



HAL
open science

Comment accompagner les patient.e.s souffrant de douleurs chroniques en contexte migratoire ? Une synthèse qualitative de littérature

Arthur Pillegand

► To cite this version:

Arthur Pillegand. Comment accompagner les patient.e.s souffrant de douleurs chroniques en contexte migratoire ? Une synthèse qualitative de littérature. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04559342

HAL Id: dumas-04559342

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04559342>

Submitted on 25 Apr 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Présentée et soutenue publiquement
Par M. PILLEGAND Arthur
Né le 12/08/1993 à La Roche-sur-Yon**

Le 09 avril 2024 à Pau

**COMMENT ACCOMPAGNER LES PATIENT.E.S SOUFFRANT
DE DOULEURS CHRONIQUES EN CONTEXTE MIGRATOIRE ?
UNE SYNTHÈSE QUALITATIVE DE LITTÉRATURE.**

Sous la direction de la Docteure LUCU Marie-Pierre

Président : Pr Jean-Philippe JOSEPH

Rapporteur : Pr Christophe ADAM

**Membres du jury : Dr MARION Didier
Dr POUYANNE Isabelle
Pr Christophe ADAM**

A mon Président de jury,

Monsieur le Professeur JOSEPH Jean-Philippe,

Vous me faites le grand honneur de juger mon travail et de présider le jury de cette thèse. Veuillez trouver ici la marque de ma gratitude et de mon profond respect.

A ma directrice de thèse,

Madame la Docteure LUCU Marie-Pierre,

Merci de m'avoir suivie et encouragée à suivre ce qui m'anime. Merci pour ton regard si positif sur mon travail.

Monsieur le Professeur ADAM Christophe,

Merci d'avoir pris le temps de me guider à des moments charnières et de m'avoir indiqué des voies. Merci d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail.

Monsieur le Docteur MARION Didier,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci d'avoir nourri ma posture de soin comme tu l'as fait et comme tu continues de le faire. Merci pour la belle amitié que nous partageons.

Madame la Docteure POUYANNE Isabelle,

Merci de m'avoir accueilli à la PASS de Pau et de m'avoir montré comment oeuvrer efficacement pour la santé des plus vulnérables. Merci de m'avoir poussé au train pour écrire cette thèse, on y serait probablement encore sinon.

Merci à **la Docteure LAMARCHE-CUMIA Julie**, pour tes relectures et tes encouragements qui m'ont été précieux.

Merci à toutes et tous les soignant.e.s avec lesquel.le.s j'ai travaillé, échangé, et grandi.

Merci à toutes et tous les patient.e.s que j'ai eu la chance d'accompagner, merci de votre confiance et de la richesse de vos expériences toujours uniques.

A toutes celles et ceux que j'aime, et qui m'aiment, et qui m'ont accompagné dans ce parcours un peu chaotique qu'ont été mes études de médecine.

Table des matières

Abréviations	-----	p.13
Avant-propos	-----	p.15
INTRODUCTION	-----	p.17
I. Les patients exilés : de qui s'agit-il ?	-----	p.17
1. Définitions générales	-----	p.17
1.1. Migrant, immigrant, immigré	-----	p.17
1.2. Réfugiés, demandeurs de d'asile, travailleurs migrants	-----	p.18
2. Démographie mondiale des populations exilées	-----	p.19
3. Santé et vulnérabilité des populations exilées dans le monde	-----	p.20
II. La douleur chronique en contexte migratoire	-----	p.21
1. Définitions et classifications de la douleur chronique	-----	p.21
1.1. Définition de la douleur par l'IASP	-----	p.21
1.2. Douleurs aiguës, douleurs chroniques et classifications	-----	p.22
2. Les douleurs chroniques en contexte migratoire	-----	p.24
III. Question de recherche	-----	p.24
MÉTHODE	-----	p.25
I. Population étudiée	-----	p.25
II. Méthode	-----	p.25
III. Critères d'inclusion/exclusion des études	-----	p.25
IV. Stratégie de recherche : bases de données, algorithmes et mots-clés	-----	p.27
RÉSULTATS ET ANALYSE	-----	p.29
I. Diagramme de flux	-----	p.30
II. Description des articles	-----	p.31
1. Populations et auteures	-----	p.31
2. Méthodologies	-----	p.37
3. Hypothèses et concepts sous-jacents	-----	p.38
III. Méta-analyse qualitative des données	-----	p.40
1. Résultats des études primaires : thématisations	-----	p.40
2. Résultats des études primaires : modélisations	-----	p.42
3. Analyse thématiques des résultats	-----	p.44
3.1. La douleur comme symptôme des traumatismes dans le pays d'origine et sur la route d'exil	-----	p.44
3.1.1 Les violences subies	-----	p.44
3.1.2 L'excès de travail physique	-----	p.44
3.1.3 La lutte pour la survie au détriment du corps	-----	p.45
3.2. L'apparition et de l'installation des douleurs : la condition d'exilée	-----	p.45
3.2.1 La douleur dans le contexte du deuil	-----	p.46

3.2.2	La solitude et la douleur -----	p.46
3.2.3	La douleur entrave la possibilité de s'adapter à nouvel environnement ---	p.47
3.3.	Des modifications profondes du rapport à soi-même et aux autres : le double fardeau de l'exil et de la douleur -----	p.48
3.3.1	La perte du sentiment de contrôle occasionnée par l'exil et la douleur ----	p.48
3.3.2	La fragilité de l'estime de soi en exil et face à la douleur -----	p.48
3.3.3	Exil, douleur, et genre : un triple fardeau ? -----	p.49
3.4.	Faire face à la douleur en situation d'exil -----	p.51
3.4.1	Travailler pour s'en sortir : fantasme ou réalité ? -----	p.51
3.4.2	Rester en lien pour surmonter la douleur -----	p.53
3.4.3	Retrouver du sens pour surmonter la douleur -----	p.54
3.5.	Le recours aux soins : un support du rétablissement -----	p.55
3.5.1	Le recours aux soins repose sur l'investissement d'une relation -----	p.55
3.5.2	La recherche de compréhension : besoin universel et aspects transculturels -----	p.57
3.5.3	Investir les soins offre une possibilité de retrouver sa dignité -----	p.59
DISCUSSION	-----	p.61
CONCLUSION	-----	p.67
BIBLIOGRAPHIE	-----	p.69
ANNEXES	-----	p.73
Annexe 1 : grille d'évaluation des études primaires	-----	p.75
Annexe 2 : serment d'Hippocrate	-----	p.76
RESUME	-----	p.77

Abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

COMEDE : Comité pour la santé des Exilé.e.s

DESA : Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP : International Association for the Study of Pain

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPA : Interpretative Phenomenological Analysis

MNA : Mineur Non Accompagné

OFPRA : Office Français de Protection de Réfugiés et des Apatrides

OIM : Organisation Internationale pour les Migrations.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RAEC : Régime d'Accueil Européen Commun

SFETD : Société Française pour l'Étude et le Traitement de la Douleur

TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique

UE : Union Européenne

UNHCR : United Nations High Commission for Refugees

Avant-propos

La réalisation de mon travail de thèse sur cette thématique découle de ma pratique de médecin généraliste, d'abord en tant qu'interne puis praticien contractuel au sein des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de l'hôpital de Pau et d'Oloron-Sainte-Marie.

Au cours de mon internat de médecine générale, j'avais déjà été amené à soigner des patients que je savais en contexte migratoire mais dont je ne connaissais pas les parcours de vie. A cette époque, j'étais passionné de médecine tropicale et peu informé sur les réalités sociales et politiques conditionnant de manière si cruciale la vie de ces patients.

Je me sens aujourd'hui plus engagé socialement, je me positionne en tant que soignant contre les inégalités sociales en santé et contre toute forme de violence exercée envers des êtres vivants, a fortiori lorsqu'elle est systématisée. J'ai eu l'impression que les populations migrantes dont il est question dans ce travail sont souvent victimes de ce type de violence. A la PASS, nous en constatons quotidiennement les répercussions cliniques.

J'ai par ailleurs rencontré au cours de ma formation des patients souffrant de douleurs chroniques et nombre d'entre eux évoquaient des violences individuelles et institutionnelles. J'ai constaté les difficultés qu'ils rencontraient dans leurs parcours de soins souvent marqués par une difficulté à être entendus, venant reproduire à l'endroit même du soin les violences dont leurs histoires étaient déjà jalonnées.

En travaillant sur la thématique des douleurs chroniques dans les populations exilées, il s'agissait pour moi d'aller étudier cette situation clinique fréquente où la vulnérabilité apparaît saillante et où elle pose souvent problème. Ici plus qu'ailleurs, un soin me paraît indispensable, et il doit être rendu possible.

Je suis fréquemment confronté dans ces relations de soin à ma propre vulnérabilité : face à un système de santé qui nécessite que je m'adapte, voire que je lutte pour remplir ma fonction sans faire de distinction sociale ou raciale, face à des blessures qui me renvoient aux miennes propres. Cette vulnérabilité chez moi est autant un moteur qu'une source de difficultés et elle réclame d'être régulièrement examinée avec le plus d'honnêteté possible.

Dans ce souci d'honnêteté, et dans la lignée de la démarche ethnographique, il convient que je me situe personnellement : je n'ai pas notion d'histoire d'exil dans ma famille proche ou lointaine. Mes deux parents sont nés en France de nationalité française et je suis moi-même né en France de nationalité française. J'ai grandi dans un milieu aisé. Je ne suis pas racisé, je suis un homme hétérosexuel, je ne présente pas de

handicap physique.

Ce travail a été conduit en plusieurs étapes. La première étape a reposé sur un travail de documentation concernant les courants et méthodologies de recherche qualitatives en santé, le syndrome douloureux chronique, et la santé des patients exilés. La seconde étape, mise en place une fois la littérature identifiée et la méthodologie clarifiée, a consisté à rechercher et sélectionner les articles scientifiques qui constitueraient le corpus de ma recherche. Les informations essentielles tirées du travail de recherche préliminaire sont présentées dans une première partie (introduction). Le travail formel de méta-synthèse qualitative est présenté dans la deuxième partie.

Dans un souci de lisibilité, l'écriture inclusive ne sera pas employée dans l'introduction. Dans le travail de synthèse qualitative les patientes étudiées sont quasi exclusivement de genre féminin et tous les travaux de recherches étudiés sont menés par des femmes. Dans cette seconde partie je ferai donc toujours référence aux auteures et patientes au féminin même si quelques hommes seront parfois inclus.

INTRODUCTION

I. Les patients exilés : de qui s'agit-il ?

1. Définitions générales

1.1. Migrant, immigrant, immigré

Le terme **migrant** (anglais : migrant) n'a pas de définition juridique internationale. L'expression « migrants internationaux » (anglais : international migrants) est employée en statistiques par le Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies (DESA) pour désigner « toute personne qui change de pays de résidence habituelle » (1,2).

Pour le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR), le terme migrant désigne des personnes qui se déplacent « par choix » : ces personnes ne fuient pas des persécutions mais cherchent à rejoindre leurs familles ou sont en quête de moyens de subsistance. L'UNHCR fait une nette distinction entre migrants et réfugiés : il recommande de ne pas utiliser le terme migrant comme un « fourre-tout » et de ne pas désigner par ce mot des personnes en demande d'une protection internationale.

La Cimade recommande au contraire de ne pas créer d'antagonisme entre réfugiés et migrants, puisque cette distinction masquerait la complexité des parcours migratoires. La Cimade donne l'exemple des celles et ceux qui migrent en raison des changements climatiques : ils sont des migrants économiques cherchant ailleurs des moyens de subsistance, mais aussi « réfugiés climatiques » exposés à des conflits pour l'accès aux ressources (3–5).

Dans les définitions proposées par le musée de l'histoire de l'immigration, M.Harzoune dénonce le caractère imprécis, discriminant et accusateur du terme migrant. Le médecin anthropologue Didier Fassin, directeur du comité pour la santé des exilés (Comede), rappelle qu'en médecine l'expression « santé des migrants » a été depuis le 19^{ème} siècle le support d'approches hygiénistes et différentialistes discriminantes. Le Comede propose l'expression « santé des exilés » qui évoquerait d'avantage le caractère contraint de la situation de migration, et notamment ses repercussions affectives (6–8).

Le terme **immigrant** (anglais : immigrant) désigne, d'après l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM), une personne qui se rend dans un pays autre que celui de sa nationalité ou de sa résidence habituelle, de sorte que le pays de destination devient effectivement son nouveau pays de résidence habituel (1,2).

En France le terme **immigré** est employé pour le recensement démographique par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Ce terme désigne toute personne née étrangère dans un pays étranger et résidant désormais en France. Une personne reste immigrée même si elle acquiert la nationalité française (9).

1.2. Réfugié, demandeur d'asile, sans-papiers, travailleur migrant

La convention de Genève, également appelée « **convention pour le statut des réfugiés** », est le texte international de référence qui définit le statut et les droits des réfugiés. Elle a été signée pour la première fois le 28 juillet 1951. La convention s'applique à tout individu « craignant avec raison d'être persécuté du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques ». Plus tard le protocole de 1967 a étendu les termes de la convention temporellement et géographiquement. Actuellement 145 États dans le monde ont signé la convention de Genève et/ou le protocole de 1967.

La convention de Genève impose à tous les pays signataires d'appliquer le principe de non-refoulement (anglais : principle of non refoulment) qui interdit de renvoyer un individu vers un pays où il serait en danger. Le terme de protection internationale (anglais : international protection) désigne la protection accordée par la communauté internationale à un individu en vertu du principe de non refoulement (1,2,10).

Demandeur d'asile (anglais : asylum seeker) : personne qui sollicite la protection internationale. Dans les pays appliquant des procédures d'examen individualisées (la France par exemple), le demandeur d'asile est une personne dont la demande d'asile n'a pas encore fait l'objet d'une décision définitive de la part du pays d'accueil potentiel. Le terme **réfugié** (anglais : refugee) désigne celui qui a obtenu la protection internationale dont il a fait la demande. Tout demandeur d'asile n'est pas nécessairement reconnu comme réfugié à l'issue de la procédure d'examen, mais tout réfugié a dans un premier temps été demandeur d'asile (1,2,6).

Sans-papiers (anglais : undocumented migrant) / **clandestin** / **migrant en situation irrégulière** (anglais : irregular migrant) : personne en cours de déplacement ou en situation de déplacement ayant traversé une frontière internationale et qui n'est pas autorisée à entrer ou à séjourner dans l'État concerné en vertu de la législation de cet État et des accords internationaux auxquels cet État est partie. En France, la Cimade reprend l'expression « sans-papiers » pour dénoncer les difficultés des personnes étrangères face à des démarches administratives discriminantes et excluantes (6,11).

Travailleur migrant (anglais : migrant worker) : personne qui va exercer, exerce ou a exercé une activité rémunérée dans un État dont elle n'est pas ressortissante (1,2).

2. Démographie mondiale des populations exilées

D'après l'organisation internationale pour les migrations (OIM), en 2020 les migrants internationaux représentaient 281 millions d'individus, soit 3,6 % de la population mondiale. Parmi eux 169 millions étaient des travailleurs migrants et 30 millions étaient réfugiés ou demandeurs d'asile. La répartition mondiale des migrants internationaux était la suivante : 87 millions en Europe (12 % de la population totale en Europe), 86 millions en Asie, 59 millions en Amérique (22 % de la population), 25 millions en Afrique (9% de la population), 15 millions en Amérique latine, 9,4 millions en Océanie. Le nombre de migrants internationaux augmente progressivement depuis 1990 où il était estimé à 153 millions soit 2,87 % de la population mondiale. Ce nombre a augmenté d'avantage en Europe et en Asie que dans le reste du monde. Les migrants internationaux sont à 48 % des femmes et à 52 % des hommes, la proportion d'enfants était estimée à 14,6 % en 2022 (9).

La plupart de ces déplacements s'effectue au sein même des États sans franchissement de frontière. Les migrations internationales représentaient en 2020 moins d'un tiers des déplacements humains dans le monde (fig .1) (12).

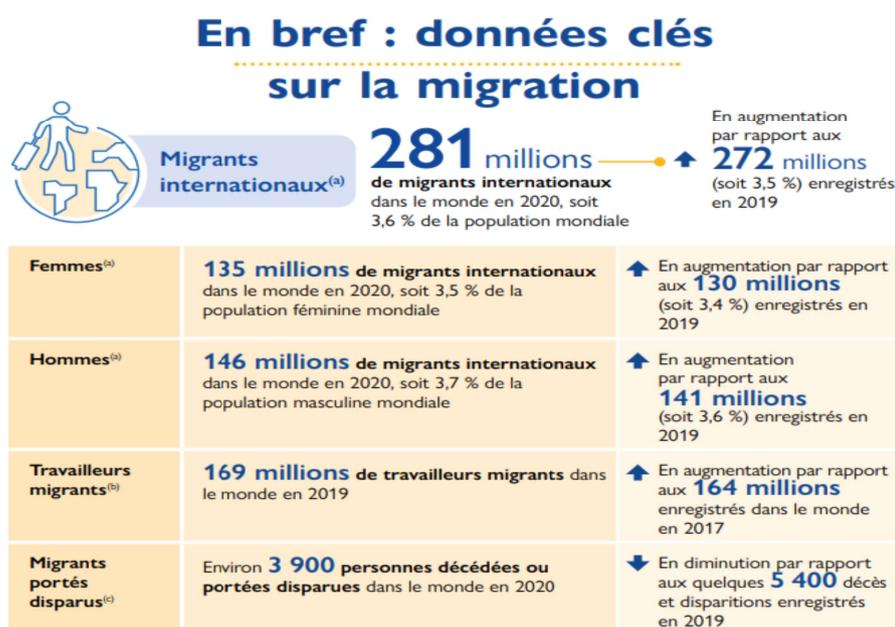


Figure 1: données clés de la migration en 2022 (12)

3. Santé et vulnérabilité des populations exilées dans le monde

L'OMS a publié en 2022 un premier rapport sur l'état de santé des populations migrantes et réfugiées, basé sur une large étude de la littérature internationale. L'OMS déplore le manque de données de bonne qualité et comparables entre les pays. Ce manque de données rend difficile la compréhension des besoins des populations en migration sur le plan sanitaire et d'y répondre. D'après ce rapport, partout dans le monde l'état de santé des populations migrante et réfugiées est moins bon que celui des communautés qui les accueillent. Ce moins bon état de santé est la conséquence d'une vulnérabilité induite par le parcours migratoire. Les enquêtes épidémiologiques en France constatent également la « préoccupante vulnérabilité des populations migrantes » (13,14).

L'OIM définit la vulnérabilité en contexte migratoire comme une « faible capacité à éviter des préjudices, à y résister, à y faire face ou à s'en relever, en raison de l'interaction particulière des caractéristiques et conditions propres à l'individu, au ménage, à la communauté et aux structures » (1).

Le rapport de l'OMS permet d'identifier les déterminants de santé qui sont autant de facteurs de vulnérabilité en contexte migratoire (fig.2) :

- Les caractéristiques et comportements individuels : le fait d'être une femme, un enfant, ou une personne âgée expose à des plus grands risques pour la santé.
- L'environnement social et économique : le niveau d'éducation et le niveau de revenus faibles.
- L'environnement physique : les conditions de travail, l'accès à un logement, l'insécurité alimentaire, les difficultés d'accès à l'eau potable, les conditions d'enfermements en centres de rétention.

L'OMS identifie également huit thématiques de santé pour lesquelles des mesures sont à prendre (13) :

- Les décès et disparitions sur la route d'exil.
- La pandémie de covid19.
- La santé au travail : fréquence élevée des accidents de travail, propension aux « 3d jobs » (dirty, dangerous, demanding).
- La santé reproductive et sexuelle : accès limité à la contraception, fréquence des violences sexuelles
- Santé de la mère et de l'enfant : accès limités aux soins périnataux.
- Maladies non transmissibles : maladies cardiovasculaires, prévention des cancers, mésusages de substances.
- Maladies mentales : psychoses, dépression.
- Maladies transmissibles.

Par rapport aux populations d'accueil, des obstacles supplémentaires à l'accès aux soins sont identifiés pour les populations migrantes et réfugiées :

- des restrictions d'accès en fonction du statut migratoire,
- des frais de santé souvent à la charge des personnes migrantes,
- la non maîtrise de la langue du pays d'accueil.

Ces obstacles caractérisent d'après l'OMS un manque d'inclusivité des systèmes de santé des pays d'accueil vis à vis des populations migrantes et réfugiées. Ce manque d'inclusivité empêche d'agir efficacement sur les besoins en santé identifiés pour ces populations (14).



Figure 2: déterminants de santé et phases de migration

II. La douleur chronique en contexte migratoire

1. Définitions et classifications de la douleur chronique

1.1. Définition de la douleur par l'IASP

L'International Association for the Study of Pain (IASP) définit en 1979 la douleur comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion ». Cette définition adoptée par l'OMS en 1986 reste la plus utilisée dans le champ de la santé, dans les recommandations aux praticiens et dans les contenus dédiés aux

usagers (23, 24).

En 2020 une nouvelle définition a été adoptée par l'IASP, qui correspondrait mieux aux « nuances et à la complexité » de l'expérience douloureuse. Cette définition, qui n'a pas été officiellement traduite en français, s'accompagne de 6 « notes clés » (« key notes »). Elle est ici restituée telle qu'elle a été publiée en anglais :

« An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage

- Pain is always a personal experience that is influenced to varying degrees by biological, psychological, and social factors.
- Pain and nociception are different phenomena. Pain cannot be inferred solely from activity in sensory neurons.
- Through their life experiences, individuals learn the concept of pain.
- A person's report of an experience as pain should be respected.
- Although pain usually serves an adaptive role, it may have adverse effects on function and social and psychological well-being.
- Verbal description is only one of several behaviors to express pain; inability to communicate does not negate the possibility that a human or a nonhuman animal experiences pain. » (16).

1.2. Douleurs aiguës, douleurs chroniques et classifications

En médecine à l'époque actuelle on distingue les douleurs aiguës des douleurs chroniques. Les douleurs aiguës sont caractérisées par une durée courte et souvent par une bonne réponse aux traitements de la douleur, elles sont considérées comme un signal d'alarme en lien avec une lésion tissulaire. Lorsque la douleur dure au-delà de ce qui est habituel ou qu'elle perd sa fonction d'alarme on parle de douleur chronique. Depuis 2022 la douleur chronique fait partie de la classification internationale des maladies de l'OMS : l'ICD-11. D'après l'IASP la douleur chronique constitue la première cause de souffrance et de handicap dans le monde, elle est le premier motif de consultations en soins primaires (17).

Pour favoriser l'admission de la douleur chronique au sein de l'ICD-11, l'IASP a formulé en 2019 une nouvelle classification des douleurs chroniques (fig.3) (17). Cette classification distingue :

- Des douleurs chroniques secondaires : ces douleurs sont le symptôme d'une maladie chronique clairement identifiée, par exemple un cancer.
- Des douleurs chroniques primaires : ce sont des douleurs d'une durée supérieure à trois mois et occasionnant une détresse ou un handicap, mais qui ne peuvent pas être rattachées à une autre maladie chronique diagnostiquée.

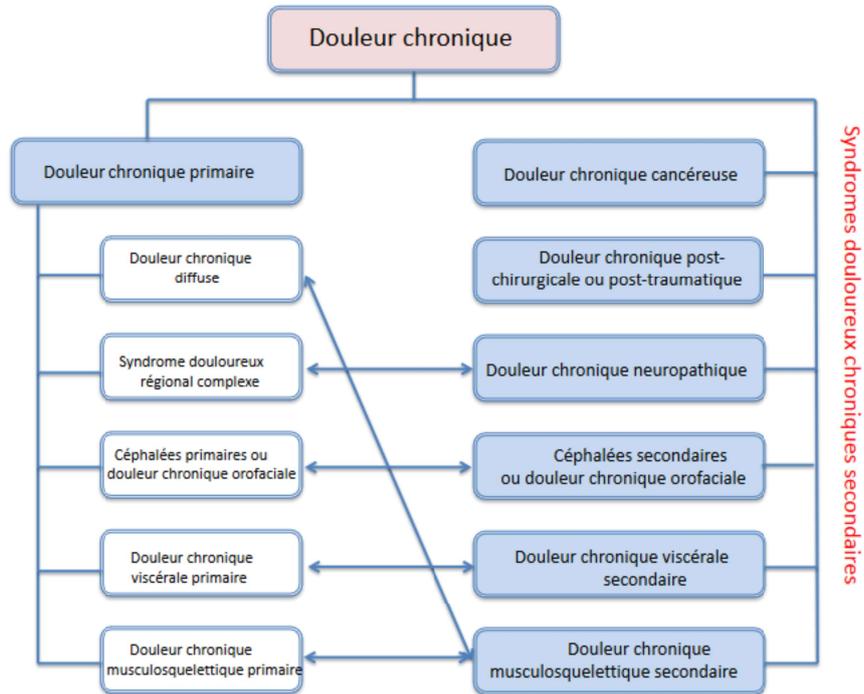


Figure 3: Classification des douleurs chroniques par l’IASP (17)

La douleur chronique est une maladie complexe aux causes et conséquences souvent multiples. Actuellement beaucoup d’approches de la douleur chronique, et notamment les recommandations de pratiques françaises, mettent en avant le modèle bio-psycho-social de la douleur (fig.4) (15,18,19).

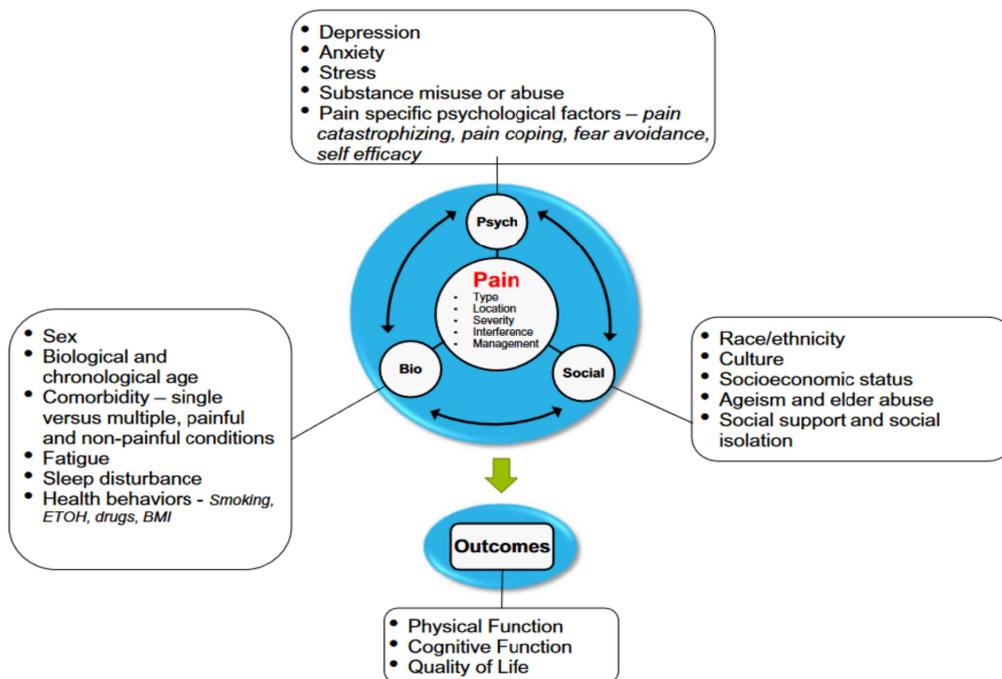


Figure 4: modèle bio-psycho-social de la douleur chez les personnes âgées (18)

2. Les douleurs chroniques en contexte migratoire

Plusieurs études récentes, dont un méta-analyse internationale bien menée en 2022, indiquent que le vécu migratoire (statut de réfugié ou immigration récente) constitue un facteur de risque important de développer des douleurs chroniques, et un facteur d'une invalidité plus marquée et plus prolongée en lien avec ces douleurs (20–22).

Un nombre croissant d'études interroge le lien spécifique entre la condition de migrant et le vécu de douleurs chroniques, témoignant de l'importance grandissante de cette question en pratique clinique (Fig.5). Les auteurs des études sur le sujet déplorent encore le manque de connaissances dans ce domaine (21,23–25).

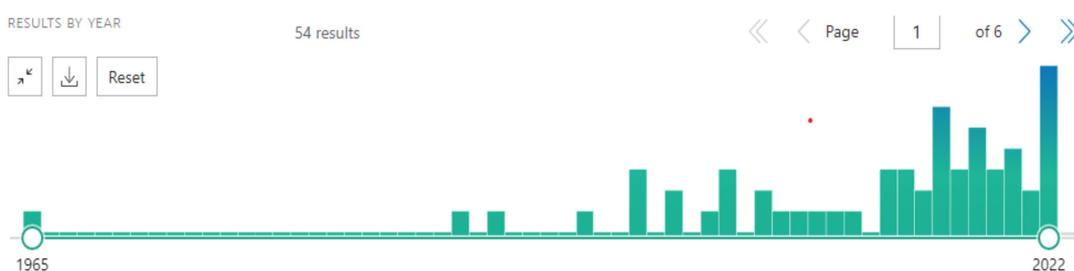


Figure 5: Repartition des publications par an sur Pubmed pour l'algorithme "refugees" [MeSH Major Topic] AND ("pain"[MeSH Major Topic] OR "chronic pain"[MeSH Major Topic] OR "pain management"[MeSH Major Topic]).

Dans ces populations la survenue et la pérennisation des douleurs chroniques sont favorisées par les situations de précarité socio-économique, un bas niveau d'éducation, des violences subies, des mauvaises conditions de travail, un moindre accès au système de soin (20,22).

Plusieurs études montrent que, dans les pays occidentaux, les soins proposés pour douleurs chroniques sont moins efficaces auprès des patients migrants que des populations natives. La qualité de la prise en soins de ces douleurs semble fortement impactée par des facteurs culturels et communicationnels (20–22).

Plusieurs travaux de recherche qualitatifs récents explorent les vécus, représentations et attentes des patients migrants souffrant de douleurs chroniques. Une synthèse comparative de ces travaux, qui prennent place dans des pays et des contextes de soin différents, semble pertinente pour continuer d'éclairer le phénomène de la douleur chronique en contexte migratoire et de préciser le vécu intime de la migration.

III. Question de recherche

Ce travail cherche à répondre à la question suivante :

Chez les patients en situation d'exil, quels sont les facteurs de fragilité et les ressources vis à vis de la douleur chronique ?

MÉTHODE

I. Population étudiée

Comme évoqué dans un rapport récent de l'OMS (14), les populations de « migrants » dont il est question dans la littérature internationale sont très hétérogènes et les études publiées spécifient rarement les motifs (réfugiés, travailleurs migrants...) et conditions de migration (modalités de la route d'exil, attaches familiales dans le pays d'accueil, départ brutal ou préparé).

Cette étude inclut toutes les personnes immigrées de première génération, c'est à dire celles et ceux qui sont nés en dehors du pays dans lequel ils résident actuellement.

Concernant l'aire géographique de recherche, aucune limite géographique n'est fixée puisqu'il s'agit d'étudier la condition migratoire de manière transnationale.

Concernant la période temporelle, pour m'inscrire dans un contexte contemporain, je choisis de sélectionner des articles publiés à partir de 2010.

II. Méthode

Le travail consiste à identifier dans le champ de la recherche qualitative en santé, à l'époque actuelle, ce qui est compris de l'expérience de vie des patients migrants souffrant de douleurs chroniques.

La méthode utilisée est la méta-synthèse qualitative de littérature (26, 27).

Cette approche correspond bien au caractère émergent de la thématique de recherche, à la complexité de la problématique nécessitant de croiser des concepts.

Plusieurs études appuient la pertinence de cette approche pour créer de nouveaux savoirs et guider des politiques de santé (26).

Le travail a été rédigé en suivant les lignes directrices ENTREQ (28, 29).

III. Critères d'inclusion/exclusion des études

Critère d'inclusion des études : études de méthodologie qualitative ou mixte (toutes approches incluses) publiées depuis 2010, interrogeant des patients immigrés de première génération souffrant de douleurs chroniques. Études publiées en langue française ou anglaise.

Critère d'exclusion : thématique ne concernant pas les douleurs chroniques ou pas les populations migrantes, douleurs liées au cancer, méthodologie mauvaise ou non explicitée, non traduit en Anglais ou Français, article non disponible avec accès universitaire et malgré sollicitation de l'auteur principal.

La stratégie de recherche est pré-planifiée. Elle consiste à prendre en compte de manière exhaustive toutes les études qualitatives répondant aux critères d'inclusion/exclusion. La saturation des données n'est pas recherchée.

La qualité méthodologique des articles lus en intégralité est évaluée à partir d'une synthèse francophone des grilles RATS, COREQ et SRQR (37).

IV. Stratégie de recherche : bases de données algorithmes et mots-clés

Tableau 1: Bases de données et algorithmes de recherche.

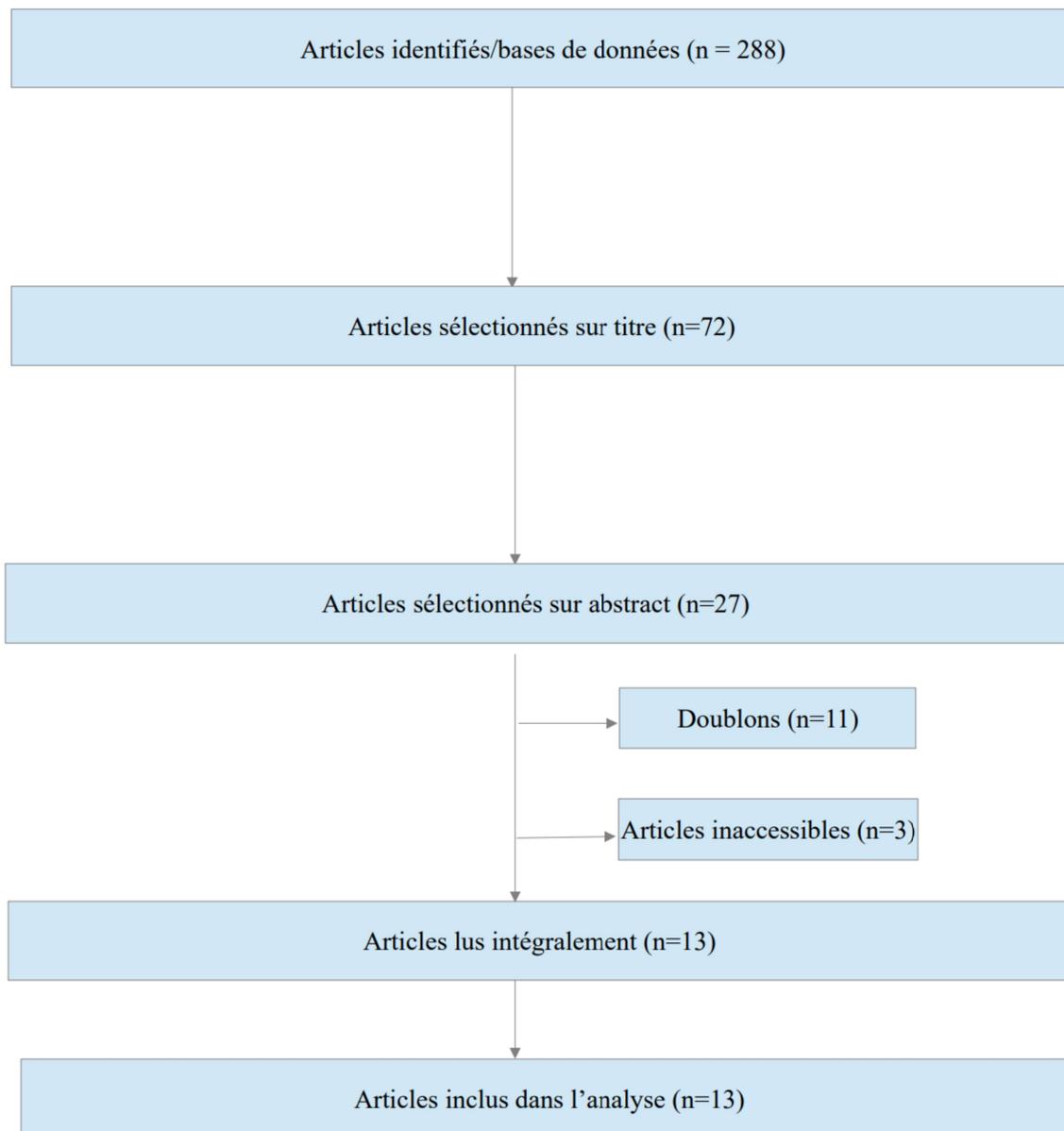
	Algorithme	Filtres	Résultats
Pubmed (Medline) : Recherche MesH	(refugees [MeSH Major Topic] AND (pain[MeSH Major Topic] OR (chronic pain[MeSH Major Topic] OR (pain management[MeSH Major Topic]))	Années 2010-2023. « Major topics »	38
PubMed (Medline) : langage naturel	(refugees OR "asylum seekers" OR migrants OR immigrants) AND (pain OR "chronic pain")	Année 2023	53
EBSCO HOST (APA psycinfo + psycarticles, CINAHL, socindex, greenfile)	(migrants or immigrants or asylum seekers or refugees or displaced vulnerable populations in healthcare) AND (pain or pain management or pain relief or pain control or pain reduction)	Descripteurs majeurs : refugees, immigration, asylum seeking, immigrants, pain management, pain, chronic pain. Methodologie : qualitative studies Années 2010-2023	55
Web of science	(TS=(*migrant* OR refugee* OR asylum seek*)) AND TS=(pain OR chronic pain OR pain management)(TS=(*migrant* OR refugee* OR asylum seek*)) AND (TS=("pain experience" OR "experience of pain" OR "representation* of pain" OR "pain representation*" OR "living with pain" OR "meaning of pain" OR "understand* pain"))	Années 2010-2022 langage anglais-français exclus : « meeting abstract » « infectious disease »	25
Scopus	TITLE-ABS-KEY (migrant* OR immigrant AND * OR refugee* OR "asylum seek*") AND (pain* OR "chonic pain*")	-Années 2010-2023 -Limit to exact Keywords: Refugee,Refugees, Migration, migrant(s), «emigrants and immigrants», Immigrant (s), «Transients And Migrants» , Pain, Asylum Seeker(s), «Emigration And Immigration», Chronic Pain -Langues : Français, Anglais	117
CRBM (Lissa+Cismef)	((((population de passage et migrants.mc[TER_MSH]) OR (émigrants et immigrants.mc[TER_MSH])) AND (douleur chronique.mc[TER_MSH]))		0

RÉSULTATS ET ANALYSE

Le travail de sélection, de lecture, et d'analyse des études a été effectué par un seul auteur. Les études ont été lues dans leur intégralité. Un premier temps de lecture a permis de se familiariser avec les études primaires.

Les parties « résultats » et « discussion » des études primaires ont ensuite été analysées thématiquement. Le codage a été effectué ligne par ligne à la main (tableau Excel) pour chercher des concepts. Chaque étude a été codifiée indépendamment des autres, les thèmes de chaque étude ont ensuite été rassemblés pour constituer des catégories thématiques. Aucun thème n'était établi avant lecture des études primaires, la thématisation a été inductive.

I. Diagramme de flux



II. Description des articles

1. Populations et auteures

Le corpus est constitué de 13 travaux de recherche (Tableau 2).

Ces études sont toutes menées dans des pays occidentaux, les pays représentés sont :

- la Norvège (4 études dont 3 par la même équipe de recherche),
- la Suède (2 études dont 2 par la même équipe de recherche),
- le Danemark (2 études),
- l'Australie (1 étude),
- les États-Unis (1 étude),
- le Canada (1 étude).
- La Corée du Sud (1 étude)

L'Australie et le Canada sont les deux pays dans le monde dont la population comporte la plus forte proportion de migrants internationaux (30% et 21 % respectivement en 2022). En Europe, la Suède est le pays dont la population en présente la proportion la plus élevée (19% en 2022). La majorité de ces études sont issues de pays à revenus élevés ce qui corrobore les données de l'OMS sur la répartition mondiale des publications sur la santé des migrants et réfugiés (12,14).

Les patientes interrogées sont originaires :

- d'Asie (Corée du Nord, Vietnam, Inde, Pakistan),
- du Moyen-Orient (Irak, Iran, Turquie, Jordanie),
- d'Afrique sub-saharienne (Érythrée, Somalie).

Tous ces pays sont identifiés par les auteures des articles comme des lieux où prennent place des conflits armés. Les patientes interrogées appartiennent à des communautés exposées à des déplacements forcés en raison de ces conflits.

Les 1^{ères} auteures sont exclusivement de genre féminin, quasi exclusivement des soignantes avec une expérience clinique, en grande majorité des physiothérapeutes, les autres professionnels représentés sont les médecins, ostéopathes et infirmières.

Trois études étaient menées par des femmes non soignantes (doctorantes en sciences sociales et en littérature).

Les auteures étaient toutes hautement diplômées dans le pays d'accueil.

Dans une seule étude, l'auteure principale a fait part d'une histoire familiale migratoire.

Dans la grande majorité de ces travaux ne sont incluses que des patientes de genre féminin, seules les travaux de Brady et Grauslund incluent des hommes et ils sont largement minoritaires.

La plupart des études sont menées dans des lieux de soin institutionnels (hôpitaux ou cabinets de soins primaires). Les travaux de Campeau, Mustafa, Brady ne sont pas menés dans des lieux de soin formels et font appel à un recrutement communautaire. Dans les travaux de Campeau et Brady il apparaît clairement que les patientes incluses ont recours à des soignants du pays d'accueil. Dans le travail de Mustafa et al, il est possible que certaines patientes n'aient pas recours aux soins dans le pays d'accueil. Le travail de Campeau prend place dans un centre d'accueil pour femmes Cambodgiennes où elles bénéficient de sessions d'échanges sur la douleur chronique animées par des éducateurs/médiateurs en santé.

Les syndromes douloureux chroniques dont il est question sont de tous types (céphalées, musculo-squelettiques, abdominales, généralisées). L'étude de Grauslund inclut exclusivement des patientes souffrant de lombalgies chroniques. Aucune de ces études ne semble inclure de patiente fibromyalgique, cela pose question sur l'accès à un tel diagnostic dans les populations exilées.

La plupart de ces études ne faisaient pas de différence entre le statut de réfugié et les autres statuts migratoires. La durée de présence des patientes dans le pays d'accueil était variable d'une étude à l'autre et au sein même des études.

Tableau 2 : Description générale des articles.

	1. Pays d'accueil 2. Participants : nombre et origines 3. Types de douleur/diagnostics associés 4. Lieu de soin	1. Méthodologie- 2. Approche 3. 1^{ère} auteure (et autres quand précisé) 4. Question/objectif de recherche 5. Interviewer(s)
Soim Park et al (30) (2022) « I worked until my body was broken: an ethnomedical model of chronic pain among North Korean refugee women »	1. Corée du Sud (Séoul) 2. Femmes. Origine Corée du Nord. Immigrées de première génération. (« NKR's »). n=20. 3. Douleurs > 3mois : musculo-squelettiques, céphalées, dyspepsie. 4. National Medical Center (hôpital urbain Séoul).	1. Entretiens semi-dirigés sans interprète. 2. Inspirée de l'ethnographie (Creswell). 3. Femme, médecin, Sud-Coréenne. 4. Explorer l'expérience de la DC ¹ par les NKR's ² . Développer un modèle ethno-médical préliminaire de la DC dans cette population. 5. 1 ^{ère} auteure.
Brady et al. (31) (2017) « An exploration of the experience of pain among culturally diverse migrant communities »	1. Australie. 2. Hommes (n=7) et femmes (n=34). Asyrien.ne.s, Mendéen.ne.s, Vietnamiennes. n=41. 3. Diagnostic établi de douleurs chroniques, classées par nombre de localisations. 4. Recrutement communautaire hors lieu de soin. Représentatif des patient.e.s accédant aux soins.	1. Focus Groups ethniques avec interprète. 2. Analyse thématique inductive (Braun). 3. Femme, Australienne, docteure en physiothérapie 4. Explorer les dimensions ethnoculturelles influençant l'expérience et la construction des DC. 5. Un soignant communautaire (« multicultural health worker ») formé, un physiothérapeute bilingue, un observateur/rapporteur. Traduction indépendante des enregistrements audio.

<p>Zander et al. (23) (2013) « Struggling for sense of control: Everyday life with chronic pain for women of the Iraqi diaspora in Sweden »</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suède 2. Femmes. 40-55 ans. Origine Irak. Réfugiées. n=11. 3. DC (>3 mois) : musculo-squelettiques, abdominales, généralisées. 4. Cabinets de kinésithérapie (soins primaires). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entretiens semi-dirigés avec interprète. 2. Théorisation ancrée (Glaser). 3. Femme, docteure en physiothérapie, occidentale. 4. Comprendre le quotidien avec la DC du point de vue de femmes Irakiennes en Suède 5. 1^{er} auteure, interprète communautaire (femme).
<p>Müllersdorf et al. (25) (2011) « The magnitude of reciprocity in chronic pain management: experiences of dispersed ethnic populations of Muslim women »</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suède 2. Femmes ; 33-44 ans ; origine Irak ; (n=5) 3. Douleurs musculo-squelettiques. 4. Cabinets de kinésithérapie (soins primaires) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entretiens semi-dirigés 2. Théorisation ancrée (Glaser et Strauss) 3. Femme, occidentale, docteure en physiothérapie 4. Explorer l'expérience de vie avec des DC musculo-squelettiques de femmes musulmanes en exil et leur expérience avec le système de soins 5. 2nde auteure (femme, doctorante en physiothérapie, occidentale), interprète.
<p>Campeau (24) (2018) « Adaptive frameworks of chronic pain: daily remakings of pain and care at a Somali refugee women's health centre »</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. États-Unis (MidWest). 2. Femmes, origine cambodgienne (n=12) Éducateurs dans un centre d'accueil (n=3). 3. Diagnostic déclaratif de « douleur chronique ». Plusieurs diagnostics biomédicaux associés. 4. Centre de santé dédié aux patients somalien.ne.s 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entretiens semi-dirigés (n=15), observation ethnographique (n=15), focus group (n=8) 2. Théorisation ancrée (Charmaz K) 3. Femme, universitaire non soignante (creative writing and scientific communication), occidentale. 4. Mieux comprendre les dimensions sociale et culturelle de la DC ; identifier les barrières dans l'accès aux soins ; identifier les ressources des patientes. 5. 1^{ère} auteure, interprète communautaire.

<p>Michaëlis et Al (32) (2015) « Quality of life and coping strategies among immigrant women living with pain in Denmark: a qualitative study »</p>	<p>1. Danemark (Copenhague) 2. Femmes. 33-63 ans. Immigrées 1^{re} génération. Origines : Jordanie, Pakistan, Irak, Turquie, Afghanistan, Maroc, Somalie. (n=13) 3. Douleurs chroniques (>3mois), musculo-squelettiques, lombalgies, généralisées, céphalées. 4. Physiothérapie hospitalière (Copenhague, service de maladies infectieuses, « section of immigrant medicine »).</p>	<p>1. Entretiens semi-dirigés (n=13) ± interprète (n=4) 2. IPA³. « Systematic text condensation » (Malterud K.) 3. Femme, universitaire non soignante (chercheuse en sciences de la santé), occidentale. 4. Comment la DC affecte la qualité de vie des femmes immigrées ? A quels moyens font-elles appel pour gérer leurs DC ? 5. 1^{er} auteure, interprète communautaire vidéo.</p>
<p>Mustafa et al (33) (2020) « The lived experiences of chronic pain among immigrant Indian-Canadian women: A phenomenological analysis »</p>	<p>1. Canada 2. Femmes 40-60 ans, origine Inde ; immigrées 1^{re} génération <10 ans. (n=13) 3. Complex/chronic muscle disorder 4. Non connus. Échantillon hors lieu de soin professionnel.</p>	<p>1. Entretiens semi-dirigés sans interprète 2. IPA Analyse thématique en 4 axes (Van Manen). 3. Femme, docteure en philosophie et santé publique, multilingue (Anglais, Hindi, Urdu) 4. Déterminer le rôle de la culture dans le vécu de la DC par les femmes immigrantes Indiennes. 5. 1^{ere} auteure</p>
<p>Nortvedt et Al (34) (2015) « Caught in suffering bodies: a qualitative study of immigrant women on long-term sick leave in Norway »</p>	<p>1. Norvège 2. Femmes immigrées de 1^{re} génération (depuis 6 à plus de 10 ans). Asie du Sud-Est, du Sud, centrale ; Afrique du Nord, de l'Est ; Moyen Orient. 30-55ans. (n=14). 3. En arrêt de travail de longue durée 4. Clinique proposant un programme de « réhabilitation » de DC.</p>	<p>1. Observation ethnographique (n=14) + entretiens semi-dirigés (n=11). 2. Herméneutique (P. Ricoeur) 3. Femme occidentale. PhD « nursing education » 4. How do immigrant women on long-term sick leave experience their pain and their suffering 5. 1^{ere} auteure + 2^{nde} auteure (femme universitaire non soignante). Pas de traducteur (critère d'exclusion).</p>

<p>Nortvedt et Al (35) (2016) « A lonely life-A qualitative study of immigrant women on long-term sick leave in Norway »</p>	<p>Idem</p>	<p>1, 2, 3, 5. Idem 4. How do immigrant women, on long-term sick leave due to musculoskeletal disorders, experience illness and relationships at work and in the family?</p>
<p>Nortvedt et Al (36) (2018) « A qualitative study of immigrant women on long-term sick leave and their experience of dignity »</p>	<p>Idem</p>	<p>1, 2, 3, 5. Idem 4. How do immigrant women on long-term sick leave understand and experience the maintenance of their dignity during their period of rehabilitation?</p>
<p>Grauslund et al.(37) (2021) « Everyday life with chronic back pain: a qualitative study among Turkish immigrants in Denmark. »</p>	<p>1. Danemark (Zealand) 2. Hommes (n=2) et femmes (n=9). 38-60 ans. Immigrés de 1^{ère} génération (>15 ans). Turquie. 3. Lombalgies chroniques. 4. Clinique spécialisée en rhumatologie.</p>	<p>1. Entretiens semi-dirigés. 2. IPA (Giorgi HG.). 3. 1^{re} auteure femme occidentale physiothérapeute, 2 auteure femme occidentale infirmière chercheuse, 3e auteure médecin. 4. Comprendre en profondeur l'expérience de vie au Danemark des immigrants turques souffrant de lombalgies chroniques. 5. 1^{re} et 2^{ème} auteure (femme occidentale infirmière chercheuse).</p>
<p>Altun et al. (38) (2023) « Experiences of Assyrian refugee women seeking care for chronic pain: a qualitative study »</p>	<p>1. Australie (Melbourne) 2. Femmes. Assyriennes. Immigrées de 1^{ère} génération (n=10). 3. Douleur chronique (> 3 mois). 4. Non identifié. Recrutement communautaire.</p>	<p>1. Entretiens semi-dirigés. 2. Phénoménologique. 3. Femme, doctorante, ostéopathe, immigrée de 2de génération (Liban, Turquie). 2^e et 3^e auteurs médecins de famille. 4. Explorer le vécu des immigrées assyriennes soignées pour des douleurs chroniques. 5. 1^{ère} auteure + interprète professionnel ou familial.</p>

<p>Nyen et Tveit (39) (2017) Symptoms without disease: Exploring experiences of non-Western immigrant women living with chronic pain</p>	<p>1. Norvège 2. Femmes. Pakistan, Iran, Érythrée, Tunisie, Somalie, Maroc. 32-54 ans. n=9. 3. Douleurs chroniques de localisation diverses (ostéo-articulaires, migraines, abdominales, généralisées) 4. Hors lieu de soin professionnel. Centre d'éducation pour adultes.</p>	<p>1. Entretiens semi-dirigés. 2. Phénoménologique (Malterud). 3. Femme chercheuse en sciences sociales et de la santé 4. Quelles sont les expériences de la douleur pour les femmes immigrantes non-occidentales en Norvège ? Quels sont leurs modèles explicatifs ? Comment vivent-elles les rencontres avec les professionnels de santé ? 5. 1^{ère} auteure. Sans interprète.</p>
--	--	--

¹ NKRs : North Korean Refugees ; ² DC : douleur chronique ; ³ IPA : Interprétation phénoménologique analogique.

2. Méthodologies

Toutes les études étaient publiées dans des revues à comité de lecture et ont été relues ici avec grille de lecture (cf Annexes) (40). Elles ont toutes été considérées comme présentant une méthodologie acceptable. Les méthodologies sont toutes de type qualitatif, la plupart à partir d'entretiens semi-dirigés, seule une étude propose des résultats à partir de la réalisation de focus groups. De manière intéressante l'approche en focus groups ethniques a permis d'explorer davantage l'expérience collective et communautaire de l'exil et de la douleur.

Deux auteures effectuent préalablement aux entretiens une observation de type ethnographique, dans les autres études les auteures justifient d'une bonne connaissance a priori des patientes et du lieu de soin étudié pour y avoir elles-mêmes travaillé en tant que soignantes.

Les approches étaient majoritairement inspirées de l'IPA (cinq études) et de la théorisation ancrée (trois études). Une étude était d'approche ethnographique. Les autres approches d'analyse étaient l'herméneutique et l'analyse thématique inductive.

Parmi ces travaux, certains étudient une communauté ethnique en particulier et d'autres interrogent des patientes de plusieurs origines différentes sans les distinguer dans l'analyse, postulant alors l'existence d'un vécu commun autour des douleurs chroniques et de l'exil.

Les participantes avaient une maîtrise inégale de la langue du pays d'accueil, et cela a été traité de manières différentes par les auteures :

- Park et Mustafa étaient bilingues et cela leur a permis d'effectuer elles-mêmes les entretiens dans la langue des participantes. Park a ainsi exploité des verbatims dans la langue d'origine des participantes dans son travail.
- Dans l'étude de Brady les focus groups étaient animés par des soignants bilingues et traduits ensuite indépendamment d'après bande audio.
- Dans le travail de Grauslund, les entretiens et la retranscription ont été réalisés sans interprète (dans la langue des interviewers) ce qui est évoqué comme une complexité dans l'analyse.
- Les trois études publiées par Nortvedt ne faisaient intervenir que des femmes jugées capables d'échanger dans la langue du pays d'accueil sans interprète.
- Les autres études proposaient une interprète physique ou distancielle pour les entretiens.

3. Hypothèses et concepts sous-jacents

Toutes ces études sont menées sur la base de constats épidémiologiques dans les pays d'accueil concernés d'un moins bon état de santé des population migrantes étudiées, d'une plus grande fréquence et d'une plus grande sévérité des douleurs chroniques dans ces populations.

Pour les auteures soignantes on peut supposer que leurs formations initiales étaient basées sur les acquis de la biomédecine occidentale. Le diagnostic de « douleur chronique », comme base de ces travaux de recherche, ancre déjà dans ce paradigme. La façon dont le diagnostic a été établi est rarement précisée. Il semble toujours s'agir d'un hétéro-diagnostic (posé par un soignant), sauf pour l'étude de Campeau qui se base sur un auto-diagnostic déclaratif de douleurs chroniques sans critère de durée ou type de symptômes. D'après Campeau la définition de la douleur proposée par l'IASP découle d'une vision occidentale du corps.

Dans toutes ces études sont associées de manière variable des interprétations médicales, sociologiques, psychologiques et anthropologiques.

La plupart des travaux de recherche sont ancrés dans un champ de recherche féministe et proposent une lecture sociale du phénomène sous l'angle de l'intersectionnalité. Dans ce champ féministe apparaissent aussi les concepts d'empowerment/disempowerment dans les travaux de Altun et Zander, ainsi que le concept d'agentivité (« agency ») chez Altun et Michaëlis.

Sur le plan social un autre concept qui ressort est celui d'inégalité sociale en santé.

Le travail de Park s'appuie principalement sur l'anthropologie médicale telle que développée par Arthur Kleinman, reposant surtout sur un écart de représentation du corps et de la maladie à substrat ethnique à l'origine d'une incompréhension entre soignants et soignés. L'étude de Brady propose aussi de placer l'ethnoculture au centre de l'expérience de la maladie.

A l'inverse le travail de Michaelis propose une lecture franchement sociale et qui argumente de l'universalité du vécu entre groupes ethniques majoritaires et minoritaires. De même Grauslund refuse le concept de « ethnic pain » qui voudrait que l'expérience de la douleur soit différente pour les immigrants par rapport aux populations natives.

III. Méta-analyse qualitative des résultats

1. Résultats des études primaires : thématisations des auteures

Tableau 4. Résultats des études

Soim Park et Al (42) (2022)	<p>Modèle éthnomédical de la douleur chronique (figure 6)</p> <p>(1) Caractéristiques de la douleur vécue</p> <p>(2) Les facteurs physiques comme causes premières de douleur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'excès de travail et l'accumulation de fatigue ; - l'exposition à des violences physiques ; - l'exposition à la famine. <p>(3) Les facteurs psychologiques comme causes secondaires de douleurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les ruminations ; - la solitude - le poids de la famille restée au pays <p>(4) La gestion de la douleur et les attentes de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - faire face aux préjugés des soignants et à la stigmatisation mentale - vouloir bénéficier d'un traitement physique - la recherche d'effets psychothérapeutiques en consultation
Brady et al. (49) (2017)	<p><u>La construction cognitive de la douleur chronique</u></p> <p>(1) L'identité ethnoculturelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - spirituelle - de genre/familiale - sociale <p>(2) Le modèle explicatif de la douleur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Biomédical (assyriens) ; - Bio-psychosocial (Mendéens) ; - Traditionnel (Vietnamiens) <p>(3) Le statut de migrant</p> <p><u>L'expérience vécue de la douleur chronique</u></p>
Zander et al. (50) (2013)	<p>Une vie de lutte en quête de contrôle</p> <p>(1) Vivre en tant que migrante</p> <p>(2) La douleur changeante</p> <p>(3) L'effort constant pour contrôler la douleur :</p> <p>(4) Les ressources extérieures (« mediating resources »)</p> <ul style="list-style-type: none"> - La famille - Le travail - L'argent
Müllersdorf et al. (51) (2011)	<p>(1) Impacts de la douleur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - physiques et émotionnels - dans la vie quotidienne <p>(2) Gestion de la douleur</p> <p>(3) La rencontre avec le système de soins</p>
Campeau (52) (2018)	<p><u>4 modèles (« frameworks ») en interrelation autour desquels se construit le sens de la DC :</u></p> <p>(1) La douleur comme symptôme de l'exil</p> <p>(2) Supporter la douleur comme une épreuve de foi</p> <p>(3) La médecine comme puissante et curative</p> <p>(4) L'exclusion médicale et la discrimination</p>
Michaëlis et Al (53) (2015)	<p><u>L'expérience de la douleur chronique</u></p> <p>(1) l'impact négatif dans la vie de tous les jours</p> <p>(2) l'altération du bien-être psychique</p> <p>(3) les relations sociales limitées</p> <p><u>Faire face à la douleur chronique</u></p> <p>(1) aménagements du quotidien</p> <p>(2) le recours aux soins</p>

Mustafa et al (54) (2020)	<p><u>Résultats</u></p> <p>(1) le corps douloureux. - La douleur s'étend dans le corps entier. - La douleur comme conséquence de la charge de travail et comme signe de détérioration.</p> <p>(2) la douleur dans le contexte de l'espace vécu et ressenti. - Le changement de climat entre l'Inde et le Canada. - Le sentiment de perte associé au lieu. - Les défis du travail dans un nouvel espace.</p> <p>(3) La douleur et les relations. - Le stress causé par la pression familiale - Se négliger en priorisant la famille.</p> <p>(4) La douleur et le temps - La durée et l'intensité de la douleur. - Le manque de temps pour s'occuper de la douleur.</p> <p><u>Discussion</u></p> <p>(1) Le genre, la douleur et la division du travail (2) Le genre, la douleur et l'immigration (3) L'immigration, le nouvel espace et la douleur</p>
Nortvedt et Al (55) (2015)	<p><u>Les corps marqués par de lourdes expériences de vie :</u></p> <p>(1) « C'est dans mon corps ». (2) La douleur invisible.</p> <p><u>Discussion : réinterprétation d'après la « théorie de la souffrance » (Charmaz 1999) :</u></p> <p>(1) La douleur n'a pas de sens (2) Prise dans une souffrance invisible</p>
Nortvedt et Al (56) (2016)	<p><u>Une vie de solitude</u></p> <p>(1) Enfermées à l'intérieur de la maison (2) Rejetées au travail</p> <p><u>Discussion</u></p> <p>(1) La solitude et la honte liées aux humiliations domestiques. (2) Seule, rejetée et humiliées dans la vie professionnelle.</p>
Nortvedt et Al (57) (2018)	<p>(1) Protéger sa valeur et son intégrité (2) Être vue, respectée et crue (3) Avoir foi et espoir</p> <p><u>Discussion : réinterprétation d'après le concept de « maintien de la dignité » :</u> Maintenir sa dignité par la force et par la fierté Maintenir sa dignité dans des relations d'aide Maintenir sa dignité par la spiritualité et l'espoir</p>
Grauslund et al. (58) (2021)	<p><u>La douleur accablante et écrasante</u></p> <p>(1) les limitations corporelles (2) l'impact émotionnel de la douleur</p> <p><u>Les difficultés dans la vie en communauté</u></p> <p>(1) le changement de la perception de soi du point de vu social (2) le changement d'identité profonde face à l'isolement à la maison</p> <p><u>Chercher à s'en sortir</u></p> <p>(1) trouver des stratégies actives et passives (2) une bataille solitaire dans le système de santé</p>
Altun et al. (59) (2023)	<p>(1) L'histoire de la douleur (2) L'expérience de la demande d'aide chez soi et en Australie (3) Déterminants de l'accès à des soins appropriés (4) Les supports à l'accès aux soins (5) L'influence de la culture et du genre</p>

- Nyen et Tveit (64) (2017)
- (1) Expliquer la douleur
 - S'il y a de la douleur c'est que quelque chose ne va pas dans le corps.
 - La douleur est un signe de déséquilibre
 - La douleur indicatrice du climat
 - (2) Des vies stressantes
 - Je m'inquiète pour mes enfants
 - La vie en Norvège comparée à la vie au pays
 - Des rencontres insatisfaisantes avec les professionnels de santé
 - (3) Des pertes douloureuses
 - La perte du pays
 - Les relations perdues
 - Les rêves perdus

2. Résultats des études primaires : modélisations des auteures

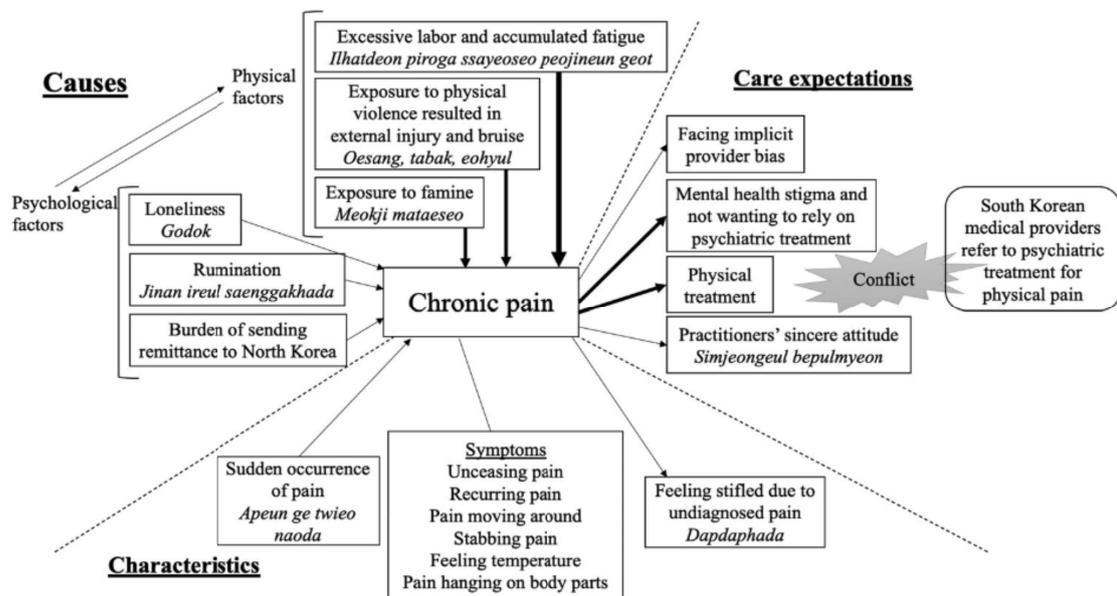
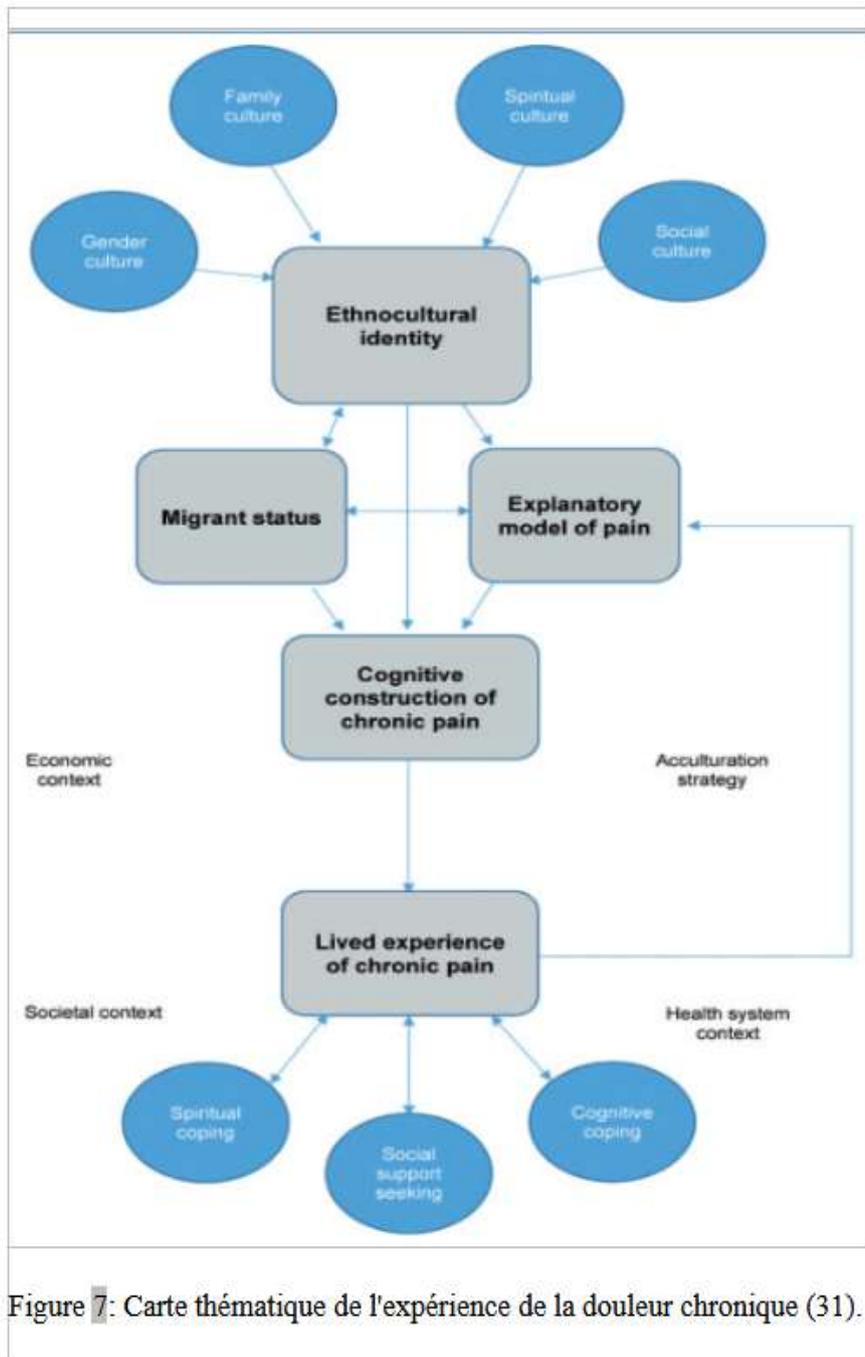


Figure 6 : Modèle éthno-médical de la douleur chronique (30)



3. Synthèse des résultats : analyse thématique

Toutes les thématiques sont illustrées par des citations tirées du corpus, les citations sont suivies entre parenthèses du nom de l'auteure principale et de la lettre « A » lorsque c'est l'auteure s'exprime ou de la lettre « I » lorsqu'il s'agit d'une personne interviewée.

3.1. La douleur comme symptôme des traumatismes dans le pays d'origine et sur la route d'exil

Avoir vécu des expériences traumatisantes dans le pays d'origine et sur la route d'exil constitue un facteur de fragilité vis à vis de la douleur.

3.1.1. Les violences subies

Selon plusieurs patientes dans plusieurs études, les douleurs sont causées par des **épisodes traumatisant sur la route d'exil et dans leurs pays d'origine.**

- Des **privations alimentaires** :
« not being able to eat and being hungry caused pain » (Park, I).
- Des **épreuves physiques** :
« Several participants described that the physical difficulties they experienced during their migration journey led to the current pain. » (Park, A).
- Des **violences physiques** subies :
« Maybe because of that [violence] and eohtul, I experience pain every year. » (Park, I).
- Avoir assisté à la mort de proches ou **avoir vu la mort de près** :
« It was so hard to lift my head when my daughter passed away. I had severe headaches. » (Park, I)
« it was very hard, yeah, so hard, very painful, even I moved here but I can't forget it, it is still on my mind [...] my pain is psychological too, so I was always like crying...I was seeing so many people killed from my eyes, that was scary, that was pain » (Altun, I).
- Avoir dû **réprimer leurs identités** :
« The fact that we had to repress what we were is what would cause pain » (Brady, I).

3.1.2. L'excès de travail physique

Les patientes rapportent des douleurs en lien avec des **expériences de travail physique intense** dans leurs pays d'origine :

« We do hard works in Iraq, such as carrying Gas bottles on shoulders without a trolley, without

driving » (Brady, I),

« *we, North Koreans, worked like cows or horses there* » (Park, I).

- Par un phénomène d'**accumulation de fatigue** :
« *ilhatdeon piroga ssayeoseo peojineun geot (accumulated physical fatigue from labor spread all over the body parts) was the cause of their current pain* » (Park, A).
- Parce que leurs corps ont été **abîmés par le travail** :
« *I worked until my body was broken* » (Park, I).
- Parce que le travail a nécessité qu'elles **mettent leurs corps de côté** :
« *she has not been taking good care of her body because of her work* » (Nortdvetd, A)

3.1.3. La lutte pour la survie au détriment du corps

D'après Park, la douleur n'est pas ressentie dans le pays d'origine parce que **la lutte pour la survie prend toute la place** :

« *Many participants reported not being ill in North Korea where they had to do anything to survive, and this struggle made it impossible for them to acknowledge or pay attention to the pain.* » (Park, A).

Une patiente dans l'étude de Brady décrit comment la **peur de la guerre** fait passer **la douleur et la souffrance au second plan** :

« *We have seen and got used to wars, fear and killings and so when it comes to pain and suffering it means nothing to everyone* » (Brady, I).

3.2. L'apparition et l'installation des douleurs : la condition d'exilé

Dans plusieurs études les patientes expriment une **rupture nette entre leur état de santé dans leur pays d'origine et dans le pays d'accueil** :

« *I was healthy in Africa* » (Campeau, I),

« *It began when I came here* » (Campeau, I),

« *Many said that their pain only began after they moved to Canada, pinpointing the exact beginning of their pain with their immigration* » (Mustafa, A).

Park constate que **les douleurs apparaissent après l'arrivée des patientes dans le pays d'accueil**

« *All participants reported that they were 'not ill at all in the beginning' of their resettlement in South Korea. However, apeunge twieo naoda (pain popped up or suddenly occurred) in the participants' lives, typically more than a year after their arrival in South Korea.* » (Park, A).

Nortvedt propose que la **douleur soit une marque dans le corps de lourdes charges endossées** dans la situation d'exil :

« Bodies marked by onerous life experiences » (Nortvedt, A).

Campeau propose un modèle de la **douleur comme symptôme de l'exil** :

« pain as a symptom of exile » (Campeau, A).

Ce modèle fait surtout allusion aux deuils et au sentiment d'éloignement du pays d'origine.

On propose ici de reprendre cette expression et de l'élargir pour évoquer tout ce qui touche à la situation migratoire et qui fragilise vis à vis des douleurs chroniques.

3.2.1. La douleur dans le contexte du deuil

D'après Campeau les récits des patientes font apparaître un **lien entre douleurs, deuils et ruptures** :

« Participants explained pain as connected to the disruptions and losses » (Campeau, A).

La **séparation de la famille** restée au pays peut participer à la douleur de plusieurs façons.

- Parce que le **souvenir de la séparation** accentue la douleur :
« I get more pain when I think about the fact that I have been separated from my family and my brothers and sisters for 16 years. » (Zander, I).
- Parce que l'**inquiétude vis à vis de cette famille** ajoute un poids supplémentaire qui empêche de faire face à la douleur :
« The presence of remaining family members in North Korea was another source of anxiety, preventing participants from coping with their pain. » (Park, A).

Dans l'étude de Nyen une patiente évoque le **mal du pays comme physiquement douloureux** :

« We want to go to our home country... I have pain here [pointing to her heart] » (Nyen, I).

3.2.2. La solitude et la douleur

Nortvedt assimile l'expérience des patientes interrogées à **une vie de solitude** :

« a lonely life » (Nortvedt, A).

Plusieurs patientes dans plusieurs études évoquent le **poids de la solitude** :

*« I become crazy from just being at home and I want to get out and meet other people » (Nortvedt, I),
« I am thinking a lot [...] I am thinking that right now it is difficult because I don't speak well Norwegian, and I don't have my relatives here » (Nyen, I),*

« *Nobody has the time to listen to my afflictions, I think nobody bothers* » (Nortvedt, I).

Une patiente évoque l'**isolement social comme la cause de la chronicisation** de ses douleurs :

« *When I was here, there were less Somalis, and I knew no one. And then they (headaches) never went away* » (Campeau, I).

La solitude accentue les douleurs en laissant place à des **ruminations** :

« *Participants reported that loneliness or relaxed life triggered pain by allowing them to saenggaggi mani nage hada (think a lot or ruminate) about past experiences* » (Park, A),

L'expérience de la douleur entraîne un **repli sur soi qui accentue l'isolement social** :

« *Unhappiness about not being able to work and the psychological consequences of having to stay at home, such as feeling stigmatized and unable to fulfill obligations as a parent and family member] [...] in combination with activity-avoidant behavior, resulted in a vicious cycle of continuous social isolation.* » (Grauslund, A).

3.2.3. La douleur entrave la possibilité de s'adapter à nouvel environnement

Campeau parle d'un « **nowhere land** » de la douleur dans lequel l'accès au futur serait bloqué :

« *pain and its far-reaching consequences created a “nowhere” land where they existed together with their pain, stopping their past life and blocking access to the future* » (Campeau, A).

Une patiente décrit les **efforts d'adaptation dans le pays d'accueil comme cause des douleurs** :

« *we were finding a place to live, a school, we didn't know any English. I started getting—pain in my chest, and I couldn't breathe. That was how it started.* » (Campeau, I).

Dans une étude, le **changement de climat, en particulier le froid**, est ressenti comme une cause des douleurs :

« *Climate changes here... you move here from a hot climate place to a cold climate place...what if the cold has settled into your bones ?* » (Mustafa, I).

Une patiente pense que les changements ont pu **dérégler les fonctionnements de son corps** :

« *I think: the new weather, the cold, the new apartment, being inside all the time [...], of all of those changes and think, how should my immune system know what is healthy?* » (Campeau, I).

3.3. Des modifications profondes du rapport à soi-même et aux autres: le double fardeau de l'exil et de la douleur

3.3.1. La perte du sentiment de contrôle occasionnée par l'exil et la douleur

Zander décrit la **situation de perte de contrôle** occasionnée par l'exil et la douleur. Elle reprend ainsi la théorie développée par Skuladottir et Halldorsdottir selon laquelle le maintien d'un sentiment de contrôle est un des défis principaux des femmes souffrant de douleurs chroniques (41).

« A loss of a sense of control and feelings of dependency are recognised in association with migration and with chronic pain » (Zander, A).

Pour ces patientes, la situation d'exil et la douleur rendent **difficile d'envisager un futur** :

- Parce qu'elles sont **empêchées par la douleur** :
« Her pervasive pain in many parts of her body, made her however uncertain about the future » (Nortvedt, A).
- Parce que leurs **rêves leur paraissent irréalisables** :
« And I had my own dream...but then that dream was broken. » (Nyen, I).
- Parce qu'il est difficile pour elles de trouver un sens à leurs situations :
« they lacked the information or the ability to understand their situation; their uncertainty paralysed their hopes. » (Nortvedt, A).
- Parce que la récurrence de la douleur donne un **sentiment permanent de retour en arrière** :
« the recurring pain was frustrating and debilitating and increased the sense of unpredictability and not being able to handle the pain. Repeated setbacks had a negative effect on confidence in the future. » (Zander, A).
- Parce que la **précarité financière** donne lieu à un sentiment d'insécurité :
« Here in Norway it is very, very difficult to live. If you have pain, if you have low income and stuff... it is a big problem. We are always thinking: "How will I manage this month? How? How? How?" » (Nyen, I).

3.3.2. La fragilité de l'estime de soi en exil et face aux douleurs

Plusieurs patientes décrivent la difficulté qu'elles ont à **trouver la continuité** entre ce qu'elles vivaient avant et ce qu'elles vivent maintenant :

« Maybe I am done living [...] I have never been like this before. [...] » (Michaëlis, I),

« It's me and my body that has changed so much now. » (Grauslund, I).

D'après Mustafa, l'exil s'accompagne de la **perte de l'entourage valorisant** :

*« they were no longer surrounded by those who understood their gendered roles and values »
(Mustafa, A).*

Dans le travail de Nortvedt, une patiente rapporte que **sa dignité et sa valeur** sont définies par ceux qui l'entourent :

« Dignity is what I mean to others ... or what my value is. That's what I think » (Nortvedt, I).

Nortvedt décrit l'exil comme une lutte en **quête d'estime de soi** :

« Experiences of breakdown of former self-images and the struggle for self-esteem ». (Nortvedt, A).

Les patientes rapportent un **sentiment de honte**, à la fois vis à vis de l'entourage dans le pays d'accueil et vis à vis de la famille restée au pays :

« She also told that she felt shameful when unable to find the right Norwegian words » (Nortvedt, A),

« Then later they say: "Look, she didn't manage" [when they see I don't succeed with my children] ... It hurts here! [pointing to her heart] » (Nyen, I).

Dans plusieurs études les auteures constatent que **la honte et la crainte du jugement** empêchent de demander de l'aide :

« The women chose not to speak of their suffering because of their fear of gossip in accordance with the 'humiliation dynamics » (Nortvedt, A),

« I would see a psychologist if I didn't feel judgement » (Altun, I).

3.3.3. Exil, douleur, et genre : un triple fardeau ?

Les patientes incluses sont exclusivement de sexe féminin. Les enjeux autour de la condition de femme apparaissent dans plusieurs études, intriqués au vécu de l'exil et de la douleur.

Dans plusieurs études on constate que **les corps des femmes sont soumis à des contraintes** excessives en lien avec leur genre.

- Parce qu'à leur travail domestique s'ajoute la **nécessité d'un travail rémunérateur** :
« Women were also overwhelmed by work. They spoke of being entirely responsible for the household as well as working outside the home » (Mustafa, A),
« Several women had seemingly put a heavy burden on their bodies for a long time, through their domestic and professional workloads » (Nortvedt, A).
- Parce qu'elles ont un **devoir de dévotion** vis à vis du foyer en toute circonstance :

« *My two children, I live for their sakes.* » (Zander, I),

« *the responsibility for housework was perceived to be the women's duty.* » (Mullersdorf, A)

« *I had to do everything. Even if it was cold or raining . . . I had to bring and take the kids, do the work at home, go to the bank, pay bills, go to the doctors, everything I had do to* » (Mustafa, I).

« *I didn't listen to my body, but I just went on, with the job, because I have been a single mom for a while.* » (Nortvedt, I).

- Parce qu'elles subissent des **violences physiques** :

« *Yes, I remember that he beat me. My face turned blue and I went to work the next day.* » (Nortvedt, I).

D'après Norvedt le maintien du rôle de femme **accentue la solitude** en poussant les femmes à rester enfermées au domicile :

« *Other social circumstances that made the participants feel shut inside the home included the lonesomeness that arose from taking on responsibility for the home and their family, including economic matters.* » (Notvedt, A).

L'étude de Mustafa établit un parallèle entre la position de la femme dans la culture indienne et le vécu de la douleur. Les deux sont d'après elle caractérisés par **des restrictions et une paralysie** :

« *Women's physical pain experience was described as "bodily restriction" and "paralysis," echoing gender norms for women in the comportment of their bodies.* » (Mustafa, A).

Le rôle de femme semble contribuer à **piéger les patientes dans la douleur**.

- Parce que ce rôle implique pour elles de **négliger leur santé** :

« *[all women in our study] associated these burdens not only with taking a physical toll on their bodies but with forcing them to neglect taking care of their pain.* » (Mustafa, A).

- Parce que ce rôle implique de **ne pas exprimer leurs difficultés** :

« *Women in India and are expected to be docile and maintain a "culture of silence.* » (Mustafa, A),

« *Although I am sick, I am strong... I don't show them my weakness. I cannot stand that they are worried* » (Nortvedt, I).

- Parce qu'elles **priorisent leurs devoirs familiaux** devant leur santé :

« *that was my main concern, [caring for my daughter] because I just can't do anything for her while I have got this pain.* » (Altun, I).

- Parce qu'elles sont **restreintes dans leurs libertés et leurs droits** :

« *Even if he is not in the house, he told me that, I am not allowed to leave house, he needs to know when I leave house* » (Altun, I),

« *The women, bearing the responsibility of the family economy alone, experienced shame and*

humiliation, as they did not have the same possibilities as others in the community. » (Nortvedt, A).

Des **rôles de genre sont maintenus en situation d'exil** malgré la douleur et le stress qu'ils engendrent :

« and despite the outside workload adding stress and pain, they continued to carry on because this was culturally what was expected of them. » (Mustafa, A).

- Parce qu'ils sont **ancrés dans l'identité** ethnoculturelle :

« all communicated traditional gender roles with the expectation that women should act as a homemaker, while the role of men is as providers » (Brady, A).

« women aimed to maintain their traditional, gendered family roles while at the same time dealing with the exigencies of their new environment » (Mustafa, A).

- Parce qu'ils sont aussi pour ces femmes **une façon de construire un futur dans l'exil** :

« agency can also be seen in refugee women's everyday attempts to mother and make new homes and to re-evaluate how we interpret the 'sacrifices' made by refugee mothers » (Altun, A).

- Ils **peuvent cependant évoluer** s'ils sont remis en question dans le pays d'accueil :

« Anyway I think he is better now than before. Maybe the life here is different, because maybe he feels that woman here have more rights » (Altun, I).

3.4. Mobiliser des ressources face à la douleur en situation d'exil

En exil les patientes font face à des obstacles spécifiques qui entravent la gestion de la douleur. Elles bénéficient également de ressources spécifiques.

3.4.1. Travailler pour s'en sortir : fantasme ou réalité ?

Le travail est présenté par certaines comme un **moyen d'obtenir une vie meilleure** dans le pays d'accueil :

« they desired a better life, and worked hard for it » (Park, I).

- En leur permettant de **gagner leur indépendance** :

« (When working) I felt that I did something to earn the money I received. » (Brady, I).

- En permettant d'**être socialement reconnu, d'apprendre, et de s'épanouir** :

« Employment was associated with control gained through education, personal development, and being recognised » (Brady, A).

« diligent people who work harder than South Koreans » (Park, A).

- En permettant de **rompre avec l'isolement** au domicile :

« I want to work. I don't want to just sit at home » (Nortvedt, I).

- En **remédiant à la précarité** financière :

« their poor economic status affected potential improvement by restricting the possibilities for direct

and indirect health promotion behaviour » (Michaëlis, A).

Cette possibilité d'accéder à une vie meilleure par le travail semble **compromise par leur statut d'étrangères et par la douleur.**

- Parce qu'en tant qu'étrangères elles sont **professionnellement déclassées** :
« *they were therefore forced to work in "survival" jobs* » (Mustafa, A),
« *So much [stress] because we haven't done this in our life before.* » (Mustafa, I).
« *their degrees and work experiences were not accepted in Canada* » (Mustafa, A).
- Parce qu'elles ont **du mal à comprendre leurs droits** dans un nouveau système :
« *she found it difficult to understand her rights in terms of permanent employment,* » (Nortvedt, A).
- Parce qu'elles souffrent de **discrimination au travail** en tant qu'étrangères :
« *There were some other immigrants there [at work], too, and I felt they [the employers] were a bit like being unfair to us.* » (Nortvedt, I).
- Parce que travailler les met en conflit avec les **impossibilités de leurs corps** :
« *I have to go to work, and my body says, "No, I'm not able to".* » (Nortvedt, I).
- Parce que les **postures de travail accentuent la douleur** :
« *After washing dishes for a long time, I could not stand straight because of the back pain.* » (Park, I),
« *Because it is my job, I sit bent all day, too much for many hours* » (Nortvedt, I).
- Parce que les besoins spécifiques liés aux douleurs chroniques sont **mal compris par les employeurs** :
« *Lack of understanding from authorities was perceived especially when working conditions became too heavy.* » (Mullersdorf, A).
- Parce que la douleur fait **perdre confiance** en sa capacité à accomplir un travail :
« *I don't think I can get a job in the kindergarten suited to my health. I feel like a burden.* » (Nortvedt, I),
« *cause in my head it says all the time that I work too little. But hen I'm at work, I do everything.* » (Nortvedt, I).

Certains rapports au travail impliquent de **négliger les soins qui pourraient être apportés à la douleur** :

« *Even if there is pain, still [we Asians] work. And when we are asked to go to the doctor, we don't get the time.* » (Mustafa, I).

3.4.2. Rester en lien pour surmonter la douleur

Le **tissu social** est reconnu comme un support important par les patientes :

« *The importance of supportive relations was clearly expressed by all participants.* » (Brady, A).

Dans plusieurs études le tissu social des patientes semble **restreint**, constitué surtout de **la famille et de la communauté en exil** :

« *informants gave the impression that they only have small networks in Norway, consisting of close family members and a couple of friends* » (Nyen, A),

« *The most important resource was family, mostly the children and husband, but also the diaspora scattered around the world* » (Zander, A).

Pour plusieurs patientes de différentes études, la **famille en exil** prend une place privilégiée dans la gestion de la douleur.

- Parce qu'elle inspire **confiance et espoir** :

« *Family had the ability to enhance wellbeing, physically as well as emotionally, as they inspired hope through their support.* » (Zander, A).

« *but any support is my family I rely on a lot, so like my mum* » (Altun, I).

- Parce qu'elle constitue un **support matériel** :

« *... I have received great help from my friend ... and also my parents. When I'm feeling sick, they take care of the children.* ».

- Parce qu'ayant traversé les mêmes épreuves que les patientes, elle est la **seule à pouvoir la comprendre** :

« *At the same time, her close family and friends could read her body language, and thereby understand her struggle* » (Nortvedt, A).

- Parce qu'elle constitue un **support des soins informels** :

« *My husband he was doing the massage for me, always, very good to me, he would help me in the shower too, before the surgery and even after the surgery.* » (Altun, I).

Dans deux groupes ethniques les patientes expriment l'**importance de la communauté ethnique en exil** pour faire face à la douleur :

« *Mandaean and Assyrian communities emphasized that maintenance of networks with the community were important for both preserving their ethnocultural identities and coping with pain* » (Brady, A).

Pour certaines femmes, fréquenter la **communauté de femmes** qui souffrent des mêmes maux qu'elles permet de **se sentir comprises et de reprendre espoir** :

« In the women's fellowship, it seemed that she was heard, seen, understood and believed among equals, among women with the same struggles and similar backgrounds. » (Nortvedt, A),
« When I started the course, I saw that several [of the other participants] had almost the same problems, and then my brain began to work better. I saw more light [rather than darkness], and I thought that I would find solutions » (Nortvedt, I).

3.4.3. Retrouver du sens pour surmonter la douleur

Nortvedt, en reprenant la théorie de Charmaz sur la souffrance, propose que la douleur mène à la souffrance lorsqu'il n'y a pas de possibilité d'y donner du sens :

« One of the main reasons for suffering is when the bearer of pain does not understand its origin and perceives it as threatening » (Nortvedt, A).

Plusieurs ressources sont mobilisées par les patientes pour **retrouver un sens et une continuité** dans leurs existences.

- En reliant les douleurs à leur **statut de réfugiée** :
« Social challenges related to refugee identity were highlighted and constituted explanations for pain symptoms. » (Brady, I),
- En s'attachant à des **rôles définis par leurs cultures** :
« For some participants, gender and family roles strengthened their resolve to 'face the pain' » (Brady, A).
- En faisant de la douleur un **témoin de leurs histoires traumatiques** :
« Importantly, we found that the ways in which NKR women made sense of their chronic pain was essential in forming their illness identities. Interpreting their symptoms as physical pain, NKR women may attempt to legitimize the physical sufferings they had experienced » (Park, I),
« Cultural and religious persecution underpinned their refugee status and not only had a significant influence on the development of pain, but served as a reminder of their battle for ethnocultural preservation » (Brady, A).
- En **cherchant un diagnostic et un traitement** à leurs douleurs :
« when chronic illness renders the restitution narrative impossible—when a person finds herself sick and the doctor cannot provide a diagnosis, treatment, or cure—then this person is often left bereft of identity and narrative predictability » (Campeau, A),
« all the informants are in search of a diagnosis, and they have spent a considerable amount of time on this search » (Nyen, A).

Dans plusieurs études les auteures constatent que les **croyances** constituent une ressource pour trouver un sens à la douleur.

- Adopter la **vision traditionnelle du corps et de la maladie** permet de tenter d’y remédier :
« *deliberate efforts were made to identify and subsequently remedy the specific am and duong imbalance* » (Brady, A).
- La **spiritualité religieuse** permet de consentir à l’**absence de contrôle** :
« *It (Islam) helps me to know that I have no control. It is for the sake of God that I live with this condition* » (Campeau, I),
« *Conversely, for the Assyrian community, spiritual coping was passively used, characterized by praying and hoping* » (Brady, A).
- La spiritualité religieuse permet de **garder espoir** :
« *Something that framed this whole effort was a trust in God and a faith in God’s ability to cure pain and diseases.* » (Zander, A).
- La foi permet de **traverser des épisodes difficiles** :
« *I pray, I trust my religion, believe strongly and therefore I live now, and I survived a tough life. My background is not easy, but still I am strong, smiling and dancing. It comes from Allah, from God,* » (Nortvedt, I).
- Les **rituels religieux** sont des espaces ressourçant vis à vis de la douleur :
« *rituals such as baptism involving water, considered to be their life source, to renew connection with their community and alleviate pain.* » (Brady, A),

3.5. Le recours aux soins : un support du retablissement

Dans le corpus il apparaît que le recours aux soins est sous-tendu par trois intentions :

- l’investissement de relations avec les soignants
- le besoin de comprendre et être comprise
- le besoin de retrouver leur dignité.

3.5.1. Le recours aux soins repose sur l’investissement d’une relation

Certaines **relations de soins offrent un soulagement**

« *achieving a good meeting appeared in this study as time, dialogue, honesty and understanding. Communication skills, feelings of being taken seriously and a sense of security were additional factors.* » (Mullersdorf, A),

« *I think they are very clever; they treat everyone equally, but differently according to what disease you have. I thought they were very understanding... I felt very valuable and respected... They believed in me* » (Nortvedt, I),

« *...this doctor is very good, he listens to me* » (Altun, I).

Pour plusieurs patientes, les **compétences qu'elles accordent au système de soins et aux soignants** sont sources d'espoir.

- Une patiente estime que les soignants ont dans leur cœur le **remède à ses maux** :
« *If a provider is kind and gives his/her heart to me, my mind and physical pain will be treated.* » (Park, I).
- Plusieurs patientes sont intimement **persuadées d'un savoir supérieur détenu par les médecins** :
« *I know that doctors could fix it.* » (Mustafa, I),
« *Physicians, especially specialists, were perceived as having unique knowledge and were the only ones who could cure and, thereby, contribute to the effort to control pain.* » (Zander, A).
- Dans l'étude de Mullersdorf, les patientes accordent aux soignants le **pouvoir de valider leurs démarches** de soin :
« *Even if the informants already knew the advice given, it was perceived as a confirmative support to hear it again.* » (Mullersdorf, A).

Dans plusieurs études les patientes ont le **sentiment de ne pas être prise aux sérieux** par les soignants.

« *The immigrant women in this study had experience with being rejected and mistrusted, and in general not being taken seriously, by their general practitioners.* » (Nortvedt, A),

- Parce que leurs plaintes ne sont **pas bien examinées** :
« *If I say that I have pain here...they say they will examine me. But they only say: "Lift your arms."* » (Nyen, I).
- Parce qu'elles ont l'**impression de ne pas être crues** :
« *It feels as though they think I come and lie to them. That feels uncomfortable.* » (Mullersdorf, I).

Dans plusieurs études les patientes ont le **sentiment d'être discriminées** par les soignants à cause de leurs origines et de de leurs statuts sociaux :

« *Participants described medicine as an institution less accessible to them because of their skin colour, clothing, accents or insurance.* » (Campeau, A),

« *I know that many doctors give patients with MA (Medical Assistance health insurance), the not as good pills* » (Campeau, I),

« *sometimes I lie awake at night thinking that they know that I have a serious disease, but since I am not from here they will not tell me.* » (Nyen, I),

« *That orthopedist discriminated against people* » (Park, I).

3.5.2 La recherche de compréhension : besoin universel et aspects transculturels

Les patientes ont recours au système de santé pour **trouver la cause de leurs maux**

« *They expressed that the healthcare system's wish was to help, to find the cause, rule out every possible disease, and find an effective treatment* » (Zander, A),

Plusieurs patientes évoquent la **difficulté à se sentir comprises** par les professionnels de santé dans le pays d'accueil.

- Plusieurs patientes dans plusieurs études se sentent incomprises **quand leurs douleurs sont rattachées à un trouble mental** :
« *I don't feel good. I feel like they [providers] recommend psychiatric treatment easily when they recognize that I am a North Korean* » (Park, I),
« *The doctor does not understand what is wrong with me. They only understand that I have depression and because of the depression I have this pain.* » (Michaelis, I).
- Une patiente a le sentiment que sa demande n'est **pas correctement entendue** :
« *They think my problem is my husband, or my religion, and they won't treat my head.* » (Campeau, I).
- Une patiente a le sentiment que la difficulté à être comprise n'est **pas qu'un problème de langage** :
« *even when they used a translator they did not seem to understand my problem.* » (Nyen, I).
- Une patiente dit se sentir incomprise par un médecin d'une origine différente de la sienne. Elle évoque un **manque de « connexion sociale »** :
« *[An Indian doctor will] understand probably because we may be able to connect at that level, but if you are not socially connected to a [doctor], they may not even understand what you are talking about* » (Mustafa, I).
- Une patiente assimile l'**absence de diagnostic** à une absence de réponse :
« *He took many tests, and... but he did not find out what is wrong with me. I did not get an answer.* » (Nyen, I).

D'après Park, une incompréhension naît de la **différence de modèle explicatif** de la maladie entre soignants et patients. Les patientes présentent des symptômes organisés de façon à correspondre à un diagnostic de leur

pays d'origine. Elles formulent ainsi une demande implicite d'un traitement spécifique :

« because South Korean providers' biomedical model neither takes into account patient perspectives nor meanings of illness (Kleinman 1980), it fails to capture care strategies that NKR patients most desired » (Park, A).

D'après Park et Brady, certains modèles explicatifs de la maladie sont **incompatibles avec une vision biopsychosociale occidentale** de la maladie :

« Incompatible with NKR women's ethnomedical model that lacks division between physical and mental health, » (Park, A),

« results suggest that NKR women's chronic pain is a complex concept that cannot be reduced to Western disease categories that are often adopted by the providers. » (Park, A),

« The degree of patient alignment with the current biopsychosocial framework is an important consideration » (Brady, A).

Plusieurs patientes évoquent des **difficultés de compréhension dans le soin**.

- Parce que la langue du soin n'est pas leur langue maternelle
« It's very difficult, I don't know anyone that speaks Arabic at the moment » (Altun, I).
- Parce qu'elles font face à un système de soins différent de celui de leur pays d'origine :
« All participants described the US medical system as 'complicated', 'exhausting' or 'hard to understand'. » (Campeau, A).
- Parce que le discours n'était pas adapté à leurs connaissances en santé
« It was difficult, like I can understand from the doctor but sometimes they say medical words, and I can't understand it » (Altun, I).

La recherche de compréhension amène aussi à **mobiliser des modalités alternatives du soin** :

- Retourner dans le pays d'origine pour se faire soigner
« Therefore, I travelled to Istanbul. I received an examination from a specialist and then I had an operation. » (Grauslund, I).
- Les soignants communautaires et alternatifs
« I see an Asian man (describes location), and I feel better when I leave. His appointments are not rushed, and it is a time to rest » (Campeau, I),
« My mum tried the Chinese needles, acupuncture I think it is called this, this helped her I think » (Altun, I),
« participants' experiences of alternative, at-home, and faith-based therapies were woven into their accounts of daily life and bore a sense of narrative continuity. » (Campeau, A).

3.5.3 Investir les soins offre une possibilité de retrouver sa dignité

D'après Nortvedt les relations de soin sont un **moyen de conserver leur dignité** pour les patientes :

« Accordingly, it is apparent that the caring attitudes and behaviour of the healthcare personnel were dignity-enhancing for the immigrant women. » (Nortvedt, A)

D'après Michaelis, la **recherche de soins** est une façon pour les patientes de **se sentir actrices de leur maladie** :

« Seeking healthcare in this manner appeared as a supplementary means of coping with the pain, as it gave rise to a sense of agency » (Michaelis, A).

D'après Zander, le patientes accordent au système de soins la **possibilité de leur rendre le contrôle** :

« For the women in this study, the purpose of seeking health care was to regain control of their pain » (Zander, A).

Altun décrit la **possibilité d'implication dans le soin** comme un moyen de reprendre le contrôle par un **mécanisme d'empowerment** :

« the ability for women to engage with health care services were underpinned by empowerment struggles, health literacy, adherence and caregiver support. » (Altun, A).

D'après Nortvedt la relation au système de soins dans le pays d'accueil est aussi une façon de **se relier à leur histoire**. Les patientes continuent d'être en lien avec leur « moi historique » en continuant d'investir les relations passées avec les soignants de leurs pays d'origine :

« It seemed to be of decisive importance for the immigrant women to maintain the positive qualities of the doctors' treatment and behaviour in their native countries, and in this way to be connected with their "historical selves". » (Nortvedt, A).

En effet, on constate que plusieurs patientes dans plusieurs études comparent les soins qu'elles reçoivent dans le pays d'accueil aux **soins qu'elles ont reçu dans leur pays d'origine** :

« expectations based on their particular experiences of the provider-patient relationship in North Korea. » (Park, A).

« Some of the women preferred to see a physician in Iraq rather than a Swedish counterpart, as they had more faith in health care in their home country. » (Brady, A),

« In Iraq one can see a doctor the same day, in Sweden, waiting time is too long. This also applies to emergency services. » (Mullersdrof, A),

« Doctors in Iran are very knowledgeable. » (Nyen, I),

DISCUSSION

Ce travail de recherche a permis de mettre en avant la dynamique des ressources et des fragilités des patients souffrant de douleurs chroniques en situation d'exil.

Le vécu migratoire constitue pour ces patientes une condition fragilisante vis à vis de la douleur en limitant l'accès à des ressources :

- la situation d'exil limite l'accès à des ressources externes : le système de soins du pays d'accueil, le tissu social, et le travail ;
- la situation d'exil contribue à entraver les ressources internes en favorisant une perte de sens et d'estime de soi.

Les patientes font appel à des ressources spécifiques :

- des ressources externes qui sont : le tissu social communautaire, la famille en exil, le système de soins du pays d'accueil, et à des modalités de soins alternatives. ;
- des ressources internes qui sont : leurs croyances, et la force de leurs identités socio-culturelles.

La fragilité des patientes vis à vis de la douleur repose sur :

- le peu de possibilités qu'elles ont d'agir sur le monde qui les entoure, à l'image de l'impossibilité de travailler dignement pour s'en sortir ;
- la restriction de droits et d'accès à des ressources externes ;
- l'isolement social ;
- les difficultés d'accès aux soins ;
- la difficulté à trouver du sens à leur situation ;
- l'altération de leur estime d'elles-mêmes.

Dans les expériences de vie de ces patientes, telles qu'elles sont relatées par les auteures, l'expérience de l'exil et de la douleur chronique sont indissociables. Les témoignages des patientes indiquent que la situation d'exil et la douleur chronique s'associent pour constituer un double fardeau qui accentue encore l'isolement social, la difficulté d'accès au travail, la perte d'estime de soi.

Forces et limites

Ce travail a permis de réunir les données actuelles de la recherche qualitative en santé concernant les patients souffrant de douleurs chroniques en contexte migratoire. Aucun autre travail de ce type n'a été retrouvé dans les bases de données en santé. En s'inspirant de la métaétude proposée par Zhao, cette étude a

permis de croiser non seulement les résultats des études primaires, mais également leurs méthodes et leurs postulats théoriques.

Le fait d'être seul chercheur et novice dans le domaine ne m'a pas permis de réaliser une vraie méta-étude telle que proposée par Zhao puisque ce type de travail nécessite habituellement des chercheurs experts dans plusieurs domaines afin d'opérer une réinterprétation des études à partir de leurs fondements théoriques et méthodologiques (27).

Il est critiquable qu'il n'y ait pas eu de triangulation de plusieurs chercheurs pour la recherche bibliographique d'une part et pour l'interprétation des études d'autre part. Cependant la recherche a été de type exhaustif à partir des critères d'inclusion et aucune étude n'a été exclue ce qui limite les biais dans la constitution du corpus. Par ailleurs le croisement de concepts proposés par plusieurs chercheuses a permis une forme de triangulation des données. Mon analyse des interprétations des auteures n'a pas été validée par elles et il a pu y avoir des erreurs d'interprétation de ma part. Pour limiter ce risque mon interprétation a été prudente et j'ai tâché de m'appuyer sur ce qui était dit et sur les concepts clairement énoncés par ces auteures. J'ai effectué moi-même la traduction des études de l'anglais au français et cela a pu occasionner des erreurs d'interprétation d'ordre linguistique.

Les interprétations ont été effectuées de mon point de vue de soignant blanc et occidental ce qui rend mon profil relativement homogène avec celui des chercheuses qui ont mené les études primaires, mis à part le genre. Cela est probablement dommageable à la richesse dans l'analyse, et il serait intéressant de croiser les regards avec des soignants d'autres perspectives. Plusieurs travaux rappellent que les déplacements de populations amènent aussi avec eux de nombreux soignants de divers horizons dont les expertises seraient à valoriser (14,42).

La thématique proposée dans ce travail a fortement été influencée par le modèle biopsychosocial de la douleur puisqu'elle a été réalisée par un médecin généraliste formé dans cette approche. D'autres modèles ont été proposés qui pourraient mieux correspondre à cette thématique, notamment les modèles bioécologique et socio-écologique déjà employés dans la recherche sur les douleurs chroniques en contexte de vulnérabilité (43).

Les liens entre migrations et douleurs chroniques : une question de vulnérabilité ?

Le concept de vulnérabilité est souvent employé dans la littérature sur la santé des populations migrantes (6,42,44).

Le terme vulnérabilité ramène étymologiquement à la fêlure et la blessure, certains la définissent comme « la potentialité d'être blessé » (44) . Il englobe les notions de précarité, pauvreté, et fragilité, mais aussi les ressources, mettant en balance les « risques à s'effondrer » et les « capacités à résister, à se restaurer » (42). Le concept de vulnérabilité permet de rompre avec une vision rigide et déterministe qui consisterait à réduire un individu à son statut social à un instant « t ». La vulnérabilité prend un caractère universel d'une

vulnérabilité qui peut tous nous toucher à un moment de notre vie : certains auteurs parlent de « conditions sociales vulnérabilisantes » (42,44).

Le COMEDE liste les facteurs de vulnérabilité des exilé.es parmi lesquels figurent : les ruptures répétées dans le parcours de vie, les deuils multiples, la perte d'identité et la culpabilité en lien, la précarisation sociale, les violences subies, les difficultés d'accès aux soins (6).

Le Pr. Christophe Adam propose cinq facteurs accroissant la vulnérabilité dans les populations migrantes (42) :

- L'absence de droits,
- L'exposition à des violences,
- La dépendance à un produit,
- Un lieu de vie pathogène,
- Des difficultés de communication.

En parallèle il décrit trois facteurs qui peuvent constituer des ressources pour ces personnes :

- La capacité de provoquer de l'empathie,
- La capacité à vivre en collectif et nouer des liens,
- La référence à un idéal (objectif, spiritualité...).

Ces facteurs de vulnérabilité et les ressources en lien apparaissent au sein des récits colligés dans ce travail.

A travers le concept de la nature circulatoire des vulnérabilités, Mathieu Isabel parle de la diffusion de l'impuissance et des difficultés d'action entre les individus « vulnérables » et les intervenants chargés de les accompagner (44).

Cette notion pourrait éclairer certains vécus de rejet dans la relation de soin, que l'on retrouvait ici dans les récits des patientes, et qui pourraient témoigner d'une confrontation des soignants à leur propre vulnérabilité. Ce lien est appuyé par le travail de thèse du Dr Charlène Martin qui décrit le sentiment d'insécurité des médecins généralistes en France face à des patients migrants souffrant de douleurs chroniques. Le travail d'enquête réalisé par le Pr Adam auprès de médecins généralistes confirme que ces derniers sont fréquemment et difficilement confrontés à la vulnérabilité de leurs patients, et que des espaces de réflexion sont à mettre en place sur le sujet de la vulnérabilité en santé (42,44,45).

La vulnérabilité spécifique des femmes en exil et les douleurs chroniques

Une découverte de ce travail est que la recherche qualitative sur la thématique des douleurs chroniques en contexte migratoire est exclusivement menée par des femmes chercheuses. Les patientes incluses sont quasi exclusivement de sexe féminin.

La vulnérabilité spécifique des femmes en exil est déjà décrite dans la littérature (6,14,46). Ce travail a contribué à décrire la façon dont les douleurs chroniques s'entremêlent avec les facteurs de vulnérabilité des femmes en exil : il semble s'agir de conditions vulnérabilisantes réciproques (figure 8).

Jusqu'ici les femmes en contexte d'exil ne sont pas reconnues par les sociétés savantes comme particulièrement vulnérables face aux douleurs chroniques. Elles ne faisaient effectivement pas partie des populations cibles du groupe de travail sur la douleur en contexte de vulnérabilité créé par l'IASP en 2019. Elles ne faisaient pas non plus partie des populations décrites comme vulnérables dans le livre blanc de la douleur en 2017 (19,47). Une prise de conscience de cette vulnérabilité par les sociétés savantes permettrait une avancée de la recherche dans ce domaine et une plus grande vigilance des soignants.

Plusieurs interrogations sont soulevées par la représentation quasi exclusivement féminine des chercheuses dans le domaine de la douleur chronique en contexte migratoire. D'abord sur la cause de cette représentation, qui pourrait être en lien avec le rôle de genre identifié dans ce travail et qui attribue aux femmes de prendre soin des plus vulnérables. Ensuite, les douleurs chroniques touchant plus particulièrement les femmes, on peut imaginer une forme de sororité qui pousserait les femmes soignantes à se soucier de l'état de santé d'autres femmes qu'elles identifient comme vulnérables. Cela pourrait être corroboré par l'impression exprimée par ces chercheuses que les efforts de recherche dans ce domaine sont insuffisants. Cette interprétation est également cohérente avec l'inscription de plusieurs de ces travaux dans le champ du féminisme, notamment à travers le concept d'intersectionnalité (48). Ce phénomène rappelle comment les mouvements féministes ont participé à faire évoluer la recherche biomédicale en mettant en évidence les liens entre genre et santé (49,50).

L'absence de travaux de recherche qualitatifs incluant des hommes souffrant de douleurs chroniques en contexte de migration laisse une zone inexplorée dans la recherche et de tels travaux seraient à mener. Il semblerait effectivement d'après la littérature que les douleurs chroniques sont plus fréquentes et plus sévères dans les populations migrantes indépendamment du genre. Une méta-analyse quantitative réalisée par Altun en 2022 indique que les douleurs chroniques touchent également des hommes en contexte migratoires, dans les études analysées la proportion d'hommes allait de 0 à 83 % des participants (21).

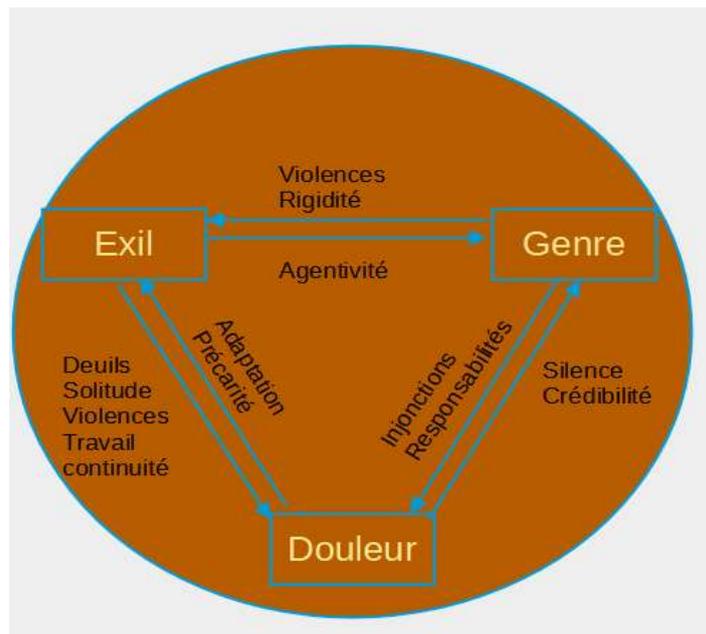


Figure 8: le "triple fardeau" du genre, de l'exil, et de la douleur

La douleur révélatrice de traumas

Que l'on parle des violences « banales » induites par des rapports de domination ou de traumatismes psychiques liés à des événements bien identifiés par la mémoire comme des accidents ou des tortures, les liens entre vécus traumatiques et douleur chroniques sont étroits. Les douleurs chroniques occupent une place importante dans la littérature sur le psychotraumatisme et réciproquement et en pratique l'association des deux chez un même individu est fréquente (51,52).

Certains patients en contexte migratoire, après avoir subi un accident ou des tortures, souffrent de douleurs chroniques dont ils peuvent retracer l'événement déclencheur : chaque point douloureux devient l'occasion d'un récit. Y.Auxéméry semble évoquer ces situations quand il décrit le phénomène par lequel un traumatisme psychique se « cristallise en une localisation symbolique », et cela est d'autant plus fréquent qu'une effraction corporelle accompagne le « fracas traumatique ». L'atteinte corporelle est alors mise au premier plan de la demande de soins par le patient, venant souvent même faire écran au traumatisme psychique (51,53).

Plusieurs modèles explicatifs du lien entre douleurs chroniques et stress post-traumatiques ont été proposés : ces modèles mettent en avant d'une part des mécanismes communs et des facteurs d'entretien mutuels des douleurs chroniques et des troubles de stress post-traumatiques (TSPT), d'autre part une forme

de vulnérabilité commune aux deux troubles chez des individus en fonction de leur histoire et de leur personnalité.

Il semblerait que pour les deux troubles la pérennisation des symptômes soit favorisée par une sensibilité à l'anxiété et aux sensations de peur ou de douleur ainsi qu'une tendance à l'évitement des symptômes (douleur, pensées dérangeantes). D'un point de vue neurobiologique les deux seraient sous-tendus par une mémorisation de type traumatique empruntant des voies cérébrales spécifiques.

TSPT et syndrome douloureux chronique ont aussi en commun que la charge mentale mobilisée pour faire face au trouble occasionne un épuisement de l'énergie nécessaire pour s'y adapter et en sortir. Dans ces deux troubles la présentation clinique est souvent marquée par une forme de sidération dans laquelle sont figés à la fois le temps et les capacités du patient à trouver du sens (51,54,55).

La dualité corps-esprit au centre de la relation de soins de la douleur chronique

Il apparaît dans ce travail que le syndrome douloureux chronique mobilise, dans la médecine occidentale, les frontières entre la médecine somatique et la psychiatrie, opposant classiquement le corps et l'esprit. Cette opposition ontologique, quand il s'agit des douleurs chroniques, met en difficulté à la fois les thérapeutes et les patients. Elle donne lieu à des impasses où ces derniers refusent les théories « psychologisantes » des premiers qui insinuent que cela se passe non pas dans le corps mais dans l'esprit. Il semble alors que cette représentation clivée du corps et de l'esprit ne permette pas au patient de se sentir écouté tout entier dans ce qu'il vit. Il est nécessaire que les soignants « somaticiens » fassent l'effort de laisser de côté cette pensée duelle pour développer une compréhension profonde de la souffrance du sujet (55,56).

Claire Mestre, en s'appuyant sur les savoirs de l'anthropologie et de la psychanalyse, propose en clinique transculturelle le concept de « mémoire du corps », qui permet d'interroger le symptôme douloureux et d'en retracer le chemin dans l'histoire d'exil (57).

CONCLUSION

La douleur chronique est un symptôme récurrent vécu dans le corps et la situation d'exil est un ensemble de conditions d'existence. A l'échelle individuelle et sociétale, l'exil et la douleur chronique agissent comme des révélateurs de ressources et de fragilités. Douleurs chroniques et situation d'exil sont intimement liées sans pour autant qu'il y ait une réciprocity entre ces deux phénomènes.

Dans le contexte du soin, c'est plus souvent la douleur que l'histoire migratoire qui est déposée par les patient.e.s auprès des soignant.e.s pour leur demander de l'aide. Les besoins exprimés vis à vis de ces douleurs sont divers : il s'agit souvent de comprendre et d'être soulagé.e. Dans tous les cas, ces besoins prennent place dans une relation à partir du moment où ils sont exprimés à des soignant.e.s. Dans tous les cas, le corps est au coeur de la demande et ne devra pas être mis de côté.

Dans cette relation, chacun.e est amené.e à trouver sa place et ça n'est pas une mince affaire : la détresse est souvent importante et les points de rencontres difficiles à trouver. C'est ainsi que frustration et déception peuvent être ressenties des deux côtés : on les retrouve ici dans les récits de certain.e.s patient.e.s. Au-delà de ces sentiments passagers, on note aussi dans ces récits l'importance que prend la relation avec les soignant.e.s et ce qu'elle peut apporter. De la réparation du corps au support de l'estime de soi, les professionnel.le.s de santé ont beaucoup à offrir à ces patient.e.s et doivent avoir confiance en cela. Pour ces professionnel.le.s de santé, trouver leur place passera par cette prise de confiance.

Il apparaît également ici que les conditions d'accueil sont au coeur de l'expérience de la douleur chez ces patient.e.s. Ces conditions d'accueil sont soumises à des déterminants sociaux et politiques. Pour les professionnel.le.s de santé, trouver leur place passera par le constat d'une impossibilité à donner toutes les réponses dans des situations qui ne dépendent souvent ni d'eux ni du patient.. Le défi sera alors pour eux d'évaluer le plus justement possible leurs compétences et leurs attributions, et identifier ainsi ce dont ils peuvent se rendre responsables vis à vis des patient.e.s.

Enfin, il apparaît que les patient.e.s dont il est question ici amènent celles et ceux qui les soignent à traverser des frontières : entre le sanitaire et le social, entre le corps et l'esprit, entre la médecine conventionnelle et les pratiques alternatives. Prendre conscience de ces frontières c'est pouvoir les questionner et c'est une opportunité qu'ils nous amènent.

Bibliographie :

1. Organisation Internationale pour les Migrations (OIM). Termes clés de la migration [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>
2. International Organization for Migration [Internet]. [cité 3 sept 2023]. Key Migration Terms. Disponible sur: <https://www.iom.int/key-migration-terms>
3. UNHCR [Internet]. [cité 3 sept 2023]. « Refugees » and « Migrants » – Frequently Asked Questions (FAQs). Disponible sur: <https://www.unhcr.org/news/stories/refugees-and-migrants-frequently-asked-questions-faqs>
4. UNHCR [Internet]. [cité 2 sept 2023]. Définition de « migrant ». Disponible sur: <https://emergency.unhcr.org/fr/protection/legal-framework/d%C3%A9finition-de-migrant>
5. La Cimade. Abécédaire des migrations [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.lacimade.org/faq/abecedaire-des-migrations/>
6. COMEDE. Populations & définitions [Internet]. PRÉVENTION, SOINS ET ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ÉTRANGÈRES VULNÉRABLES. 2022 [cité 22 juin 2022]. Disponible sur: <https://guide.comede.org/populations-definitions/>
7. Fassin D. Exils précaires [Internet]. Leçon du collège de France; 2021 [cité 15 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.college-de-france.fr/site/didier-fassin/course-2021-06-02-10h00.htm>
8. Harzoune M. histoire-immigration.fr. 2022 [cité 21 sept 2022]. Les mots: qu'est-ce qu'un migrant? Disponible sur: <https://www.histoire-immigration.fr/les-mots/qu-est-ce-qu-un-migrant>
9. L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers | Insee [Internet]. [cité 31 août 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>
10. UNHCR. UNHCR.org/fr. [cité 21 sept 2021]. La Convention de 1951 relative au statut des réfugiés. Disponible sur: <https://www.unhcr.org/fr-fr/convention-1951-relative-statut-refugies.html>
11. La Cimade [Internet]. [cité 2 sept 2023]. La fabrique des sans-papiers. Disponible sur: <https://www.lacimade.org/publication/36707/>
12. Interactif État de la migration dans le monde 2022 [Internet]. [cité 17 août 2023]. Disponible sur: <https://www.iom.int/wmr/fr/interactif>
13. Beauchemin C, Hamel C, Simon P, éditeurs. Trajectoires et origines: Enquête sur la diversité des populations en France [Internet]. Ined Éditions; 2016 [cité 10 juill 2023]. Disponible sur: <http://books.openedition.org/ined/676>
14. Rapport mondial sur la santé des réfugiés et des migrants : résumé [Internet]. [cité 2 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240054486>
15. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Haute autorité de santé; 2008 déc.
16. iasp-pain.org [Internet]. 2020 [cité 6 déc 2022]. IASP announces revised definition of pain. Disponible sur: <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
17. Meyer S. The IASP classification of chronic pain for the International Classification of Diseases (ICD-11).
18. Biopsychosocial Model of Chronic Pain for Older Adults | Pain Medicine | Oxford Academic [Internet]. [cité 30 janv 2023]. Disponible sur: <https://academic-oup-com.docelec.u-bordeaux.fr/painmedicine/article/21/9/1793/5679926>
19. Livre blanc de la douleur 2017. État des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen. [Internet]. SFETD; 2017 [cité 12 déc 2022] p. 280. Disponible sur: https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/09/livre_blanc-2017-10-24.pdf
20. Weber O. Migration et communication médicale: les difficultés de compréhension dans les consultations centrées sur des douleurs chroniques. [Limoges]: Lambert-Lucas; 2017.
21. Altun A, Brown H, Sturgiss L, Russell G. Evaluating chronic pain interventions in recent refugees and immigrant populations: A systematic review. *Patient Education & Counseling*. mai 2022;105(5):1152-69.
22. Altun A, Soh SE, Brown H, Russell G. The association between chronic pain and pre-and-post migration experiences in resettled humanitarian refugee women residing in Australia. *BMC Public Health*. 7 mai 2022;22(1):1-14.
23. Zander V, Müllersdorf M, Christensson K, Eriksson H. Struggling for sense of control: Everyday life with chronic pain for women of the Iraqi diaspora in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*. déc 2013;41(8):799-807.
24. Campeau K. Adaptive frameworks of chronic pain: daily remakings of pain and care at a Somali refugee women's health centre. *Med Humanit*. juin 2018;44(2):96-105.
25. Müllersdorf M, Zander V, Eriksson H. The magnitude of reciprocity in chronic pain management: experiences of dispersed ethnic populations of Muslim women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. déc 2011;25(4):637-45.

26. Mohammed MA, Moles RJ, Chen TF. Meta-synthesis of qualitative research: the challenges and opportunities. *Int J Clin Pharm*. 1 juin 2016;38(3):695-704.
27. Beaucher V, Jutras F. Étude comparative de la métasynthèse et de la méta-analyse qualitative. *Recherches qualitatives*. 2007;27(2):58.
28. Gedda M. Traduction française des lignes directrices ENTREQ pour l'écriture et la lecture des synthèses de recherche qualitative. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*. 1 mars 2017;3(1):37-41.
29. Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Med Res Methodol*. 27 nov 2012;12:181.
30. Park S, Surkan PJ, Winch PJ, Kim JW, Gittelsohn J. « I worked until my body was broken »: an ethnomedical model of chronic pain among North Korean refugee women. *Ethn Health*. 15 nov 2020;1-19.
31. Brady B, Veljanova I, Chipchase L. An exploration of the experience of pain among culturally diverse migrant communities. *Rheumatology Advances in Practice*. 1 janv 2017;1(1):1-14.
32. Michaelis C, Kristiansen M, Norredam M. Quality of life and coping strategies among immigrant women living with pain in Denmark: a qualitative study. *BMJ Open*. 2015;5(7):1-10.
33. Mustafa N, Einstein G, MacNeill M, Watt-Watson J. The lived experiences of chronic pain among immigrant Indian-Canadian women: A phenomenological analysis. *Canadian Journal of Pain*. 1 sept 2020;4(3):40-50.
34. Nortvedt L, Hansen HP, Kumar BN, Lohne V. Caught in suffering bodies: A qualitative study of immigrant women on long-term sick leave in Norway. *Journal of Clinical Nursing*. nov 2015;24(21-22):3266-75.
35. Nortvedt L, Lohne V, Kumar BN, Hansen HP. A lonely life-A qualitative study of immigrant women on long-term sick leave in Norway. *Int J Nurs Stud*. févr 2016;54:54-64.
36. Nortvedt L, Kumar BN, Lohne V. A qualitative study of immigrant women on long-term sick leave and their experience of dignity. *Disabil Rehabil*. 2018;40(19):2242-9.
37. Honoré Grauslund AM, Solmunde Michelsen J, Esbensen BA. Everyday life with chronic back pain: a qualitative study among Turkish immigrants in Denmark. *Disability & Rehabilitation*. 15 avr 2021;43(8):1162-70.
38. Altun A, Brown H, Sturgiss E, Russell G. Experiences of Assyrian refugee women seeking care for chronic pain: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health*. 8 mai 2023;22(1):83.
39. Nyen S, Tveit B. Symptoms without disease: Exploring experiences of non-Western immigrant women living with chronic pain. *Health Care for Women International*. 4 mars 2018;39(3):322-42.
40. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles De La Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. La scientificité. In: *Initiation à la recherche qualitative en santé*. Global Média Santé. 2021. p. 122-8.
41. Skuladottir H, Halldorsdottir S. Women in Chronic Pain: Sense of Control and Encounters With Health Professionals. *Qualitative health research*. 1 août 2008;18:891-901.
42. Collectif Entrelacs. *Migrations: une chance pour le système de santé? (Ré)humaniser le soin*. doin. 2021.
43. Emerson AJ, Einhorn L, Groover M, Naze G, Baxter GD. Clinical conversations in the management of chronic musculoskeletal pain in vulnerable patient populations: a meta-ethnography. *Disability and Rehabilitation*. 7 oct 2022;0(0):1-26.
44. Isabel M. Regard sur les interventions auprès des populations « vulnérables »; une étude ethnographique de la vulnérabilité et de l'itinérance à Marseille. *recherches qualitatives*. 2019;(23):87-102.
45. Martin C. Á quelles difficultés sont confrontés les médecins généralistes dans leur prise en charge de patient migrant douloureux chronique en état de stress post traumatique ? [Internet]. 2021. p. 81. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03180782>
46. Halley des Fontaines V, Kerouedan D. Santé des migrants. *adsp*. 2020;(111):14-62.
47. [iasp-pain.org](https://www.iasp-pain.org/advocacy/global-year/pain-in-the-most-vulnerable/) [Internet]. 2019. Pain in the most vulnerable. Disponible sur: <https://www.iasp-pain.org/advocacy/global-year/pain-in-the-most-vulnerable/>
48. Carde E. Les inégalités sociales de santé au prisme de l'intersectionnalité. *Sciences sociales et santé*. 2021;39(1):5-30.
49. Löwy I. Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale ? Le Women Health Movement et les transformations de la médecine aux États-Unis. *Travail, genre et sociétés*. 2005;N° 14(2):89-108.
50. Inserm [Internet]. [cité 18 sept 2023]. Genre et santé · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/genre-et-sante/>
51. Tarquinio C, Auxéméry Y. Chapitre 13. Psychotraumatisme et douleur. In: *Manuel des troubles psychotraumatiques* [Internet]. Paris: Dunod; 2022. p. 414-44. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/manuel-des-troubles-psychotraumatiques--9782100796342-p-414.htm>
52. Bassan F, Conradi S, Brennstuhl MJ. Chapitre 1. Les paradigmes de la douleur. In: *Prendre en charge la douleur chronique* [Internet]. Paris: Dunod; 2018 [cité 17 janv 2023]. p. 14-39. (Les Ateliers du praticien). Disponible sur: <https://www.cairn.info/prendre-en-charge-la-douleur-chronique--9782100778775-p-14.htm>
53. Tarquinio C, Auxéméry Y. Chapitre 12. Quand le corps révèle les traumatismes : somatisations, conversions, atteintes psychosomatiques. In: *Manuel des troubles psychotraumatiques* [Internet]. Paris: Dunod; 2022 [cité 19 juill 2023].

p. 383-413. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/manuel-des-troubles-psychotraumatiques--9782100796342-p-383.htm>

54. Auxéméry Y. Une conception moderne du traumatisme psychique à l'usage des médecins somaticiens : des différentes formes cliniques du trauma à leurs perspectives pharmacologiques. *La Revue de Médecine Interne*. 1 déc 2012;33(12):703-8.
55. Delli Noci C, Berna C. *Revue Medicale Suisse*. [cité 16 mars 2022]. Traumatisme et douleur chronique : échos et amplifications des souffrances physiques et psychiques. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2015/revue-medicale-suisse-480/traumatisme-et-douleur-chronique-echos-et-amplifications-des-souffrances-physiques-et-psychiques>
56. Canévet JP, Potz C, Vercoustre S, Rat C. L'expérience fibromyalgique dans la trajectoire de vie des patients. *exercer*. 2019;(154):256-61.
57. Mestre C. Mémoire du corps. *L'Autre*. 2000;1(1):109-19.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Grille d'évaluation des études primaires

La qualité méthodologique des articles lus en intégralité a été évaluée à partir d'une synthèse francophone des grilles RATS, COREQ et SRQR (40)

1-Intérêt de la question de recherche

Question de recherche ou objectif explicite et compréhensible

Justifiée et en lien avec les connaissances existantes

2-Pertinence de la méthode qualitative

-Justification a minima du choix de la méthode

-Justification de l'approche en fonction de la question ou des objectifs

3-Clarté/transparence des procédures:

a) Échantillonnage

-Critères de sélection de l'échantillon détaillés et justifiés

-Description du recrutement précise et détaillée

-Présence d'une liste des refus et description minimale des motifs

b) Collecte des données

-Type d'entretiens choisis explicité et justifié

-Guide d'entretien fourni avec révisions éventuelle

-Suffisance des données décrite et justifiée

c) Rôle des chercheurs

-Risque de confusion entre les rôles de chercheur et clinicien

-Questions d'éthiques abordées

-L'influence des opinions des chercheurs sur la collecte et l'analyse est discutée

d) Éthique

-Processus de consentement éclairé explicitement écrit et détaillé

-Processus d'anonymisation détaillé y compris la destruction des enregistrement après retranscription

-Comité d'éthique, date et numéro de l'accord

-Date et numéro de déclaration CNIL

4-Bien fondé du processus d'analyse

-Approche d'analyse justifiée et décrite de façon détaillée

-Citations appropriées et valides

-Contexte et éléments de compréhension des données très détaillés

-Présence des indicateurs de fiabilité de l'analyse : triangulation; contrôle extérieur; détail des étapes conduites en aveugle ; processus de résolution des divergences.

5-Discussion et présentation :

-Contribution des résultats à la littérature théorique et empirique existante.

-Limites toutes explicitement décrites et discutées.

-Critères de qualité tous explicitement décrits et discutés.

-Qualité de l'écriture : méthode détaillée, claire et reproductible ; écriture scientifique ; citations au format requis.

ANNEXE 2 : Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

RESUME

TITRE ET RESUME EN FRANCAIS:

Comment accompagner es patients souffrant de douleurs chroniques en contexte migratoire ? Une synthèse qualitative de littérature..

Introduction

A l'époque actuelle les sociétés du monde entier sont concernées par l'accueil et le soin de populations migrantes. Sur le plan de la santé il existe un constat mondial d'une vulnérabilité spécifique des populations migrantes. Plusieurs travaux attestent d'une fréquence et d'une sévérité accrue des douleurs chroniques dans ces populations par rapport à la population générale.

Materiel et méthode :

L'objectif principal est de mieux comprendre l'expérience de vie des personnes souffrant de douleurs chroniques en situation migratoire. L'objectif secondaire est de guider les pratiques de soin de la douleur chronique auprès de populations exilées, à l'échelle collective et à l'échelle individuelle.

Ce travail est une métasynthèse qualitative de littérature à partir de travaux de recherche internationaux. Une synthèse thématique du corpus a été réalisée.

Résultats :

La recherche qualitative en santé sur les douleurs chroniques en contexte migratoire est menée exclusivement par des femmes.

Le vécu douloureux chronique et le vécu de l'exil sont intimement liés. Les conditions d'accueil des personnes exilées sont déterminantes dans leur expérience de la douleur. La situation d'exil donne lieu à des fragilités et des ressources spécifiques vis à vis des douleurs chroniques.

Conclusion

Les professionnels de santé ont un rôle important dans l'accompagnement des personnes souffrant de douleurs en exil. Ils pourront s'appuyer sur les ressources spécifiques de leurs patients en exil. Ils devront exercer leur mission de soin en trouvant leur place dans un contexte politique et social. Ils devront reconnaître les possibilités et les limites de leurs fonctions. Ils devront accepter de traverser des frontières pour accompagner ces patients : entre sanitaire et social, entre corps et esprit, entre médecine conventionnelle et pratiques traditionnelles.

MOTS CLES : migrants, demandeurs d'asiles, réfugiés,immigrants, douleur, douleur chronique.

DISCIPLINE: médecine générale.

TITRE ET RESUME EN ANGLAIS:

How should we take care of patients who suffer from chronic pain in a context of migration ? A qualitative metasynthesis.

Introduction

Nowadays, societies of the entire world have to welcome and provide care to individuals in a context of migration. Regarding health situation, it appears that this populations have specific vulnerability factors. Several studies show that chronic pains are more frequent and severe on people living in exile in comparison with native born populations.

Material and methods

The main goal of this study is to get et better understanding about life experiences of people living with chronic pain in a context of migration. Secondary objectives are to help guiding healthcare policies and to help healthcare professionnals in there daily practice supporting those patients.

Results :

Qualitative researches on immigrants people suffering from chronic pain are only leaded by female researchers.

Intimate experience of chronic pain is closely linked to the experience of exile. Reception conditions have a great influence on the way people in exile experience pain.

Regarding management of chronic pain, populations in exile face specific fragilities and mobilise specific resources.

Conclusion :

Health care professionals play an important part in the way immigrant people deal with chronic pain. These professionals can rely on patients strong and specific resources.

In order to achieve there mission of care, heathcare professionals will have to navigate side by side with patients through a social and political context. They will have to identify possibilities and limits of there health care function. They will also have to accept to cross borders with patients : between body and mind, beetwen health and social matters, between conventional and alternative care.

KEYWORDS : migrants, immigrants, asylum seekers, culturally diverse population, pain, chronic pain, pain management