

Aspects anthropologiques et socioculturels des représentations de la douleur chronique

Christine Cedraschi

La prise en charge d'une douleur chronique, quelles que soient les spécificités de l'origine de la douleur, s'inscrit dans un cadre général plus large, qui inclut les rapports de l'individu à son corps et à sa santé, ceux qu'il entretient avec la médecine, mais aussi les définitions mêmes de la santé et de la maladie et les valeurs qui leur sont accordées, à un moment et dans un groupe donnés.

■ DOULEUR ET REPRÉSENTATIONS

Si l'objet de la prise en charge est la douleur, et, partant, le corps douloureux, ce corps n'est pas le même pour tous. Pour les patients, il s'agit avant tout d'une douleur et d'un corps-sujets, chargés de valeurs et de significations collectives, personnelles, émotionnelles, symboliques. Pour les thérapeutes, la douleur est insérée et insérable dans un corpus de connaissances, qu'elles soient purement anatomo-physiologiques ou qu'elles renvoient à des dimensions psychologiques et sociales.

La rencontre entre savoir scientifique et savoir profane met donc en présence des représentations différentes du corps et de la douleur. La nécessité de parvenir à un accord, sur l'explication du problème mais aussi sur sa gestion, fait que cette rencontre suppose un processus de négociation entre deux individus, mais aussi entre deux systèmes de pensée. Elle suppose de ce fait aussi un processus de "vulgarisation" du savoir scientifique qui doit permettre de réduire la distance entre patients et thérapeutes. Les informations qui peuvent être transmises ne viennent cependant pas s'inscrire sur une page blanche. Si le savoir profane n'est pas forcément "conscient", il est néanmoins très présent. Pris dans l'action, l'individu accomplit toute une série d'actes de la vie quotidienne en ayant des idées, des représentations, sur ce qui est "bon" ou "mauvais pour la santé", mais sans forcément y penser.

Les représentations constituent une forme de connaissance pratique, développée à partir des expériences et des savoirs et modèles de pensée transmis par l'environnement, et qui doit nous permettre de maîtriser cet environnement, de le comprendre et de l'expliquer (Jodelet, 1984). Permettant d'assurer une continuité entre le familier et la nouveauté, elles influencent la manière dont les patients vont organiser les informations qui leur sont dispensées, c'est-à-dire intégrer ces nouvelles informations dans leurs schémas de pensée, les modifier pour qu'elles puissent s'intégrer ou les rejeter parce qu'elles sont trop différentes. La clarification et la prise en compte de ces représentations et de leurs déterminants constitue donc un enjeu important dans la relation entre patient et thérapeute.

■ RENCONTRE ENTRE SAVOIR SCIENTIFIQUE ET SAVOIR PROFANE AUTOUR DE LA LÉGITIMITÉ DE LA DOULEUR

Dans la prise en charge, les différences entre savoir scientifique et savoir profane apparaissent dès le niveau du problème à résoudre. Pour le savoir scientifique, il s'agit d'éclaircir les mécanismes anatomiques et physiologiques. La résolution du problème passe par le morcellement du corps et la dépersonnalisation de la maladie et du corps pour mieux les comprendre. L'individu singulier est de ce fait absent et la valeur du modèle se mesure en termes statistiques. Pour le savoir profane, il s'agit de donner un sens à l'atteinte, qui dépasse l'état organique, et de répondre à des questions comme le fait de savoir si l'atteinte est ou non mortelle, si elle est guérissable, ou encore si le problème est gérable, et comment. La personnalisation du corps et de la maladie, et avec eux l'individu singulier, sont dès lors au premier plan. La valeur du modèle explicatif ne se mesure plus ici en termes génériques, mais individuels. Pour le profane, donner un sens à l'atteinte passe par la nécessité d'expliquer et de légitimer sa douleur. Il attend des spécialistes qu'ils lui fournissent explication et légitimation puisqu'ils sont les détenteurs du droit de diagnostiquer et de traiter.

Le modèle biomédical constitue ce qu'on pourrait appeler l'arrière-fond culturel dominant dans lequel s'insèrent savoirs et représentations dans nos sociétés. Dans ce modèle, la compréhension anatomique du corps est basée sur deux postulats (qu'on peut qualifier de culturels)

qui renseignent la compréhension tant médicale que profane et qui constituent donc un univers commun d'explication : d'une part, l'intérieur du corps correspond aux images visuelles qu'on en a, et il s'agit là d'une vision objective, qui montre le corps tel qu'il est réellement ; d'autre part, il existe des normes objectives, qui permettent de dire ce qui est "normal" et ce qui est "déviant" (Rhodes et al, 1999 ; Bates et al, 1997). Dans ce modèle du corps anatomique, ce qui n'est pas dans le corps est dans l'esprit et la visualisation des symptômes, par le biais des techniques d'imagerie entre autres, acquiert dès lors une importance toute particulière : voir dans le corps devrait en effet permettre de confirmer, normaliser, et ainsi légitimer les symptômes perçus. Le modèle biomédical classique fixe de la sorte les prémisses d'une vision du corps comme d'une machine réparable, dont les parties endommagées pourraient être remplacées ou tout au moins remises en état (Helman, 1995).

Cette référence à un corps-machine renforce la médicalisation de la douleur et elle fait dépendre la compréhension et le soulagement de cette douleur des professionnels de la santé essentiellement (Jackson, 1992 ; Kirmayer, 1988). Cette référence peut générer des attentes irréalistes tant chez les patients que chez les thérapeutes et les entraîner ainsi dans l'engrenage des investigations complémentaires, parfois invasives, qui, la plupart du temps ne permettent pas d'aboutir au but recherché, à savoir objectiver l'origine de la douleur. Cette quête, souvent désespérée, de l'explication rationnelle, alimentée de surcroît par l'attrait magique des moyens technologiques d'investigation, débouche fréquemment sur la rupture de la relation thérapeutique, engendrée précisément par l'impossibilité d'atteindre ce but, et parfois sur un comportement de "shopping thérapeutique" (Kleinman & Kleinman, 1991 ; McPhilipps-Tangum et al, 1998).

Il s'agit pour le patient de mettre ensemble l'intérieur du corps à la fois en tant que "spécimen" et en tant qu'objet d'une expérience privée et incommunicable. Quant à l'expression émotionnelle du vécu de la douleur et de la souffrance, elle peut être perçue comme inadéquate parce que n'entrant pas dans la logique du modèle ou comme augmentant le risque d'une stigmatisation liée à l'expression de comportements douloureux (Rhodes et al, 1999) ; elle peut au contraire être proposée et perçue comme une manifestation appropriée, qui indique la nécessité d'une prise en charge rapide (Bates et al, 1997). Les différences culturelles sont importantes de ce point de vue, tant chez les patients que

chez les thérapeutes, qui partagent ou non un univers commun d'explication à propos du corps, de la santé et de la maladie - l'arrière-fond culturel dont nous parlions plus haut, dans lequel s'insèrent savoirs et représentations.

■ ASPECTS DE LA PROBLÉMATIQUE SOCIOCULTURELLE DE LA DOULEUR

La douleur et la souffrance sont à la fois des expériences tout à fait universelles et strictement personnelles. Universelles dans le sens où elles sont communes à tous les individus quelle que soit leur appartenance sociale et culturelle, et individuelles du fait de leur caractère subjectif et difficilement transmissible. Elles se situent au carrefour de l'individu et du groupe : tout en mettant en jeu des mécanismes physiologiques et psychologiques, elles s'inscrivent également dans le contexte de la société et de la culture à laquelle appartient l'individu. Et ceci qu'il s'agisse de la douleur ou de la souffrance, qui peut dépasser le corporel et son dysfonctionnement pénible et dans laquelle une information douloureuse implique une perception personnelle. Si la composante émotionnelle de la douleur est acceptée et reconnue, cette composante est fréquemment discutée en termes individuels, laissant dans l'ombre les facteurs qui signent l'appartenance des individus à des groupes (de genre, sociaux, culturels par exemple) et qui font que la douleur est autant une construction sociale que le résultat de processus biologiques et psychologiques.

La santé et la maladie s'insèrent en effet dans un ensemble de règles socialement et culturellement déterminées qui influencent aussi bien l'expression de la douleur que la réponse à cette douleur. Le comportement-maladie a été défini comme « une expérience normative gouvernée par des règles culturelles : nous apprenons des manières “approuvées” d’être malade » (Kleinman et al, 1978), c'est-à-dire en particulier quels sont les symptômes qui sont socialement acceptables. Ces symptômes correspondent à une perception ou un état corporels considérés comme anormaux par le patient, sa famille et son environnement social (Kleinman et al, 1978 ; Perrin, 1996). La douleur s'inscrit donc dans les normes du licite et de la transgression, entre ce qu'on peut montrer et ce qu'il faut taire ou cacher (Rey, 1993). C'est ainsi qu'il a été suggéré que des différences culturelles tant dans

l'acceptation sociale des symptômes que dans la manière de faire face à la douleur permettent de rendre compte des différences qu'on observe dans la manière de gérer une douleur chronique, et en particulier dans l'estimation que fait l'individu de son degré de handicap (Sanders et al, 1992).

Les travaux de Zborowski (1952 ; 1969) qui s'inscrivent dans une perspective anthropologique et comparative ont notablement marqué le champ de l'étude spécifique des aspects sociaux et culturels de l'expérience douloureuse. Si Zborowski (1952) souligne la composante physiologique de la douleur, il relève également qu'il en va du phénomène douloureux comme d'autres processus biologiques vitaux qui acquièrent, eux aussi, des significations sociales et culturelles. Ainsi, par exemple, « des changements métaboliques et endocriniens dans l'organisme humain peuvent provoquer une sensation de faim ou un désir sexuel ; cependant, la culture et la société dictent à l'individu le type de nourriture qu'il peut manger, le type de partenaire avec lequel il peut s'accoupler, en précisant par ailleurs quel en est le contexte adéquat ». La question de l'influence des variables culturelles se pose à deux niveaux, celui de la perception de la douleur et celui de la réponse à la douleur.

► Facteurs culturels et perception de la douleur

La perception de la douleur peut être évaluée par le biais du seuil douloureux, c'est-à-dire le point à partir duquel un individu commence à percevoir un stimulus comme douloureux, et par le biais du seuil de tolérance, c'est-à-dire le niveau du stimulus à partir duquel l'individu demande l'arrêt de la stimulation ou effectue un mouvement spontané de retrait. Quant aux réponses à la douleur, elles incluent les comportements, les attitudes, les émotions et l'attention portée aux sensations douloureuses.

Les données concernant les seuils de la douleur et de tolérance sont essentiellement de nature expérimentale. Leur pertinence a été mise en question lorsqu'il s'agit d'apprécier leur contribution à la compréhension de la douleur clinique, et ce d'autant plus lorsqu'il s'agit de douleurs chroniques (Le Breton, 1995). Il est néanmoins important de relever que les différences culturelles ne sont associées à aucune différence dans la capacité à discriminer des stimuli douloureux. En ce qui concerne les réponses à ces stimuli, elles sont quant à elles par contre

influencées par d'autres variables, telles que l'âge, le sexe, l'origine culturelle de l'expérimentateur ou encore les conditions de vie et de travail, qui peuvent donc jouer un rôle de facteurs confondus (Zatzick & Dimsdale, 1990). Ainsi, même dans le domaine expérimental, la perception et l'évaluation de la douleur peuvent être assujettis au vécu de l'individu et pas uniquement à l'intensité du stimulus.

Une étude de Bates et coll. (1993) souligne l'importance de ce vécu dans la perception et l'évaluation de la douleur. Mesurée par le biais du questionnaire de McGill, l'évaluation de l'intensité de la douleur donnait lieu à des résultats différents dans six groupes culturels souffrant de douleurs chroniques et consultant dans un centre de la douleur de la côte est des États-Unis. Ces groupes ne se distinguaient pas en termes de caractéristiques médicales (durée de la douleur et diagnostic, variété des traitements entrepris ou encore nombre et type de médicaments) et la variation de l'intensité des douleurs ne s'avérait pas liée à ces caractéristiques. En revanche, l'appartenance à l'un ou l'autre des groupes ethniques permettait de prédire la variation de l'intensité des douleurs, ce que les auteurs expliquent en référence à un modelage culturel de la perception et de la réponse à la douleur, par le biais de l'apprentissage social et de la comparaison sociale. Ils notent que « selon que l'on est élevé dans un environnement culturel qui accepte et encourage, ou au contraire interdit et décourage, l'expression émotionnelle de la douleur, ou qui définit le fait de fixer son attention sur la douleur comme une réponse appropriée ou non, ces modèles culturellement acquis peuvent non seulement donner lieu à différents styles d'expression de la plainte, mais aussi influencer la perception même de la douleur ». Les auteurs soulignent cependant qu'en dépit du caractère prédictif de l'appartenance culturelle, la présence d'importantes variations à l'intérieur même de chacun des groupes - tant en termes de perception que de réponse à la douleur - doit mettre en garde contre toute stéréotypisation, c'est-à-dire contre toute association entre un groupe culturel donné et une série spécifique de réponses (Bates et al, 1993 ; Bates & Rankin-Hill, 1994).

► Facteurs culturels et réponse à la douleur

L'importance des croyances fait l'objet d'une attention toute particulière dans la problématique de la douleur et de sa chronicisation.

Comme l'indiquent Waddell et coll. (1993), « ce sont en dernier ressort bien plus les croyances des patients que la réalité somatique sous-jacente qui fondent le comportement. La peur de la douleur peut ainsi être plus handicapante que la douleur elle-même ». Deux études examinant le rôle des facteurs socioculturels dans les maux de dos (Skovron et al, 1994) et dans l'utilisation des systèmes de soins (Szpalski et al, 1995) ont été effectuées en Belgique, pays qui présente à la fois des différences culturelles et sociales et dispose d'un système de santé unifié. Les résultats suggèrent que les facteurs socioculturels influencent l'expression des lombalgies mais pas le risque de chronicité. Les croyances de santé se sont avérées être les déterminants les plus constants aussi bien des comportements de soins actuels (au moment de l'enquête) que du parcours thérapeutique. En effet, le fait de penser que les lombalgies allaient constituer un problème tout au long de la vie était associé à une probabilité augmentée de consultations, d'alitement et de consommation médicamenteuse. La langue (français ou flamand) était associée à la prévalence des lombalgies - plus importante chez les francophones - mais pas au fait de faire état de maux de dos quotidiens ni à aucun comportement de santé spécifique au moment de l'enquête. Le niveau socio-économique était, quant à lui, inversement associé avec le fait de faire état de maux de dos quotidiens, mais sans lien avec la prévalence des lombalgies.

Ces études indiquent l'importance des facteurs confondus et soulignent le risque qu'il y aurait à n'attribuer les réponses à la douleur qu'aux origines culturelles en négligeant la valeur explicative d'autres variables telles que le sexe et l'âge ou encore le statut social. Ces variables peuvent, en effet, contribuer également à moduler ou à modifier la perception et l'expression de la douleur. Dans une étude qui visait à évaluer l'évolution symptomatique et socioprofessionnelle de patients souffrant de lombalgies, deux ans après un traitement conservateur en milieu hospitalier, un arrêt définitif de l'activité professionnelle était en apparence plus fréquent chez les patients immigrés du sud de l'Europe que chez les natifs du pays (Suisse). Cette différence s'expliquait cependant par une proportion d'ouvriers manuels supérieure chez les premiers. Le contrôle de l'effet respectif de ces deux variables (culturelle et socioprofessionnelle) a ainsi montré que la proportion de patients évoluant vers une cessation définitive d'activité différait en fonction du type de profession plutôt

qu'en fonction de l'origine des patients, cette dernière apparaissant dès lors comme un facteur confondu (Zufferey et al, 1998).

Les variables sociales et culturelles exercent une influence significative sur les représentations que les individus ont de leurs douleurs en termes de causes, de moyens de s'en débarrasser, de recettes personnelles pour y faire face et de moyens de les prévenir, comme le montre une étude portant sur l'impact d'un enseignement de prévention des maux de dos, dispensé par des professionnels de la santé (Cedraschi et al, 1997). L'étude portait sur deux groupes socioculturellement contrastés : le premier était représentatif de la culture d'accueil et la grande majorité de ses membres exerçait une profession qualifiée ; le second était constitué d'immigrés de fraîche date, en très grande majorité Portugais, tous travailleurs manuels non-qualifiés. L'impact de l'enseignement différait notablement dans les deux groupes : les participants les plus proches des enseignants en termes socioculturels avaient des représentations pré-existantes proches du contenu du discours préventif et ces représentations sortaient renforcées de l'enseignement. Cet enseignement avait par contre un faible impact, voire un effet perturbateur traduit par une augmentation de l'impossibilité à répondre, sur les représentations des membres du groupe socioculturellement le plus éloigné des enseignants. Ici encore, facteurs culturels et sociaux étaient intriqués, soulignant encore une fois la difficulté qu'il y a à préciser la valeur explicative de chacun des facteurs.

► Facteurs sociaux et professionnels

Le rôle de la classe sociale des patients, telle qu'elle peut être évaluée par le biais d'indicateurs tels que le statut socio-économique et/ou le niveau d'études, soulève des questions importantes : en tant que stéréotype qui peut affecter la relation thérapeutique (Skelton et al, 1995) mais aussi en tant que prédicteur de l'installation d'un handicap, et, plus généralement, de l'impact de la douleur sur la capacité de l'individu à poursuivre ses activités quotidiennes habituelles.

Bartley et Owen (1996) ont analysé les données recueillies lors d'une enquête effectuée en Grande-Bretagne entre 1973 et 1993 en comparant la proportion d'hommes souffrant ou non d'un problème de santé limitant et de longue durée, employés ou au chômage, et appartenant

à différents groupes socio-économiques, ainsi que les variations du taux de chômage au fil des années. Les résultats de cette étude montrent que la plupart des hommes souffrant d'un problème de santé limitant et de longue durée continuent à exercer une activité professionnelle. Cependant, les travailleurs manuels, et en particulier ceux qui ne sont pas qualifiés, sont moins susceptibles de rester en emploi que les autres lorsqu'ils souffrent d'un problème de santé entraînant des limitations. Comme le notent Bartley et Owen, même si un arrêt-maladie de longue durée peut être moins stigmatisant qu'un chômage de longue durée, la santé de ces travailleurs peut devenir un obstacle à l'emploi en fonction de l'état du marché du travail, et notamment du taux de chômage.

Diverses études font état d'une relation inverse - pas totalement expliquée - entre statut socio-économique ou niveau de scolarisation d'une part et divers problèmes de santé d'autre part ; dans ce contexte, il a été proposé de considérer le niveau de scolarisation comme une variable composite qui serait indicatrice de facteurs de risque comportementaux (Pincus, 1988 ; North et al, 1993). Ce niveau de scolarisation a, par exemple, été associé au niveau de handicap dû à des maux de dos ainsi qu'à la persistance de ce handicap (Dionne et al, 1995 ; Deyo & Diehl, 1988). Quant aux motifs de cette association, ils résideraient dans un écheveau complexe de facteurs qui comprennent des caractéristiques liées au travail lui-même (le type de travail et les contraintes physiques qu'il impose par exemple, mais aussi le manque d'autonomie, la difficulté à obtenir des aménagements lors d'un épisode douloureux, ou encore l'association d'une pression importante et d'une faible latitude de décision), mais également des facteurs environnementaux (l'état du marché du travail, par exemple) et comportementaux (dont le style de vie), ainsi que d'autres encore liés à l'attention portée à la douleur et aux attentes des individus par rapport à la persistance de cette douleur.

Par ailleurs, le statut socio-économique et/ou le niveau d'études paraît exercer également une influence sur l'adhésion à des stratégies préventives. Ainsi, les personnes qui se portent volontaires pour participer à des programmes de prévention, et tout particulièrement lorsqu'il s'agit de prévention primaire, font rarement partie des groupes sociaux de faible statut (voir par exemple Gillioz, 1980 ; Weber et al, 1996). L'explication de ce phénomène est sans doute complexe, mais il est

permis de penser que la plus ou moins grande proximité (en termes de formation et de statut, mais aussi de représentations et de comportements) entre ceux qui tentent de disséminer des notions de prévention et ceux qui sont censés les acquérir, permet de rendre compte d'une partie au moins de ces observations.

■ CONCLUSION

Les relations entre douleur et culture soulèvent des problèmes complexes quant à l'interaction des facteurs biologiques, psychologiques, culturels et sociaux dans la perception et l'expression de la douleur. Elles posent également la question de la manière dont l'expérience douloureuse peut être traduite et communiquée dans le cadre d'une relation thérapeutique. La congruence ou la non-congruence entre les attentes et les comportements des patients et des thérapeutes ne peut manquer d'exercer une influence aussi bien sur la manière dont les thérapeutes perçoivent les plaintes des patients que sur celle dont les patients perçoivent la réponse des thérapeutes à leurs plaintes. Lorsque patient et thérapeute sont en désaccord sur ce qui constitue une expression et une réponse appropriées à la douleur, l'observance thérapeutique, le type de traitement et la qualité de la prise en charge risquent d'en être affectés. Dans la relation thérapeutique, les modèles de référence explicites et implicites du patient et du thérapeute déterminent en effet un cadre explicatif dans lequel sont insérés les comportements, tant du patient que du thérapeute. Les différences culturelles et/ou sociales peuvent être à l'origine de malentendus, même si des origines communes ne constituent pas une garantie de compréhension mutuelle.

Les travaux dans le domaine des relations entre culture et douleur montrent bien que le contexte culturel mais aussi social joue un rôle dans la manière d'exprimer la douleur et d'y réagir. Ils soulignent avec tout autant de vigueur l'existence de différences à l'intérieur des différents groupes culturels, différences qui constituent la règle et non l'exception et qui doivent donc mettre en garde contre la fabrication de stéréotypes culturels ou sociaux. Ils insistent également sur l'importance des facteurs confondus et sur le risque qu'il y aurait à n'attribuer les réponses à la douleur qu'aux origines culturelles en

négligeant la valeur explicative d'autres variables telles que le sexe et l'âge ou encore le statut social. Finalement, ils indiquent que la nécessité qu'il y a à prendre en compte les modèles de référence des patients mais aussi ceux des thérapeutes.

Bibliographie

- Bartley M, Owen C. Relation between socioeconomic status, employment, and health during economic change, 1973-93. *BMJ* 1996 ; 313:445-9.
- Bates MS, Edwards WT, Anderson KO. Ethnocultural influences on variation in chronic pain perception. *Pain* 1993 ; 52:101-12.
- Bates MS, Rankin-Hill L. Control, culture and chronic pain. *Soc Sci Med* 1994 ; 39:629-45.
- Bates MS, Rankin-Hill L, Sanchez-Ayendez M. The effects of the cultural context of health care on treatment of and response to chronic pain and illness. *Soc Sci Med* 1997 ; 45: 1433-47.
- Cedraschi C, Perrin E, Fischer W. Evaluating a primary prevention program in a multicultural population: the importance of representations of back pain. *Arthritis Care Res* 1997 ; 10:111-20.
- Deyo RA, Diehl AK. Psychosocial predictors of disability in patients with low back pain. *J Rheumatol* 1988 ; 15:1557-64.
- Dionne C, Koepsell TD, Von Korff M, Deyo RA, Barlow WE, Checkoway H. Formal education and back-related disability. In search of an explanation. *Spine* 1995 ; 20:2721-30.
- Gillioz L. Campagne pour la prévention des maladies cardiovasculaires: les déterminants sociaux de la participation à l'examen de santé initial (Programme National Suisse de Recherche no 1A). *Médecine Sociale et Préventive* 1980 ; 25:250-7.
- Helman CG. The body image in health and disease: exploring patients' maps of body and self. In: Assal JB, Golay A, Visser AP (Eds.) *New trends in patient education: a trans-cultural and inter-disease approach*. Amsterdam: Elsevier, 1995: 169-175.
- Jackson JE. "After a while no one believes you": real and unreal pain. In: Delvecchio-Good MJ, Brodwin PE, Good BJ, Kleinman A (Eds.) *Pain as human experience*. Berkeley: University of California Press, 1992: 138-68.
- Jodelet D. Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie. In: Moscovici S (Ed.) *Psychologie sociale*. Paris: Presses Universitaires de France, 1984: 357-78.
- Kirmayer IJ. Mind and body as metaphors: hidden values in biomedicine. In: Lock M, Gordon DR (Eds.) *Biomedicine examined*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1988: 57-96.
- Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care. Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Int Med* 1978 ; 88:251-8.

- Kleinman A, Kleinman J. Suffering and its professional transformation: towards an ethnography of interpersonal experience. *Cult Med Psychiatry* 1991 ; 15:275-301.
- Le Breton D. *Anthropologie de la douleur*. Paris: Métailié, 1995.
- McPhillips-Tangum CA, Cherkin DC, Rhodes LA, Markham C: Reasons for repeated medical visits among patients with chronic back pain. *J Gen Intern Med* 1998 ; 13:289-95.
- North F, Syme SL, Feeney A, Head J, Shipley MJ, Marmot MG. Explaining socioeconomic differences in sickness absence: the Whitehall II study. *BMJ* 1993 ; 306:361-6.
- Perrin E. Douleur et culture. Le point de vue d'une sociologue. *Doul Analg* 1996 ; 4:91-7.
- Pincus T. Formal educational level - A marker for the importance of behavioral variables in the pathogenesis, morbidity, and mortality of most diseases ? *J Rheumatol* 1988 ; 15:1457-60.
- Rey R. *Histoire de la douleur*. Paris, Éditions La Découverte, 1993.
- Rhodes LA, McPhillips-Tangum CA, Markham C, Klenk R. The power of the visible: the meaning of diagnostic tests in chronic back pain. *Soc Sci Med* 1999 ; 48: 1189-1203.
- Sanders SH, Brena SE, Spier CJ, Beltrutti D, McConnell H, Quintero O. Chronic low back pain patients around the world: cross-cultural similarities and differences. *Clin J Pain* 1992 ; 8:317-23.
- Skelton AM, Murphy EA, Murphy RJL, O'Dowd TC. General practitioner perceptions of low back pain patients. *Fam Pract* 1995 ; 12:44-8.
- Skovron ML, Szpalski M, Nordin M, Melot C, Cukier D. Sociocultural factors and back pain. A population-based study in Belgian adults. *Spine* 1994 ; 19:129-37.
- Szpalski M, Nordin M, Skovron ML, Melot C, Cukier D. Health care utilization for low back pain in Belgium. Influence of sociocultural factors and health beliefs. *Spine* 1995 ; 20:431-42.
- Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A fear-avoidance beliefs questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain* 1993 ; 52:157-68.
- Weber M, Cedraschi C, Roux E, Kissling R, von Känel S, Dalvit G. A prospective controlled study of low back school in a general population. *Br J Rheumatol* 1996 ; 35:178-83.
- Zatzick DF, Dimsdale JE. Cultural variations in response to painful stimuli. *Psychosom Med* 1990 ; 52:544-57.
- Zborowski M. Cultural components in responses to pain. *J Soc Issues* 1952 ; 8: 16-30.
- Zborowski M. *People in Pain*. Jossey-Bass: San Francisco, 1969.
- Zufferey P, Cedraschi C, Vischer TL. Prise en charge hospitalière chez des patients lombalgiques: facteurs prédictifs de l'évolution à deux ans. *Rev Rhum* 1998 ; 65(5):346-54.