



PAIN

Clinical Updates

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN®

ÉDITION EN LANGUE
FRANÇAISE

Volume IX, N° 4

Novembre 2001

L'ethnicité et la douleur

COMITÉ DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

Daniel B. Carr, M.D.

Médecine Interne, Endocrinologie
Anesthésiologie
États-Unis

Comité consultatif

Lar Arendt-Nielsen, PhD

Neurophysiologie
Danemark

Kay Brune, MD

Pharmacologie
Allemagne

James R. Friction, DDS, MS

Dentisterie, Douleur bucco-faciale
États-Unis

Victoria R. Harding, MCSP, SRP

GradDipPhys
Kinésithérapie
Royaume-Uni

Alejandro R. Jadad, MD, PhD

Anesthésiologie, Médecine basée
sur les preuves et problèmes
de Consommation, Canada

Irena Madjar, RGON, PhD

Soins infirmiers
Australie

Patricia A. McGrath, PhD

Psychologie, Douleur pédiatrique
Canada

Bengt H. Sjolund, MD, PhD

Neurochirurgie, Réadaptation
Suède

Masaya Tohyama, MD, PhD

Biologie Moléculaire
Japon

Édition en français

Jacques Wrobel, MD

Institut UPSA de la Douleur
Tél. : 0158 83 89 94
E-mail : institut.upsa@bms.com
Site internet :
www.institut-upsa-douleur.org
Traduction T4, Paris

Au cours de cette dernière décennie, plus de 200 articles ont exploré les relations existant entre l'ethnicité et la douleur.¹ Trois articles de la littérature évoquent des différences ethniques au niveau de la prévalence et de la sévérité de la douleur clinique, ainsi que des réponses à la douleur clinique et expérimentale.²⁻⁴ L'ethnicité demeure toutefois un concept relativement sous-étudié en médecine de la douleur.

À propos des perplexités issues de la différence ethnique

Anne Fadiman⁵ décrit le cas d'une jeune fille du Sud-Est Asiatique souffrant d'une forme rare et sévère d'épilepsie et qui arrive avec sa famille aux États-Unis. Les médecins américains ne parlent pas la langue Hmong. Les parents ne parlent pas l'anglais et se méfient des remèdes séculaires, préférant le sacrifice d'animaux aux antiépileptiques. Les complications médicales, gouvernementales et issues des barrières culturelles s'accumulent. Bien que la jeune fille ne meure pas, elle ne guérit pas pour autant, et demeure dans un état dramatique, incapable de marcher ou de parler, "coquille fragile et silencieuse". Les spécialistes de la douleur, comme les autres professionnels de santé, sont de plus en plus confrontés aux perplexités, et parfois aux tragédies, issues de la différence ethnique.

L'ethnicité est un sujet explosif. Outre les anciens antagonismes, la "politique identitaire" post-moderne (assimilant le soi au groupe social) inclut la différence ethnique dans les stratégies partisanes.⁶ En réponse à l'utilisation politique de l'ethnicité, certains partisans ont élaboré un contre-argumentaire selon lequel les étiquettes ethniques sont en fin de compte "bidon".⁷ Politique mise à part, il n'est pas évident de définir ce qui fait que quelqu'un est un Hispano-Américain, un Juif ou un Afro-Américain. Qu'est-ce que l'identité ethnique ? La littérature médicale abordant l'ethnicité et la douleur ignore cette question fondamentale.

Qu'est-ce que l'ethnicité ?

L'ethnicité et la race, que bon nombre de chercheurs conçoivent comme étant des concepts étroitement entremêlés, sont de puissants facteurs prédictifs du devenir sanitaire. Les anthropologues et les biologistes s'accordent aujourd'hui de plus en plus à dire que la race n'est pas une catégorie scientifique mais une construction sociale ;⁸⁻¹⁰ certains recommandent d'abandonner complètement cette notion en tant que paramètre de recherche en matière de santé publique.¹¹ La plupart des scientifiques considèrent actuellement que la couleur de la peau, la couleur des yeux, le type de cheveux et d'autres signes extérieurs associés à la notion de race sont des variations phénotypiques insignifiantes au niveau du génotype. Les migrations humaines, les mariages mixtes et le polymorphisme génétique font que les populations sont rarement homogènes. Les Africains, les Blancs et les Asiatiques (pour citer les dénominations raciales les plus fréquentes) montrent de plus vastes différences génétiques au sein des groupes qu'entre les groupes.

La notion de race demeure un puissant fait social. Peu de constructions sociales ont alimenté des conflits aussi intenses. Ce n'est toutefois pas la race mais le racisme qui est responsable de la plupart des différences documentées de l'état sanitaire entre les groupes minoritaires et majoritaires. Une telle documentation est nécessaire pour réformer les inégalités du système en termes de soins médicaux, et pour identifier les personnes à risque de pathologies particulières (telles la maladie connue sous le nom de "rachitisme

asiatique”, fréquente dans les communautés indienne, pakistanaise et bengali émigrées au Royaume-Uni dans les années 60 et 70).

Il est facile de mal interpréter, ou de simplifier à outrance, les liens complexes existant entre la maladie et ce que, pour des motifs sociaux insistants, nous continuons à appeler les groupes raciaux. Le gène de la drépanocytose n’est pas porté uniquement par les Noirs. Les différences en termes de prévalence de l’hypertension entre les Noirs américains et les Blancs ont plusieurs explications possibles. (Philip Curtin a invalidé la “thèse de l’esclavage”, qui lie les taux élevés d’hypertension chez les Afro-Américains à un gène prétendument hérité d’ancêtres dont la faculté de rétention sodée leur avait permis de survivre aux conditions funestes de la traversée de l’Atlantique.¹³) Bien que des anomalies d’un gène unique causent un petit nombre de maladies chez des groupes spécifiques, telle la maladie de Tay-Sachs chez les Juifs de l’Europe de l’Est, aucune signature génétique n’identifie des individus comme étant des membres d’une race spécifique. L’ethnicité, parfois employée comme un euphémisme de la race, inspire des confusions similaires. Certains groupes ethniques montrent des caractères distinctifs physiologiques et morphologiques, tels que des variations du métabolisme médicamenteux et des taux d’enzymes musculaires après effort.¹³⁻¹⁴ Des telles variations génétiques ne nous révèlent cependant pas ce que nous voulons dire par ethnicité. Les schémas de fréquence génétique qui résultent des choix maritaux au sein d’un groupe culturel homogène sont, comme l’exprime l’anthropologue Helen Macbeth, “pas tant la cause de l’ethnicité que sa conséquence”.¹⁵ L’ethnicité demeure un concept controversé.¹⁶ Les “instrumentalistes” perçoivent l’ethnicité comme étant une stratégie collective de défense des intérêts économiques et politiques, stratégie fluide, dynamique et circonstancielle, alors que les “primordialistes” perçoivent l’ethnicité comme étant l’incarnation d’un lien stable, ineffable, potentiellement coercitif, renforcé par le “bagage” culturel (allant de la parenté à la langue) au sein de communautés spécifiques. Macbeth déclare tout de go qu’il est impossible de donner des définitions précises des groupes ethniques. Au milieu d’une telle controverse, Crews et Bindon proposent que les chercheurs biomédicaux “déclarent explicitement leur méthode d’utilisation de l’ethnicité, les implications biologiques et sociologiques des catégories qu’ils ont choisies, et la raison pour laquelle leurs analyses particulières sont nécessaires.”¹⁷

L’ethnicité revisitée

Les problèmes particuliers que pose l’ethnicité aux chercheurs au niveau de la définition de leur objet d’étude sont largement ignorés. Bhopal et Rankin ont découvert que moins de 15 % des études cliniques concernées avaient défini l’ethnicité.¹⁸ Parmi les revues médicales qu’ils ont examinées, 96 % n’avaient pas de politique éditoriale concernant la terminologie ethnique. (Ceci est également vrai de la revue *Pain* de l’IASP). Une terminologie analytique cohérente est essentielle, d’autant que des termes tels que Blanc, Asiatique, Latino-Américain, Afro-Antillais et Noir constituent, selon la critique de Bhopal et Donaldson, des raccourcis vagues et inexacts mis au point pour des motifs non scientifiques.¹⁹ Certains chercheurs tentent de définir l’ethnicité par des critères objectifs comme le pays d’origine, inscrit sur les certificats de naissance ou de décès. La majorité des nations sont toutefois constituées de plus d’un groupe ethnique. En tant que critère d’attribution de l’ethnicité à un individu spécifique, le pays d’origine peut être objectif, mais il est loin de garantir une information exacte. Comment les chercheurs devraient-ils donc prendre en compte l’ethnicité ?

Les agences gouvernementales des États-Unis et du Royaume-Uni préfèrent de plus en plus les critères subjectifs.²⁰ En 2000, le recensement américain a élargi ses options concernant la race et l’ethnie de 5 catégories à 14. Le recensement de 2000 a également permis aux personnes de choisir plus d’une option, créant jusqu’à 63 combinaisons possibles de race / ethnie. À l’aube du 21^e siècle, 2,4 % d’Américains s’identifient en tant que membres de plus d’une race. Cette fluidité de l’auto-identification augmentera probablement avec les changements culturels : les Noirs américains de moins de

18 ans se sont identifiés à une seconde race trois fois plus souvent que ceux âgés de plus de 50 ans.²¹ Les spécialistes de la douleur doivent reconnaître que l’identité ethnique contient un élément irréductible de choix personnel. Les personnes peuvent changer leur identité ethnique, et le font.²²

La fluidité de l’identification ethnique est évidente parmi les populations diverses souvent décrites comme hispano-américaines. L’Amérique Latine a été le témoin d’un grand nombre de mariages mixtes entre les Européens, les Asiatiques, les Africains et les populations indigènes, avec pour résultat une large variation, révélée par les données sanitaires et de recensement, de l’auto-identification raciale parmi les groupes désignés hispano-américains. D’autres groupes démontrent des variations similaires en terme d’identité ethnique. Les immigrants du sous-continent indien au Royaume-Uni peuvent être à la fois des sujets britanniques et des Sikhs du Punjab ; leurs enfants peuvent s’identifier comme étant indiens, asiatiques, britanniques ou noirs.²³ Les schémas modernes de réinstallation rapide apportent leurs conflits et leurs défis, y compris le défi médical posé par des populations non familières de patients. À titre d’exemple, des milliers de Bengalis ont récemment déménagé de New York à Detroit.²⁴ Il n’est plus possible (pour autant que ça l’ait jamais été) d’évoquer l’ethnicité comme étant un attribut invariable et solide de groupes fixés et solitaires. Comme la notion de race, l’ethnicité est une construction sociale, dynamique plutôt que statique, modelée même par les méthodes de recueil de données que les chercheurs utilisent pour la mesurer.²⁵

En dépit des controverses et des incertitudes, l’ethnicité demeure un champ important de la recherche sanitaire et les chercheurs ont donc besoin de développer de solides principes pour rendre ce travail plus efficace.²⁶ Existe-t-il un moyen de définir l’ethnicité qui tienne compte de sa subjectivité et de son ouverture au changement, sans tomber dans un flou incommensurable ? Senior et Bhopal soutiennent que l’ethnicité implique une, ou plus de trois conditions : (1) une langue ou des traditions religieuses communes ; (2) des origines ou un contexte social partagés ; (3) une culture et des traditions partagées distinctives, préservées d’une génération à l’autre, et conduisant à un sentiment d’identité et de groupe.²³ Cette formule, comme les autres versions qu’elle conteste, n’est pas exempte de problèmes, mais elle évite les marqueurs génétiques ou biologiques. Elle suggère que l’ethnicité, quelle qu’elle soit par ailleurs, est inséparable d’une expérience sociale ou d’une culture partagée.

Ethnicité dans la recherche sur la douleur

Des recherches extensives sur les relations existant entre l’ethnicité et la douleur ont produit peu de généralisations solides, en partie parce que la douleur et l’ethnicité sont multidimensionnelles, malléables, et modelées par la culture. Ce caractère non concluant doit également beaucoup à la difficulté de comparer des études qui utilisent non seulement des protocoles très différents, mais également des mesures aussi diverses et souvent mal définies que l’intensité de la douleur, la sévérité de la douleur, la douleur rapportée, la perception de la douleur, le comportement face à la douleur, l’expression de la douleur, et la réponse à la douleur. Des difficultés supplémentaires apparaissent si l’on considère les distinctions cruciales entre la douleur aiguë, la douleur chronique, la douleur clinique et la douleur expérimentale. Dans de telles conditions, une méta-analyse rigoureuse quantitative semble impossible. Les grandes questions sont souvent, à proprement parler, sans réponse. Des questions moins importantes permettent toutefois d’obtenir des réponses valables. Wolff, dans sa revue de la littérature de 1985 a réuni assez de preuves pour affirmer des différences entre le “comportement et la réponse face à la douleur” parmi ce qu’il a appelé des “groupes ethno-culturels”.³ Ces preuves se limitaient à la tolérance à la douleur, les plaintes verbales concernant la douleur, et les attitudes face à la douleur. Wolff, tout en soulignant la nécessité de meilleures études, a suggéré que les variables ethno-culturelles des réponses humaines à la douleur suggèrent des schémas de comportement acquis plutôt qu’innés. Il a également critiqué les catégories raciales classiques comme étant des classifications “grossières”, qui ignorent “les nombreuses différences

observées au sein de chaque groupe”. Les problèmes épineux implicitement posés par les relations douleur - ethnicité aident à expliquer la recommandation de Wolff de collaborer avec un anthropologue culturel avant le début de toute étude inter-culturelle.

Les difficultés de la recherche sur la douleur et l’ethnicité signifient que les résultats doivent être considérés avec d’extrêmes précautions. Dans une étude importante de 1991, Greenwald²⁷ a observé l’absence de liens significatifs entre l’identité ethnique et la dimension sensorielle de la douleur, mais a identifié des différences entre les groupes ethniques dans sa dimension affective. Greenwald a considéré ses résultats comme étant la preuve d’un lien entre l’ethnicité et la douleur, mais a souligné la nature “limitée” de cette preuve. Il a précédé les autres chercheurs en choisissant de taxer la relation entre l’ethnicité et la douleur de “problématique”. Il est possible qu’aucune étude de l’ethnicité et de la douleur ne puisse disposer de contrôle pour l’ensemble des facteurs confondants. L’âge et le sexe sont parfois des facteurs prédictifs plus performants de la réponse à la douleur que ne l’est l’ethnicité.^{28,29} La richesse, la classe sociale, le mariage mixte et l’acculturation peuvent modifier le degré d’identification de soi à un groupe ethnique particulier. Les différences entre les individus d’un même groupe ethnique servent d’avertissement constant du danger des stéréotypes. Des éléments de preuve mettent en doute les thèses selon lesquelles les Asiatiques ont une attitude stoïque face à la douleur, et les travailleurs immigrés en Australie sont des simulateurs prédisposés aux accidents.^{30,31}

Trois études assez récentes ayant examiné les liens entre l’ethnicité et la douleur illustrent les problèmes que pose la généralisation à partir d’études cliniques spécifiques. Une étude de 1993 menée auprès de patients souffrant de lombalgies basses et issus de six groupes ethniques a constaté que l’affiliation ethnique était le meilleur facteur prédictif de l’intensité rapportée de la douleur.³² Il n’est toutefois pas clair que de tels résultats puissent être extrapolés au-delà du problème des lombalgies basses. De fait, bon nombre d’études inter-culturelles des lombalgies basses ne font pas la distinction entre l’identité nationale et l’ethnie. Une seconde étude datant de 1999 a découvert que les sujets Afro-Américains avaient une plus faible tolérance à la douleur thermique que les Blancs.³³ (Le titre spécifie explicitement “différences ethniques” et non pas différences raciales). Pour les auteurs, ces résultats indiquent des différences au niveau des dimensions affectives de la douleur. Toutefois, ils citent également des travaux antérieurs ayant montré que le statut de minorité peut à lui seul expliquer la tolérance plus faible à la douleur. De plus, les auteurs classent les Blancs dans un groupe homogène, alors que Wolff a affirmé que les taux plus élevés de réponse à la douleur des Blancs sont surtout attribuables aux sous-groupes des Scandinaves et des Anglo-Saxons. Une troisième étude, menée en 2000, a retrouvé des différences entre les Blancs et les Afro-Américains en termes de perception de la douleur cutanée.³⁴ Néanmoins, les auteurs n’évoquent pas les problèmes de classification par race, et ils reconnaissent l’impact possible de paramètres socio-économiques pour lesquels leur étude ne disposait pas de contrôle. Ainsi, en dépit de vertus évidentes, ces trois études nous laissent encore en terrain incertain.

Même des études problématiques peuvent avoir des implications utiles. Les cliniciens aimeraient peut-être savoir comment les douleurs abdominales chroniques sont corrélées au taux de suicide chez les Latino-Américains des États-Unis³⁵, ou que les patients Latino-Américains atteints de cancer trouvent dans leur foi religieuse des ressources utiles pour supporter la douleur.³⁶ (Cependant, est-ce que cela veut dire que les patients cancéreux des autres groupes ethniques n’arrivent pas à trouver de valeur dans la foi et la religion ?). Les décideurs de la politique de santé aimeraient peut-être savoir que 10 % des patients adultes en Chine reçoivent systématiquement un anesthésique avant de subir la fraise du dentiste, par comparaison à 99 % des patients adultes des dentistes aux États-Unis.³⁷ Plus importante toutefois que les statistiques sur le forage dentaire est la conclusion des chercheurs selon laquelle la douleur et le besoin perçu d’anesthésie sont fortement influencés par les croyances ethniques sur la douleur. De telles croyances, aussi fortement soient-elles liées aux idiosyncrasies de la psychologie individuelle, soulignent inévitablement le rôle de la culture.

La culture, l’ethnicité et la douleur

Les recherches menées auprès de jumeaux soutiennent le point de vue de Wolff, à savoir que ce sont les schémas de comportement, et non les gènes, qui déterminent la sensibilité perçue à la douleur.³⁸ Des différences significatives dans la réponse à la douleur aiguë chez des nourrissons canadiens âgés de 2 mois, d’origine chinoise ou non, suggèrent que l’impact de la culture apparaît bien avant l’acquisition du langage.³⁹ On ne connaît pas le mécanisme précis par lequel l’expérience culturelle façonne la relation entre la douleur et l’ethnicité, mais différentes études utilisant diverses méthodes suggèrent que la culture joue un rôle crucial dans l’expérience individuelle de la douleur.⁴⁰⁻⁴¹ Le rôle de la culture dans le modelage de l’expérience de la douleur au sein de groupes ethniques spécifiques commence juste à être un sujet d’étude.

L’importance de la culture en termes de douleur et d’ethnicité a été bien explorée par Bates,⁴⁵ laquelle a appliqué des méthodes quantitatives et qualitatives pour comparer les patients d’un centre anti-douleur de Nouvelle Angleterre à ceux d’une consultation médicale externe de Porto Rico. Ses résultats montrent une plus faible intensité de la douleur parmi les patients de Nouvelle Angleterre. Un élément particulièrement utile de l’étude de Bates est une comparaison supplémentaire ayant cherché à déterminer si les Latino-Américains vivant en Nouvelle Angleterre, dont la plupart avaient immigré de Porto Rico, montraient des réponses à la douleur plus proches du groupe de Nouvelle Angleterre ou groupe de Porto Rico. En termes de réponse à la douleur, les immigrés Latino-Américains ressemblaient plus au groupe de Nouvelle Angleterre, ce qui implique que la réponse à la douleur des groupes ethniques est effectivement modelée et remodelée par la culture.

Le substrat génétique de la douleur et les possibles thérapies géniques de la douleur offrent des nouveaux champs de recherche prometteurs.^{46,47} Les chercheurs doivent toutefois se garder d’ignorer les manières complexes par lesquelles la douleur humaine, quel que soit le substrat génétique, est modelée et modifiée de façon cruciale par la culture.

Les dangers de l’ethnicité

Les interactions médicales ne sont pas préservées des conséquences dangereuses qu’engendre parfois la différence ethnique. L’ethnicité des patients peut avoir un impact significatif sur la façon dont les cliniciens évaluent et traitent la douleur. Todd et ses collègues ont rapporté que l’ethnicité des patients est un facteur de risque d’analgésie inadéquate aux urgences.⁴⁸ Une étude comparant des femmes américaines d’origine mexicaine à des Anglo-Américaines a constaté que les différences ethniques entre les patientes et les infirmières augmentaient l’ampleur de leurs différences d’évaluation de la douleur.⁴⁹ Aux Emirats Arabes Unis, seules les infirmières ayant la même langue maternelle que les patients ont fourni des évaluations de la douleur correspondant à celles des patients.⁵⁰

Les professionnels de santé, comme les patients, appartiennent à des groupes ethniques. Ils appartiennent à des sous-cultures, y compris la sous-culture médicale, qui en leur inculquant des attitudes envers des groupes ethniques particuliers peut avoir un impact considérable. Dans un centre médical universitaire américain, les chercheurs n’ont trouvé aucune différence en termes de quantité d’opiacés auto-administrée par des Asiatiques, des Noirs et des Latino-Américains, mais ont trouvé des différences significatives dans la quantité d’opiacés prescrite.⁵¹ Dans une étude menée auprès d’une équipe médicale juive traitant des femmes juives et bédouines dans un centre médical israélien, l’ethnicité des professionnels de santé a influencé de façon significative leurs évaluations des douleurs de l’accouchement.⁵² Dans un centre médical de Los Angeles, les patients Noirs et Latino-Américains atteints de fractures isolées d’un os long étaient moins susceptibles de recevoir des analgésiques aux urgences que des Blancs non Latino-Américains atteints des mêmes lésions.⁵³⁻⁵⁴ Même lorsque les médecins prescrivent un traitement adéquat, les groupes ethniques font face à des inégalités qui se traduisent par un

soulagement imparfait de la douleur. Au contraire des pharmacies des quartiers blancs de New York, les pharmacies des quartiers non-blancs stockent des quantités insuffisantes d'opiacés pour le traitement des douleurs sévères de leurs clients.⁵⁵ Des inégalités mondiales en termes de prescription de la morphine signifient que les Blancs sont largement plus susceptibles que les non-Blancs de recevoir une analgésie opiacée adéquate. Cette discordance n'est pas seulement fonction des décisions médicales ou des revenus. La campagne américaine contre le trafic de drogue fait du soulagement insuffisant de la douleur des patients cancéreux au Mexique un problème également politique et culturel.⁵⁶

Il est important de documenter les différences ethniques dans l'évaluation et le traitement de la douleur, comme première étape vers la réforme, mais le fait de souligner les différences comporte ses propres dangers. Non seulement les résultats de la recherche sont souvent problématiques, mais l'accent mis sur les différences ethniques en termes d'expérience de la douleur peut également cacher des similitudes tout aussi réelles. À titre d'exemple, une étude ayant trait à l'analgésie contrôlée par le patient a montré que l'utilisation des opiacés en post-opératoire chez les Asiatiques et les Blancs est comparable.⁵⁷ Les patients souffrant de douleurs faciales de cinq groupes décrits par les auteurs comme "ethniques" (Noirs, Irlandais, Italiens, Juifs et Portoricains) se sont généralement avérés comparables en termes de réponse rapportée à la douleur.⁵⁸ Les études de situations spécifiques (allant du cancer à l'accouchement) rapportent des similitudes majeures entre différents groupes ethno-culturels en termes de perception et de réponse à la douleur.⁵⁹⁻⁶³ Le défi que pose l'ethnicité est de comprendre à quel point l'expérience humaine de la douleur incarne non seulement des différences mesurables qui distinguent des groupes spécifiques, mais également de profondes similitudes qui nous lient, en dépit de la diversité de nos contextes ethniques et culturels historiquement changeants.

L'ethnicité en tant que concept scientifique et en tant que fait culturel est pleine de dangers : à manipuler avec précaution.

Bibliographie

- Ng B, et al. *Psychosom Med* 1996; 58:125-129.
- Wolff BB, Langley S. *Am Anthropologist* 1968; 70:494-501.
- Wolff BB. *Clin J Pain* 1985; 1:23-30.
- Jordan JM. *Curr Opin Rheumatol* 1999; 11:98-103.
- Fadiman A. *The Spirit Catches You and You Fall Down: A Hmong Child, Her American Doctors, and the Collision of Two Cultures*. New York: Farrar, Straus and Giroux, 1997.
- Lipsitz G. *The Possessive Investment in Whiteness: How white People Profit from Identity Politics*. Philadelphia: Temple University Press, 1998.
- Medved M. Get rid of bogus "Hispanic" label. *USA Today*; 15 Jan 2001: 19A.
- Marks J. *Human Biodiversity: Race, Genes, and History*. New York: Aldine de Gruyter, 1995.
- Goodman AH. In: Boaz NT, Wolfe LD (Eds). *Biological Anthropology: The State of the Science*. Bend, OR: International Institute for Human Evolutionary Research, 1995, pp 1-24.
- Goodman AH. *Am J Public Health* 2000; 11:1699-1702.
- Fullilove MT. *Am J Public Health* 1998; 88:1297-1298. See responses 1999; 89:782-784.
- Curtin PD. *Am J Public Health* 1992; 82:1681-1686.
- Mendoza R, et al. *Psychopharmacol Bull* 1991; 27:449-461.
- Zhou HH, et al. *Clin Pharmacol Ther* 1993; 54:507-513.
- Macbeth H. In: Macbeth H, Shetty P (Eds). *Health and Ethnicity*. London: Taylor & Francis, 2001, pp 10-20.
- Jones S. *The Archaeology of Ethnicity: Constructing Identities in the Past and Present*. New York: Routledge, 1997.
- Crews DE, Bindon JR. *Ethn Dis* 1991; 1:42-49.
- Bhopal R, Rankin J. *Br Dent J* 1999; 186:483-84.
- Bhopal R, Donaldson L. *Am J Public Health* 1998; 88:1303-1307.
- Amaro H, et al. *Am J Public Health* 2000; 90:1724-1727.
- Schmitt E. New census shows Hispanics now even with Blacks in U.S.; *New York Times*; 8 March 2001:A1, 15.
- Aspinall PJ. *Soc Sci Med* 1997; 45:689-698.
- Senior PA, Bhopal R. *BMJ* 1994; 309:327-330.
- Kershaw S. Queens to Detroit: A Bangladeshi Passage. *New York Times*; 8 March 2001:A1, 21.
- Smith GD. *Am J Public Health* 2000; 90:1694-1698.
- Bhopal R. In: Macbeth H, Shetty P (Eds). *Health and Ethnicity*. London: Taylor & Francis, 2001, pp 21-40.
- Greenwald HP. *Pain* 1991; 44:157-163.
- Lawlis GF, et al. *Spine* 1984; 9:1751-1754.
- Johnson-Umezulike JM. *NursingConnections* 1999; 12(2):5-12.
- Knox VJ, et al. *Pain* 1977; 4:49-57.
- Hewson D, et al. *Med J Aust* 1987; 147:280-284.
- Bates MS, et al. *Pain* 1993; 52:101-112. See also Bates MS ; Edward WT. *Ethn Dis* 1992; 2:63-83.
- Edwards RR, Fillingim RB. *Psychosom Med* 1999; 61:346-354.
- Sheffield D, et al. *Psychosom Med* 2000; 62:517-523.
- Magni G, et al. *Pain* 1998; 76:1371-1374.
- Juarez G, et al. *Cancer Practice* 1998; 6:262-269.
- Moore R, et al. *Anesth Progress* 1998; 45:22-28.
- MacGregor AJ, et al. *Pain* 1997; 73:253-257.
- Rosmus C, et al. *Soc Sci Med* 2000; 51:175-184.
- Garro LC. *J Palliat Care* 1990; 6(3):34-44.
- Zatzick DF, Dimsdale JE. *Psychosom Med* 1990; 52:544-557.
- Moore R., Brodsgaard I. In: Crombie IK, et al. (Eds). *Epidemiology of Pain*. Seattle: IASP Press, 1999, pp 53-80.
- Morris D. *The Culture of Pain*. Berkeley: University of California Press, 1991.
- Spivey N. *Enduring Creation: Art, Pain, and Fortitude*. Berkeley: University of California Press, 2001.
- Bates MS. *Biocultural Dimensions of Chronic Pain: Implications for Treatment of Multi-ethnic Populations*. New York: SUNY Press, 1996.
- Mogil JS, et al. *Annu Rev Neurosci* 2000; 23:777-811.
- Wu CL, et al. *Anesthesiol* 2001; 94:1119-1132; and 95: 216-240.
- Todd KH. *Ann Emerg Med* 1996; 27:421-423.
- Calvillo ER, Flakerud JH. *J Adv Nurs* 1993; 18:451-459.
- Harrison A, et al. *J Adv Nurs* 1996; 24:229-235.
- Ng B, et al. *Pain* 1996; 66:9-12.
- Sheiner EK, et al. *Pain* 1999; 81:299-305.
- Todd KH, et al. *JAMA* 1993; 269:1537-1539.
- Todd KH, et al. *Ann Emerg Med* 2000; 35:11-16.
- Morrison RS, et al. *N Engl J Med* 2000; 342: 1023-1026.
- DePalma A. For Mexicans, Pain Relief Is both a Medical and a Political Problem. *New York Times*; 19 June 1996:A4.
- Lee A, et al. *Anaesth Intensive Care* 1997; 25:655-670.
- Lipton J, Marbach J. *Soc Sci Med* 1984; 19:1279-1298.
- Ramer L, et al. *J Transcultural Nurs* 1999; 10:94-101.
- Flannery RB, et al. *Psychosomatics* 1981; 22:39-50.
- Chapman CR, et al. *Pain* 1982; 12:319-328.
- Pesce G. *Pain* 1987; 31:87-92.
- Waters RL, et al. *Arch Phys Med Rehabil* 1998; 79:1237-1243.

David B. Morris, PhD

4908 Northern Trail NW
Albuquerque, NM 87120-2027 USA
Tel:505-836-6212 ;e-mail:dbmkirk@aol.com

L'IASP est un organisme sans but lucratif fondé en 1973 pour favoriser et encourager la recherche sur les mécanismes et syndromes de la douleur, et aider à améliorer la prise en charge des patients présentant une douleur aiguë et chronique. L'IASP regroupe des scientifiques, des médecins, des dentistes, des infirmiers, des psychologues, des kinésithérapeutes et d'autres professionnels de la santé possédant un intérêt pour la recherche et le traitement de la douleur. Des informations sur l'adhésion, les livres, les réunions, etc., sont disponibles à l'adresse ci-dessous ou sur le site Internet de l'IASP (www.halcyon.com/iasp). Par ailleurs, le site Internet de l'IASP permet d'accéder gratuitement aux anciens numéros de ce bulletin.

Avertissement : Les articles sélectionnés pour publication portent sur des sujets d'actualité concernant la recherche et le traitement de la douleur, mais les informations (observations et conclusions) fournies et opinions exprimées n'ont fait l'objet d'aucune vérification de la part de l'IASP. Par conséquent, les opinions exprimées dans *Pain: Clinical Updates* ne reflètent pas nécessairement celles de l'IASP ni de ses conseillers ou représentants. L'IASP ne pourra être tenu responsable en cas de lésion et/ou de dommage aux personnes ou aux biens, du fait d'un produit, d'une négligence ou de toute utilisation des méthodes, produits, instructions ou idées contenus dans le présent matériel. En raison des rapides progrès réalisés dans le secteur des sciences médicales, l'éditeur recommande une vérification indépendante des diagnostics et des posologies.

International Association for the Study of Pain, 909 NE 43rd St., Suite 306, Seattle, WA 98105-6020 États-Unis
Tél. : 206-547-6409 ; Fax : 206-547-1703;
e-mail : IASP@locke.hs.washington.edu ; Internet : www.halcyon.com/iasp.