



# Santé musculo-squelettique – douleurs chroniques

Programme national de recherche PNR 53

Bulletin 7 • décembre 2007

## ÉDITORIAL



Pr Thomas Kohlmann,  
membre du Comité  
de direction du PNR 53

Peu d'autres pays présentent une diversité culturelle et linguistique aussi grande que la Suisse. Ainsi, 1,5 millions d'étrangers originaires des pays les plus divers – personnes dites «d'origine migrante» – vivent en Suisse. Ces personnes vivent dans un contexte socioculturel qui, pour certains groupes de migrants, se différencie nettement de la situation dans leur pays d'origine.

On sait que la prise en charge médicale des migrant-e-s peut être liée à des problèmes et défis particuliers. Des barrières linguistiques, des lacunes de connaissances et d'information des patients et du personnel médical, des modèles culturels spécifiques de la perception des symptômes et de la gestion de la maladie, une charge psychosociale plus élevée combinée à des ressources de gestion réduites – autant de facteurs qui peuvent entraîner des problèmes considérables à tous les niveaux de la prise en charge médicale. Les maladies dont le traitement met l'accent sur une «médecine de parole» sont particulièrement concernées par ce problème.

Les maladies de l'appareil locomoteur et les douleurs chroniques avec leurs exigences bien spécifiques de suivi psychologique, de formation des patients et de conseil social font presque toutes partie de cette catégorie de maladies. Par conséquent, une conception des soins sensible à la culture et à la migration est une condition essentielle du succès du traitement de ces maladies.



Source: Marina Slepsova, Unité de Psychosomatique, Hôpital universitaire de Bâle

## POINT FORT

## Migration et santé: un contexte difficile pour les soins

La Suisse est un pays d'immigration: en 2005, le taux d'étrangers était de 20,7% de la population résidante permanente, 7,4% des habitants étaient des personnes naturalisées. Mais bien que l'on ait dénombré à fin 2003 environ 1,65 millions de personnes d'origine étrangère et 65 000 requérants d'asile vivant en Suisse, on ne sait que peu de choses sur l'état de santé des migrant-e-s. Ceci est tout particulièrement vrai des connaissances sur les douleurs musculo-squelettiques. «Il n'y a pratiquement pas d'enquêtes et peu de connaissances spécifiques sur les maladies de l'appareil locomoteur chez les migrant-e-s», dit Janine Dahinden du Forum suisse pour l'étude des migrations de Neuchâtel.

Une des raisons de cette lacune dans les connaissances est que des enquêtes telles que l'Enquête suisse sur la santé, réalisée tous les cinq ans, sont effectuées uniquement dans les langues du pays. En outre, cette enquête ne tient pas compte de la situation spécifique dans laquelle vivent les migrant-e-s. Afin de remédier au moins partiellement à ce problème, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a mandaté en 2004 un «Monitoring de la santé de la population migrante en Suisse». Pour la première fois, on a, à l'aide d'entrevues téléphoniques, relevé des données sur certaines des nationalités vivant en Suisse – état de santé, comportement préventif, recours aux prestations du système de santé. En juillet de cette année, le rapport correspondant a été publié.

La Suisse fait sans nul doute partie des pays ayant rapidement reconnu et placé sur l'agenda de la politique de santé la nécessité d'un soutien social, linguistique et culturel pour les migrant-e-s dans le secteur de la santé. La stratégie «migration et santé» de la Confédération, élaborée sous la direction de l'OFSP, présente non seulement les principaux facteurs qui influencent la santé des migrant-e-s, mais définit aussi des champs et des possibilités d'action pour réduire les conditions défavorables auxquelles les personnes d'origine migrante sont confrontées dans le secteur de la santé.

Aussi claires ces possibilités d'intervention soient-elles en général, aussi difficile semble leur mise en œuvre dans la pratique. En dépit de nombreux efforts, il n'y a encore que trop peu de connaissances et d'expériences sur les offres réalisables dans le secteur de la santé, acceptables pour les personnes concernées et prometteuses de succès. Plus la situation socio-culturelle du pays d'origine des migrant-e-s se différencie de la situation en Suisse, plus le besoin en résultats de recherche orientés vers la pratique est urgent.

C'est dans ce contexte que l'équipe de recherche de Wolf Langewitz a élaboré et testé dans le cadre du PNR 53, un concept permettant de soigner les patients turcs souffrant de douleurs chroniques par des méthodes thérapeutiques modernes. Ce projet de recherche a mis en évidence la haute signification des barrières linguistiques et culturelles. Le rôle de ces barrières est également apparu dans l'étude de Stefan Bachmann de la clinique de Valens: les patients souffrant de douleurs dorsales, d'origine migrante mais n'ayant pas ces barrières ou chez lesquels il a été possible de les surmonter en cours de traitement, ont pu obtenir des résultats équivalents à ceux des patients autochtones.

Ces résultats de recherche ne sont sans doute qu'un élément de la mosaïque d'une prise en charge médicale sensible à la migration. Mais ils contribuent à étendre les connaissances scientifiques et à améliorer les offres de traitement pour les migrant-e-s. A l'avenir, la recherche devra montrer dans quelle mesure les expériences acquises dans le cadre du PNR 53 peuvent être mises en œuvre dans d'autres secteurs de la prise en charge médicale.

D'après ce rapport, les migrant-e-s évaluent leur état de santé comme étant nettement moins bon que celui des Suisses. En particulier les personnes originaires de Turquie et les requérants d'asile originaires du Kosovo disent qu'ils ont des troubles physiques et psychiques pénibles depuis plus d'un an. Plus de 20% d'entre eux disent souffrir de fortes douleurs dorsales ou maux de tête ainsi que de troubles du sommeil. «Mais au bout du compte, nous ne pouvons faire que des déclarations rudimentaires au sujet des maladies musculo-squelettiques des migrant-e-s», dit Thomas Spang, chef de la section Migration et santé de l'OFSP.

Diverses autres études indiquent, tout au moins partiellement, que les migrant-e-s qui ont accompli pendant longtemps des travaux physiques pénibles souffrent plus souvent que la moyenne de douleurs dorsales chroniques une fois à la retraite. Souvent, ces souffrances physiques s'accompagnent de dépressions et de crises émotionnelles. Le niveau d'études des migrant-e-s est plus bas que celui des Suisses. Les personnes originaires d'Italie, de l'ex-Yougoslavie et de Turquie surtout, travaillent en majorité dans des entreprises de production industrielle ou du bâtiment. Il n'est donc pas surprenant que les migrant-e-s en âge de travailler aient plus souvent que la moyenne des maux physiques et reçoivent des rentes AI. Parmi les hommes subissant un accident, le taux d'étrangers est supérieur à la moyenne. «De plus, nombre de migrants vivent dans des conditions économiques précaires», dit Thomas Spang, «les questions de santé et de prévention passent du coup souvent à l'arrière-plan».

### Différentes approches thérapeutiques

On a d'une part des causes spécifiques de douleurs chroniques, liées à la situation sociale et économique des migrant-e-s. D'autre part, qu'en est-il des soins: peut-on transposer aux migrant-e-s des traitements qui ont fait leurs preuves sur les Suisses? Quels sont les défis spécifiques à la prise en charge médicale des migrant-e-s atteints de troubles musculo-squelettiques? Les projets du PNR 53 se penchent aussi sur de telles questions.

L'équipe de Wolf Langewitz de l'unité de psychosomatique de l'Hôpital universitaire de Bâle a constaté que les concepts classiques de traitement de la douleur sont orientés vers une population d'Europe de l'ouest, sachant lire et écrire, et apte à parler de son état de santé avec un médecin. Or, «environ un tiers des femmes turques qui viennent nous consulter sont analphabètes», dit Marina Sleptsova, psychologue et psychothérapeute à Bâle. Les migrants turcs connaissent sou-

vent mal leur corps, par exemple l'anatomie, et ils sont plus expressifs dans la description de la douleur que les personnes originaires d'Europe de l'ouest. De même que, pour des raisons culturelles, la responsabilité pour la famille est déléguée au chef de famille, les migrant-e-s turcs ont tendance à déléguer au médecin la gestion de la douleur, explique Mme Sleptsova. Ils attendent plutôt «une attitude patriarcale bien intentionnée de la part du médecin» qu'une relation de partenariat.

Pour découvrir comment prendre au mieux en compte ces conditions existantes, les chercheurs bâlois ont comparé deux approches pour le traitement des douleurs chroniques chez les migrant-e-s turcs. Dans un groupe, ils ont combiné un traitement de physiothérapie avec une thérapie comportementale cognitive (voir l'exemple de cas). Le but était que les personnes touchées perdent leur peur de la douleur et de soigner les troubles annexes tels que dépression ou stress. Un aspect important était aussi d'expliquer patiemment aux patient-e-s les pourquoi de leur maladie en utilisant des images. Le groupe de contrôle a reçu une thérapie intensive de groupe, dirigée uniquement par des physiothérapeutes. Des interprètes sont intervenus dans les deux groupes.

Les chercheurs bâlois n'ont pas encore terminé l'analyse de leurs expériences. Cependant, une chose est claire, dit Marina Sleptsova: les deux approches sont efficaces, même si les accents sont différents. Dans les deux groupes, environ un patient sur cinq interrompt le traitement, ce qui est comparable aux thérapies avec des patient-e-s de langue allemande. En outre, l'intervention d'interprètes s'est avérée efficace. Ce résultat est contraire à ceux d'études réalisées en Allemagne par le passé et selon lesquelles une thérapie avec des migrants ne peut fonctionner que si les thérapeutes parlent la langue des patients.

Dans une autre étude, Stefan Bachmann et ses collègues du Centre de rééducation de la clinique Valens ont comparé deux programmes thérapeutiques de traitement des douleurs dorsales chroniques non spécifiques chez des Suisses et chez des migrant-e-s. Ils se sont penchés en particulier sur la question des coûts indirects qui découlent des congés de maladie des personnes touchées. Dans le programme d'entraînement fonctionnel, le message des médecins aux patients était: «Nous savons que vous avez mal, mais ces douleurs vont diminuer si la constitution physique générale s'améliore». Il s'agissait donc d'ignorer la douleur et de persister dans la pratique d'exercices visant à améliorer la force, l'endurance et

la souplesse. Dans le traitement orienté vers la douleur, il s'agissait en premier lieu au contraire de combattre directement la douleur par une physiothérapie orientée vers la douleur, mais aussi par des massages, des ultrasons ou un traitement électrique. Dans les deux groupes, les patients – 87 dans chaque groupe – avaient été en incapacité de travail pendant au moins six semaines au cours des six mois précédant le début de l'étude. Au bout d'un an, le nombre de jours de travail des patients du groupe d'entraînement fonctionnel avait augmenté, passant à 115. Chez les patients du groupe de traitement orienté vers la douleur, le nombre de jours de travail n'était que de 75.

#### **Pas d'effets sur la rééducation**

Environ la moitié des participants était des migrants, ce qui correspond à peu près à la composition des patients du Centre de rééducation de la clinique Valens. Stefan Bachmann dit: «nous n'avons pas détecté de différences entre les migrants et les autochtones». Mais ce résultat est aussi lié au fait que de nombreux migrants n'avaient pas pu être

inclus dans l'étude parce qu'ils avaient souvent des troubles annexes tels qu'une dépression. De plus, les participants parlaient tous bien l'allemand ou l'italien.

Selon Stefan Bachmann, le processus de rééducation évolue en principe aussi bien chez les migrants que chez les personnes originaires d'Europe de l'ouest – mais à la condition qu'ils comprennent le pourquoi et le comment du traitement et qu'ils y participent. Or, tel n'est pas le cas si les migrants ont des problèmes de langue, ont fait peu d'études ou sont originaires d'une région rurale où les gens ont l'habitude de déléguer la responsabilité pour leur santé à une autorité telle que le médecin. Pour surmonter tout au moins les barrières linguistiques, la clinique de Valens s'efforce d'employer des migrant-e-s pour avoir sur place les compétences linguistiques nécessaires.

Il reste fort à faire pour améliorer le traitement des migrant-e-s. Par exemple les compétences culturelles des médecins, dit Janine Dahinden. Que ce soit à la porte du service des urgences des hôpitaux ou dans le cabinet du médecin de famille: «Bien souvent,

les médecins ne savent pas comment parler aux migrants ou connaissent mal leur mode de vie». En outre, les médecins auraient besoin d'un accès plus facile à des interprètes spécialisés dans le secteur de la santé. «À court terme, ceci entraînerait des coûts supplémentaires, mais à long terme, il s'agirait d'une mesure économique car le traitement médicamenteux des migrants serait plus exact», explique Marina Sleptsova. De tels projets font partie de la «Stratégie migration et santé. Phase II: 2008-2013» que l'Office fédéral de la santé publique vient de publier. Thomas Spang, chef de la section de l'OFSP, dit: «Nous avons en Suisse une société pluri-culturelle. Il faut en tenir compte – entre autres également dans la politique de prise en charge médicale».

*Patrick Imhasly*

#### **SPOT**

## **Exemple de cas de l'unité de psychosomatique de l'Hôpital universitaire de Bâle**

Monsieur Y., 53 ans, est originaire de Turquie et vit dans la région de Bâle. Depuis plus de dix ans, il souffre de douleurs dorsales. Les causes exactes n'ont jamais pu être déterminées. Il y a environ quatre ans, les douleurs ont empiré et sont finalement devenues chroniques. Le handicap physique était si important que M. Y. ne pouvait plus continuer son travail de manoeuvre dans le bâtiment. Il a été licencié et a bénéficié des allocations chômage jusqu'à ce qu'il arrive en fin de droits. Aujourd'hui, il a un taux d'incapacité de travail de 50% et vit de l'aide sociale. L'assurance-invalidité a refusé de fournir des prestations. M. Y. dit qu'il aimerait vraiment travailler. Le problème est que, malgré ses efforts, il n'a pas trouvé d'emploi physiquement moins pénible.

Entre-temps, M. Y. participe régulièrement à une thérapie de groupe structurée dans l'unité de psychosomatique de l'Hôpital universitaire de Bâle. Cette thérapie combine un traitement de physiothérapie avec une thérapie compor-

tementale cognitive (voir article). Cette approche consiste à aider les patients à adopter une attitude moins timorée et moins pessimiste vis-à-vis de leur corps. M. Y. participe très activement à la thérapie de groupe, il s'intéresse particulièrement aux informations portant sur le comportement à suivre pour moins souffrir de ses douleurs toujours chroniques. M. Y. réagit particulièrement bien à une méthode de relaxation employée dans le cadre de la thérapie de groupe, la relaxation musculaire progressive de Jacobson. Cette méthode consiste à contracter puis détendre des groupes de muscles l'un après l'autre. M. Y. arrive ainsi à avoir de brefs moments de détente complète, lui permettant d'oublier ses douleurs.

*Patrick Imhasly*



«La recherche dans le secteur de la santé présente une lacune importante: il y a trop peu de données sur la population issue d'un contexte de migration.»

*Thomas Spang,  
chef de la section Migration et santé  
de l'Office fédéral de la santé publique OFSP*



«Il faudrait que la Suisse en fasse beaucoup plus pour la prévention chez les étrangers. Cela permettrait d'éviter de nombreux cas de maladies musculo-squelettiques chroniques et de rentes AI.»

*Janine Dahinden,  
professeure en sciences sociales et trans-  
nationales, Maison d'analyse des processus  
sociaux – MAPS,  
Forum suisse pour l'étude des migrations,  
Université de Neuchâtel.*

## PROGRAMME INTERNE

### Projets prolongés

Pour les projets suivants, un complément a été accordé dans le cadre du PNR 53:

- **P<sup>r</sup> Thomas Abel**, Université de Berne  
Déroulement des douleurs musculo-squelettiques du point de vue des patients: facteurs psychosociaux de guérison ou de chronicisation
- **D<sup>r</sup> Stefan Bachmann**,  
Clinique de rhumatologie et de rééducation, Valens  
Coûts à long terme chez les patients atteints de douleurs dorsales chroniques: contrôles à 3 ans d'une étude randomisée contrôlée
- **D<sup>r</sup> Dimitri Ceroni**, Hôpital des Enfants, Université de Genève  
Répercussions des fractures de l'enfant sur la croissance osseuse
- **PD D<sup>r</sup> Peter Jüni**, Université de Berne et **PD D<sup>r</sup> Michael Leunig**,  
Clinique Schulthess, Zurich  
Étude pilote sur la fréquence familiale du conflit fémoro-acétabulaire
- **PD D<sup>r</sup> Peter Jüni**, Université de Berne et **PD D<sup>r</sup> Michael Leunig**,  
Clinique Schulthess, Zurich  
Étude pilote sur le conflit fémoro-acétabulaire chez les femmes
- **P<sup>r</sup> Wolf Langewitz**,  
Hôpital universitaire de Bâle  
Évaluation d'un traitement en groupes de la douleur pour hommes et femmes turcs souffrant de douleurs chroniques
- **PD D<sup>r</sup> Robert Theiler**,  
Hôpital municipal Triemli, Zurich  
**P<sup>r</sup> Heike Bischoff-Ferrari**,  
Hôpital universitaire de Zurich  
Rééducation précoce lors d'une hospitalisation aiguë suite à une fracture de la hanche. Étude contrôlée, randomisée sur différents dosages de vitamine D et programmes de physiothérapie

### Colloque du programme du PNR 53

Le prochain colloque du programme du PNR53 aura lieu à Nottwil **du 16 au 18 avril 2008**. L'hôte du colloque est le professeur G. Stucki, membre du Comité de direction du PNR 53 et directeur de la Recherche suisse pour paraplégiques à Nottwil. Le colloque offrira aux équipes de recherche une occasion de présenter leurs derniers résultats et de raviver leurs contacts.

Sont invités à intervenir le professeur Felix Althaus, Université de Zurich, président du Comité de direction du PNR50 «Perturbateurs endocriniens» et le professeur Josef Smolen, Université de médecine de Vienne, qui fera un exposé sur la promotion européenne de la recherche dans le secteur de la santé musculo-squelettique. Également au programme une visite du Centre suisse des paraplégiques (CSP, dirigé par le docteur Beat Villiger) et de la Recherche suisse pour paraplégiques (RSP, dirigée par le professeur Gerold Stucki).

### IMPRESSUM

#### Éditeur:

Comité de direction du PNR53  
Fonds national suisse  
Wildhainweg 3, 3001 Berne  
www.nfp53.ch

#### Rédaction et commandes:

Mathis Brauchbar  
Chargé de valorisation du PNR53  
c/o advocacy ag, Forchstr. 70, 8008 Zurich  
brauchbar@advocacy.ch

Collaboration: D<sup>r</sup> Patrick Imhasly, Berne

Traduction: Sophie Neuberg

Graphisme: VischerVettiger, Bâle

Impression: Gremper AG, Bâle

