lésions en « ITE » du système musculo-squelettique*. Québec: Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Davidhizar, Ruth, and Joyce N. Giger

2004 A Review of the Literature on Care of Clients in Pain who are Culturally Diverse. *International Nursing Review* 51(1):47-55.

- Dean, Sarah. G., Jonathan A. Smith, Sheila Payne, and John Weinman
 2005 Managing Time: An Interpretative Phenomenological Analysis of Patients' and Physiotherapists' Perception of Adherence to Therapeutic Exercise for Low Back Pain. *Disability and Rehabilitation* 27(11):625-636.
- Dekkers, Wim
 1998 Hermeneutics and Experiences of the Body. The Case of Low Back Pain. *Theoretical Medicine and Bioethics* 19:277-293.
- Détrez, Christine
 2002 *La construction sociale du corps*. Paris: Seuil.
- Edwards, Robert R., Robert R. Edwards, Mario Moric, Brenda Husfeldt, Asokumar Buvanendran, and Olga Ivankovich
 2005 Ethnic Similarities and Differences in the Chronic Pain Experience: A Comparison of African American, Hispanic, and White Patients. *Pain Medicine* 6(1):88-98.
- Engel, George L.
 1977 The Need for a New Medical Model. *Science* 19(6):129-136.
- Eriksson, Elsa M., I. E. Möller, R. H. Eriksson, and G. K. Kurlberg
 2007 Body Awareness Therapy: A New Strategy for Relief of Symptoms in Irritable Bowel Syndrome Patients. *World Journal of Gastroenterology* 13(23):3206-3214.
- Ewan, Christine, Eva Lowy, and Janice Reid
 1991 'Falling out of Culture': The Effects of Repetition Strain Injury on Sufferers' Roles and Identity. *Sociology of Health and Illness* 13(2):168-192.
- Fougeyrollas, Patrick, René Cloutier, Hélène Bergeron, Jacques Côté et Ginette Saint-Michel
 1998 *Classification québécoise : Processus de production du handicap*. Québec: Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH).
- Free, Mary M.
 2002 Cross-Cultural Conceptions of Pain and Pain Control. *Baylor University Medical Center Proceedings* 15(2):143-145.
- Freud, Sigmund
 1971 Au-delà du principe du plaisir. *In* *Essais de psychanalyse*. Sigmund Freud. Pp.7-82. Paris: Petite Bibliothèque Payot.
- Garfinkel, Marian S., Atul Singhal, Warren A. Katz, David A. Allan, Rosemary Reshetar, and Ralph Schumacher Jr.
 1998 Yoga-Based Intervention for Carpal Tunnel Syndrome: A Randomized Trial. *Journal of the American Medical Association* 280(18):1601-1603.
- Garro, Linda C.
 1994 Narrative Representations of Chronic Illness Experience: Cultural Models of Illness, Mind, and Body in Stories Concerning the Temporomandibular Joint (TMJ). *Social Science and Medicine*

38(6):775-788.

Glenton, Claire

2003 Chronic Back Pain Sufferers – Striving for the Sick Role. *Social Science and Medicine* 57(11):2243-2252.

Grandsard, Catherine

2000 Approche ethnopsychiatrique de la douleur. *In Soins infirmiers et douleur*. Christiane Metzger, dir. Pp. 115-119. Paris: Masson.

Hagberg, Mats, Ilkka Kuorinka, Lina Forcier, Barbara Silverstein, Richard Wells, Michael J. Smith, Hal W. Hendrick, Pascale Carayon et Michel Pérusse
1995 Les lésions attribuables au travail répétitif. Sainte-Foy: Éditions Multimondes.

Hassed, Craig S.

2004 Bringing Holism into Mainstream Biomedical Education. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 10(2):405-407.

Henriksson, Chris M., Gunilla M. Liedberg, Björn Gerdle

2005 Women with Fibromyalgia: Work and Rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 27(12):685-694.

Holloway, Immy, Beatrice Sofaer-Bennett, and Jan Walker

2007 The Stigmatisation of People with Chronic Back Pain. *Disability and Rehabilitation* 29(18):1456-1464.

Honkasalo, Marja-Lissa

2000 Chronic Pain as a Posture Towards the World. *Scandinavian Journal of Psychology* 41(3):197-208.

International Association for the Study of Pain

1994 Part III: Pain Terms. A Current List with Definitions and Notes on Usage. *In Classification of Chronic Pain*. Harold Merskey, and Nikolai Bogduk, eds. Pp. 209-214. Seattle: International Association for the Study of Pain Press.

Kakigi, Ryusuke, Hiroki Nakata, Koji Inui, Nobuo Hiroe, Osamu Nagata, Manabu Honda, Satoshi Tanaka, Norihiro Sadato, and Mitsumasa Kawakami

2005 Intracerebral Pain Processing in a Yoga Master who Claims not to Feel Pain during Meditation. *European Journal of Pain* 9(5):581-589.

Kleinman, Arthur

1980 Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkeley: University of California Press.

Kleinman, Arthur, and P. Benson

2006 Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. *PLoS Medicine / Public Library of Science* 3(10):1673-1676.

Lasch, Kathryn E.

2000 Culture, Pain, and Culturally Sensitive Pain Care. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses* 1(3):16-22.

Le Breton, David

1996 Anthropologie et douleur. *Douleur et analgésie* 9(3):67-71.

2005 Anthropologie du corps et modernité. Paris: Presses universitaires de France.

Leder, Drew

1990 Clinical Interpretation: The Hermeneutics of Medicine. *Theoretical Medicine* 11(1):9-24.

Loisel, Patrick, Marie-Josée Durand, Diane Berthelette, Nicole Vézina, Raymond Baril, Denis Gagnon, Christian Larivière et Claude Tremblay

2001 Disability Prevention: The New Paradigm of Management of Occupational Back Pain. *Disease Management and Health Outcomes* 9(7):351-360.

Malterud, Kirsti

2001 Qualitative Research: Standards, Challenges, and Guidelines. *Lancet* 358(9280):483-488.

Massé, Raymond

1995 Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé. Sainte-Foy: Gaëtan Morin Éditeur.

Melzack, Ronald

1971 On the Language of Pain. *Anesthesiology* 34:50-59.

1985 La douleur. *In* Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie. Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin, dir. Pp. 975-983. Sainte-Foy: Presses l'Université du Québec.

Mercier, Catherine

2009 Douleurs neuropathiques : des causes aux traitements. Communication présentée dans le cadre du colloque Douleur chronique : comprendre pour mieux intervenir, Institut de recherche en déficience physique de Québec (IRDQP), Québec, 25 mai.

Muñoz, Jaime P.

2007 Culturally Responsive Caring in Occupational Therapy. *Occupational Therapy International* 14(4):256-280.

Nayak, Nirmala N., and Kamala Shankar

2004 Yoga: A Therapeutic Approach. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America* 15(4):783-798.

Nayak, Sangeetha, Samuel C. Shiflett, Sussie Eshun, and Fredric M. Levine

2000 Culture and Gender Effects in Pain Beliefs and the Prediction of Pain Tolerance. *Cross-Cultural Research* 34(2):135-151.

Nettleton, Sarah

2006 'I Just Want Permission to be Ill': Towards a Sociology of Medically Unexplained Symptoms. *Social Science and Medicine* 62(5):1167-1178.

Ockander, Marlene K., and Toomas Timpka

2003 Women's Experiences of Long Term Sickness Absence: Implications

for Rehabilitation Practice and Theory. *Scandinavian Journal of Public Health* 31(2):143-148.

Öhman, Ann

2005 Qualitative Methodology for Rehabilitation Research. *Journal of Rehabilitation Medicine* 37(5):273-280.

Ong, Bie N., Helen Hooper, Kate Dunn, and Peter Croft

2004 Establishing Self and Meaning in Low Back Pain Narratives. *The Sociological Review* 52(4):532-549.

Osborn, Mike, and Jonathan A. Smith

1998 The Personal Experience of Chronic Lower Back Pain: An Interpretative Phenomenological Analysis. *British Journal of Health Psychology* 3(1):65-83.

Osborn, Mike, and Jonathan A. Smith

2006 Living with a Body Separate from the Self. The Experience of the Body in Chronic Benign Low Back Pain: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 20(2):216-222.

Paulson, Margareta, Ella Danielson, and Siv Söderberg

2002 Struggling for a Tolerable Existence: The Meaning of Men's Lived Experiences of Living with Pain of Fibromyalgia Type. *Qualitative Health Research* 12(2):238-249.

Pugh, Judy F.

2003 Concepts of Arthritis in India's Medical Traditions: Ayurvedic and Unani Perspectives. *Social Science and Medicine* 56(2):415-424.

Rogers, Anne, and Tim Allison

2004 What if my Back Breaks? Making Sense of Musculoskeletal Pain among South Asian and African-Caribbean People in the North West of England. *Journal of Psychosomatic Research* 57(1):79-87.

Rollman, Gary B., Jennifer Abdel-Shaheed, Joanne M. Gillespie

2004 Does Past Influence Current Pain: Biological and Psychological Models of Sex Differences. *European Journal of Pain* 8:427-433.

Sargent, Carolyn F.

1984 Between Death and Shame. Dimensions of Pain in Bariba Culture. *Social Science and Medicine* 19(12):1299-1304.

Skultans, Vieda

2007 Women and Affliction in Maharashtra: A Hydraulic Model of Health and Illness. *In Empathy and Healing: Essays in Medical and Narrative Anthropology*. Vieda Skultans. Pp. 58-95. New York: Berghahn Books.

Soares, Joaquim J. F., and Giorgio Grossi

2000 The Relationship between Levels of Self-Esteem, Clinical Variables, Anxiety/Depression and Coping among Patients with Musculoskeletal Pain. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 7(2):87-95.

Szasz, Thomas

1986 *Douleur et plaisir*. Paris: Payot.

- Thunberg, Kerstin A., Sven G. Carlsson, and Lillemor R.-M. Hallberg
2001 Health Care Professionals' Understanding of Chronic Pain: A Grounded Theory Study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 15(1):99-105.
- Truchon, Manon, and Lise Fillion
2000 Biopsychosocial Determinants of Chronic Disability and Low-Back Pain: A Review. *Journal of Occupational Rehabilitation* 10(2):117-142.
- Turk, Denis C.
2004 Understanding Pain Sufferers: The Role of Cognitive Processes. *The Spine Journal* 4(1):1-7.
- Vlaeyen, Johan W. S., and Steven J. Linton
2000 Fear-Avoidance and its Consequences in Chronic Musculoskeletal Pain: A State of the Art. *Pain* 85(3):317-332.
- Waddell, Gordon, and Kim Burton
2001 Occupational Health Guidelines for the Management of Low Back Pain at Work: Evidence Review. *Occupational Medicine* 51:124:135.
2005 Concepts of Rehabilitation for the Management of Low Back Pain. *Best Practice and Research Clinical Rheumatology* 19(4):655-670.
- Wainwright, David, Michael Calnan, Claire O'Neil, Anna Winterbottom, and Christopher Watkins
2006 When Pain in the Arm is "All in the Head": The Management of Medically Unexplained Suffering in Primary Care. *Health, Risk and Society* 8(1):71-88.
- Werner, Anne, and Kirsti Malterud
2003 It is Hard Work Behaving as a Credible Patient: Encounters between Women with Chronic Pain and their Doctors. *Social Science and Medicine* 57(8):1409-1419.
- Winkelman, Michael
2009 *Culture and Health. Applying Medical Anthropology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Yazar, Jale, and Roland Littlewood
2001 Against Over-Interpretation: The Understanding of Pain Amongst Turkish and Kurdish Speakers in London. *The International Journal of Social Psychiatry* 47(2):20-33.

Résumé/Abstract

La douleur constitue un phénomène complexe qui recoupe des aspects neurophysiologique, psychologique et socioculturel. Si la sensation de douleur est un phénomène universel qui concerne l'ensemble du monde animal, chez l'homme, l'expression des émotions et les attitudes et les comportements qui y sont relatifs varient selon les cultures et les milieux sociaux. Cet article présente quelques repères pour une contribution anthropologique à l'étude de la douleur en questionnant les conditions de son intégration dans le contexte de la recherche médicale ou paramédicale. Cet article questionne aussi la capacité et le devoir de l'anthropologie de participer à l'élaboration de nouvelles approches thérapeutiques dans un contexte d'ouverture de la médecine aux méthodes qualitatives et aux thèmes de recherches qui ont caractérisé l'anthropologie médicale jusqu'à maintenant.

Mots clés : Douleur, culture, anthropologie médicale, troubles musculo-squelettiques

Pain is a complex phenomenon situated at the crossroads of neurophysiologic, psychological and sociocultural processes. While pain may be characterized as universal – embracing the entire world of animals or at least superior mammals – the emotional, attitudinal, behavioural or verbal expression of pain among humans varies according to culture and social environment. This article proposes some guidelines for developing an anthropological understanding of pain by questioning the conditions of its integration within the world of medical or paramedical research. This article also questions the capability and the duty that impinge on anthropology to participate and contribute to the development of new approaches in treating disability due to chronic or persistent pain in a context of medical openness toward qualitative methods and research themes that have characterized medical anthropological research until now.

Keywords: Pain, culture, medical anthropology, repetitive strain injury

*Daniel Côté
Professionnel scientifique
Institut de recherche Robert-Sauvé
en santé et en sécurité au travail (IRSST)
cote.daniel@irsst.qc.ca*