



Somatisation, migration et culture : alternatives à quelques idées reçues

Cet article cherche à déconstruire l'idée reçue selon laquelle les «migrants somatisent plus». Pour ce faire, il propose une relecture du processus de somatisation et une mise en évidence des facteurs liés à la migration qui peuvent encore compliquer la relation thérapeutique avec le soignant. Il conclut par des suggestions pour mieux comprendre le contexte du patient et prône une interprétation plurielle du processus de somatisation.

INTRODUCTION

Lorsqu'on parle de somatisation chez des patients migrants, il existe un a priori persistant que certains groupes de migrants somatisent davantage que les autochtones. L'origine des étrangers évolue, mais les clichés restent tenaces; un exemple en serait la «balkanisation» de ce qu'on appelait autrefois le syndrome méditerranéen.¹ Le texte qui suit se penche donc sur le phénomène de somatisation et sur les présupposés culturels qui l'entourent. Il propose ensuite des alternatives de lecture à ce phénomène afin de permettre d'élargir ses perspectives tant avec nos patients migrants que nos patients suisses souffrant de somatisation.

SOMATISATION: CONCEPT ET DÉFINITION

Le nom donné au phénomène s'est modifié avec le temps, depuis l'*hystérie* des écrits d'Hippocrate jusqu'à l'ébauche du concept moderne tel que défini au XVII^e siècle. Sydenham le décrit alors comme une maladie des femmes, l'hypocondrie étant son pendant masculin. Il conteste le premier son origine utérine et met l'accent sur l'influence du stress émotionnel sur le système nerveux, responsable de provoquer divers symptômes physiques et psychiques.² Au XIX^e siècle, Briquet réfute l'exclusivité féminine et l'origine utérine de ce syndrome, et affirme que l'hystérie est produite par une souffrance, liée à un stimulus de l'environnement sur une personnalité susceptible, qui engendre une lésion dans la partie affective du cerveau, entraînant un état pathologique avec différents symptômes qui constituent une véritable maladie.³ Cette vision reste dans l'ombre suite à l'émergence de la psychanalyse et de la théorie freudienne de *conversion*, c'est-à-dire de la transformation d'un conflit intrapsychique inconscient en symptômes somatiques. Le terme même de *somatisation* est introduit par Stekel au XX^e siècle et reprend le concept freudien de symptômes somatiques «psychogènes». Le manuel psychiatrique DSM I en opérationnalise les critères diagnostiques en 1952, maintenant la causalité psychique jusqu'à sa troisième révision (DSM III-R) lorsqu'elle ne devient plus qu'un élément associé temporairement aux symptômes. Une refonte complète des troubles somatoformes est annoncée dans le DSM-V.

Néanmoins, peu de patients remplissent les critères formels pour le diagnostic de somatisation; en clinique, la définition pratique communément utilisée est *la présentation d'une souffrance intrapsychique et psychosociale dans un langage de plaintes corporelles, suivie d'une consultation médicale*.⁴ Différents modèles d'explication pour le

Rev Med Suisse 2012; 8: 1404-9

M. Dominicé Dao

Dr Melissa Dominicé Dao
 Consultation transculturelle
 Service de médecine de premier
 recours
 Département de médecine
 communautaire, de premier recours
 et des urgences
 HUG, 1211 Genève 14
 melissa.dominice@hcuge.ch

Somatization, migration and culture: common assumptions and alternative strategies

This article wishes to deconstruct the stereotype of the «somatizing migrant» by reexamining the process of somatization in a cultural perspective and by pointing out the factors that may jeopardize the therapeutic relationship with a migrant patient. It offers suggestions to broaden the clinician's perspective of his patient, and argues for multiple interpretations of the somatization process.



phénomène de somatisation coexistent actuellement selon l'école de pensée du clinicien : présentation somatique de troubles affectifs, amplification de sensations corporelles (sensibilisation centrale ou incapacité psychologique à banaliser), comportement-maladie, résultante d'un ébranlement traumatique ou d'un deuil, etc. Le dilemme clinique est de savoir comment soigner un patient présentant des symptômes somatiques, ou une intensité de symptômes inexpliqués par un substrat organique, accompagnés d'une détresse psychique reconnue – ou non – par le patient. Lorsque de surcroît, ce patient est un migrant, avec un cadre de référence qui nous est peu familier, la difficulté peut s'avérer dédoublée.

ÉPIDÉMIOLOGIE

La somatisation est un phénomène fréquent en médecine générale avec une prévalence en cabinet estimée à 15-30% selon les contextes.⁵ Dans la population générale, les études multicentriques évaluent cette prévalence à 0,9%, et cela partout dans le monde, même si le type de symptômes présentés va varier géographiquement.⁶ Ces auteurs soulignent que la présentation somatique d'une détresse psychique est un phénomène mondial, mais aussi que la séparation entre corps et esprit a davantage à voir avec un mode de raisonnement médical qu'avec les sensations vécues par le patient. Par contre, les types de symptômes présentés, leurs attributions et leurs interprétations diffèrent d'un site à l'autre, en lien avec les croyances de santé, l'expression culturelle des problèmes psychosociaux, la disponibilité et l'organisation du système de soins local. Quelques études démontrent une prévalence de somatisation un peu plus élevée chez les migrants,^{7,8} mais ceci est vrai aussi pour d'autres maladies chroniques.⁹ En fait, ces études posent un certain nombre de problèmes méthodologiques. Les questionnaires diagnostiques ne sont pas toujours validés dans d'autres langues et cultures et il peut y avoir un manque de pondération pour des facteurs confondants tels que le niveau socio-économique ou éducatif, l'acculturation au pays d'accueil, l'accès aux soins ou le degré de discrimination. Enfin, ces instruments ont été critiqués comme étant le produit d'une culture donnée ; ils ne peuvent donc que mesurer des éléments universels du phénomène, négligeant ses aspects culturels particuliers, selon le principe de *category fallacy*.¹⁰

CULTURE

La culture est définie comme un ensemble de savoirs et de pratiques qui s'acquièrent et se transmettent socialement au sein d'un groupe donné, permettant à ses membres de communiquer et vivre ensemble. Il s'agit d'un processus dynamique, avec des variations importantes au sein d'une communauté. Chaque individu est en réalité issu d'une multiplicité de cultures (nationale, ethnique, familiale ou professionnelle par exemple). On ne peut donc pas préjuger de l'appartenance ou du comportement d'un individu en se référant à un étiquetage culturel unique, forcément réducteur.

Toutefois la (ou les) culture(s) d'une personne vont in-

fluencer les moments-clés de la prise en charge, en particulier la perception des symptômes, leur interprétation, leur expression et l'action à y apporter. Les concepts traditionnels de maladie et la légitimité de certains symptômes vont offrir un cadre au comportement-maladie ou à la recherche de soins. Des visions et des valeurs culturelles partagées par les soignants et les patients vont évidemment faciliter la compréhension réciproque et le soutien offert aux patients.¹¹ A contrario, le sentiment d'étrangeté suscité par la rencontre avec certaines altérités peut s'avérer une menace pour la capacité d'empathie du clinicien.¹²

SOMATISATION : CONSTRUCTION CULTURELLE ET SOCIALE

La somatisation est à considérer comme un objet atypique de notre système de pensée biomédical occidental. Il n'a pas sa place dans le dualisme corps-esprit prédominant depuis Descartes. D'autre part, la somatisation ne peut être authentifiée par des signes cliniques tangibles ou des examens paracliniques mesurables ; on ne peut que se référer à la perception subjective du patient. Cette appellation diagnostique permet donc au système biomédical d'intégrer une entité clinique qui est en contradiction avec sa structure fondamentale. En comparaison, le concept de somatisation n'a aucune pertinence dans d'autres traditions médicales telles que la médecine ayurvédique ou chinoise, où les symptômes ou complexes de symptômes sont considérés de manière holistique comme une évidence de maladie, sans nécessité de validation externe, et sont souvent compris dans une perspective sociocentrique plutôt que basés sur des facteurs individuels.²

On oppose souvent le terme de *psychologisation* à celui de somatisation, c'est-à-dire la tendance à percevoir le malaise en termes psychologiques et à chercher un traitement psychosocial adapté. Cette manière de raisonner est parfois considérée comme plus « évoluée ». Plusieurs auteurs ont critiqué cette perspective, considérant la psychologisation comme une construction culturelle spécifique à notre culture occidentale et ses valeurs fondamentales telles que l'expressivité et l'individualisme.¹³ Dans cette optique, la somatisation serait plutôt la manière « normale » de réagir, congruente avec d'autres valeurs culturelles telles que la maîtrise des émotions, l'harmonie du groupe ou le mode de communication, pour n'en citer que quelques-unes.¹⁴

La psychologisation permet aussi de déplacer la responsabilité de l'étiologie, de l'échec thérapeutique ou de l'exacerbation inexpliquée sur les émotions ou les traits de personnalité du patient.¹⁵ Cette imputabilité du problème au patient peut être comprise comme une stratégie de défense des médecins contre leurs propres limites et leurs sentiments d'impuissance ou de frustration, engendrés par ces situations de somatisation chronique.¹⁶ Des études qualitatives nous montrent que le fait de donner une étiquette diagnostique autre que celle de somatisation dépend en grande partie d'une certaine ouverture du somaticien et serait influencée par une perception positive de l'interaction, par la reconnaissance des préoccupations du patient et par la possibilité de coconstruire une explication tangible offrant des moyens d'autogestion au patient.¹⁷⁻¹⁹ La



somatisation est donc aussi une résultante de difficultés de communication entre patient et soignant.

LE PATIENT MIGRANT

Le patient migrant est également à risque de difficultés de communication avec le soignant en lien avec leurs différences culturelles: barrières linguistiques, modes d'expression verbal et non verbal, rôle renforcé de l'âge et du genre, attentes envers les soignants et le système de soins, conceptions de santé et de maladie, etc. Ces problématiques aboutissent souvent à des difficultés de prise en charge et des inégalités de santé.²⁰ Une partie des disparités de soins proviennent des préjugés – souvent inconscients – des soignants, mais aussi de la méfiance des patients et de leur manque de connaissances des systèmes de soins. Enfin, les possibilités d'intégration offertes par le pays d'accueil aux migrants, en particulier l'accès au système de soins, vont avoir une influence majeure sur leur santé.²¹

Lorsque le clinicien se trouve en difficulté face à un patient migrant, en particulier lorsqu'il est dans l'incapacité de formuler un diagnostic et d'agir sur les plaintes de son patient, et de surcroît lorsque ce patient ne se conforme pas aux normes habituelles connues, il peut se sentir remis en question aux niveaux de son rôle et de ses compétences. Un processus de distanciation et de stigmatisation du patient par le soignant va renforcer les normes tout en décrivant l'autre comme déviant de celles-ci.²² Le patient devient alors un *Autre* culturellement différent et permet ainsi de se défendre contre la menace qu'il représente pour l'identité professionnelle du soignant.²³ Dans cette optique, l'étiquette de somatisation chez un patient migrant peut être considérée comme une double mise à distance du sujet, dont le comportement est particulièrement déconcertant pour le clinicien.

Le patient migrant peut aussi amener des récits dramatiques, souvent traumatiques, qui dérangent le confort psychique du soignant en remettant en question sa réalité et son sens de la justice. Confronté à une carence imaginative suite à un récit dont l'intelligibilité, la plausibilité ou la cohérence semble faire défaut, le soignant peut bien sûr élargir son horizon des possibles; mais il peut aussi rejeter ce récit en le mettant en doute ou en questionnant les motifs du narrateur, voire en lui attribuant une psychopathologie.²⁴ La somatisation est donc aussi un moyen pour le clinicien de catégoriser des plaintes corporelles mal systématisées dans un contexte culturel qui lui échappe.

ÉLÉMENTS-CLÉS DE L'ANAMNÈSE D'UN PATIENT MIGRANT

Comment faire pour accéder au contexte culturel de l'Autre? La culture d'un individu étant plurielle et en perpétuelle transformation, le patient est à considérer comme le meilleur informateur de sa propre culture. Le guide de formulation culturelle (tableau 1) propose un outil anamnétique performant avec des patients migrants, dont les spécificités ont déjà été décrites ailleurs.^{25,26} Quelques points s'avèrent particulièrement pertinents lors de somatisation.

Tableau 1. Éléments-clés d'une anamnèse socio-culturelle: guide de formulation culturelle
(Tiré de réf.²⁵).

Identité culturelle et histoire de migration

- Nationalité, langue, religion, profession, niveau d'éducation du patient
- Contexte prémigratoire/migratoire/postmigratoire
- Implications avec la culture d'origine/la culture d'accueil

Explications culturelles de la maladie

- Plainte(s) prédominante(s) et légitimité pour sa communauté
- Modèle(s) explicatif(s) pour ce(s) symptôme(s), en particulier signification et sévérité perçues et traitement préconisé
- Connaissance du système de santé, autre(s) expérience(s) de traitement

Facteurs culturels liés à l'environnement psychosocial

- Stress liés à la migration (permis de séjour, logement, emploi, regroupement familial, etc.)
- Ressources personnelles, familiales et communautaires du patient

Éléments culturels de la relation médecin-patient

- Origine du clinicien et maîtrise d'une langue commune avec le patient
- Connaissances/expériences préalables avec le groupe culturel du patient
- Présupposés de chacun de la culture de l'autre
- Relations historiques entre leurs deux pays et conflits potentiels

Synthèse et implications pratiques pour la prise en charge du patient

- Modifications du diagnostic, du traitement ou de la prise en charge

Pour comprendre le vécu des plaintes somatiques du patient, il est nécessaire de connaître son contexte prémigratoire, son histoire de migration (comment? pourquoi?...) et les différences entre sa situation actuelle et les représentations qu'il s'en faisait. Un élément essentiel à rechercher est l'exposition à la violence, en tant que victime ou témoin, que ce soit dans le pays d'origine, pendant la migration ou en terre d'accueil, compte tenu des liens entre l'apparition de symptômes de somatisation après un événement traumatique, le symptôme somatique pouvant être la seule manifestation spontanément exprimée d'un syndrome de stress post-traumatique.^{27,28} Une étude qualitative genevoise montre que les patients font eux-mêmes le lien entre leurs symptômes et leurs expériences traumatiques prémigratoires.²⁹

Les modèles explicatifs culturels et les traitements traditionnels préconisés pour les symptômes présentés peuvent évidemment offrir des pistes de compréhension au patient qu'il s'agit d'explorer avec lui. Le comportement du patient dans le système de santé va être dicté par la légitimité culturelle de ses symptômes, mais aussi par sa connaissance du système de soins et sa possibilité d'y accéder. Par exemple, le manque de psychiatres dans le pays d'origine des patients et le fait que ces rares spécialistes soient réservés aux maladies psychiatriques graves et invalidantes, peuvent expliquer le stigma attaché au suivi psychiatrique. Enfin, les attentes du patient des possibilités thérapeutiques et diagnostiques de la médecine occidentale sont souvent immenses, et l'absence d'un diagnostic pour une plainte somatique peut générer beaucoup d'incompréhension.

Des difficultés psychosociales typiques de la migration, comme l'insécurité administrative (permis de séjour), la perte de statut socio-économique, ou la modification des dynamiques familiales – pour n'en citer que quelques-



unes – peuvent renforcer un tableau de somatisation. Dans ce cas, on peut dire que le corps offre un vocabulaire de résistance aux événements de vie. En plus des facteurs de stress spécifiques à la migration, il est essentiel de rechercher aussi les ressources disponibles pour le patient, du point de vue personnel, familial, communautaire ou spirituel.

Mais surtout, la rencontre avec l'altérité du patient (migrant ou pas) nécessite de tourner le regard vers soi et d'examiner sa propre culture personnelle et professionnelle, sa connaissance ou son ignorance du contexte du patient, comme ses présupposés de la culture de l'Autre. L'impuissance du clinicien à agir sur les facteurs externes (sociaux, administratifs, politiques) peut générer de la frustration, qu'il convient de reconnaître. Pour le patient migrant, le clinicien est souvent considéré comme un représentant du pays d'accueil; selon le contexte politique, ce dernier peut être amené à devoir se positionner en tant que citoyen, avec plus ou moins d'aisance. Les barrières au lien et à la communication doivent être prises en compte, telles que l'absence de langue commune ou la possibilité d'un conflit lié à des faits historiques entre son pays et celui du patient. On est dans une rencontre entre deux individus, mais chacun des deux peut être porteur des préjugés de l'autre; cette réalité commune à toute rencontre clinique nécessite une attention particulière avec le patient migrant.

CONCLUSION: SIGNIFICATIONS MULTIPLES DES SYMPTÔMES SOMATIQUES

Kirmayer et Young¹³ proposent une sémiotique des symptômes somatiques en l'absence de substrat organique, dont l'interprétation dépendra de la posture du clinicien (tableau 2). Dans l'optique où les symptômes somatiques sont une expression d'un idiome de détresse culturelle, ces modèles culturels offrent aux individus un «vocabulaire» de symptômes en même temps qu'une explication pour leur souffrance. Cette expression de la détresse est compréhensible pour ceux du même groupe culturel, elle contient donc des éléments somatiques, émotionnels et sociaux. Ces idiomes de détresse ne sont pas l'apanage de

Tableau 2. Cadre interprétatif et signification potentielle des symptômes somatiques

(Tiré de réf.¹³).

- Indice de maladie ou désordre somatique
- Expression symbolique d'un conflit intrapsychique
- Indicateurs d'une psychopathologie spécifique
- Expression socialement reconnue de détresse
- Métaphore d'une expérience
- Acte de positionnement social
- Forme de commentaire ou protestation sociale

groupes culturels exotiques, mais existent aussi dans nos sociétés.³⁰ Cette détresse peut aussi être exprimée de manière moins structurée comme une métaphore d'une expérience personnelle, offrant par là des possibilités multiples d'interprétation. Lorsque le symptôme a une fonction de positionnement social, il permet une reconfiguration du rôle social du patient et des relations interfamiliales ou personnelles. Il s'agit d'une forme de résistance, ou d'une contestation exprimée de manière détournée. Toutes ces significations ne sont pas mutuellement exclusives, mais la stratégie thérapeutique proposée dépendra du sens retenu par le soignant. ■

Implications pratiques

- La somatisation est un phénomène ubiquitaire dont la prévalence est semblable à travers le monde, et qui peut être considérée comme une manière normale de réagir au malheur
- La qualité de la communication et de la relation avec le patient va influencer le fait d'attribuer ou non le diagnostic de somatisation; avec les patients migrants, ce diagnostic peut être symptomatique de difficultés de compréhension accrues pour le clinicien
- Certains éléments-clés de l'anamnèse personnelle devraient être abordés avec les patients migrants, néanmoins un des éléments primordiaux reste l'examen critique de son propre positionnement culturel vis-à-vis du patient

Bibliographie

- 1 Durieux-Paillard S, Eytan A. Du syndrome méditerranéen à la balkanisation des diagnostics: l'art difficile de la neutralité en médecine. *Rev Med Suisse* 2007;3: 1413-4.
- 2 ** Fabrega H. Somatization in cultural and historical perspective. In *Current concepts of somatization* (dir. Kirmayer LJ, Robbins J). American Psychiatric Press, 1991.
- 3 Mai F, Merskey H. Briquet's concept of hysteria: An historical perspective. *Can J Psychiatry* 1981;26:57-62.
- 4 Lipowski ZJ. Somatization: The concept and its application. *Am J Psychiatry* 1988;145:1358-68.
- 5 Fink P, Sorensen L, et al. Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics* 1999;40:330-8.
- 6 Gureje O, Simon GE, et al. Somatization in cross-cultural perspective: A World Health Organization study in primary care. *Am J Psychiatry* 1997;154:989-95.
- 7 Aragona M, Tarsitani L, Colosimo F, et al. Somatization in primary care: A comparative survey of immigrants from various ethnic groups in Rome, Italy. *Int J Psych Med* 2005;35:241-8.
- 8 Ritsner M, Ponizovsky A, Kurs R, Modai I. Somatization in an immigrant population in Israel: A community survey of prevalence, risk factors, and help-seeking behavior. *Am J Psychiatry* 2000;157:385-92.
- 9 Koochek A, Mirmiran P, Azizi T, et al. Is migration to Sweden associated with increased prevalence of risk factors for cardiovascular disease? *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2008;15:78-82.
- 10 Kleinman A. Depression, somatization and the «new cross-cultural psychiatry». *Soc Sci Med* 1977;11: 3-10.
- 11 Bates M, Rankin-Hill L, Sanchez-Ayendez M. The effects of the cultural context of health care on treatment of and response to chronic pain and illness. *Soc Sci Med* 1997;45:1433-47.
- 12 Kirmayer LJ. Empathy and alterity in cultural psychiatry. *Ethos* 2008;36:457-74.
- 13 ** Kirmayer LJ, Young A. Culture and somatization: Clinical, epidemiological and ethnographic perspectives. *Psychosom Med* 1998;60:420-30.
- 14 Kleinman A. Social origins of distress: Neurasthenia, depression and pain in modern China. New Haven: Yale University Press, 1986.
- 15 Helman C. Psyche, soma and society: The social construction of psychosomatic disorders. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1985;9:1-26.
- 16 ** Allaz AF. Le message boiteux: approche pratique des douleurs chroniques. Genève: Médecine et Hygiène, 2003.
- 17 Salmon P, Peters S, Stanley I. Patients' perceptions of medical explanations for somatization disorders: Qualitative analysis. *BMJ* 1999;318:372-6.
- 18 Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms: How often and why are they missed? *QJM* 2000;93:21-8.
- 19 Dowrick CF, Ring A, Humphris GM, Salmon P. Normalization of unexplained symptoms by general practitioners: A functional typology. *Br J Gen Pract*



2004;54:165-70.

20 Institute of Medicine. Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care. J Natl Med Assoc 2002;94:666-8.

21 Steel Z, Momartin S, Silove D, et al. Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies. Soc Sci Med 2011;72:1149-56.

22 Léanza Y. Exercer la pédiatrie en milieu multiculturel. Genève: Georg, 2011.

23 Grove NJ, Zwi AB. Our health and theirs: Forced migration, othering and public health. Soc Sci Med 2006;62:1931-42.

24 Kirmayer LJ. Failures of imagination: The refugee's

narrative in psychiatry. Anthropol Med 2003;10:167-85.

25 ** Mezzich JE, Caracci G, Fabrega H, Kirmayer LJ. Cultural formulation guidelines. Transcult Psychiatry 2009;46:383-405.

26 Dominicé Dao M. Consultation transculturelle en milieu hospitalier. In: Clinique de l'Exil: chroniques d'une pratique engagée (dir: Goguikian Ratcliff B, Strasser O). Genève: Médecine et Hygiène, 2009.

27 Escalona R, Achilles G, Waitzkin H, Yager J. PTSD and somatization in women treated at a VA primary care clinic. Psychosomatics 2004;45:291-6.

28 Aragona M, Catino E, Pucci D, et al. The relationship between somatization and posttraumatic symptoms among immigrants receiving primary care services. J

Trauma Stress 2010;23:615-22.

29 Junod Perron N, Hudelson P. Somatization: Illness perspectives of asylum seeker and refugee patients from the former country of Yugoslavia. BMC Fam Pract 2006;7:10.

30 Witztum E, Latzer Y, Stein D. Anorexia nervosa and bulimia nervosa as idioms of distress: From the historical background to the current formulation. Int J Child Adolesc Health 2008;1:283-94.

* à lire

** à lire absolument