

CAHIER

PATIENTS FRONTIÈRES SANS



**L'APPROCHE INTERCULTURELLE
EN SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES**

Axel Hoffman,
médecin
généraliste.

Ils sont venus, ils sont tous là, et ils ne vont pas toujours très bien. Les patients d'origine étrangère déposent dans nos cabinets des souffrances parfois perturbantes. Qu'il s'agisse du mal du pays, du mal du voyage, du mal d'être ici, ou de ce foutu climat belge, il existe des plaintes et des pathologies dans lesquelles la perte des repères originels, le phénomène migratoire et la confrontation avec l'étrange culture du pays d'accueil sont au premier plan. Plus souvent ce n'est pas « l'exotisme » du problème de santé qui nous désarme, mais la façon dont il s'exprime, que ce soit dans la symbolique des mots ou celle du corps. L'accueil que nous offrons à ces plaintes joue un rôle tout aussi important : que peuvent-ils nous dire, que sommes-nous capables d'entendre, comment allons-nous « traduire » leur souffrance, y apporterons-nous une réponse acceptable et efficace ?

Consultés par des patients d'autre culture, les soignants tant de type généraliste que spécialiste rencontrent des difficultés de langue, de signification, de communication pour déchiffrer la demande qui leur est adressée, transmettre la réponse qu'ils proposent et en évaluer la pertinence. La conscience des impératifs et des valeurs de l'autre culture leur permettra d'optimiser leur intervention.

L'approche interculturelle en soins de santé primaires

Si la problématique de base est identique pour tous les soignants, les moyens d'une approche interculturelle diffèrent cependant entre la première ligne de soins et les autres. De plus en plus on tente dans les hôpitaux d'adopter des attitudes respectueuses de l'autre, par exemple en organisant des repas conformes à la fois aux prescrits de la religion et aux prescriptions médicales, ou en incorporant dans le personnel fixe des médiateurs interculturels. Mais il est malaisé dans des structures de soins hiérarchisées et finalisées par un objectif scientifique, de développer des savoir-faire personnalisés comme il est possible de le faire en première ligne de soins.

Plaise au lecteur de nous pardonner une expression apparemment récupératrice, la première ligne de soins a l'habitude de l'interculturel. De tout temps, la connaissance des systèmes de référence du patient a été un atout précieux du soignant dans l'investigation diagnostique et dans le choix d'une thérapeutique efficace. L'approche qui convient à une famille de morale patriarcale rigide n'opérera pas pour leurs voisins « artistes ». Entre ville et campagne, entre milieux ouvrier, bourgeois, agricole, entre croyants et non-croyants, entre élite et quart-monde, le soignant est confronté à des « microcultures », qui au-delà des différences psychologiques entre individus, se nourrissent de valeurs différentes - la première microculture étant sans doute celle du soignant lui-même, véhiculant à la fois les repères de ses propres racines et de sa connaissance scientifique. C'est une des spécificités de la première ligne de soins de développer une approche globale et continue des soins de santé, clef de l'univers du patient. Globalité : une vision du patient comme sujet indivisible, liant sa santé, son milieu familial, son environnement socioprofessionnel... Continuité : le patient dans son histoire, dans sa lignée, dans les significations qui l'agissent depuis bien avant sa naissance et qui évoluent avec le temps... Ce n'est possible qu'en exerçant dans le quartier où vit le patient, en soignant son entourage, en se rendant à son domicile...

Le passage d'une approche « microculturelle » à une approche « interculturelle » sera plus « naturel » pour un soignant de première ligne, mais ne peut se décrire en terme de saut quantitatif. A l'intérieur d'une même culture, le contenu des pensées et des valeurs varie de manière aisément identifiable : valeurs de gauche ou de droite, laïques ou religieuses, conceptions diverses de la nature du lien social ou du rapport aux sexes, ... Entre cultures, davantage que les contenus, ce sont les cadres même de pensée et de référence qui diffèrent. Dès lors « le bon sens » n'a plus cours. Le problème de langue ne consiste plus à traduire des phrases mais à interpréter des concepts différents dont nous n'avons pas connaissance. Le langage non verbal est de peu de recours : la hauteur de la voix, la distance « polie » entre interlocuteur, la signification du toucher, l'orientation du regard... Toutes les manières dites spontanées d'exprimer sont à réinterroger. Les valeurs de référence ne sont pas plus communes : la famille et le rôle de chacun en son sein, la place de l'individu dans la société, la matérialité du bien et du mal, les apparences valorisantes, le sens de la mort, la spiritualité, la notion de temps... Il s'agit donc bien d'un saut qualitatif.



C'est à cette problématique qu'est confronté le soignant de première ligne, et c'est vers lui qu'elle rebondit quand l'approche technique de la santé tourne en rond. Acquérir un savoir en la matière est impossible. D'une part parce qu'il est confronté à beaucoup d'autres cultures simultanément : arabe, slave, orientale, latino-américaine, africaine... Un savoir-faire multiculturel à façonner ? D'autre part parce que ces cultures évoluent et que le phénomène migratoire les transforme à grande vitesse : on assiste à l'interpénétration des concepts entre culture d'origine et culture d'accueil, à la mythification/démythification de l'origine, aux changements de mentalité liés aux choix d'implantation ou à la perpétuation du désir de retour...

L'interculturel en soins de santé ne peut donc être que pragmatique...

... et associer le contact « global et continu » avec les patients à une curiosité réceptive de la culture de l'autre. L'échange d'expériences en ce domaine revêt une importance primordiale et constitue la raison d'être de ce cahier. On pourra regretter qu'il ne comporte pas quelques milliers de pages en plus, histoire de faire un tour plus complet de la question... Croyez bien que l'envie ne nous en a pas manqué !



La rencontre avec l'autre

... où nous vous proposons d'écouter comment la rencontre des autres cultures interroge les soignants dans leur pratique quotidienne et de quelle manière ils tentent d'y répondre.

La plainte, point de départ d'une approche interculturelle page 24

Louis Ferrant, médecin généraliste à Anderlecht

... j'attends patiemment page 30

Brigitte Meire, infirmière, maison médicale Essegem et Kattebroek

Quatre continents dans la salle d'attente page 31

Axel Hoffman, médecin généraliste, maison médicale Norman Bethune

Réunion-santé, un pléonasma ? page 34

Bénédicte Roegiers, médecin généraliste, maison médicale du Maelbeek

Des plaintes extrêmement atypiques... page 35

L'expérience d'une maison médicale immergée dans un quartier à forte densité de patients turcs

Bernard Vercruysse, médecin généraliste, maison médicale du Nord

Deux ou trois choses que je sais d'eux

... où l'on explore quelques pistes pour débrouiller les questions posées au chapitre précédent

- La famille, le mariage, les enfants... dans la culture turque** page 39
Ilknur Deveci, psychologue, centre D'Ici et d'Ailleurs
- Approche ethnopsychiatrique des systèmes étiologiques et thérapeutiques traditionnels marocains** page 43
Ali Aouattah, docteur en psychologie, centre D'Ici et d'Ailleurs
- La prévention du SIDA auprès des populations d'origine sub-saharienne : spécificités et contraintes** page 47
Maureen Louhenapessy, assistante sociale, ULB
Pascal Baruani Yuma Kilundu, pédagogue, diplômé de maîtrise en santé publique, UCL

L'ethnopsychiatrie à la rescousse

... où l'on apprend à parler tous ensemble.

Même si l'approche interculturelle de la santé ne peut se réduire à l'ethnopsychiatrie, son apport et la prise de conscience qu'elle a permise sont fondateurs et toujours féconds. Notions.

- L'ethnopsychiatrie : une manière de dénouer les liens entre culture et maladie mentale** page 52
L'équipe du centre D'Ici et d'Ailleurs
- Le beau médicament moderne** page 56
Dominique Vossen, psychiatre, centre D'Ici et d'Ailleurs
- Une consultation d'ethnopsychiatrie** page 57
Anne Bawin, psychologue, anthropologue, et l'équipe du centre D'Ici et d'Ailleurs

Délier les langues

.... de l'utilité au quotidien d'une médiation qui n'est pas que traduction.

- La parole aux patients à travers l'expérience d'une animatrice-santé** page 63
Interview de Gisèle Jacob, animatrice, par Agnès Claes, coordinatrice de Cultures et santé
- Créer un nouvel espace de parole** page 66
Maghnia Fazzaz interprète, maison médicale des Riches Claires
Catherine De Blauwe, médecin généraliste, maison médicale des Riches Claires
- Médiation interculturelle et interprétariat en milieu migrant** page 68
Ri De Ridder, médecin généraliste, maison médicale De Sleep

Comme un boomerang

.... ou, par l'exemple, comment nos propres références culturelles sont remises en question,
dans la pratique des rebouteux
et dans l'échec des tests psychologiques classiques chez les enfants de migrants.

Recourir aux « thérapies non-orthodoxes » : où est le sens ? page 70
Sylvie Carbonelle, anthropologue, Université libre de Bruxelles

Comment comprendre les enfants de migrants à l'école française ? page 75
Claude Mesmin, psychologue, chercheur au centre Georges Devereux, Paris

Témoignages page 82

**Quand j'entends le mot « culture », je sors mon revolver...
en guise de non-conclusion** page 84
Axel Hoffman, médecin généraliste, maison médicale Norman Bethune

Bibliographie générale et adresses utiles

La plainte, point de départ d'une approche interculturelle

Louis Ferrant,
médecin
généraliste à
Bruxelles
et assistant
à l'université
d'Anvers.

En novembre 1998, le docteur Ferrant s'est vu attribué le prix Verhulst-Van Eeckhoven qui récompense tous les trois ans un médecin intégrant dans sa pratique un travail scientifique de recherche. Ce sont ses travaux sur la pratique médicale en milieu immigré ainsi que son action dans le projet médiation interculturelle qui lui ont valu cet honneur.

Au début de ma pratique médicale, l'entrée de chaque patient dans ma salle d'attente s'accompagnait de la crainte d'être confronté à une plainte inattendue : une plainte que je ne n'avais jamais rencontrée, une plainte qui n'était pas mentionnée dans les livres, une plainte à laquelle je n'avais pas de réponse, une plainte que je ne comprendrai pas, et ceci au sens littéral : les mots n'étaient pas d'origine familière. J'avais l'impression de me noyer dans les plaintes. Cependant, je remarquai quelques mois plus tard que les plaintes me submergeaient mais qu'elles m'aidaient néanmoins à ne pas sombrer. J'appris à les employer comme tremplin, elles m'aidaient à augmenter mon « expérience ».

Une classification de la plainte ?

Situation étrange. Les plaintes de mes patients m'aidaient à survivre du point de vue économique mais aussi et surtout au plan de la confiance personnelle. Un constat étonnant mais vraisemblablement inévitable. Après deux années de travail, j'estimais avoir tout vu : quels horizons s'ouvriraient encore à mes yeux dans ce quartier enfermé de Bruxelles ?

L'écoute ne m'était pas étrangère mais en réalité je n'écoutais qu'en fonction d'une classification des plaintes. A ce moment, je commençai à enregistrer, car je voulais trouver une logique dans ce grenier rempli de plaintes. Ce furent les années statistiques : 21 % des marocains se plaignaient de leur estomac tandis que les siciliens et les belges ne semblaient présenter cette plainte que dans 14 % des cas. Les maux de tête par contre avaient la même fréquence chez tous les hommes qu'ils soient belges, marocains, turcs ou siciliens. Je vous épargne mes observations arides. Néanmoins, j'étais passionné par la variété des plaintes, leur logique propre, leur interdépendance et leur relation avec la culture dont elles émanaient.

La plainte qui se déplace

Une première découverte qui m'accrocha fut celle de la plainte qui se déplace : sans explication organique, un mouvement pendulaire entre l'estomac, le dos et la tête, ça surprend.

Calogero, né en 44, est marié et père de deux enfants. Il me consulte pour la première fois en mars 80 pour des maux de tête et de la fatigue. En juin, il se plaint d'avoir l'abdomen gonflé. Même chose en septembre, avec en outre des renvois acides et des douleurs dans la poitrine. Je demande un examen radiologique qui ne révèle rien d'anormal. Malgré mes propos apaisants, Calogero revient encore deux fois en septembre et une fois en novembre. Il parle aussi de douleurs de dos. En novembre, de sa propre initiative, il consulte un chirurgien qui l'hospitalise pour observation. La mise au point est négative : toutes ses plaintes sont d'ordre fonctionnel. Au début de février, Calogero retrouve du travail et ne se plaint plus pendant six mois. En octobre, il revient pour des douleurs brusques du côté droit du bas-ventre. Le diagnostic d'appendicite aiguë est confirmé par le chirurgien chez qui le patient était retourné parce qu'il l'avait jadis examiné « à fond ».

L'opération ne résout pas complètement le problème. Mi-novembre, il se plaint de maux de tête. Début janvier 82, la plainte se déplace vers l'épigastre. Calogero chôme à nouveau. Fin avril, il parvient à parler spontanément de sa mère, décédée après une longue maladie en Sicile. Les entretiens suivants égrèneront tout ce qui s'est passé en Sicile depuis le temps où il est venu me consulter. Nous parlerons surtout de sa mère.

Quel enseignement tirer de cette histoire et d'autres où se rencontre la plainte en mouvement de pendule ? Une mini-théorie concernant l'instance nourricière qui serait trop longue à élaborer ici. Une leçon plus importante pourrait être qu'à cette époque, mon instrument principal pour répondre à la plainte était le regard. J'observais les patients et la prolongation de mes yeux était toute l'imagerie médicale. Cette observation de plus en plus précise n'empêchait pas que mes patients continuent à se plaindre. Je ressentais ces plaintes comme vagues, oubliant que j'étais souvent la cause de ce manque de clarté. Cette frustration fut à la base de ma



décision : j'écouterai avec une autre oreille ou mieux avec l'oreille d'un autre.

La réponse se trouve ailleurs

Je décidai en 1981 d'engager une interprète marocaine et de m'initier à l'anthropologie médicale qui nous invite à écouter à un autre niveau, avec d'autres oreilles.

Mohamed est un marocain né en 1932. Son père, mort en 1953 après un an de maladie, s'occupait d'arbres fruitiers qui ne lui procuraient qu'un maigre revenu. D'après Mohamed, tous les arbres sont morts trois ans plus tard... Les arbres l'ont suivi dans la mort. Mohamed émigra en Belgique en 1964 et trouva un travail chez un entrepreneur. Il travaille encore toujours aujourd'hui. En vingt ans, il n'a jamais été malade. Longtemps célibataire, il a vécu quelques années en concubinage avec une belge. Puis sa famille au Maroc lui choisit une épouse qui lui donna cinq enfants. En 83, il se plaint de douleurs aux genoux. Les examens n'apportent aucune explication. Il commence à se plaindre de l'estomac, se sent de plus en plus faible et de février à juin 84, il tombe en incapacité de travail. Il se rend au Maroc pour consulter des guérisseurs traditionnels, sans amélioration. Ses genoux n'ont plus de force, l'estomac est dur comme un caillou. J'avais exploré le problème sous l'angle somatique. La réponse se trouvait ailleurs. Avec l'aide de l'interprète et la connaissance de la culture marocaine, je décidai de reprendre ce qu'il m'avait dit de son père : les arbres l'ont suivi dans la mort. L'intuition qu'il n'avait pas respecté son père s'avéra bonne. Le genou, charnière entre le haut et le bas, est-il un symbole des relations entre les générations ? Je ne pense pas que ce soit la question la plus importante.

Une clef pour entrer dans le monde du patient

La plainte est une invitation à entrer dans le monde du patient, un monde où la souffrance est présente. Le mur d'incompréhension devant lequel nous nous trouvons est aussi une porte dont nous avons perdu

la clef. Nous avons perdu cette clef parce que notre oeil, notre oreille sont obnubilés par l'aspect bio-médical de la plainte et que nous en négligeons l'aspect symbolique. Pour toute plainte incompréhensible, un symbole, une clef donne accès au problème crucial. Il n'existe pas de livre de recettes pour interpréter le symbole : il est souvent arbitraire, parfois culturel, rarement universel.

Naïma, trente ans, est enceinte pour la quatrième fois. Pendant sa grossesse, je remarque son regard triste. C'est étonnant pour une marocaine, la maternité étant l'un des seuls moments pendant lesquels elle est valorisée. Avec l'aide de la médiatrice, je recherche la cause de sa tristesse. Elle raconte que la famille a déménagé et que son mari la bat. Elle aimerait revenir dans notre quartier, tout serait beaucoup mieux. Je demande que son mari l'accompagne la fois prochaine. Il vient. Après avoir examiné sa femme, je dis qu'elle est pas bien depuis un petit temps. Il le confirme. Je réponds que cela a commencé au début du mois de février, il est d'accord. Je demande ce qui s'est passé. Le déménagement dit-il, mais maintenant tout ira mieux parce que le « fqih » est venu hier et a fait disparaître les jnouns, les esprits de sa femme. Je réponds que cela est possible mais que les esprits sont encore dans sa maison. J'avais tâté le terrain et senti que je pouvais dire cela. Il se taisait. Sa femme acquiesçait. Ils ont déménagé et le mois suivant la femme me dit qu'elle n'oublierait jamais mes paroles. Ce genre d'intervention est plutôt exceptionnel car la médecine traditionnelle, bien que fréquemment employée, ne peut être mélangée selon les coutumes nord-africaines avec la médecine occidentale : chaque maladie appartient à un domaine et il n'y a pas de passage entre eux. Ceci contraste avec notre manière de classer en registre scientifique et registre psychologique où des passerelles sont possibles.

La différence entre les plaintes typiques de notre société occidentale et celles d'une société nord-africaine ou turque s'illustre bien chez les personnes en début de dépression.

Mehmet est un homme turc, né en 1940. Il a une fille mariée récemment et deux fils. Les fils habitent encore chez lui. Mehmet a une douleur lancinante dans la poitrine depuis mai 95, et cela le rend anxieux. La douleur se déplace vers le tête et puis le bas du dos. Ensuite, il commence à trembler de

La plainte, point de départ d'une approche interculturelle

tout son corps et il a froid. Il a déjà consulté cardiologues, orthopédistes, neurologues, urologues et en fin de compte son médecin de famille. Il ne sait plus où il en est et, de manière ostentatoire, me montre les dizaines de médicaments qu'il a pris. Il les jette sur la table : rien ne l'a aidé. Il a entendu dire que ce sont les nerfs mais est-ce que tout cela peut expliquer ce qu'il ressent ? Il pense que son mal de dos vient de ses hémorroïdes mais les médecins ont dit qu'il n'en a pas...

les enfants quittent la maison. Ce doute se manifeste corporellement par de l'impuissance et est indiqué symboliquement comme mal au dos.

La métaphore

En janvier 91, Zeynep s'assied en face de moi. Avant que je puisse poser une question, elle entame un monologue : mon estomac brûle, mon ventre gonfle, je n'ai pas d'appétit, j'ai des nausées en mangeant, j'ai une boule dans ma gorge, je n'arrive pas à avaler, ma langue est toute sèche et j'ai un mauvais goût dans la bouche, je n'ai plus de force, parfois tout devient noir en regardant autour de moi, et les derniers temps, j'ai la tête qui tourne. Ecrasé sous cette avalanche, je me sens étouffer ! Quel sens peut avoir cette plainte massive ?

Dans la culture marocaine et turque, le bien-être est plus appréhendé en termes de santé physique qu'en fonction d'un état psychologique. La personne est davantage caractérisée par sa présence physique et son fonctionnement dans le groupe que par sa personnalité. Les tensions dans ces groupes ne se manifestent pas sur un plan psychologique parce que le « moi » ne peut se légitimer en tant que tel. Dans les sociétés non-occidentales, les facteurs biologiques et sociaux prennent le pas sur les facteurs intra-psychiques et la perspective holistique « corps + esprit » y est importante, ce qui suggère qu'une approche bio-psycho-sociale de ces cultures est plus adaptée qu'une approche dualiste, psychologique ou médicale.

Les patients occidentaux expriment leur mal-être en termes psychologiques, les nord-africains ou les turcs en catégorie physique. Ils emploient un langage subjectif, métaphorique et feront appel à des expressions tel que « *Mon cœur est sombre. Mes reins sont morts. Mes poumons essayent de quitter mon corps. Ma tête bat contre un mur* ». Dans le langage métaphorique, on emploie un mot ou une phrase pour un objet ou une personne afin de suggérer une comparaison avec cet objet ou cette personne. Par exemple, on peut dire que le ministre est un plombier pour dire qu'il est habile, ou que le président est un serpent au lieu de dire qu'il est sournois. Les métaphores que les patients immigrés emploient ne sont pas liées au hasard mais sont au contraire porteuses de signification. Elles manifestent l'inconscient d'un peuple, ainsi que



Par où commencer ? Cela prend trois ou quatre consultations pour descendre du cœur vers le bas du dos et ensuite vers les hémorroïdes absentes. Le symbole s'éclaire lentement : le problème se situe dans la sphère sexuelle. Il parle en mots indirects de sa faiblesse qu'il relie à ses maux de dos. Quand je lui dis que je peux comprendre ce qu'il me dit et que je pense que la force reviendra dans son dos, il répond qu'il se sent déjà un peu mieux. Après quelques entrevues avec un psychologue parlant le turc, les plaintes s'atténuent, sans disparaître complètement. Ce qui se passe peut probablement être décrit comme un doute sur sa valeur personnelle en tant que chef de famille dont



Jung l'avait perçu. Comparées au langage objectif scientifique, elles représentent le langage de la personne en relation avec sa culture et son passé. C'est aussi le langage créatif de l'imagination.

Comment gérer ces métaphores dans le processus diagnostique et thérapeutique ? Dans une première phase, on reprend la métaphore en posant une question : « *Quand vous parlez de feu sur la poitrine, quel image vient devant vos yeux ?* ». Si aucune réponse ne suit, on peut en tant que médecin décrire les images qui ont surgi lorsqu'on entendait cette métaphore. Dans une deuxième phase, le patient est invité à raconter ce qu'il ressent en voyant cette image. Dans la troisième phase, on demande au patient de changer cette image métaphorique en posant la question : « *Si vous pouvez changez cette image, comment le feriez vous ?* ». Ensuite, appliquer à la réalité de chaque jour les changements et les nouvelles façons de voir que le patient a pu expliciter. Cela n'est pas simple, mais les interventions réussies montrent que cette approche a un sens et tient compte du vécu du patient.

Le coeur, la limite et la croissance

Après avoir compris qu'il ne faut pas uniquement regarder la plainte avec d'autres yeux mais également l'écouter avec d'autres oreilles, pouvons-nous ajouter à cette écoute celle du coeur ? Comme une main qui palpe l'abdomen peut faire surgir une plainte, la présence emphatique de chaque personne, médecin ou pas, peut clarifier la plainte et parfois lui faire atteindre une autre dimension. Une plainte s'exprime seulement quand la personne se sent acceptée en tant que personne totale et respectée, invitée à dire quelque chose de plus de soi-même.

Né en 1977, Omar est l'aîné d'une famille de six enfants. En 94, on lui découvre un cancer de l'os de la jambe droite. Après trois années de lutte, la maladie envahit d'autres organes et les douleurs deviennent de plus en plus intenses. Quelques mois avant son décès en juillet 98, il m'appelle chez lui : « Docteur, est-ce possible que cette douleur provienne de la tumeur qui s'est étendue ? ». « Oui, je le pense bien. Mais pourquoi me le demandes-tu ? ».

« Je le savais bien mais je voulais savoir si tu allais me dire la vérité ».

« J'essayerai surtout d'être là quand tu auras besoin de moi ».

En fait, la plainte était ici une demande, une invitation à explorer l'inconnu qui l'attendait. L'empathie devient à ce moment plus que le regard ou l'écoute, la façon la plus adaptée d'accompagner quelqu'un dans sa croissance. Un tel accompagnement peut être thérapeutique même quand une vie se termine, ce qui reste un des paradoxes de notre vie de médecin de famille.

En fait, deux notions clefs peuvent être rattachées à la plainte : celles de limite d'une part, de croissance d'autre part. Chaque personne est à un moment confrontée à ses limites. Dans la perception de la plainte, nous pouvons reconnaître s'il s'agit d'une limite comme un mur infranchissable ou d'une limite qui porte en elle la possibilité d'être dépassée. Quand ceci est possible, cette limite apparente apparaît comme une invitation à la croissance. Souvent, nous ne sommes pas conscients en tant que médecins de ce moment de croissance. Parfois, le patient signale ces moments quand il nous dit : « *Docteur, est-ce que vous vous souvenez dans quelles difficultés je me trouvais il y a un an ?* ».

Universalité de l'expression de la plainte ?

Dans notre monde judéo-chrétien, la dépression est associée à la culpabilité et au sentiment d'être mauvais, tandis que les hommes marocains se plaindront de genoux qui vacillent et les turcs sentiront que leur poitrine brûle. Les symptômes associés aux états dépressifs étant tellement différents, se pose la question de savoir si nous sommes devant la même maladie dans les différentes cultures. Jusqu'à présent, il n'y a pas de test sanguin pour la dépression, et s'il y en avait un, il n'indiquerait qu'un déséquilibre physiologique. Mais puisque les symptômes sont les critères de diagnostic de la dépression et que ces symptômes varient si fort d'une culture à l'autre, nous devons nous interroger sur la validité de cette notion au sens cross-culturel.

Des différences de systèmes d'organisation sociale et de significations culturelles peuvent-elles donner

La plainte, point de départ d'une approche interculturelle

lieu, dans la dépression, à des expériences et des symptômes différents ? Si c'est le cas, comment traduire ceci à partir de notre vécu émotionnel vers d'autres cultures et comment rédiger des critères pour la dépression en tant que maladie dans d'autres cultures qui soient comparables avec ceux que nous employons dans notre culture ?

Ces dernières années, s'est développé un consensus dans le monde psychiatrique concernant la validité et l'universalité des critères employés pour la dépression. Peut-on vraiment les transplanter inchangés vers d'autres cultures et déterminer ainsi qui est malade psychiquement dans une autre communauté ?

On peut aussi mettre cette universalisation en question en ce qui concerne les plaintes fonctionnelles. Nous pouvons admettre, avec des chercheurs néerlandais, que si ne trouvons pas d'explication à des plaintes chroniques de la nuque, on puisse se demander si ces plaintes n'ont pas comme origine une agressivité qui ne peut se manifester. De même des plaintes dans le bas du dos sans origine physique peuvent être le signe d'une impuissance fondamentale. Les plaintes

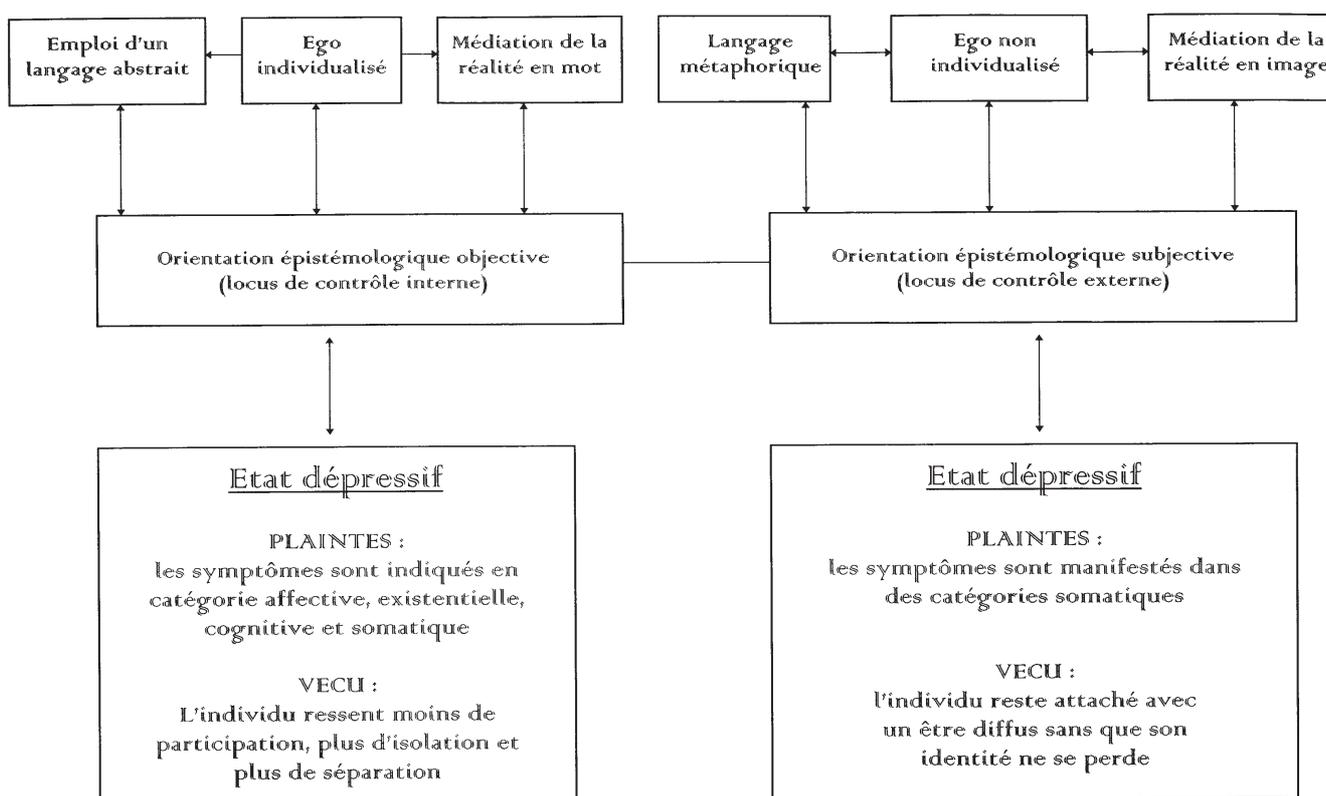
abdominales chroniques, en cas d'absence de pathologies physiologiques, sont souvent signe d'une angoisse, particulièrement d'une angoisse réprimée. Ces plaintes se retrouvent aussi bien chez nos patients occidentaux que chez les nord-africains ou chez les turcs.

Mais en cas de dépression, elles peuvent parfois être la seule plainte apportée, et dans ce sens, le terme de dépression masquée a toujours sa place dans l'accompagnement du patient d'origine turque ou marocaine.

Culture et personnalité

Selon certaines hypothèses anthropologiques, les symptômes et le vécu d'une maladie (comme la dépression) peuvent varier entre différentes cultures selon la position de ces cultures dans un continuum allant d'une approche subjective à une approche objective de la connaissance.

Les cultures qui se trouvent d'un côté de ce continuum inclinent à gérer d'une façon subjective la connaissance et il y est difficile de transformer des sensations internes en mots objectifs. De ce





fait, il y aura peu de notion d'altération de l'état d'esprit. Le vécu de la réalité est aussi différent. Ce sont des cultures qui associent une structure de la personnalité non-individualisée à une structure de langue de type métaphorique et à une expression de l'expérience de la réalité en image (cfr schéma). A l'opposé, des cultures comme les nôtres se composent de personnes très individualisées qui emploient un langage abstrait et ressentent la réalité en mots. Ces cultures sont en relation avec la connaissance d'une façon objective si bien que les états d'esprit sont transformés dans une terminologie abstraite et vécus d'une façon distante. Nous y serons confrontés avec des états dépressifs manifestés et vécus d'une manière proche de la présentation classique de la dépression.

Le schéma fait mieux comprendre la dépression masquée dont nous avons parlé. Enlever le masque de cette dépression revient à une meilleure compréhension des différentes manières de penser, de sentir, de parler et d'être dans des groupes différents de personnes qui eux-mêmes sont encore en évolution entre les pôles de ce continuum.

Leyla a vingt ans, elle est marocaine de la deuxième génération et travaille depuis un an dans un atelier de confection. Son frère Omar voulait absolument assister à son mariage, mais, nous l'avons raconté, il est décédé il y a deux mois d'un ostéosarcome. Elle l'a aidé durant les derniers mois, au sens profond du mot. A son retour des funérailles au Maroc, elle me raconte qu'elle a des palpitations et que son cœur veut sortir de sa poitrine. Je demande à quel moment elle le sent ainsi. D'abord, elle dit partout et toujours, mais quand j'insiste, elle me dit que c'est surtout quand, de son travail, elle voit la clinique universitaire où son frère a souvent été admis. Après elle commence à pleurer et demande quel sens cela a encore de travailler si Omar n'est plus là. Elle ne peut plus dormir, elle a maigri de dix kilos en deux mois, son mariage a été remis sans date précise. Enfin, elle me demande : « Peux-tu comprendre que les autres essayent d'oublier mon frère parce que cela n'a plus de sens de penser à lui. Il semble bien, docteur, qu'il y a deux différentes sortes de personnes ». Dans cette seule consultation, elle a pu avec un peu d'aide aller du somatique vers le psychique. Peut être est-ce le fait qu'elle se situe entre deux cultures qui a facilité cette transition pendant une seule consultation.

Conclusion

Le patient que nous rencontrons n'est pas seulement à la recherche d'un bon traitement, d'un bon médecin de famille, il a également entamé un pèlerinage culturel. Chez les patients d'origine immigrée, la recherche du bien-être est souvent une recherche d'identité culturelle. Une identité dans laquelle leur culture et la nouvelle culture rencontrée se tissent l'une dans l'autre. Ce tissage est selon nous la meilleure prévention contre l'apparition de la dépression car il reprend le meilleur des deux visions du monde et le transforme en une entité supérieure. Beaucoup ne sont pas en état de faire cette transition en raison des situations matérielles dans lesquelles ils doivent survivre. Il y a aussi la résistance au changement qui pourrait impliquer une perte. Malgré tout, ils s'approprient des petits bouts des autres mondes qui les aideront à se construire dans leur recherche hésitante vers une amélioration clinique. Dans ce sens là, j'ose, de temps à autre, expliquer à une dame turque ou marocaine dépressive que sa maladie peut aussi signifier une croissance. Cette affirmation est hélas un pas trop grand quand l'autre se sent glisser dans un puits sans fond. A ce moment, il ne nous reste que l'attention bienveillante et une main aidante et capable. ●

... j'attends patiemment

Brigitte Meire,
infirmière à la
maison médicale
Kattebroek et à la
maison médicale
Esseghem.

Monsieur T., âgé de 76 ans, parkinsonien, sort de l'hôpital après une fracture de hanche. Sa fille voudrait que l'infirmière vienne une fois par semaine pour aider son papa à prendre son bain. Sa mobilité étant réduite, son épouse n'ose plus le faire seule.

Rendez-vous est pris pour le mardi.

Je sonne, prends l'ascenseur, l'épouse m'accueille sur le seuil de l'appartement. Il y a du monde dans la première chambre, transformée en salon et partout... des tapis. Dans le hall d'entrée des chaussures... Dois-je enlever les miennes... ? La dame parle mal le français... Je lui montre mes chaussures et lui demande si je dois les enlever, son visage s'illumine et je comprends immédiatement que cela lui ferait plaisir... Alors je défais mes lacets, ôte chaussures et chaussettes... Et me voilà nus pieds mais pas pour longtemps car de petites claquettes sont arrivées comme par enchantement.



Au fond de l'appartement monsieur m'attend, au lit. Lui aussi s'exprime mal en français et de plus la maladie de Parkinson rend son élocution malaisée. Son épouse me présente, moitié en français, moitié en arabe. Nous voilà partis vers la salle de bain.

Là, j'aide monsieur à se déshabiller et à entrer dans la baignoire. Madame me tend la poire de douche, un gant de toilette et du savon. Elle m'explique qu'il faut d'abord le mouiller avec la douche - je m'exécute, savonne monsieur puis reprend la douche pour le rincer - mais à peine ai-je commencé que son épouse armée d'une éponge pleine de savon recommence à le laver... J'étais là avec le gant de toilette dans une main et la poire de douche dans l'autre...

Elle le « re »lave de la tête aux pieds, le masse, le frotte, recommence encore une fois, avec de temps en temps un petit mot pour que je le douche. Qu'est-ce que je me sentais mal et inutile, devais-je protester ? Attendre ? J'avais vraiment l'impression de perdre mon temps (si précieux !).

Après l'avoir lavé deux fois, elle me donne l'essuie avec un grand sourire, m'aide à sortir son mari du bain. Je l'habille et l'installe pour le déjeuner...

Ce ne sont que mercis et sourires mais moi je suis déçoténancée.

Et ce sera comme cela chaque semaine, avec en plus des sourires, des discussions mi gestes mi-paroles et des fous rires lorsqu'on ne se comprend pas, le tout autour d'un verre de thé... Quand je ne repars pas avec des fruits, des biscuits ou du pain fabriqué à la maison. Sans compter l'invitation au mariage d'une de leurs filles (et l'obligation de poser pour la photo).

C'est plus tard que j'en ai parlé autour de moi. J'ai alors découvert l'importance de la toilette et du massage dans la culture arabe et j'attends patiemment qu'elle ait fini de masser l'oreille, le bras, la jambe...

Puisque ce moment semble précieux pour eux, mon temps passé là n'est sûrement pas du temps perdu. ●

Quatre continents dans la salle d'attente



Quatre continents dans la salle d'attente... Pas besoin de s'engager à Médecins sans frontières pour pirater leur slogan : des patients de plus de soixante nationalités différentes franchissent chaque année le seuil de la maison médicale Norman Bethune, au coeur de Molenbeek (Bruxelles). Des patients jeunes surtout : 40 % ont moins de vingt ans, et l'on ne compte que 10 % de personnes de plus de cinquante ans.

Ils viennent de partout mais les groupes majoritaires sont issus des rives de la Méditerranée, principalement d'Afrique du Nord. Ce sont le plus souvent des gens venus travailler il y a vingt ou trente ans et qui ont développé une connaissance pratique du belge, sa langue, ses us et coutumes. Régulièrement, nous voyons arriver quantités de gens d'une région dont les journaux ne feront leur titre que plus tard : une partie d'entre eux disparaîtra rapidement, une autre restera. C'est ainsi que nous comptons parmi nos « vieux » patients des chiliens, des vietnamiens, des pakistanais, et pour les plus jeunes des bosniaques, des roumains, des congolais, des ghanéens...

Perdus parmi eux, nos 10 % de belges garantis d'origine nous paraissent parfois étranges.

Population disparate, mais aussi population en perpétuelle évolution. Les barrières linguistiques sont mobiles : hautes avec les arrivés de fraîche date ou les inactifs (parents venus par regroupement familial, femmes au foyer, réfugiés ou candidats réfugiés), elles s'abaissent avec le temps, l'exercice d'une profession, la scolarisation. Le recours aux enfants comme interprètes, fréquent dans les années 80, est de moins en moins nécessaire... ils sont les parents d'aujourd'hui.

En parallèle avec la compétence linguistique se développe une imprégnation culturelle réciproque. L'immersion cosmopolite est devenue l'état naturel des choses. Cela ne s'est pas fait tout seul.

Le temps des interrogations

Dans les années 50-60, quand un mineur souffrait de silicose, le fait qu'il soit un immigré italien n'y changeait rien. C'est vers les années 70 et surtout 80 que l'intérêt se focalisa sur l'approche « interculturelle » de la santé, santé mentale d'abord, soins de santé au sens large ensuite. La coïncidence de deux mouvements peut rendre

compte de cet intérêt pour l'interculturel. D'une part la population d'origine étrangère se faisait de plus en plus nombreuse et de plus en plus exotique (c'est quand les populations musulmanes sont apparues que les italiens et les espagnols ont cessé d'être des étrangers...). D'autre part le modèle techno-médical se voyait contesté par une conception plus humaniste de la santé et des soins, attachée à une vision globale du sujet envisagé dans ses composantes psychiques et sociales au même titre qu'au plan médical, ce qui impliquait de tenir compte de l'aspect culturel ou même spirituel de la santé.

La « crise » vint rapidement renforcer ce double mouvement : il fallait se rendre à l'évidence que ces populations « resteraient », et le chômage, les jetant dans l'inaction, allait ébranler leur raison d'être là, entraver leur quête d'identité et exacerber leur mal être, accroissant leur demande de médecine.

Dans ce contexte, si on refusait de se contenter d'un niveau médical organiciste, l'accueil des patients revêtait une complexité énorme. Comment y faire face ? A l'instinct, nous identifîâmes les problèmes qui nous touchaient le plus, dans l'espoir que la solution de nos propres difficultés nous aiderait à mieux résoudre celles des patients (pour faire bref, nous citerons les problèmes les plus prégnants).

Il y avait la question des langues. Nous renonçâmes à engager un interprète ou un médiateur : l'intrusion d'une tierce personne dans la consultation, le coût, la crainte d'une déformation des plaintes en furent autant de mauvaises raisons. Nous continuâmes donc à recourir à des intermédiaires spontanés et aux consultations pantomimes.

Il y avait la question du mauvais usage du système de santé : shopping médical, recours intempestifs aux services d'urgence, aux spécialistes, goût immodéré pour les examens ou les médicaments.

*Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.*

NATIONALITÉ	1998	1994
Marocaine	43,6	39,6
Belge	24,1	30
ex-Yougoslave	9,7	8,7
Turque	4,7	6,5
Française	3,8	<1
Italienne	2,6	2,7
Zairoise	2,5	1,2
Pakistanaise	1,1	1,2
Albanaise	1	<1
Vietnamienne	1	<1

AUTRES: 53 nationalités différentes. Nationalités représentées en 1998 par plus de dix patients actifs par ordre décroissant : Espagne, Algérie, Roumanie, Colombie, Rwanda, Sierra Leone, Portugal, Tunisie. La rubrique Belgique comprend de nombreuses personnes naturalisées. La rubrique France ne comporte quasiment que des personnes d'origine non métropolitaine.

Répartition par nationalité en pourcentage des dossiers actifs

Il fallait fidéliser les patients, les aider à se fixer à un soignant de référence qui leur serve de repère et instaure une continuité dans la prise en charge de leur santé. La pratique du forfait avec inscription des patients aurait pu y aider. Mais la viabilité financière n'en était pas assurée (population jeune ne comprenant quasi pas de patients VIPO) et nous eûmes l'impression que le système serait mal compris techniquement et que la perte de la possibilité de consulter un autre médecin serait mal reçue.*

** Le patient inscrit au forfait peut consulter un autre médecin, mais ne sera pas remboursé par sa mutuelle : obstacle financier fort lourd pour nos patients. Voir aussi Santé conjugulée n°3 de Janvier 98.*

Nous décidâmes alors de concentrer notre énergie sur l'action collective : information à l'accueil et en salle d'attente, animations d'éducation à la santé, et sur l'action individuelle en consultation : insistance sur le choix d'un médecin, refus des « touristes » en consultation, refus des visites à domicile chez des patients inconnus, discussion serrée à propos de toute demande d'acte médical ou de prescription. Simultanément, nous avons développé une réflexion sur les fondements de cette errance médicale.

Il y avait le décodage de la plainte. Les douleurs voyageuses, les patients qui font le siège de la consultation en exigeant de « couper la viande », les mères qui se plaignent qu'il « ne mange pas » en déposant un bébé obèse (enfant Bouddha) sur le divan d'examen, les femmes qui sentent l'eau couler dans leur dos, les boules noires que l'on vomit... Tout ce qui concernait le sujet nous aimantait : livres, revues, conférences d'anthropologie, d'ethnopsychiatrie, nous dévorions l'agenda interculturel, participions à des groupes d'étude, des rencontres... Nous réalisaimes une étude sur les types de plainte dans notre patientèle. Un psychologue marocain fut invité à nous superviser. Lors de l'engagement de nouveaux collaborateurs, le fait d'être issu d'une autre culture pesait en faveur du candidat.

Il y avait la compréhension, l'acceptabilité et le suivi des procédures diagnostiques et thérapeutiques. Nous nous rendîmes vite compte que, à quelques exceptions près (la préférence d'un médecin femme pour les examens gynécologiques par exemple), autochtones et allochtones différaient peu sur ce plan et que les problèmes étaient plutôt corrélés avec le niveau socioculturel qu'avec la culture d'origine.

*** Le respect des valeurs de l'autre ne coule pas de source. Cela implique que nous pouvons entendre certaines choses sans juger le patient. Nous adaptons aisément nos attitudes de soignant aux interdits alimentaires, aux prescrits du Ramadan. Les certificats de virginité nous dérangent. Par contre nous ne pouvons accepter certains aspects de la condition féminine. Il est pourtant essentiel de pouvoir les entendre...*

Aujourd'hui et demain

Les patients et l'équipe de la maison médicale ont évolué ensemble. Certes, nous recrutons chaque jour de nouveaux patients, mais l'attention privilégiée aux aspects culturels de la santé a installé une dynamique qui nous permet d'avancer dans la relation d'aide.

La lente exploration des cultures d'origine nous introduit à des significations toujours renouvelées, mais aussi toujours mouvantes. Car la perception de la culture d'origine évolue chez les patients : si les anciens en ont parfois gardé une vision archaïque ou figée (souvent démodée au pays), les plus jeunes développent des systèmes de repères nourris des deux cultures, plus ou moins stables, plus ou moins fonctionnels. Ils rassemblent ainsi avec plus ou moins de bonheur et au prix de crises parfois profondes les éléments d'une nouvelle identité. Le fil de la filiation se renoue.

	1998	1994
80 ans et plus	0,3	0,7
70-80	1,4	1,4
60-70	3,3	3
50-60	5,4	5,4
40-50	11	10,6
30-40	19,8	20,5
20-30	21,7	23,8
10-20	17,7	17,4
1-10	18,1	16,2
moins de 1 an	0,8	0,7

Répartition par âges, en %

Les dialogues s'ouvrent : la langue fait moins obstacle, il est souvent possible de parler au-delà des symptômes. Nos premiers enseignants sont maintenant les patients eux-mêmes. Comment fait-on chez vous ? Qu'est-ce que ceci signifie ? Que me donnez-vous à moi et que donnez-vous au guérisseur ? Quel doit être le comportement de la femme, du mari... et tant d'autres questions sur lesquelles il est possible d'échanger quand le temps a permis qu'une relation de confiance s'établisse, quand elles sont posées au bon moment, quand le patient est assuré que nous respectons ses valeurs



(ce qui ne signifie pas que nous les partageons)**, quand nous avons réussi à rendre claire notre identité de soignant occidental avec ses pouvoirs, ses limites, ses réflexes conditionnés à mettre de la psychanalyse partout où l'explication somatique s'absente...

et humilité qui nous a permis d'avancer quelque peu. Ce travail est sans cesse à recommencer.

Est-ce étrange, tout cet effort de décodage de la plainte « interculturelle » a rejailli sur notre façon d'entendre la plainte « autochtone » qui révèle des

m i c r o - c u l t u r e s insoupçonnées. C'est dans cette mise en parallèle que le concept d'intégration prend un sens nouveau. A comparer entre belges et non-belges les types de plaintes, les attentes des patients, les difficultés de décodage que nous éprouvons, une impression puissante se dégage : entre personnes de niveau socioculturel comparable, il y a beaucoup de similitudes dans les problèmes de santé et dans la manière de les appréhender ou de les gérer *quelle que soit leur culture d'origine*. Il y a même davantage de similitudes qu'entre personnes de la même origine mais de niveaux



Cette « acculturation » réciproque a néanmoins ses limites. Les soignants de la maison médicale restent des soignants compétents de première ligne et non pas des spécialistes culturels. Une de nos meilleures initiatives a été de développer des collaborations avec des intervenants spécialisés dans l'approche interculturelle (services d'aides, centres de santé mentale, diététicien, etc.). Par contre, la collaboration avec des médecins spécialistes d'origine étrangère s'est révélée souvent décevante : la deuxième ligne de soins campe sur ses remparts techno-scientifiques et nous renvoie la balle « culturelle »... ce qui est finalement une répartition correcte des spécificités.

socioculturels différents. Une impression à étayer qui pourrait modifier notre manière d'aborder la plainte... ●

Que l'on ne se méprenne pas, ces quelques réflexions optimistes ne renvoient pas les difficultés de l'approche interculturelle aux oubliettes du passé. C'est un lent processus réclamant patience

Réunion-santé, un pléonasme?

Bénédicte Roegiers, médecin généraliste à la maison médicale du Maelbeek.

Le local est étroit, l'atmosphère chaleureuse - une douzaine de femmes, deux ou trois bébés au centre du cercle, parfois un enfant plus grand, malade ou en congé.

Elles ont laissé fourneaux et nettoyage pour se retrouver comme tous les mois dans ce petit local où leurs enfants dans deux heures viendront à « l'école des devoirs ».

Elles sont Araméennes - c'est le groupe du lundi, elles sont Chaldéennes - c'est le groupe du mardi.

on échange simplement sur un sujet ou l'autre, passant souvent de l'un à l'autre, du besoin de dire à l'envie de savoir.

Lors d'une réunion sur la respiration, où l'accent avait été mis tout particulièrement sur l'importance du mouchoir, je n'avais enregistré aucune réaction ou question particulière. Ce n'est qu'après la fin de la réunion que l'une d'elle, anecdotiquement, est venue me dire : « Vous savez, chez nous, il est très mal vu de se moucher en présence d'une autre personne, et nous ne le faisons jamais... ».



Toutes les occasions sont bonnes pour se retrouver et le prétexte « réunion - santé » en est un parmi d'autres. Toutes leurs rencontres pourraient s'appeler « réunion-santé » parce que leur santé, c'est d'abord parler leur langue pour raconter le quotidien ou pour se souvenir, aller ensemble chercher du lait pour le transformer selon une méthode traditionnelle en fromage qui sera consommé l'année qui suit, préparer le mariage d'un fils qui est toujours aussi le neveu ou le cousin de l'une ou de l'autre, faire savoir à une autre - merci les antennes paraboliques - quel temps il fait chez elles, préparer une des fêtes culturelles qui rythment les années différemment d'ailleurs.

Quand leur est posée de l'une ou l'autre façon la question : « que savez-vous de la santé ? », la réponse est toujours la même : « c'est vous qui savez » - alors, la question n'est plus posée, mais

L'interprète est présente et c'est souvent l'une d'entre elle qui rend ce service. Traduction ou interprétation ?

Le temps mis à traduire est souvent tellement différent du temps de l'énoncé.

Quand une question m'est posée, une réponse qui se veut accessible est donnée. Peu importe ce qui sera retenu, l'essentiel, elles le savent, s'appelle chaleur, rythme, solidarité, dialogue, confiance ou autrement encore. Chez elle, c'est encore là-bas. Pour leurs enfants, elles savent que ce sera plutôt ici et que la santé de tous passe par le fait de se sentir bien.

Bien-être, être bien.

Alors, réunion-santé, un pléonasme ? ●



Des plaintes extrêmement atypiques...

L'expérience d'une maison médicale immergée dans un quartier à forte densité de patients turcs

Le médecin généraliste confronté en consultation à une plainte d'un patient de culture différente se trouve bien souvent dans une situation où il ne comprend pas ce qu'on lui veut vraiment et où de plus il ne parvient pas à se faire comprendre.

La réflexion des médecins de la maison médicale s'est élaborée au fur et à mesure de l'accumulation des consultations insatisfaisantes avec les patients turcs et maghrébins, et s'articule autour de quatre axes :

1. Qu'est-ce qui rend une consultation satisfaisante pour le patient et pour le médecin ?

2. Que peuvent représenter pour ce patient turc ou maghrébin les plaintes qu'il apporte à la consultation ?

Quelles en sont les éléments que je peux appréhender de par ma formation médicale, ceux qui peuvent être éclaircis par la formation médicale, ceux qui peuvent être éclaircis par la collaboration avec un anthropologue ou un psychologue et ceux qui resteront des inconnues que je dois gérer comme de nombreuses autres inconnues en médecine générale ?

3. Pourquoi ce patient m'a choisi pour consulter, de race, de culture, de religion, de langue différente de la sienne alors que, de plus en plus, il aurait pu faire appel à un compatriote installé dans le quartier ?

4. Pourquoi s'adresse-t-il à la médecine « scientifique » et non à un guérisseur de sa communauté ?

Ces quatre axes seront développés et les conclusions de la réflexion du travail de collaboration avec un anthropologue et une psychanalyste ainsi que l'expérience de plus de vingt ans de pratique de la maison médicale seront exposées.

La maison médicale du Nord est un centre de soins de santé primaires fonctionnant dans un quartier populaire de Bruxelles. Ouvertes à tous, la

consultation médicale et les visites à domicile rencontrent une population mélangée de personnes âgées belges, de belges marginaux ou à la limite de la marginalisation, de nombreux patients immigrés, dont une majorité de Turcs.

Ce dernier groupe possède une homogénéité frappante dans son mode de vie et également dans les plaintes formulées en consultation.

En dehors d'une série de plaintes physiques classiquement répertoriées dans nos manuels, il apparaît dans cette population, particulièrement féminine, une série de plaintes de l'ordre somatique, extrêmement atypiques pour mon raisonnement médical et également extrêmement rebelles à toute thérapeutique.

L'éventail de ces plaintes recouvre tant des céphalées localisées précisément au sommet du crâne, des douleurs épigastriques, des douleurs de genou, des douleurs d'un hémicorps, des douleurs migrantes partant du pied pour voyager dans tout le corps et se retrouver dans la tête... Le tout est très souvent complété par des « crises » entraînant un état de prostration ou d'agressivité pouvant durer plusieurs heures.

Très souvent, ces plaintes sont accompagnées d'une revendication assez forte sur les examens à réaliser, les médicaments à prescrire, les bénéfices secondaires à obtenir (mise à charge de la sécurité sociale essentiellement).

Le rapport avec un problème familial ou social est très régulièrement nié. Les résultats d'examen complémentaires éventuellement demandés sont très régulièrement négatifs et si une pathologie est trouvée, son traitement efficace et sa guérison « objective » n'entraînent que rarement une diminution des plaintes.

Premières réactions face à ces plaintes étranges

Dans un premier temps, notre réaction vis-à-vis de ces plaintes a varié en fonction de nos convictions médicales, philosophiques, sociales et autres variables, ainsi que de notre réceptivité psychologique du moment. Les différents modes de réaction face à ces plaintes se retrouvent de façon plus ou moins identiques dans toutes les institutions médicales des alentours.

*Bernard
Vercruyse,
médecin
généraliste à la
maison médicale
du Nord.*

1. Racisme positif

Ces pauvres malheureux, déracinés, déboussolés, vivent dans un milieu souvent hostile (racisme ambiant, utilisation politique des immigrés comme cause de tous les maux, etc.).

Ils ont des logements peu salubres, ils ne connaissent pas notre langue, ils font des travaux de dernière zone, leurs enfants leur échappent et leur causent mille soucis, etc.

On ne comprend pas le pourquoi de leur plainte, on ne leur trouve pas ou peu de pathologie objective, mais par empathie, on pense comprendre leur mal être et on leur accorde largement les bénéfices secondaires demandés... sans faire disparaître les plaintes d'ailleurs.

2. Racisme négatif

Tout le discours bien connu sur les immigrés qui nous mangent notre pain, nous volent nos filles et veulent en plus profiter de la sécurité sociale...

On les remballer doucement ou pas, après s'être assuré qu'ils n'étaient pas vraiment malades (radiographie, biologie)... parce que les « vrais » malades, on doit s'en occuper. Ce type d'attitude fait rarement disparaître les plaintes.

3. Intérêt financier

La pléthore médicale est telle en Belgique, que, tant pour les généralistes que pour les spécialistes et les institutions de soins, ces patients aux plaintes persistantes, à la demande insistante de soins divers, sont véritablement du pain béni. D'examen spécialisés en hospitalisations répétées, le circuit est facile à imaginer... mais les plaintes persistent.

4. Intérêt scientifique

La plainte doit cacher autre chose, et bien souvent chez ces patients, on finit par trouver une pathologie, parfois rare, parfois d'évolution inhabituelle, pathologie qui sera suivie, traitée, guérie si cela est possible, avec un plaisir scientifique certain même si les plaintes persistent.

Le temps de la compréhension

Après plusieurs années d'échec, nous avons tenté de mieux comprendre la signification de la plainte par la collaboration avec un centre de santé mentale analysant tant par le biais de la psychanalyse et la psychiatrie classique, que par le biais de

l'anthropologie, les plaintes de cette population. Cette analyse est extrêmement complexe et il n'est pas de ma compétence de l'explicitier dans le détail. J'en retiendrai quelques points qui ont, petit à petit, permis de mieux comprendre le pourquoi des plaintes et surtout leur expression.

1. Une enquête réalisée dans une population turque non sélectionnée montre que ces plaintes existent chez une grande proportion de personnes interrogées et sont aussi fréquentes chez les personnes qui consultent ou ne consultent pas le médecin.

2. Ce type de plaintes existe en Turquie sensiblement dans les mêmes proportions que dans les populations turques immigrées.

3. Ces plaintes ont des caractéristiques précises qui peuvent être décrites avec précision dans des entités « classiques » au point qu'il est arrivé à notre collaborateur psychologue et anthropologue de nous adresser des patientes aux plaintes oh combien multiples et déroutantes, en nous demandant d'examiner l'oreille gauche qui fait souffrir cette patiente et qui est le seul symptôme ne s'accordant pas au syndrome « culturel »... et l'otite était présente.

4. Poussons plus loin l'analyse. On peut même tenter de rapprocher certaines plaintes de certains conflits précis dans la famille ou dans les antécédents familiaux ; les plaintes étant fort différentes s'il s'agit d'un conflit avec les enfants, les beaux-enfants, le mari ou les beaux-parents.

5. L'analyse de la société traditionnelle turque montre des règles extrêmement précises et complexes quant à l'organisation des familles et plus particulièrement l'organisation du mariage entraînant une série de contraintes devant être respectées durant plusieurs générations. Le non-respect, volontaire ou accidentel, de ces règles non écrites, entraînera des conflits et des « mal être » multiples et parfois irréparables.

6. Le système de plaintes, et parfois de maladies, permet souvent d'exprimer des conflits sans devoir les nommer, de créer des équilibres parfois peu rationnels dans des structures familiales rigides. Ces plaintes ou maladies semblent souvent acceptées par l'entourage avec une tolérance remarquable par rapport à l'intensité et à la démonstrativité des plaintes qui font presque partie de leur mode de vie.



7. La solution du conflit sous-jacent est rarement entre les mains d'un pouvoir extérieur à la famille, fut-il médical ou juridique, même si ce pouvoir est interpellé avec beaucoup d'espoir ou d'agressivité. On a l'impression qu'il sert souvent de témoin plus que d'acteur.

8. L'explicitation du conflit, même s'il est admis et reconnu par le plaignant (le patient) comme cause de ses maux arrive rarement à réduire les symptômes comme si ceux-ci servaient de contrepoids à la faute commise, éventuellement une génération auparavant...

9. La tolérance du patient pour ses maux atteint des proportions parfois extraordinaires. On peut penser que si la cause première du « syndrome traditionnel » est claire et la position du plaignant sans ambiguïté vis-à-vis de la cause, celui-ci tolérera nettement mieux ses plaintes que si sa position vis-à-vis de celle-ci est ambivalente. Assez curieusement, les plaintes demeurent souvent, mais la tolérance vis-à-vis de celles-ci est fluctuante.

10. Le fait migratoire va, dans certaines familles, augmenter les sources possibles de conflits, et donc de pathologies mais l'expression et la gestion de celles-ci semblent ne pas avoir changé avec la migration.

Que se passe-t-il avec ces plaintes en Belgique ?

- La plainte somatisée à l'extrême est exprimée chez le médecin, à l'hôpital, qui sont les endroits où l'on doit aller se plaindre dans notre organisation sociale. Le personnel médical aura du mal à se raccrocher à autre chose que le somatique (ignorance de la langue, des coutumes, des habitudes de santé) d'autant plus que le patient nie souvent toute cause psychologique.

De sujet actif d'un dialogue, le plaignant devient souvent sujet passif d'une thérapeutique. Avec le temps, il ne sait plus pourquoi il se plaignait et devient donc vraiment « malade », d'autant plus que la maladie est niée par le corps médical « somatitien » et bien souvent aussi par le corps médical « psychologue » qui ne retrouvent pas dans ces plaintes une nosographie connue.

- La plainte, outre sa signification socio-familiale essentielle, donne souvent droit chez nous à des

bénéfices secondaires inconnus au pays d'origine et qui sont le signe extérieur garantissant la gravité des plaintes. Même si, par exemple, les revenus du chômage sont égaux à ceux de la maladie, le fait d'être « inscrit » comme invalide, est la preuve nécessaire de l'importance de la souffrance.

Le circuit de justification du droit aux allocations de maladie va entraîner souvent une aggravation des plaintes dont l'authenticité est contestée. La somatisation est d'autant plus grande que lors de



ce périple, on finit toujours par trouver l'un ou l'autre examen pathologique auquel médecin et malade vont se raccrocher comme à une bouée de sauvetage dans cette incompréhension réciproque. Ici aussi, la signification de la plainte va petit à petit disparaître, mais non la plainte.

Le stress de ce circuit de justification, de ces réponses incohérentes des intervenants va parfois entraîner soit une pathologie psychosomatique objectivable (ulcère gastro-duodéal par exemple) qui permettra de trouver un terrain d'entente entre soignant et soigné, soit une pathologie psychiatrique réelle avec idées délirantes, anxiété, agressivité, nécessitant même parfois des hospitalisations psychiatriques.

Quelle attitude peut-on alors imaginer prendre ?

1. Une première possibilité est l'acceptation des plaintes. Cela nécessite bien sûr comme préalable une connaissance suffisante des différents syndromes traditionnels pour pouvoir les reconnaître et éviter de passer à côté d'une pathologie somatique ou psychologique réelle. La gestion de ces plaintes, comme témoin de la souffrance sera possible sans trop de conflit si la demande d'exams ou de médicaments « guérisseurs » n'est pas trop forte. Elle ne sera souvent possible qu'après un circuit long et coûteux, parsemé d'échecs dans diverses institutions médicales ou psychiatriques. Elle sera souvent hypothéquée par l'interférence du système de contrôle de l'assurance maladie qui nécessitera une escalade de symptômes et d'exams.

Si la confiance s'établit, cette écoute neutre et empathique des plaintes n'amènera peut-être pas d'amélioration mais permettra d'éviter une dégradation comme je l'expliquais précédemment. Un séjour en Turquie durant les vacances permettra parfois de résoudre le conflit sous-jacent.

2. Une autre possibilité actuellement en application au centre de santé mentale de Laeken est la réunion de plusieurs plaignants en groupes (dertlesmek) reconstituant ce qui se passe normalement dans les villages. Les plaintes sont exprimées et discutées devant la communauté, les plaignants redevenant des acteurs écoutés devant un auditoire, capables de les comprendre et de compatir, éventuellement de les aider à trouver des solutions à des conflits socio-familiaux.

3. Une troisième attitude régulièrement utilisée par les thérapeutes en Turquie est de renvoyer les plaignants à leur propre conflit. « Que voulez-vous que je fasse pour vous... ». « Cela ne me concerne pas... ». « Je vous comprends mais vous vous adressez à la mauvaise porte... » avec éventuellement des conseils très dirigistes. « Tant que vous vivrez dans un appartement si petit, cela n'ira pas »... « Vous devez exiger de votre mari plus d'argent pour le ménage ou le logement »... etc. Attitude nécessitant une parfaite connaissance des conflits et de leur mode de réalisation « à la turque » (mariage, divorce, rôle de l'oncle maternel, etc.).

Primum non nocere (D'abord ne pas nuire)

En conclusion, je retiendrai que l'on se trouve devant une population qui présente, à l'origine, un mode de fonctionnement et de résolution des conflits fort différent du nôtre.

Confrontée à notre organisation médicale, cette population voit son équilibre bouleversé par notre intervention souvent inappropriée et cause de iatrogénicité grave par ignorance de notre part.

Seule une analyse multidisciplinaire, allant au-delà de l'approche médicale somatique et psychologique, permet d'appréhender l'ensemble des données explicitant la pathologie, et permet d'éviter une chronification et une éventuelle aggravation des plaintes* qui, à priori, ne concernaient pas la médecine.

L'espoir mis par la population dans notre « science », déçu par le peu de résultats positifs, sera encore malheureusement souvent confronté à l'agressivité du corps médical frustré de ne pas pouvoir faire disparaître des plaintes indispensables à l'équilibre vital des personnes. ●

* Ces plaintes sont devenues des pathologies après confrontation à notre savoir. On peut se poser la question de savoir si d'autres plaintes, d'autres attitudes de populations plus proches et autochtones n'ont pas subi le même sort...

La famille, le mariage, les enfants... dans la culture turque



D'après T. Nathan, la culture contient l'âme, la dynamique, la créativité d'un groupe social. En outre, elle permet à ses membres de percevoir le monde sur le mode de l'évidence. Quoique d'origine externe à l'individu, la culture permet avant tout de se mouvoir, de penser, d'aimer et de travailler en évitant frayeur et perplexité. Il existe toujours un mot pour nommer les objets, les expériences perçues, il existe toujours une pensée capable de rendre compte des désordres et des douleurs, c'est-à-dire une manière de concevoir la maladie et en même temps la démarche thérapeutique qui lui correspond.

Le rôle primordial de la culture est d'assurer l'existence du groupe en tant que tel. Elle lui confère donc une clôture - la frontière étant la langue - et lui donne une conscience de son identité (exemple : « Nous sommes marocains et non turcs »). Sa langue maternelle est le lieu d'où sera diffusé son sentiment d'identité.

L'ethnopsychiatrie considère que nous ne choisissons pas d'appartenir à un groupe culturel, nous naissons dans un groupe. Nous sommes donc des êtres culturels. Ceci ne remet pas en question la liberté de l'être. Le groupe culturel fonde la personne et lui donne sa liberté par le fait qu'elle la fixe.

La conception des relations entre un homme et une femme dans la logique culturelle turque

Dans la communauté turque, les relations entre un homme et une femme sont imprégnées d'un certain tabou. Ce refus provient de deux facteurs

intimement liés. Premièrement, l'importance du « qu'en dira-t-on », donc du regard des autres membres de la communauté. Ce premier facteur renvoie au second qui est l'honneur de la famille. L'essence de ce facteur se trouve être principalement la question de la virginité de la fille. Cette communauté ne peut penser une simple relation d'amitié entre un homme et une femme, puisque, dans sa logique, elle n'existe pas et quelle que soit la nature d'une relation, elle présente un grand risque de perte de virginité pour la femme. Une relation duelle, entre les deux sexes implique nécessairement la sexualité. Cette question de la pureté de la femme est d'autant plus exacerbée que pour la culture turque un homme n'est homme que s'il a un honneur, à tel point que si ce dernier devait être souillé par la transgression de cet interdit touchant une femme, cela peut mener par exemple à la répudiation de la fille. Pour exprimer ces situations, il existe une expression turque qui dit que « l'honneur est placé sous les pieds des personnes » (*onur ayaklar altinda*), sous entendant que n'importe quel passant peut marcher dessus.

● L'amour et la sexualité

L'amour allant de pair avec la sexualité, nous pouvons dire que cette dernière est tabou dans la culture turque. Les femmes entre elles en parlent mais d'une manière allusive et non directe. Les choses sont sous-entendues et non dites. La sexualité est surtout mise en avant dans sa fonction de reproduction. Mais en même temps, les femmes connaissent l'importance de la sexualité pour l'homme, puisqu'elles savent qu'un homme peut être amené à tromper sa femme dans le but d'assouvir ses besoins sexuels.

● Le trousseau pour la jeune fille

Le trousseau, fait essentiellement par la mère et la jeune fille, possède une grande place dans le mariage. Dans ce trousseau, nous retrouvons beaucoup d'objets tels que la dentelle, la broderie, etc., qui vont servir à meubler la nouvelle maison de la jeune fille. Le trousseau incarne toute la richesse et les compétences à être une femme pour son mari. Il est constitutif de la préparation de la jeune fille à sa nouvelle vie de femme et de mère. Dans les alliances et dans la préparation de la jeune fille au rôle d'épouse, de belle-fille et de mère, la

*Ilknur Deveci,
psychologue,
centre D'Ici et
d'Ailleurs.*

*Ce texte brosse
quelques aspects
de la culture de
manière
succincte. Il ne
prétend ni à une
quelconque
exhaustivité,
ni à une
représentation de
la réalité de vie
des turcs ayant
pour prétention
de s'appliquer à
chacun
d'entre-eux.*

La famille, le mariage, les enfants... dans la culture turque

place de la mère est très grande, c'est d'elle que tout dépend, c'est sur elle que les incompétences de sa fille retomberont. Ne dit-on pas en turque *Anasina bak, kizini al !* qui signifie « regarde la mère et prend la fille ! ».

● Le choix des conjoints

Dans la communauté turque, l'alliance préférentielle est celle qui se fait entre cousins germains. Il existe un dicton turc qui dit : *elin eyisinden kendi kötümüz eyidir !* Ce qui signifie : « Un mauvais des nôtres est préférable à un bon des autres ».

La demande en mariage

En général et dans un premier temps, ce choix revient aux parents. Les parents de l'homme se mettent en quête d'une jeune fille pour leur fils, tandis que les parents de la femme sélectionnent les prétendants qu'ils vont soumettre à leur fille. En un second temps, la décision finale revient aux jeunes. Les parents possèdent un droit de regard sur le choix du conjoint puisque dans la culture turque, le mariage n'unit pas deux personnes mais deux familles, ce qui met en évidence la place du groupe culturel dans les événements de la vie.

La demande en mariage se fait par la personne la plus âgée de la famille qui dit : *Allah'in emri peygamberin gavliyle kizinizi oglumuza istiyoruz*, ce qui veut dire « Avec l'ordre¹ d'Allah et la permission du prophète, nous demandons votre fille pour notre garçon ».

Si la réponse est positive, la famille du garçon envoie quelques hommes et femmes pour faire le *söz kesme*, c'est-à-dire l'officialisation de la promesse de mariage. Lors de cette rencontre, les hommes et les femmes âgés parlent du *baslik parasi* c'est-à-dire de la dot. Pour la famille de la fille, la dot est un moyen de la protéger du divorce consécutif au moindre conflit avec sa nouvelle famille. Pendant cette rencontre, il est demandé également de l'argent pour *l'ana sütü* c'est-à-dire la dot du lait maternel, le droit de la mère, et la quantité d'or à offrir à la jeune femme. En cas de divorce, cet or revient à la jeune femme.

La cérémonie

Le matin du premier jour du mariage (*bayrak kaldirma*), le drapeau turc est hissé sur le toit de la maison et, le soir, les femmes préparent les feuilles de vigne et les repas pour le lendemain.

Pendant toute la journée du deuxième jour (*kina günü*, le jour du henné), les invités reçoivent à manger. La famille du garçon apporte également un mouton qu'on appelle *Kina gogunu* (le mouton du henné, le sacrifice). Ensuite, une personne ayant des enfants et n'ayant été mariée qu'une fois va mettre du henné sur la main droite du couple et sur la nuque de la fille.

Le mariage religieux est très important et très peu de personnes y assistent. Les tous derniers moments de la cérémonie, dans la maison de son père, la jeune fille va devenir une femme. Elle est soutenue en robe de mariée par un homme de sa famille, père, frère ou oncle qui lui tient le bras droit pour l'accompagner et la confier à sa nouvelle famille. Tout le long du trajet, une femme de confiance tient un miroir devant la mariée. Le miroir l'accompagnera jusqu'à sa nouvelle maison et y restera. Il laisse entrevoir à la mariée l'espoir que son chemin sera aussi lumineux (*aydinlik*), clair et sans embûches que la clarté du miroir. Cette signification est le premier niveau de l'étiologie turque de l'objet miroir. Un autre niveau de cette étiologie serait que grâce au miroir la jeune fille emporte son monde, son réseau d'appartenance familiale, ses ancêtres et ses morts. Elle appartient d'abord à son père. L'image qui se reflète dans le miroir, c'est celle du couple constitué par son père et elle. Le miroir est un objet qui acte cette alliance mais qui lui signifie également son appartenance à son réseau familial, à son père.

Avant l'épisode du miroir, le père met un voile rouge sur la tête de la mariée, ensuite il fait tourner trois fois un ruban rouge autour de sa taille avant de l'attacher. Ce faisant, le père lit des sourates du Coran. Il donne donc sa bénédiction à la jeune fille quant à sa nouvelle affiliation. La couleur rouge signifie le sang. Le pardon, la protection, la filiation et l'affiliation demandent un sacrifice, c'est-à-dire l'écoulement du sang. Le sacrifice donne également à manger à un autre monde, aux ancêtres, aux morts. La couleur rouge du voile et du ruban signifie entre autre la pureté et la virginité de la jeune fille.

Les signes de l'alliance

L'emplacement de ces objets n'est pas sans importance. Le ventre est le lieu de la fécondité, de la maternité. Lieu qui doit être pur pour la filiation et la descendance. Ici, la notion de pureté est utilisée dans le sens où, si la jeune femme n'est

1. Dans le sens où Allah demande aux hommes de se marier et de procréer.



pas vierge, c'est l'honneur de sa famille et de son père qui est souillé. Le ventre et la tête sont des endroits très sensibles à l'attaque des djinns, il faut les protéger. L'expression turque : *kafayi üsütmüs* correspond à « sa tête a pris froid », mais en fait cela signifie qu'il a perdu la tête et, de manière implicite, que la tête a été prise par les djinns.²

Dans le mariage, le ruban, le voile, le trousseau, le miroir sont tous des éléments de fondation de l'alliance qui vont fermer³ la jeune fille pour permettre son ouverture vers la nouvelle famille. Autrement dit, ce sont des éléments qui fabriquent une mariée pour sa nouvelle affiliation. De plus, la jeune mariée enjambe le sang du mouton égorgé devant la porte de sa nouvelle maison. Cet acte s'inscrit également dans le processus de sa nouvelle affiliation. C'est un des éléments qui va fermer la maison pour permettre l'ouverture vers l'extérieur.

Les éléments tels que le mouton⁴ donné en sacrifice par la famille de l'homme à celle de la femme, le trousseau, la dot, « la dot du lait maternel » et l'or sont des objets qui constituent et actent l'alliance entre les familles. Ces rituels sont des éléments fondamentaux dans la construction de la fondation de la nouvelle alliance. Ils sont également très importants dans la question de la transmission au niveau des enfants.



Lorsque la mariée entre dans la voiture, la personne tenant le miroir l'accompagne. Le *hoca* commence à lire des versets et des sourates ; tout le monde ouvre les deux mains vers le ciel ; à la fin de sa récitation, ils lisent tous la sourate *El Fatiha*, passent leurs mains sur leur visage et disent *Amin* (Amen). Cette sourate est connue pour être celle qui ouvre. Elle est une ouverture. C'est elle qui est lue pour commencer la prière.

Le lendemain matin, tout le monde attend impatiemment la preuve de la virginité de la fille. Seules quelques femmes, dont la belle-mère, vont voir le sang sur un tissu blanc. Celle-ci va faire parvenir la nouvelle à la famille de la fille. Nous pouvons constater que, même à ce moment, la question de la virginité n'est pas uniquement l'affaire du couple, mais aussi celle des deux familles.

La conception de l'enfant

● La nomination

À la naissance, la question du nom se pose pour l'enfant. Souvent, ce sont des noms de prophètes, d'hommes religieux, d'anciens de la famille ou de parents qui sont donnés à l'enfant. Dans les rituels de nomination turcs, un homme pieux et sage de la famille ou un *hoca* prend le bébé dans ses bras. Il lit des sourates et des versets du Coran, ensuite il appelle trois fois l'enfant par son prénom au niveau de l'oreille droite.

● Le garçon roi !

La place des enfants au sein des alliances et, par conséquent, du couple est donc grande. Avoir des garçons change le regard que portent la famille et la communauté sur le couple, ainsi que celui porté par chaque conjoint sur l'autre. De plus, avoir des garçons apporte un changement de place pour les conjoints et également dans la dynamique relationnelle entre eux. C'est en donnant un garçon qu'une femme acquiert le statut de mère. Statut qui lui confère le droit à la parole au sein de la communauté et aux égards de son mari.

● La stérilité du couple et l'absence de garçon

Citons pour commencer les propos de Hassaïm Kadri Z. (1997, p. 136), sur la conception de la famille et de la stérilité dans la culture kabyle : « *Le mariage n'a pas pour but d'unir une femme et un homme, mais deux familles, deux lignages. Le but du mariage est la procréation... La stérilité définitive est considérée comme une malédiction ou un mauvais oeil, une action punitive provenant des volontés divines ou d'une désobéissance* ».

Nous avons déjà dit l'importance de l'homme et

2. C'est une injonction du réseau culturel turc à aller voir un guérisseur.

3. La fermeture se définit par le fait que les éléments de constitution de l'être même et de protection ont été déposés et fermés. Cette clôture définit l'identité de la personne par rapport à l'extérieur. En outre, elle implique l'ouverture, c'est-à-dire qu'elle permet à la personne de s'ouvrir au monde. Elle fixe cette dernière pour lui permettre de partir.

4. Cette nourriture sera distribuée à la famille de la jeune femme.

du garçon dans cette culture. Nous pouvons constater qu'il existe plusieurs recours pour la femme qui n'arrive pas à donner naissance à un garçon. Après plusieurs grossesses et accouchements, si elle ne donne naissance qu'à des filles, l'enfant est prénommé *Döne*, ce qui veut dire « tourne » pour que le prochain enfant soit un garçon. Si ses fils meurent en bas âge, elle peut donner des prénoms tels que *Yasar*, qui signifie « vivra » pour que le nouveau-né reste parmi eux dans ce monde. Elle peut aussi avoir recours aux thérapies traditionnelles telles que consulter un guérisseur ou s'affilier à un *Türbe*, c'est-à-dire un lieu saint où repose la tombe d'un homme sage et pieux. Dans ce dernier cas, l'enfant portera le nom de ce saint. Avoir des enfants et surtout un garçon est de la responsabilité la femme. Que l'homme sache que, médicalement, il est responsable dans la détermination du sexe de l'enfant, ne change rien à la situation, à moins d'une impuissance totale laquelle pourrait notamment s'expliquer par la sorcellerie. Dans ce cas, il a souvent recours aux thérapies traditionnelles. Cette insistance pour avoir un garçon est essentiellement due au fait que seul ce dernier perpétue le nom de la famille et le *soy*, terme qui fait référence aux origines ; il représente le garant de l'héritage patrimonial. Comme dit le proverbe turc : *evin ocagini erkek tüdürür*, « c'est par l'homme que la cheminée de la maison fumera ». Une famille sans homme est une famille qui va vers la mort. Une autre expression montre l'importance du garçon quant au statut du père et de sa virilité : *Erkek adamin erkek oglu olur*, « Seul un vrai homme aura un vrai garçon ».

Bibliographie

Dalkilic C. Les croyances populaires en Turquie et dans l'immigration. Dans C. Mesmin (sous la direction de), Cultures et Thérapies (p. 45-73). Grenoble : La Pensée Sauvage, 1997.

Gailly A., Devisch R. et Corveleyn M. « Être » aux limites de sa condition : Analyse psychodynamique et sémantique d'un cas de psychose hystérique en milieu turc immigré en Belgique. Dans E. Jeddi (sous la direction de), Psychose, Famille et Culture, Recherche en psychiatrie sociale. Paris : l'Harmattan, 1985.

Gailly A. Life recedes when exchange fails : clinical anthropology among turkish patients. International Journal of psychology, n° 4/5, Volume n° 2, 521-538, 1985.

Gailly A. Symbolique de la plainte dans la culture turque. La trame des plaintes « Dertlesmek » (« chagrin partagé de coeur à coeur »). Les cahiers du Germ, n° 217, 1-21, 1991.

Giraud R. L'empire des turcs célestes. Les règnes d'Eterich, Zapghan et Bilga. Contribution à l'histoire des Turcs d'Asie Centrale. Paris : Maison-Neuve, 1960.

Gokalp A. Religion et traditions populaires en Turquie. Mythes et croyances du monde entier. Le Monothéisme, Volume 2, 400-413, Paris : Lidis Brepols, 1985.

Hassaïm Kadri Z. Les représentations culturelles sur la circulation des enfants kabyles au Maghreb et en France. Dans C. Mesmin (sous la direction de), Cultures et Thérapies (p. 131-156). Grenoble : La Pensée Sauvage, 1997.

Kagitcibasi C. La famille et la socialisation dans une perspective interculturelle : un modèle de transformation. Dans N. Bensalah (sous la direction de), Familles turques et maghrébines aujourd'hui. Evolution dans les espaces d'origine et d'immigration (p. 119-173). Louvain-La-Neuve : Maison-Neuve la Rose, 1994.

Milletlerarası türk halk kültürü kongresi bildirileri Gelenek Görenek ve İnançlar. (« Compte rendu du congrès sur la culture turque, traditions, coutumes et croyances »). Ankara : Ofset Repramat matbaası, 1992.

Omay O.H. Un jardin à Soi. Réflexions autour d'une famille immigrée. Mémoire de Dis de psychiatrie. Université Claude Bernard, Lyon. Promoteur : Pr. Jean Dolery, 1991.

Par A. H. (s.d.) Ata sözleri. (Les paroles des anciens). Istanbul : Meydan Gazetecilik Ltd. Sti.

Roux JP. et Közbayrı G. Les traditions des nomades de la Turquie Méridionale. Contribution à l'étude des représentations religieuses des sociétés turques d'après les enquêtes effectuées chez les Yörük et les Tahtaci. Paris : Maison-Neuve, 1970.

Theillaumans-Lamy N. « Ev alma komsu al ! », Avant de choisir ta maison choisit ton voisin ! Importance de l'appui sur la communauté d'origine dans la migration. Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie, n° 32, 27-42, 1996.

Timmermans C. Jeunes filles de Turquie. Vie familiale et instruction scolaire. Dans N. Bensalah (sous la direction de), Familles turques et maghrébines aujourd'hui. Evolution dans les espaces d'origine et d'immigration (p. 175-187). Louvain-La-Neuve : Maison-Neuve la Rose, 1994.



Approche ethnopsychiatrique des systèmes étiologiques et thérapeutiques traditionnels marocains

En dépit du développement du système de santé de type occidental et la multiplication des services publics et privés de santé, le recours aux thérapies traditionnelles est encore un phénomène courant au Maroc. Une des branches de cette médecine traditionnelle est la prise en charge thérapeutique des malades mentaux. Que ce soit exclusivement, alternativement ou parallèlement aux consultations psychiatriques, les patients de ce genre ne manquent pas de se tourner vers ce secteur de la culture traditionnelle. Un psychiatre marocain va jusqu'à dire que 99,9 % de ses patients ne le consultent qu'après avoir épuisé les différents recours thérapeutiques dispensés par le champ de la pratique curative traditionnelle. Le surnaturel occupe une place prépondérante dans la représentation marocaine du désordre mental, et ce aussi bien au niveau de son origine que de son traitement.

Etiologies ethnopsychiatriques marocaines

Le discours traditionnel propose plusieurs modèles culturels dans sa recherche des causes des maladies mentales ; modèles qui vont des esprits maléfiques aux sorciers en passant par le mauvais oeil.

● La possession

Tant l'histoire que l'anthropologie nous apprennent que la possession a souvent été et est encore une modalité d'interprétation paradigmatique de la pathologie mentale : dans cette conception

religieuse et culturelle, le désordre mental est conçu comme une prise de possession par un esprit divin, ancestral ou démoniaque, possession qui peut être tantôt perçue comme un signe d'élection, tantôt comme un signe de punition. Le modèle de la possession est un modèle qui prime dans la société marocaine. Celle-ci renvoie à l'action maléfique des esprits, en l'occurrence les *jnouns*, qui se trouvent inmanquablement impliqués dans chacune des formes courantes de la folie.

Les *jnouns* sont, selon l'Islam, des êtres invisibles pouvant être classés en deux catégories : les bénéfiques et des maléfiques. Dans les milieux traditionnels, on arrive à penser que les démons sont partout, invisibles tout en étant proches de nous, vivant plutôt la nuit que le jour, pouvant se manifester sous forme humaine ou animale, capables de se marier avec les humains, de les séduire, et de punir celui ou celle qui les dérange, les blesse, les offense ou simplement empiète sur leurs domaines ou lieux de résidence, à savoir des lieux où l'on trouve de l'eau, des endroits sales, obscurs et/ou sanguinaires comme les égouts, les grottes, les abattoirs... Certains sont musulmans, d'autres sont chrétiens, juifs ou païens.

L'univers des *jnouns* est complexe, effrayant pour le profane, et toute communication avec lui, en dehors de tout rite ou de toute protection, est dangereuse et peut exposer à plusieurs maux et malheurs. On ne peut violer les tabous de fréquenter des lieux démoniaques, celui de prononcer le nom des *jnouns*, celui d'entrer en contact avec eux, sans l'observance de quelques rites mis en place par la communauté pour s'en protéger, dont certains sont très conscients, alors que d'autres s'inscrivent dans le domaine de l'inconscient collectif et des comportements automatiques.

Les *jnouns* agissent sur l'individu de deux façons qui constituent deux grands syndromes caractérisés par des tableaux cliniques spécifiques : soit par pénétration dans le corps de la victime (possession), soit en agissant de l'extérieur (somatisation variée). Dans le premier cas de figure, l'individu est littéralement habité par les *jnouns* qui provoquent chez lui des crises spectaculaires avec des

*Ali Aouattah,
docteur en
psychologie au
centre D'ici et
d'Ailleurs.*

Approche ethnopsychiatrique des systèmes étiologiques et thérapeutiques traditionnels marocains

symptômes tels que les convulsions, les contorsions, les hallucinations visuelles et auditives, la confusion mentale, la fuite de la pensée... Dans le deuxième cas, le malade qui est « frappé » ou « giflé » par les esprits souffre d'atteintes subites essentiellement et corporellement localisables (surdité, cécité, paralysie des lèvres ou de l'une des faces du visage).



● La magie

Le monde où nous vivons est non seulement peuplé d'esprits surnaturels susceptibles de nous agresser à tout moment, mais aussi de toutes sortes de gens et d'individus capables eux aussi de provoquer le malheur d'autrui. La croyance en la possibilité d'une action maléfique engendrée par les autres fournit un autre système explicatif de la maladie, fondé sur les idées d'envoûtement, d'ensorcellement, de sortilèges, des effets dévastateurs du mauvais oeil, des agissements agressifs du *sehhar* (sorcier).

Le *sihr* (magie), terme invoqué par la masse populaire pour désigner la nature et l'origine de l'action maléfique, nécessite en principe des compétences et des initiations spéciales, mais cela n'empêche pas que des catégories sociales, sans connaissance magique particulière, se livrent à quelques pratiques banales : la femme est en cela

* La main de Fatma est un bijou en or ou en argent porté en collier et représentant une main stylisée. Cette main est aussi appelée Khamsa, cinq, en référence aux cinq doigts.

très redoutée, constituant un pôle central autour duquel s'organise le discours étiologique de la pathologie mentale relatif à l'action maléfique. Dans les deux cas (spécialistes et non spécialistes), celle-ci est constituée de techniques variées allant de l'administration de produits organiques ou inorganiques par le biais de la nourriture (*touwkal*) aux écritures magiques confectionnées par un spécialiste sous forme de talisman destiné à être enfoui dans des endroits rendant la personne visée très vulnérable, en passant par des agissements sur les parties contiguës au corps de la victime : rognures d'ongles, cheveux, tissu, etc.

● Le mauvais oeil

Le mauvais oeil est l'affaire de tout envieux, voire même de tout un chacun, même si certaines personnes sont plus que d'autres susceptibles de faire du mal à autrui par le seul effet naturel de leur regard. Dans la tradition marocaine, le mauvais oeil concentre une infinité de croyances et guide une multitude de pratiques prophylactiques. Les préjugés qu'il peut entraîner sont très variés : il peut rendre l'enfant malade, endeuiller les familles, ruiner les biens et les affaires, séparer les époux, rendre fou... Aussi faut-il tout faire pour s'en préserver : éviter les manifestations verbales d'admiration susceptibles de le déclencher à l'insu du sujet ; invoquer le nom d'Allah ; réciter des formules neutralisantes ; porter des talismans ou la *main de Fatma**, mais surtout ne pas s'exposer, ne pas attirer l'attention sur soi ou étaler ce qui pourrait déclencher le processus envieux.

Les thérapeutiques traditionnelles

● Maraboutisme thérapeutique

Le discours populaire recommande au malade la multiplication des visites ou des séjours dans les sanctuaires ayant la réputation d'enrayer le mal : pratiques qui constituent le « maraboutisme thérapeutique », c'est-à-dire l'ensemble des comportements religieux liés aux saints et à leurs sanctuaires. Les saints (*sayyed, wali*), appelés aussi marabouts, sont des figures à la fois historiques et légendaires, et qui sont détenteurs de la grâce divine, la *baraka*, grâce à laquelle ils sont en mesure de répondre à toutes les prérogatives que leurs adresses leurs visiteurs : devenir enceinte, réussir



une affaire, garder la paix au foyer, guérir, gagner un procès... Toute demande, pour peu qu'elle soit licite, est en principe recevable. Cependant, par une certaine division du travail mystique, la croyance et la pratique populaires ont spécialisé le rôle et le domaine des marabouts. Ainsi, la plupart d'eux excellent dans des sphères circonscrites. Au niveau thérapeutique par exemple, l'éventail des marabouts qui se répartissent les spécialités médicales n'a rien à envier à la nomenclature moderne. Dans le domaine de la pathologie mentale, il en existe une dizaine à travers le pays vers lesquels vont converger, à un moment ou un autre de leur processus thérapeutique, les malades mentaux qui ont le choix entre des visites répétitives ou des séjours prolongés, accompagnés en cela d'un quelconque membre de sa famille.

L'acte qui occupe une place centrale dans cette entreprise thérapeutique est celui de l'imploration du saint. Le malade est introduit, par un membre de sa famille ou par un descendant du saint se trouvant sur place, dans la salle abritant la tombe du saint pour qu'il l'implore et le prie d'user de sa puissance afin de le délivrer des jnouns qui le possèdent. L'imploration s'accompagne de quelques autres gestes inhérents à cette rencontre avec le saint : tourner autour du tombeau, l'embrasser, le toucher, le frotter...

D'autres séquences rituelles sont accomplies ou subies : le patient se lave dans l'eau du sanctuaire afin de se purifier des formes mauvaises ; boit de l'eau de la source ou du puits associés au sanctuaire ; brûle de l'encens ; parfois procède au sacrifice d'un animal. En fait, les rituels varient plus ou moins d'un lieu à l'autre, selon justement les supports rituels qui s'y trouvent. Quoi qu'il en soit, le sacré thérapeutique de cette nature est ainsi fait, c'est-à-dire d'une façon itinérante et diffuse, que le séjour du patient est constitué depuis son arrivée, d'attente, d'espoir et de tentatives de capter les émanations sacrales contenues dans les objets et les lieux du périmètre sacré. La confiance que le malade nourrit vis-à-vis de la capacité du saint de le débarrasser du mal dont il est atteint le mettra en position d'attente et d'espérance quasi permanente. Jusqu'à ce que, à un moment indéterminé du séjour, le saint apparaisse au patient dans un rêve et lui annonce « qu'il peut partir », que la guérison lui est désormais accordée. La guérison n'est acquise cependant définitivement qu'après avoir, selon la volonté affichée par le saint pendant son apparition

dans le rêve, accompli une offrande dont il aura précisé lui-même la nature, offrande qui marquera des sentiments de gratitude, de remerciements et de reconnaissance de la dette contractée auprès de celui qui devient, pour le patient et sa famille, un protecteur.

● L'exorcisme

L'exorcisme est une thérapie qui vise à débarrasser le patient de son mal. Que le mal soit le résultat d'un acte maléfique humain ou le fait d'une attaque par les esprits, le rituel s'inscrit dans une perspective « soustractive » : c'est le mal que l'on extirpe, que l'on annule, qui constitue le mythe de référence de cette thérapie. Le procédé thérapeutique se conforme ainsi clairement au paradigme qui préside à la représentation étiologique : trouvant son origine dans la mauvaise volonté d'une puissance anthropomorphe, ou dans l'attaque d'un esprit pathogène, la maladie appelle un rituel expulsant, visant à anéantir et à chasser l'intrus.

Le *fquih* (scribe) est le personnage qui illustre au mieux la pratique thérapeutique de l'exorcisme ici étudiée. Le terme du *fquih* qualifie un personnage omniprésent et influent, assurant un encadrement serré des fidèles. En principe, c'est un expert en matière de religion, remplissant des fonctions religieuses (maître d'école coranique chargé d'initier les enfants à la lecture et à l'apprentissage des textes fondamentaux de l'Islam ; dirigeant les affaires de la mosquée). En réalité, il joue également le rôle d'officiant dans un grand nombre de cérémonies publiques ou privées : mariages, circoncisions, funérailles... A ces fonctions, la plupart des *fquihs* ajoutent celle du thérapeute, se spécialisant ainsi dans la délivrance des personnes possédées ou victimes d'une agression magique.

Le *fquih* acquiert donc sa légitimité de prodiguer des soins en matière de troubles mentaux grâce à cette condition d'homme religieux connaisseur du Coran. Le traitement consiste d'abord en la récitation de quelques versets coraniques destinée à faire parler le djinn afin d'entamer ce qui constitue réellement le fondement de l'exorcisme, c'est-à-dire une lutte serrée, aussi bien orale que corporelle, avec le djinn pour le combattre et le vaincre. Le terme utilisé par les marocains « sara'a el jinn » (assommer les jnouns) dit clairement cette finalité. Outre le procédé des invocations et du combat, le

Approche ethnopsychiatrique des systèmes étiologiques et thérapeutiques traditionnels marocains

fquih utilise celui de l'écriture. Plusieurs façons s'offrent au fquih dans son utilisation des écritures et dans sa manière de les intégrer dans le rituel thérapeutique. La plus classique est celle qui consiste en la fabrication d'une amulette (*hejab*, *hirz*). Il s'agit d'un morceau de papier où sont recopiés des versets coraniques, des lettres alphabétiques, des signes cabalistiques, dispersés à travers une figure géométrique. Ce papier est soigneusement enfermé et scellé dans un sachet de tissu, de plastique ou de cuir que le malade portera autour du cou ou en quelque endroit du corps. Le support de l'écriture peut aussi servir pour la préparation d'une infusion. Il est pour cela rincé dans une eau que le patient sera amené à absorber durant les jours à venir, démontrant par là la nature de cette forme thérapeutique, qui procède, d'une manière éclatante, par expulsion et purification : la parole coranique, diluée et bue, pourchasse le mal qui s'est introduit par effraction dans le corps partout où il se trouve. Le fquih peut aussi utiliser l'intérieur d'un bol pour ses écritures, les effacer ensuite avec de l'eau, dont une partie sera absorbée par le patient alors que l'autre, accompagnée d'incantations, sera appliquée comme massage de quelque partie souffrante du corps de ce dernier. Une autre méthode consiste à brûler le papier contenant les passages coraniques dans un brasero. Toujours dans le même but exorcistique, le malade est tenu d'inhaler la fumée qui s'en dégage pour faire fuir le djinn, étant entendu une fois pour toute que c'est la baraka que contiennent les formules religieuses qui conduit à la guérison.

sont nées ici, sont confrontées à des intervenants qui ne comprennent pas ou mal des symptômes qui seraient immédiatement intelligibles dans leurs pays d'origine, que de cas diagnostiqués comme relevant de la psychiatrie lourde parce que le thérapeute ne maîtrise pas les instruments et les codes qui conviennent pour gérer le problème. Parler, décrire et analyser les systèmes culturels d'interprétations et de traitement des maladies mentales tels qu'ils sont véhiculés par les personnes d'origine immigrée sont des actes qui ne relèvent pas de la simple condescendance, où nous, travailleurs psycho-médico-sociaux, parce que formés dans et par la science, nous nous paierons le luxe de respecter les croyances et les traditions des autres. Ils font tout bonnement partie intégrante d'une éthique médicale dont l'enjeu serait de veiller à ne pas amputer « l'autre » d'une de ses parties au détriment de telle ou telle autre jugée plus respectable aux yeux de la « science ». ●

Conclusions

Ceux parmi les travailleurs psycho-médico-sociaux qui interviennent dans le champ relatif à la santé et à la maladie des immigrés se rendent compte que ces derniers « emportent leurs maladies avec eux ». Ce constat, assez banal en somme, est à l'origine de plusieurs méprises quand il est, pour une raison ou une autre, tu et ignoré.

Que de drames, que d'errances parfois, quand les personnes d'origine immigrée, y compris celles qui



La prévention du SIDA auprès des populations d'origine sub-saharienne : spécificités et contraintes

En Belgique, contrairement à ce que l'on observe dans la population belge, où l'échange des seringues entre usagers de drogues et les pratiques homosexuelles représentent les principaux modes de contamination par le VIH*, dans la population non-belge, en particulier chez des personnes originaires d'Afrique sub-saharienne, la majorité des cas d'infection à VIH résultent des contacts hétérosexuels.

L'expérience du SSEAF** montre que faire de la prévention en population migrante africaine est un travail spécifique. Ce n'est pas tant parce que la communauté africaine concentre 75,2 % des cas de séropositivité parmi les patients non belges et qu'elle est donc identifiée comme groupe prioritaire pour les actions de prévention, mais surtout parce que cette population demeure peu touchée par les messages de prévention. Toutes sortes de barrières peuvent infléchir la performance attendue des interventions éducatives au sein de cette communauté. Certains stéréotypes sexuels, la valorisation des contacts entre sexes, le désir de vivre une sexualité fantaisiste, irrespectueuse, déterminent souvent l'implication de nombreux migrants dans des situations sexuelles à risque.

Notre but est de mettre en exergue l'importance de ces obstacles. Leur identification et leur compréhension constituent un défi majeur pour la prévention. Elles devraient permettre de développer des messages de prévention culturellement adéquats et acceptables en direction des populations migrantes.

Sur base d'une réflexion avec les intervenants en contact avec ces populations (originaires d'Afrique sub-saharienne) et d'une revue de la littérature scientifique, nous avons regroupé en trois catégories les principaux obstacles à la prévention de l'infection à VIH dans la communauté migrante africaine : les barrières relatives aux représentations, attitudes et aux croyances en matière de

sexualité, de SIDA et de santé ; les barrières liées aux pratiques sexuelles ainsi que celles liées à l'organisation, au fonctionnement et à l'accessibilité de la communauté africaine.

Les obstacles liés aux représentations, croyances, attitudes en matière de santé, de sexualité, de SIDA

● Les représentations et les croyances associées à la sexualité, au SIDA et à la maladie

De façon générale, le discours interprétatif du SIDA (et de la maladie) dans la communauté africaine renvoie à une causalité exogène, souvent surnaturelle, de la maladie (punition divine). Ce qui aboutit à rejeter les personnes dont les comportements sexuels sont qualifiés de déviants, comme les personnes qui ont des contacts homosexuels.

**** Le Service social des étrangers, d'accueil et de formation (SSEAF).**

Cette asbl est reconnue en Communauté française de Belgique comme organisme thématique chargé de l'organisation et de la coordination des actions de prévention du SIDA en direction des populations migrantes. Ses actions s'intègrent dans un processus global de lutte contre le racisme et toute autre forme de discrimination, de marginalisation, d'exclusion et de stigmatisation.

Sur le terrain particulier du SIDA, les actions du SSEAF visent à contribuer à éliminer les différences qui existent entre la population belge et la population étrangère en matière de connaissances et d'évaluation de risque et de protection.

La sexualité est en même temps envisagée comme étant un sujet sensible, un domaine tabou, que l'on n'aborde que dans un contexte précis, une matière dont on ne peut discuter entre parents et enfants. Malgré une prise de conscience croissante de leur rôle en matière d'éducation sexuelle et le fait qu'ils soient identifiés comme source désirée d'informations sur le SIDA, de nombreux parents africains

** VIH : Virus de l'immunodéficience humaine (SIDA).*

La prévention du SIDA auprès des populations d'origine sub-saharienne

se sentent gênés de parler de la sexualité avec leurs enfants.

● **Le déni de l'existence du SIDA, les croyances religieuses**

Les croyances religieuses assurent dans la communauté africaine un rôle non négligeable de régulation de la conduite individuelle et collective. La religion apparaît pour beaucoup comme un moyen sûr de protection contre le SIDA. Cette croyance implique de fait un manque d'intérêt et la méfiance vis-à-vis de l'information et des moyens de prévention du SIDA. En effet, si l'on prie et qu'on porte Dieu dans son coeur, on n'a pas besoin de préservatif.

Quoique qu'elles permettent aux personnes vivant avec le VIH de retrouver une certaine solidarité et de garder un certain espoir de vivre malgré le diagnostic de séropositivité, les croyances et pratiques religieuses représentent un obstacle majeur à la prévention. Elles empêchent l'acceptation du préservatif et l'accès à une information correcte sur les risques de transmission du SIDA et conduisent à de faux espoirs de guérison chez des personnes contaminées. Celles-ci pourraient être tentées de s'affranchir des réflexes de protection pour elles-mêmes et pour leurs partenaires potentiels.

Le déni du SIDA met aussi en cause la croyance que le SIDA n'existe pas et qu'il s'agit d'une construction imaginaire des blancs destinée à détruire la race noire. D'où une faible perception personnelle du risque et l'impression d'invincibilité par le SIDA, une maladie qui ne touche que des catégories déterminées de personnes : prostituées et leurs clients, personnes à partenaires multiples, homosexuels, toxicomanes, etc.

● **L'importance de l'échange de liquides biologiques lors des rapports sexuels**

L'imaginaire africain attribue au liquide séminal masculin diverses fonctions qui vont au delà de la simple procréation. On considère que le sperme a des vertus vitales, celles de nourrir la femme et de contribuer au mieux-être, à l'équilibre et à la qualité de vie des partenaires, à la stabilité d'un couple. Les rapports sexuels doivent donc nécessairement impliquer un échange de liquides biologiques (séminales). Le fait de déposer le sperme dans le

préservatif est alors envisagé comme un véritable gâchis, qui entrave l'écoulement de la vie et empêche de nourrir la femme.

● **La culpabilisation des femmes, le faible contrôle de la sexualité par les femmes**

Sur le plan des représentations du SIDA, il y a un discours culpabilisant qui consiste, face à la croyance en la pureté masculine, à assigner au sexe féminin, donc aux femmes, les caractéristiques d'impureté, les faisant apparaître comme responsables et vecteurs de la maladie.

Ce discours se double de la croyance que les femmes ne peuvent prendre d'initiatives en matière de sexualité. Elles ne disposent que de peu de pouvoir de décision sur leur sexualité... C'est généralement aux hommes qu'il revient de décider d'utiliser ou non un préservatif, du moment et de la fréquence des relations sexuelles, et dans certains cas, du nombre d'enfants. Enfin, certaines discussions sont difficiles à mener en présence des hommes : on ne peut pas dire n'importe quoi.

Les obstacles liés aux pratiques sexuelles

En dehors de la prostitution qui implique de se servir de son corps en échange de monnaie et/ou d'avantages de toute nature et qui, dans la communauté africaine présente des formes variées (vitrines, patrouilles dans les rues, ratissage dans les boîtes et cafés, etc.) relevant toutes d'une stratégie globale de survie, on peut relever d'autres pratiques sexuelles traditionnelles qui contrastent avec la valorisation d'une sexualité protégée.

● **La promiscuité sexuelle**

Cette pratique consiste, généralement pour un homme, à nouer des contacts sexuels avec plusieurs partenaires. C'est en quelque sorte le multi-partenariat synchronique.

En cohérence avec les interdits sexuels du post-partum, la promiscuité sexuelle implique la tolérance envers l'infidélité de l'époux. Pendant cette période, celui-ci peut chercher à satisfaire ses besoins sexuels en dehors du mariage, avec des prostituées, d'autres partenaires sexuels ou d'autres femmes mariées.



La promiscuité sexuelle est identifiée comme un facteur très important de diffusion du virus dans la communauté parce que les hommes finissent par importer les maladies sexuellement transmissibles et le SIDA dans leurs foyers.

● Les pratiques matrimoniales traditionnelles

Le lévirat

Plutôt rare dans la communauté migrante africaine, le lévirat consiste dans le remariage d'une veuve avec un cadet, un neveu ou même un cousin de l'époux décédé. Le lévirat s'enracine dans la plus profonde institution traditionnelle du mariage. C'est en fait un processus de redistribution des épouses d'un défunt dans la famille de celui-ci, qui assure à ces dernières la reconnaissance de leur intégration chez les alliés, le droit renouvelé de résidence et d'entretien, la possibilité de continuer à cohabiter avec leurs enfants.

Le rituel de purification « Lufuila »

En cas de veuvage, le « Lufuila » consiste à se faire « purifier » à travers un rapport sexuel avec un partenaire qui n'a pas nécessairement de liens de parenté avec le défunt. L'objectif principal de ce rituel est de libérer la veuve, de la purifier et donc de lui permettre de reprendre une vie sexuelle normale.

La polygamie

Dans la tradition africaine, la polygamie désigne une forme de mariage qui lie un homme à deux ou plusieurs épouses reconnues coutumièrement comme telles. Elle vise, du moins en théorie, à réduire la mobilité sexuelle de l'époux, en particulier, la fréquence de contacts sexuels extra-conjugaux, en lui permettant de garder des contacts sexuels avec l'une des épouses et de respecter l'interdit sexuel du post-partum.

L'expérience montre cependant qu'en milieu rural notamment, pour des motivations diverses, épouses et époux peuvent rechercher des partenaires sexuels en dehors du ménage.

Les procédés d'assèchement et de rétrécissement du vagin (dry et tight sex)

Ces procédés « d'hygiène intime » visent à assécher et à rétrécir le vagin par l'insertion de substances intra-vaginales (plantes, vinaigre, citron, sel d'alun, préparation de poudre, etc.). Répandue chez la

plupart des populations d'Afrique noire, rapportée par certaines catégories de femmes migrantes, cette pratique permet de rehausser l'estime de soi chez la femme et de conférer plus de jouissance sexuelle au partenaire et en particulier à l'homme. Cette stratégie de gestion du corps et de la relation amoureuse correspond aux préférences sexuelles des hommes et des femmes qui ont ainsi l'impression de retrouver une sorte de virginité.

Ces procédés, en particulier le dry sex, représentent un obstacle majeur à l'utilisation du préservatif, d'une part parce qu'il renvoie à l'idée de fluidité vaginale et d'autre part, parce qu'il confère aux femmes la certitude d'être protégées contre les microbes, les virus et même les grossesses, vu l'efficacité reconnue des substances utilisées pour d'autres problèmes de santé.

Notons également que l'insertion des substances intra-vaginales entraîne des lésions au niveau des muqueuses utérines créant ainsi un environnement favorable au passage des micro-organismes. Ce rôle de cofacteur de l'infection à VIH a été constamment observé au Congo, en Zambie et au Malawi.

● Le faible usage du préservatif

Il s'agit d'une attitude d'ambivalence vis-à-vis du préservatif impliquant la non acceptation ou l'usage irrégulier du préservatif et donc des pratiques sexuelles non sécuritaires avec des partenaires occasionnels.

Les obstacles liés à l'organisation, au fonctionnement et l'accessibilité de la communauté africaine

● L'organisation de la communauté africaine

La population migrante africaine est très hétéroclite. Elle comprend plusieurs sous-groupes (congolais, zaïrois, angolais, ghanéens, nigériens, rwandais, burundais, etc.), de profil complexe : familles monoparentales, forte proportion de célibataires et de personnes relevant du CPAS, sans papiers.

La population africaine connaît par ailleurs une grande mobilité, ce qui en fait une population

La prévention du SIDA auprès des populations d'origine sub-saharienne

pratiquement inaccessible, notamment aux heures de bureau, ou à tout le moins, difficile à toucher parce que peu structurée. En effet, il existe très peu d'associations dont les membres se réunissent de manière régulière ; les possibilités de contacts avec cette communauté sont donc limitées, les gens faisant plus confiance aux membres de familles restées dans les pays d'origine qu'entre eux.

Le colportage est très fréquent dans la communauté. Une croyance répandue est que les organismes de prévention distribuent de l'argent. C'est la principale attente des gens ; le bénévolat est inexistant. Enfin, il est de plus en plus difficile de travailler avec un intervenant qui n'est pas médecin en dehors de l'hôpital.

● L'accessibilité culturelle et économique aux services de santé

La population migrante africaine se caractérise par un faible recours ou une utilisation inadéquate des services de santé de proximité (médecins généralistes) de même que par la surconsommation des urgences des hôpitaux.

Il s'agit aussi de l'inaccessibilité économique aux soins de santé : le système de santé est technologique et coûteux pour des populations en situation de précarité sociale et économique ; d'où recours aux médecines parallèles, en particuliers aux marabouts.

● La contrainte linguistique

Elle se traduit par un manque de maîtrise, d'une part, des langues nationales par les populations migrantes, et d'autre part, des langues locales par les intervenants. Il est aussi question de la difficulté de traduire des concepts techniques dans les langues d'origine. Ceci limite l'accès aux sources d'information et complique la communication entre intervenants et public-cible.

● Le niveau de scolarité

L'expérience du SSEAF a permis de relever que le niveau d'analphabétisme demeure important, en particulier parmi les personnes installées depuis longtemps en Belgique. D'où tendance à les assimiler aux couches défavorisées. Un cas de figure fréquemment rencontré est la grande disparité entre homme et femme du point de vue de leur scolarité. De façon générale, l'homme est

instruit alors que la femme est analphabète ou peu instruite.

Conclusion et implications pour la prévention

Au terme de cet aperçu sommaire des obstacles à la prévention de l'infection à VIH, il convient de souligner la pertinence de concentrer les efforts de prévention sur le développement des actions de proximité.

Cette orientation est au centre de la stratégie globale de prévention du SIDA développée par le SSEAF. Elle vise à favoriser l'implication des communautés africaines dans le dispositif de prévention. Elle permet aussi aux intervenants d'être constamment à l'écoute des besoins de la communauté et, in fine, de proposer des messages de prévention acceptables et culturellement adaptés. Elle procède donc d'un souci de plus grande efficacité.

Cet aperçu suggère en particulier que les différents obstacles identifiés sont modifiables. Ils doivent être considérés comme autant d'axes d'intervention prioritaires pour les intervenants.

Pour des populations d'origine africaine, les messages de prévention devraient viser à rencontrer les cibles suivantes :

- une meilleure information sur le fonctionnement des services de santé dans la communauté et une meilleure accessibilité à ces services ;
- une information correcte sur les dangers de la promiscuité sexuelle et une promotion de l'acceptation du préservatif dans les contacts sexuels occasionnels ;
- une information appropriée sur le caractère non discriminatoire de l'infection à VIH, les modes de transmission du SIDA, la promotion de la solidarité vis-à-vis des personnes ;
- le développement de l'auto-efficacité des femmes afin de leur permettre d'exercer un réel contrôle sur leur sexualité et de négocier des pratiques sexuelles plus sécuritaires avec leurs partenaires ;
- une large sensibilisation des parents d'origine africaine aux actions de prévention développées dans les écoles ; il est primordial de les associer à toutes ces initiatives. On pourrait par exemple, encourager la création par les parents, au niveau



- des communautés de base, de groupes de réflexion sur le SIDA, et plus globalement, sur des questions de santé et de qualité de vie ;
- l'implication et la formation des responsables religieux dans le processus d'élaboration et de délivrance des messages de prévention ;
 - la promotion des cours d'alphabétisation à destination des femmes, et à moyen terme, le recours aux médiateurs dans les centres de santé et les hôpitaux ; il y a également lieu d'envisager la diffusion des messages de prévention à travers les médias (radio) animés par les membres de la communauté ;
 - une approche culturelle des risques d'infection à VIH associés aux pratiques et stéréotypes sexuels en vigueur dans la communauté africaine (dry sex, lévirat, Lufuila, polygamie, échange des liquides biologiques, etc.) ;
 - le développement d'une approche de prévention conviviale, en dehors des heures de bureau, en mobilisant les relais issus de la communauté ;
 - la création, au niveau des communautés, de réseaux de solidarité avec lesquels travailler ;
 - la promotion des stratégies de communication interpersonnelle et la méfiance vis-à-vis de celles qui conduisent à la stigmatisation de populations migrantes et des personnes homosexuelles, ainsi que la culpabilisation des femmes ;
 - le recours aux témoignages des personnes atteintes, mais aussi le recours aux témoignages, dans le cadre de groupes de réflexion sur le potentiel protecteur du latex, des personnes qui en font un usage régulier. ●

Bibliographie

- Ajuwon A.J. and al. Sexual practices that may favor the transmission of HIV in a rural community in Nigeria. *International Quarterly of Community Health Education*, 14(4) : 403-416, 1993-1994.
- Bardem I. et Gobatto I. Sexualité et prévention en milieu urbain africain. Une enquête auprès des jeunes filles célibataires et des femmes seules de Ouagadougou *in* Le SIDA en Afrique : Recherches en sciences de l'homme et de la société. Paris. Anrs et Orstom. Collection sciences sociales et SIDA. Avril 1997.
- Becker C. Une étude anthropologique sur la perception et les facteurs de risque des « maladies sexuelles » et du SIDA en milieu rural sénégalais. Réflexions en vue d'une prévention en pays de faible prévalence *in* Le SIDA en Afrique : Recherches en sciences de l'homme et de la société. Paris. Anrs et Orstom. Collection sciences sociales et SIDA. Avril 1997.
- Benoist J et Desclaux A. Anthropologie et SIDA. Bilan et perspectives. Paris. Karthala. 1996.
- Bertrand J.T. Sexual behavior and condom use in 10 sites of Zaire. *Journal of sex Research*; 28 (3) : 347-367, 1991.
- Blibolo A.D. Les couples de séropositifs pour le VIH face à l'usage des préservatifs à Abidjan. Etude de cas *in* Dozon JP et Vidal L. Les sciences sociales face au SIDA. Cas africains autour de l'exemple ivoirien. Actes de l'atelier GIDIS - CI - ORSTOM. Paris. Orstom Editions. Collection Colloques et Séminaires, 1995.
- Caprara A. and al. The perception of Aids in The Bété and Baoulé of The Ivory Coast. *Soc Sci Med*, 36(9) : 1229-1235, 1993.
- Crosby R.A. Combatting the illusion of Adolescent Invincibility to HIV/Aids. *J School Health*, 66(5) : 186-189, 1996.
- Day S. Prostitute women and Aids : *Anthropology, Aids*, 2(6) : 421-428, 1988.
- Fainzang S. Réflexions anthropologiques sur la notion de prévention in *Comportements et santé : questions pour la prévention*. Nancy. Presses universitaires de Nancy, 1992.
- Fassin D. Prévention du SIDA : les regards de l'anthropologie *in* Salomon M. et Toubon R. SIDA, sociétés et populations. Paris. John Libbey Eurotex, 1996.
- Gwede C. and McDermott R.J. Aids in Sub-saharian Africa : implications for health education. *Aids Education and Prevention*, 4(4) : 350-361, 1992.
- Laplantine F. Anthropologie de la maladie. Paris. Payot, 1986.
- Lecompte E. et Diakité D. La communication de prévention sur les MST-SIDA dans l'aire Bambara, au mali. Dynamiques des groupes, dynamiques de représentations ? *in* Le SIDA en Afrique : Recherches en sciences de l'homme et de la société. Paris. Anrs et Orstom. Collection sciences sociales et SIDA. Avril 1997.
- Odujinrin O.M.T. and Akinkuade F.O. Adolescents Aids Knowledge, Attitude and Beliefs about preventive practices in Nigeria. *Eur J Epidemiol*, 7(2) : 127-133, 1991.
- Pagezy H. SIDA et modifications des comportements sexuels : le cas de réclusion de longue durée chez les Mongo du Sud au Zaïre. Rapport Final de contrat ANRS. Paris. ANRS, 1992.
- Piette D. et al. Recherche-action SIDA et jeunes zaïrois en Communauté française de Belgique. Rapport final de recherche SSEAF. Juin 1997.
- Sacks V. Women and Aids : an Analysis of media misrepresentations. *Soc Sci Med*, 42 (1) : 59-73, 1996.
- Scott S.J. and al. Understanding cultural obstacles to HIV/Aids Prevention in Africa. *Aids Education and Prevention*, 6(1) : 81-89, 1994.
- Scott S.J. and Mercer M.A. Understanding cultural obstacles to HIV Prevention in Africa. *Aids Education and Prévention*, 6(1) : 81-89, 1994.
- Séry D. et Gozé T. Jeunesse, sexualité et Sisa en Côte d'Ivoire *in* Dozon JP et Vidal L. Les sciences sociales face au SIDA. Cas africains autour de l'exemple ivoirien. Actes de l'atelier GIDIS - CI - ORSTOM. Paris. Orstom Editions. Collection Colloques et Séminaires, 1995.
- Taverne B. Lévirat et SIDA. *Sciences sociales et Santé*, 14, 2 : 87-105, 1996.
- Taverne B. Stratégies de communication et stigmatisation des femmes : lévirat et SIDA au Burkina Faso. *Sciences sociales et santé*, 14, 2°, 87-105, 1996.
- Taylor C.C. Condoms and cosmology : The « Fractal » Person and Sexual Risk in Rwanda. *Soc Sci Med*, 31(9) : 1023-1029, 1990.
- Van de Walle E. The social impact of Aids in sub-saharian africa. *The Milbank Quarterly*, 68 (suppl. 1) : 11-32, 1990.

L'ethnopsychiatrie : une manière de dénouer les liens entre culture et maladie mentale¹

L'équipe du centre D'Ici et d'Ailleurs.

L'ethnopsychiatrie est une technique psychothérapeutique qui accorde une part égale à la dimension culturelle du désordre, de même qu'à sa prise en charge, et à l'analyse des fonctionnements psychiques internes. Sur le plan technique, elle nécessite la mise en place d'un dispositif qui permette l'explication des données tant culturelles - appartenant au groupe d'appartenance du patient - qu'idiosyncrasiques - découlant de son histoire singulière. Il s'agit donc de prendre en compte deux paramètres : l'origine culturelle des familles et leur situation transculturelle.

devenaient ainsi des adaptations, de manière à peine déformée, des mêmes pathologies qu'ils avaient déjà définies, répertoriées et classées.

L'avènement de l'anthropologie culturelle a cependant nuancé ces affirmations, en apportant des éléments et des observations qui tendent à défendre la relativité culturelle du normal et du pathologique, la spécificité culturelle de certains types de maladie et l'importance des éléments culturels dans la symptomatologie, questions qu'une psychiatrie transculturelle naissante a faites aussi siennes, parce qu'il devenait de plus en plus évident que tout être est un être de culture, et que parmi les mécanismes invisibles qui organisent le psychisme, il en est un qui est la capacité à acquérir une culture et, par là-même, au moins une langue.

L'axe central de cette anthropologie culturelle fut de promouvoir une anthropologie psychologique axée sur le couple culture-personnalité et, à ce titre, elle a pu, entre autre, mettre la lumière sur les relations de l'individu malade avec sa culture. Avec le temps, les observations anthropologiques furent de plus en plus élaborées, nous révélant l'existence d'une fluctuation dans l'appréciation du normal et du pathologique selon les pays et les époques, de même que l'existence de pathologies spécifiques à certaines cultures, ce que Devereux désigne sous le vocable de « désordres ethniques ».

L'anthropologie nous apprend également que la folie ne se fait pas dans l'anarchie et que l'on est fou par rapport à une société donnée. Une définition des phénomènes psychopathologiques nécessite dès lors d'être mise en relation avec l'ensemble des éléments qui fondent la normalité dans cette société.

De ce débat entre psychiatrie/psychanalyse et anthropologie va naître, en la personne de Georges Devereux, ce que l'on désigne sous le vocable de l'ethnopsychiatrie. Et à laquelle son fondateur attribue la tâche de confronter et de coordonner le concept de « culture » avec le couple conceptuel de « normalité » - « anormalité ». En cela, elle utilise les deux discours, celui de l'anthropologie et celui de la psychanalyse de manière obligatoire et non simultanée.

Devereux est un psychanalyste et ethnologue

Les fondements de l'ethnopsychiatrie

● Quelques repères historiques

La prise en considération de ces deux dimensions, culturelles et psychiques, ne s'est pas faite d'une façon spontanée. Elle est le fruit des observations et analyses de certaines expériences réalisées ces dernières décennies. Ces expériences sont relatives à ce qu'on appelle la psychiatrie comparée des cultures. L'objectif de cette démarche était de savoir dans quelle mesure la psychiatrie était universelle. Dès le début du siècle en effet, les psychiatres ont cherché à valider leur nosographie et à démontrer l'universalité du fonctionnement psychique. Le voyage de Kraepelin à Javas, en 1904 déjà, en est une illustration. Armé du postulat de l'identité des symptômes psychiatriques sous tous les cieux, il visita les asiles psychiatriques où il put trouver et confirmer ce qu'il cherchait à démontrer. D'autres psychiatres ont analysé les maladies mentales qu'ils ont pu observer ailleurs selon leur grille de lecture. Les manifestations pathologiques locales

1. voir les publications de Devereux, Nathan, Laplantine...



hongrois. Il a émigré aux Etats-Unis où, pendant des années, il a été élu comme terrain ethnologique de travail celui des indiens Mohave de l'Arizona. Il a tenté de présenter les désordres qu'on trouve chez ces indiens, et de restituer la cohérence de leurs concepts. Selon lui, il faut interroger la culture elle-même sur l'image qu'elle se donne du désordre mental, sur les catégories pathologiques qu'elle distingue et sur les moyens thérapeutiques qu'elle se donne. Son livre « Ethnopsychiatrie des Indiens Mohave » raconte cette passionnante recherche. Il constate que les rituels sont très importants et d'une complexité étonnante en regard d'étiologies qui peuvent paraître très simple. Pour lui, les désordres ethniques (d'un groupe ethnique donné avec leur classification, leurs désordres et leurs étiologies) sont différents des désordres idiosyncrasiques (propres à tout individu). Les textes fondateurs de G. Devereux demeurent cependant très marqués par la psychanalyse, qui lui sert d'instrument pour interpréter les désordres ethniques et les étiologies traditionnelles. Selon Tobie Nathan, Devereux n'imagine pas que ces désordres puissent être interprétés par des concepts et des théories² Mohaves.

De fait, il faudra attendre l'avènement de « l'Ecole de Dakar » pour qu'une telle perspective, à savoir que les différents processus de la maladie et de la guérison s'inscrivent toujours à l'intérieur de systèmes de représentations collectives, puisse s'instaurer.

C'est à Dakar que H. Collomb fonde l'hôpital de Fann, un haut lieu de l'ethnopsychiatrie. Il est convaincu qu'un travail sans connaître les représentations des maladies mentales n'est pas possible. Par conséquent, d'un côté il réunit une équipe de chercheurs (psychologues, psychiatres, psychanalystes, ethnologues...) chargés de réfléchir sur cet aspect, et de l'autre, il fait venir les guérisseurs traditionnels dans l'enceinte de l'hôpital pour collaborer aux prises en charge des malades mentaux. Parmi les premiers, c'est A. Zempleni qui a donné la première description d'ensemble des représentations Wolof et Lébou de la maladie mentale. Comment la culture Wolof et Lébou décrit-elle, construit-elle et explique-t-elle les unités psychopathologiques par les moyens de

ses propres signifiants, telles sont les questions auxquelles Zempleni tente d'apporter des réponses dans sa monographie. Zempleni évite d'utiliser la grille occidentale dans la lecture des troubles mentaux observés et décrits par les informateurs (souvent des guérisseurs) et d'expliquer ces troubles par des concepts psychanalytiques. Mais il ne parvient que partiellement à ce but, tombant dans les mêmes pièges que ses prédécesseurs. En effet, devant un tel matériel, ils se trouvent toujours face à la même difficulté : comment trouver des concepts qui sous-tendent les systèmes interprétatifs et thérapeutiques traditionnels, pour les rendre opérationnels dans un travail psychothérapeutique ?

Un tel questionnement va construire le fil conducteur du travail clinique et de recherche de l'équipe ethnopsychiatrique qui se forme autour de Tobie Nathan, et qui intervient cette fois-ci dans un autre contexte que celui des penseurs cités plus haut, à savoir le contexte de l'immigration.

● L'histoire récente et la situation actuelle

Les dimensions culturelles de la maladie mentale telles qu'elles sont décrites par les anthropologues et les ethnologues sur les terrains de leurs recherches allaient aussi interpeller les psychiatres et les psychothérapeutes pratiquant en Occident. A travers le phénomène d'immigration propre aux dernières décennies, ces derniers vont être confrontés à des patients qui ont emporté avec eux leur culture et leurs maladies.

Face à ce genre de maladie plusieurs difficultés se posent :

- Les psychiatres et les psychothérapeutes qui les prennent en charge les abordent avec une logique d'interprétation forgée à partir de leurs propres théories (psychanalyse, psychiatrie...). Les symptômes présentés par ces patients, culturellement codés, se trouvent de la sorte « psychiatrisés », alors que ce qui est de l'ordre de la possession ou de la sorcellerie ne relève pas forcément de l'hystérie, du délire ou de la projection. De telles interprétations « magiques » sont en effet parfaitement conformes à la culture

2. Notons que T. Nathan définit la théorie comme un « simple opérateur technique ».

L'ethnopsychiatrie : une manière de dénouer les liens entre culture et maladie mentale

du patient. Par ailleurs, en ramenant ces étiologies à des mécanismes psychologiques, le clinicien écrase une dimension essentielle : dans ces systèmes, le symptôme ne représente pas uniquement l'expression d'un conflit intrapsychique, mais également un mode de communication culturellement structuré ; l'écarter de la relation thérapeutique revient tout bonnement à annuler cette dernière, voire à l'empêcher d'être et déjà de s'instaurer.

- Nombre de psychiatres et de psychothérapeutes se rendent compte qu'il n'est pas facile d'établir une relation psychothérapeutique avec un patient turc, maghrébin ou africain. Soit que celui-ci n'arrive pas à entrer dans le cadre de la psychothérapie (il n'arrive pas à « associer librement »), soit que le thérapeute se trouve rapidement dérouté quand le patient lui parle, par exemples, de « djinns » ou de « mauvais oeil ».
- Les patients migrants ont une spécificité qu'il convient de prendre sérieusement en considération dans notre manière de les prendre en charge. De par leur parcours de vie, leur culture, leur langue, leur système de pensée (leur conception du monde, de la vie, des relations, de la maladie, de la mort, de la guérison...), nous sommes appelés à modifier nos systèmes théoriques pour en créer d'autres, plus cohérents et plus adaptés. Cette recherche de nouvelles approches est le but que s'est fixée l'ethnopsychiatrie qui, depuis quelques années, prend en charge les patients migrants³.

Le dispositif ethnopsychiatrique

Les spécificités relatives aux patients issus de l'immigration, ici brièvement analysées, ont conduit petit à petit à construire un dispositif thérapeutique qui soit adapté à leurs problèmes. Quatre éléments importants sont en oeuvre dans ce dispositif : le groupe, la langue, la médiation et la temporalité.

● Le groupe

La consultation d'ethnopsychiatrie se déroule en groupe, c'est-à-dire qu'un thérapeute principal s'entoure de co-thérapeutes. Ils sont installés en cercle ; aucune place ne se distingue d'une autre ; chacun semble travailler de concert. Cette disposition spatiale montre l'attachement de chaque

personne à un autre cercle, métaphorique : leur groupe culturel d'appartenance. Un paradoxe implicite est contenu dans cette disposition. Le point commun qui réunit ces thérapeutes se trouve être en même temps leur différence. Chacun appartient à un autre cercle, par exemple : « je suis thérapeute mais je suis également turc, berbère ». Cette différence les unit au patient qui est immigré, d'un autre pays, d'une autre culture... Le patient est reçu, accompagné de sa famille et/ou des intervenants sociaux ou thérapeutiques (médecin, psychologue, assistant(e) social(e)...). Ce dispositif n'est pas sans rappeler l'assemblée du village ou le groupe des ancêtres dans les sociétés traditionnelles, de sorte qu'en lui-même, il assure déjà une certaine médiation - une certaine métissage - entre le cadre thérapeutique occidental et le cadre traditionnel. Dans un premier temps, la séance s'organise autour du discours sur le patient, et non du patient. Les accompagnants entament l'entretien, puis, s'ils le désirent, les membres de la famille le poursuivent. Très souvent les questions portent sur les paroles des autres à propos de la maladie du patient, par exemple : qu'a-t-on dit chez vous d'une telle maladie ?

Ce groupe thérapeutique remplit quatre fonctions essentielles pour le patient :

1. En premier lieu, la présence du groupe constitue pour le patient non-occidental une garantie de non-dangerosité du cadre thérapeutique. La relation strictement duelle avec le thérapeute risquerait souvent, en effet, d'être trop intrusive ou menaçante, et vécue comme une tentative de séduction sexuelle ou d'ensorcellement. Lorsqu'il s'agit donc d'évoquer telle ou telle étiologie surnaturelle (possession ou envoûtement par exemple) et l'utiliser comme support d'interprétations, il vaut mieux ne pas être seul avec le patient pour éviter un renversement persécutoire de la relation thérapeutique. Par contre, il est possible de faire circuler la parole au sein d'un groupe et de laisser apparaître des énoncés comme « chez moi, au Maroc, dans un tel cas, on irait voir le fqih ». Et l'on sait que le fqih est le spécialiste, entre autres, des djinns.

2. Le travail de groupe permet plus facilement d'exposer simultanément plusieurs hypothèses, de formuler plusieurs interprétations, d'en discuter ensemble avec le patient. Avec la possibilité d'un tel déploiement kaléidoscopique des interprétations et des associations, chacun peut y aller de sa

3. Et en cela elle constitue une approche à la fois clinique et scientifique.



manière de voir les choses. Placer le patient entre plusieurs interprétations lui permet de ne plus guère hésiter à communiquer le sens qu'il donne à ce qui lui arrive.

3. Les patients d'origine étrangère essaient de se repérer entre le même et l'autre. Il est donc important que, dans le groupe, il y ait présence de culturellement identique, mais aussi « d'autres étrangers », comme le patient, mais de langue et de culture différentes. Les parcelles d'altérité matérialisées par les membres du groupe et représentées dans l'espace permettront au patient d'expérimenter une autre forme d'altérité qui ne soit ni monstrueuse, ni menaçante, ni destructive, mais au contraire une altérité figurable et élaborable.

4. Le groupe assure une autre fonction quelle que soit la situation clinique envisagée : celle du portage culturel, psychique et concret. Ce dispositif technique induit une redondance entre les structures appartenant à des niveaux différents de fonctionnement (ce qui est d'abord perçu par le patient, quoique de manière inconsciente). C'est vers la perception de ces relations que s'étayera le travail élaboratif ultérieur et la construction d'un sens individuel qui n'avait jamais existé ou qui s'était fracturé.

A la fin de la consultation, le thérapeute principal va énoncer sa proposition qui doit permettre, en partant du discours du groupe, une réorganisation des éléments propres au patient.

● La langue

Le patient a la possibilité de parler dans sa langue maternelle pendant tout l'entretien ou à un moment précis. Le fait que le groupe est pluri-professionnel et polyglotte et se compose de plusieurs thérapeutes formés en Occident, chacun parlant sa langue et sachant manier les éléments culturels propres à leur pays, permet cette possibilité. Il est en effet important de rendre présente la langue dans laquelle se structure et se construit spontanément la pensée du patient. En effet, il existe des choses inexprimables dans une autre langue que la sienne.

● La médiation

Mais il ne suffit pas seulement de traduire la langue, il faut aussi faire surgir le monde culturel du patient. Parmi les thérapeutes, il est plus qu'indispensable qu'il y ait un thérapeute-médiateur qui puisse parler

la langue du patient pour communiquer et comprendre certes, mais surtout pour permettre aux autres thérapeutes d'accéder au monde du patient, en d'autres termes, traduire le texte et le contexte. Quand ce monde surgit, apparaissent en même temps les étiologies qui donnent sens aux désordres,



ainsi que les techniques qui traitent ces désordres c'est-à-dire les thérapies, les guérisseurs, le monde des invisibles et les techniques (en général des guérisseurs) pour entrer en contact avec ces invisibles.

● La temporalité

La consultation dure le plus souvent deux heures ou plus. Cela permet un travail en profondeur et une circulation active de la parole afin d'arriver à placer le patient dans une situation dynamique, en le faisant tout doucement sortir d'une situation rigide dans laquelle il se maintient avec une seule interprétation du trouble. Entre les consultations ethnopsychiatriques, des suivis individuels sont indiqués, qui s'apparentent au travail clinique classique, avec la possibilité d'utiliser la langue du patient et de retravailler les éléments qui ont surgi lors de celles-là. ●

Le beau médicament moderne

Dominique Vossen,
psychiatre,
centre D'Ici et
d'Ailleurs.

**« Quelle sottise c'était
de rejeter le fétiche dans les ténèbres
de l'illusion manipulatrice,
mais quelle sottise plus grande encore
ce serait de rejeter le beau médicament
moderne dans les ténèbres
de la seule raison objective »¹.**

Travailler avec des personnes venues d'ailleurs renvoie à sa propre culture. C'est un constat que toute personne confrontée à d'autres qui pensent différemment peut faire...

Quand après de longues études, on se lance dans une carrière médicale, certain de sa « science » apprise à l'université, on prescrit quotidiennement des médicaments, ce qui devient un geste presque banal.

Mais lorsqu'un jour, monsieur H. vient nous trouver, déballe son sac, au sens premier du terme, et en sort une boîte de Buscopan[®], suivie d'une boîte de Spasmomen[®], ensuite du Duspatalin[®], puis du Dicetel[®] et enfin de la Visceralgine[®]² et que par ailleurs, les douleurs de ventre pour lesquelles toutes ces médications ont été prescrites sont toujours présentes, on se pose des questions. Et pourtant la demande de monsieur H. est simple : il ne comprend pas pourquoi ses maux de ventre ne passent pas et demande un nouveau médicament qui l'aidera à les faire passer. Mais prescrire un Xième antispasmodique ne résoudra rien...

Tous ces médicaments sont efficaces, c'est écrit dans les traités de médecine, la publicité le dit, les délégués nous le répètent en nous inondant de graphiques et d'études en double aveugle, les congrès le confirment...

Que penser donc lorsqu'on manie les médicaments à longueur de journée, et que l'on constate que telle substance prescrite dans l'attente de tel effet parce qu'il y a tel ou tel symptôme, produit tout sauf l'effet attendu ? C'est courant en médecine de tous les jours, mais cela se constate encore plus avec les personnes d'origine étrangère.

Cela veut-il dire que le ou les symptômes repérés et classés « traditionnellement » sous tel diagnostic sont peut-être le signe de quelque chose d'autre ? Est-ce notre nosographie qui n'est pas adaptée aux symptômes des personnes appartenant à d'autres cultures ? Ou alors nos médicaments, ceux auxquels nous sommes habitués depuis notre plus tendre enfance, sont-ils avant tout ce que l'on



pourrait appeler un « objet thérapeutique » typiquement occidental ?

On sait en effet que lorsqu'on prescrit un médicament à un patient, bien sûr la molécule qu'il contient agit pour une part. Mais ce n'est pas tout, le nom, la couleur, la forme, la manière de le prescrire, « l'effet placebo », le prescripteur... ont aussi leur part d'efficacité.

Mais cet effet que l'on nomme placebo, comment agit-il ? On le retrouve dans toute étude qui concerne l'efficacité d'un médicament et cela représente la part d'efficacité d'un médicament qu'on ne peut finalement pas expliquer par la molécule elle-même³. C'est donc dire que nous ne connaissons pas tout du comment agit un médicament, du moins pour ce qui ne relève pas de la molécule elle-même.

Cela nous ramène à la représentation que chacun d'entre nous peut se faire du médicament. Et lorsque quelqu'un venu d'ailleurs s'adresse à cette médecine qui manie ces « objets thérapeutiques » aux effets qui lui apparaissent miraculeux, il s'attend effectivement à un résultat probant. Mais est-on vraiment sûrs que nos médicaments peuvent aider quelqu'un frappé par le mauvais œil ou possédé par un djinn ? Et si monsieur H. avait été victime de sorcellerie et qu'on lui a fait manger « quelque chose », les antispasmodiques sont-ils vraiment indiqués ?

Bien sûr, cet exemple, celui des maux de ventre du patient H., semble banal, trop simple. Mais la même situation pourrait être reprise pour les problèmes de dépression, de maux de tête, de maux de dos, d'insomnies, de nervosité, etc. Il nous reste donc beaucoup de questions concernant le mode d'action des médicaments et aussi plus largement de notre médecine. ●

1. Bruno Latour,
« Petite réflexion
sur le culte
moderne des
dieux Faitiches »,
Paris, Les
empêcheurs de
penser en rond,
1996, p.33.

2. Noms
commerciaux de
différents
médicaments
antispasmodiques.

3. Et si, ainsi que
certains le
proposent, on
utilisait une
substance qui
produit des
sensations dans
le corps, l'effet ne
serait-il pas
encore plus
important ?

Une consultation d'ethnopsychiatrie



S'il me paraît intéressant de reprendre « texto » des séquences d'une consultation d'ethnopsychiatrie, ce n'est pas dans l'objectif d'illustrer de façon concrète et « digeste » les théories abstraites dont elles sont issues. Que du contraire !

Il me semble que le vécu du terrain représente l'alpha et l'omega de toute analyse clinique et que s'il n'y a de science que du général, les généralités auxquelles l'ethnopsychiatrie aboutit n'ont de sens, en définitive, que dans la mesure où elles nous permettent de mieux saisir le singulier.

De plus, si ces séquences de consultation sont commentées, ce n'est pas par souci d'en donner une explication pour une meilleure « compréhension », mais plutôt pour faire partager l'idée selon laquelle toute interprétation, toute « fabrication de récits »¹ sont des constructions qui ont l'avantage majeur de troquer contre un « incroyable incontrôlé » (par exemple la maladie), celui qui s'inscrit dans un cadre mythique défini, par lequel la pensée et les actes sont censés avoir un pouvoir.

Cette idée est, je pense, à la base de tout cadre thérapeutique efficace et ne devrait donc pas être l'apanage de l'ethnopsychiatrie même si cette dernière, par son dispositif spécifique, semble bien la mettre en évidence.

Si l'intérêt de ces consultations est, entre-autre, le fait que notre équipe reçoit essentiellement des patients dont les symptômes, la demande, la parole sont codés, organisés par des théories étiologiques différentes de celles utilisées habituellement, les questions que soulèvent cette situation sont nombreuses : dès que l'on change de cadre de référence, que l'on n'est plus dans le bain culturel d'origine et que l'on vit une situation de rupture réelle par l'enjeu de l'immigration, qu'advient-il du groupe ? Quel type de rapport la famille immigrée entretient-elle avec sa famille d'origine ?

Comment se négocie la question de la rupture ? Comment se construit l'ici et maintenant par rapport à là-bas autrefois-maintenant ?

La séance de consultation durant plus ou moins deux heures, je n'en ai sélectionné que des séquences au risque d'en donner une image simplifiée.

1^{ère} séquence

C'est B. qui a adressé au groupe Mr. X. Le groupe se composait cette fois-là, d'une douzaine de professionnels d'horizons multiples, dont Lucien Hounkpatin².

B. : Voilà, je vous présente Lucien Hounkpatin.

L. : Je suis Lucien Hounkpatin. Le Dr B. a profité du temps que je suis là pour me faire travailler. On va essayer d'aller plus loin dans les difficultés que vous rencontrez.

A. : (qui sera interprète et médiateur) : Je traduis à Mr. X. qu'ici, c'est comme une grande assemblée. Au Maroc, quand on discute des problèmes de quelqu'un, les gens se rencontrent. Mr. X. sait comment ça se passe, il connaît le mot.

L. : Tu lui expliques que les gens sont ici pour travailler et pas pour regarder. Que s'ils disent des bêtises, il peut leur dire. On va se présenter... Je suis Lucien Hounkpatin. Je travaille à Paris.

Mr. X. : ... Origine marocaine de Tanger, à Bruxelles depuis vingt cinq ans.

L. : Vingt cinq ans ? Et vous retournez souvent au Maroc ?

A. : Quand il a des congés, il lui arrive de retourner.

B. : Je connais Mr. X. depuis longtemps³. En 1990, il n'allait pas bien. Il avait des maux de tête, des problèmes pour dormir. On a fait toute une série d'examens. Mr. X. a perdu son père en 79. Quelques mois après, son oncle paternel est décédé aussi. Il s'est trouvé « propulsé » comme aîné de famille alors qu'il n'est pas l'aîné. Il y a eu divorce et remariage du père et de la mère, et Mr. X. est l'aîné de ce second mariage. En 88, sa soeur Fatima a voulu se marier. Sa mère était d'accord avec ce mariage mais lui y était opposé. Le soir du mariage, il a eu des maux de tête, des problèmes de sommeil et cela n'a pas arrêté depuis. Dans plusieurs situations, Mr. X. sentait les choses et n'était pas d'accord avec les décisions que prenait sa mère. Chaque fois, par la suite, les choses se révélaient

Anne Bawin,
psychologue,
anthropologue, et
l'équipe du centre
D'ici et
d'Ailleurs.

1. Expression de
T.Nathan.

2. Psychologue
clinicien, centre
Georges
Devereux,
Université
Paris 8.

3. Mr. X. est né en
1951 à B., petit
village
berbérophone du
Rif, à une
cinquantaine de
kilomètres d'Al
Hoceima. Il est le
troisième enfant
et deuxième
garçon d'une
famille de onze,
arrivé en
Belgique en
1972, sept ans
après son frère
aîné. Ce dernier
a de gros
problèmes de
boissons, ce qui a
amené Mr. X. à
assumer le rôle
d'aîné à partir du
décès de son père
en 79. Il est le
père de six
enfants, dont
l'aîné a vingt
deux ans et le
plus jeune neuf
ans. Il souffre
depuis 88,
moment où il va
au Maroc pour
marier une de ses
soeurs plus jeune,
de problèmes de
céphalées et
d'insomnies.
Médicalement,
les examens ne
mettent en
évidence aucune
anomalie.

exactes. Sa soeur s'est séparée de son mari un an après le mariage, et c'est la même chose avec son frère. C'est toujours en conflit avec sa mère qu'il sent les choses et ça se révèle chaque fois exact. Le frère aîné est au moins sept ans plus âgé...

L. : A., demande-lui s'il a des choses à rajouter...

A. : Il dit que c'est exact mais insiste sur un point qui le tracasse... C'est : pourquoi il n'arrive pas à dormir depuis le mariage de sa soeur. Comme si le sommeil était parti depuis ce moment. Il se demande si c'est à cause de ce qui s'est passé pendant le mariage ou de tout ce qui s'est passé avec ses frères. Ses frères ont mal tourné ici et c'est lui qui les a fait venir. Il rentrait au Maroc pour le mariage et il a eu un phénomène de frayeur.

L. : Qu'il raconte...

Commentaires

Mr. X. ne semble pas surpris par la taille du groupe. C'est la première fois qu'il vient dans ce genre de consultation mais il semble savoir comment cela se passe. Le thérapeute principal, via le médiateur, explique que les gens présents sont là pour réfléchir avec lui et pas pour le regarder. S'il n'est pas d'accord avec les différentes interventions, il doit le dire. Ceci peut paraître un détail mais est fondamental dans la dynamique du groupe et dans la relation avec le malade. Tandis que la psychopathologie classique s'attache à décrire l'individualité psychologique du sujet, sous-entendant qu'il existerait une « nature » du sujet, indépendante de l'observation et susceptible de descriptions systématiques, dans les thérapies traditionnelles, le malade est écouté, non par bonté d'âme ou souci humanitaire, mais parce qu'il est une source d'information (par exemple sur l'être surnaturel qui l'a investi).

Le thérapeute principal mène l'entretien ; il fait circuler la parole entre les membres du groupe de thérapeutes, les invite à échanger avec le patient, bref rompt les rythmes qui rapidement ont tendance à se ritualiser.

● Le thérapeute principal, le médiateur et le groupe

Un personnage essentiel dans ce groupe : le médiateur. Mr. X. parle l'arabe et se débrouille en français. Il s'adresse au thérapeute principal par

l'intermédiaire d'A., qui restitue son discours au groupe.

Le thérapeute principal, avant d'adresser une parole à Mr. X., tient un rapide conciliabule avec les autres membres du groupe, en présence du malade, mais en français. Ensuite, le médiateur restituera son message au malade, après l'avoir lentement figolé dans la forme.

Le médiateur est un personnage fondamental, non seulement pour que le patient puisse s'exprimer dans la langue qui a « fabriqué » sa pensée mais surtout pour faire surgir le monde du patient, pour permettre à l'univers culturel du patient d'être présent. Le rôle du médiateur est indispensable, non pas parce que la pensée des « autres » est inaccessible à ceux qui leur posent des questions, mais parce que souvent, les questions imposent leur langage et leur économie aux réponses.

Ce rapide panorama du fonctionnement du groupe laisse apparaître une intrication de multiples étayages. Le thérapeute principal prend appui sur le groupe. Il le consulte systématiquement avant de hasarder une intervention. Un second « jeu », tout à fait comparable se déroule entre l'interprète et le groupe (dont le thérapeute principal fait alors partie). Enfin, le malade perçoit de manière immédiate les différents étayages et s'inscrit dans leur dialectique. Tantôt il s'appuie sur le groupe, tantôt sur le thérapeute principal en opposition au groupe, tantôt, il prend conscience de l'appui qu'il constitue pour le reste de sa famille. Ces différents étayages et leurs multiples intrications constituent la condition minimale qui permet de passer d'une théorie étiologique à une autre.

● La notion d'individu

La pensée de la majorité des patients reçus en consultation conduit à complexifier notre notion de personnalité ou d'individualité (si toutefois nous souhaitons encore la leur appliquer).

En Afrique, la visite chez un guérisseur est rarement l'affaire d'un individu, c'est le plus souvent celle de la famille et même du voisinage. Lorsqu'il reçoit un malade pour la première fois, le guérisseur ne cherche pas à obtenir le plus d'informations sur le cas mais, par tâtonnements, à découvrir le levier grâce auquel il lui sera possible de procéder à des modifications dans les structures des systèmes interactifs de la communauté, et cela avant toute prescription. Là, il semble difficile de parler d'un individu au sens strict, étant donné tous les éléments



composites qui le constituent. Là, l'individu n'est pensé que lié à quantité d'autres éléments hors de lui : dans la structure familiale, dans le lignage, dans la nature ou dans le cosmos. Plus que cela, l'humain est aussi constitué d'éléments que l'on retrouve dans la matière et dans les objets, notamment rituels.

Notre perception de la personne s'élargit donc afin d'intégrer tous les éléments d'origines diverses qui sont loin d'être de simples principes psychiques ou spirituels ; il semble impossible de faire la part du physiologique, du psychique, voire du moral.

● La maladie et le groupe

Le nombre d'éléments à agencer étant considérable, ce qu'on appelle alors « maladie mentale » est considéré comme un dérèglement de l'organisation complexe pouvant arriver à tout le monde, du fait même de la complexité du système. C'est pourquoi *le malade est un semblable et avant tout une énigme. Il en résulte une apparente absence de rejet du malade par le groupe.* La maladie d'une personne est l'affaire du groupe. Ainsi, dans son travail, le guérisseur doit accorder la plus grande attention tant aux manifestations internes de la maladie qu'aux messages destinés à l'entourage, qu'elle contient nécessairement.

Le dispositif mis en place par le groupe d'ethnopsychiatrie montre combien, sans sacrifier l'exigence scientifique, il peut s'inspirer de démarches traditionnelles pour aider des patients venus d'une autre culture⁴. Ces expériences cliniques où les interventions « occidentales » se sont avérées inopérantes, réinterrogent les cadres classiques de l'intervention psychologique et remettent en question la prétention universaliste des savoirs occidentaux sur la maladie mentale.

De plus, l'avis des différents co-thérapeutes venant de différents milieux permet à chacun de croiser les informations et les représentations que chacun s'en fait, de trianguler les points de vue afin que le thérapeute ne soit pas prisonnier d'une seule source. Avant de proposer une interprétation, il y a toujours concertation entre tous les membres du groupe, qui n'ont pas toujours la même vision des choses. Ces différences de point de vue peuvent tout à fait prendre place et se jouer dans la consultation et, pour autant que le thérapeute principal puisse les gérer, ils apportent un plus au niveau de la technique thérapeutique par la construction et reconstruction de nouveaux sous-groupes à l'intérieur même du

groupe thérapeutique, la formation de nouvelles alliances entre le patient et les intervenants. La tension et confrontation des différents points de vue me semblent être un bon garde-fou permettant de trouver un terrain d'entente entre ce qui relève de la pertinence pour certains et de la non-pertinence pour d'autres, de la sur-interprétation pour l'un et de la sous-interprétation pour l'autre.

2^{ème} séquence

A. : Mr. X. rentrait au Maroc pour le mariage de sa soeur parce qu'il était devenu le responsable de la famille et était obligé d'y assister. A un moment, ils se sont arrêtés dans un parking pour se reposer. Son frère aîné est resté dans la voiture...

L. : Celui qui est né du premier mariage ?

A. : Oui... Il est sorti de la voiture pour se reposer. A droite de leur voiture, il y avait une place vide. C'est là qu'il pensait dormir, mais il avait peur que quelqu'un vienne se garer et l'écrase.

Mr. X. : Malgré ça, j'ai dormi pendant trois heures...

A. : Trois heures plus tard, le moteur de leur voiture a été mis en route. Il croyait qu'une voiture venait se garer. Il a sauté et comme le parking avait un toit de zinc, il s'est coupé les mains...

Mr. X. : Et un orteil... Il y avait beaucoup de sang...

A. : Après s'être cogné, il a commencé à courir. Son frère est sorti de la voiture pour le rattraper. Il lui a expliqué qu'il avait voulu chauffer la voiture, parce que les filles avaient froid...

L. : Quand il s'est relevé, avant de se mettre à courir, est-ce qu'il s'est senti raide, endurci ?

A. : Il se souvient juste qu'il a commencé à courir dans n'importe quelle direction. Il a été effrayé quand son frère a vu le sang.

L. : Est-ce qu'il a eu de la bave, de la salive...

A. : Il se rappelle que son frère lui a lavé le visage et dix jours après, pendant le mariage, il se sentait « remué » : c'est quand on dit que quelque chose est pourri...

Mr. X. : J'avais beaucoup de vertiges.

A. : Quand il a le vertige, il voit que tout bouge.

L. : Les choses n'ont plus leur forme, tout devient mouvant comme une ombre. Est-ce qu'il a fait un rêve une fois avec un personnage en blanc ?

4. Voir Tobie Nathan, *L'influence qui guérit*, Ed.O.Jacob, 1996.

A. : Il ne se souvient pas. S'il pense à quelque chose, dès qu'il tourne la tête, c'est parti. Ce n'est que quelques jours plus tard que ça lui revient. A ce moment, il s'énerve.

R. : Il dit que ses problèmes sont dûs au mauvais sommeil. Il dit aussi que quand il est à la maison, ses enfants évitent de rentrer.

A. : Les enfants voient qu'il est mal et ne veulent pas le déranger. Sa vie a changé, il n'aime pas que des gens viennent chez lui. C'est un changement radical : avant, il aimait rigoler, maintenant, il aime être seul.

Lucien prend la main de Mr. X. et continue à lui poser des questions.

L. : Il a souvent la bouche amère ?

Mr. X. : Ça fait un an et seize mois que j'ai des problèmes au niveau de la langue qui devient verte puis noire.

L. : Il ne se souvient pas d'avoir vomi des choses noires ?

Mr. X. : Je ne me souviens pas mais c'est fort chargé. On dirait que ça pousse sur ma langue, j'ai été à l'hôpital et rien du tout. Je sentais des piqûres sur la tête et parfois ma tête fait « pom ».

L. : Comme si ça cognait ?

A. : Depuis deux ans, il a du bruit dans la tête et ça le gêne beaucoup. Avant, il n'aimait pas le bruit ; maintenant, c'est le contraire, car quand il fait calme, il entend ce qu'il y a dans sa tête.

L. : Au Maroc vous travailliez avant de venir ?

Mr. X. : Marchand de fruits.

L. : Pourquoi avez-vous décidé de venir ici ?

Mr. X. : Mon frère était ici et la plus grande partie de la famille.

L. : Votre père aussi ?

Mr. X. : Non. Je voulais faire comme eux. Ma tante m'a dit qu'il fallait rester.

L. : Vous en avez parlé avec votre père avant de partir ?

Mr. X. : Non, il n'a rien dit.

A. : Quand on ne dit rien, c'est qu'on n'est pas d'accord.

L. : Est-ce qu'il a senti qu'en le disant et en partant il faisait de la peine à son père ? A., dis-le dans sa langue.

A. : Non parce qu'il sait que son père le considère comme étant capable. Il met ça sur le plan général...

L. : C'est à lui que revenaient les charges de la famille ? On ne se défait pas des charges comme ça ! Comment ça se passe normalement chez vous

quand on est à cette place ?

R. : Même si le père est encore là, l'aîné reste près des frères et soeurs.

Mr. X. : Je donnais un coup de main à mon père.

L. : Vous étiez toujours à côté de lui et il y avait un lien entre vous et lui. Quand il ne vous voit pas pendant une journée, il demande après vous. Donc une journée c'est trop. Il faut qu'il sache que vous êtes là. Et vous-même à son égard, c'est pareil. Quand vous étiez près de lui, vous aviez plus de force ?

Mr. X. : Oui.

L. : Avant de partir vous avez fait une fête ?

A. : Rien.

L. : Qui vous a trouvé votre femme ? Je sais que chez vous les parents doivent être d'accord.

Mr. X. : Je l'ai choisi moi-même puis...

A. : Il a eu un avis (pas un accord) et ils étaient contents de son choix.

L. : Quand on est très proche de son père, qu'on ne peut le quitter du regard, partir comme ça, c'est très dur. Il y a une tristesse qui nous noue la gorge et parfois on préfère partir sans se rencontrer, plutôt que se rencontrer et s'effondrer. Tu lui traduis ?

A. : Il dit que ce n'est pas possible qu'on parte sans dire, sans rencontre, parce qu'il y aurait malédiction.

L. : Comment la rencontre s'est faite ?

A. : Au fait... La décision de partir s'est fait de façon très rapide. Un copain dans un café lui a proposé de partir. Il s'est dit "pourquoi pas !". Il l'a dit à sa mère. Il est passé au boulot de son père qui était étonné. Il ne comprenait pas pourquoi il partait et voilà. C'est fini.

L. : Qu'est-ce qu'il en pense ?

A. : C'est difficile en arabe. Tout lui revient. Il revoit tout le processus de départ. Ce n'est pas un sentiment. Il repose la question du problème actuel, du sommeil. Il se demande si c'est la frayeur, ou si c'est ce qui lui est arrivé avec ses frères... parce qu'il est responsable de ses frères et qu'il les a fait revenir. Il les a associés dans son boulot, les choses qu'il avait imaginé ont tourné mal, pas comme il pensait. Il a assumé la prise en charge de ses frères, il les a déclaré travailleurs en payant les charges sociales alors qu'ils ne faisaient rien. Un d'eux vivait dans la drogue, piquait dans la caisse et il voulait s'en débarrasser. Sa mère lui dit « patience » au téléphone.

Mr. X. : Mon frère a passé un an et demi sans travail. Quand il est retourné au magasin, il était à



la caisse et c'était la catastrophe. Moi je ne savais pas qu'il prenait de la drogue. Ma mère le savait, mon frère aussi.

L. : Tout le monde est au courant sauf vous. Comme votre père n'était pas au courant quand vous êtes parti...

R. : Mr. X. se pose la question : comment ça se fait qu'il essaie de faire les choses comme il faut et que ça tourne mal ? Comme si les choses étaient à l'envers.

B. : Les parents sont originaires d'Al Hoceima et donc cette immigration du village dans les montagnes est aussi un changement de langue. Comment le père est parti de ce village ?

A. : Il y avait trois ans de sécheresse, ils sont partis à la ville parce que la terre ne donnait rien.

L. : C'était quelque chose de très difficile. Je veux revenir sur le mariage de ses parents. Pourquoi se sont-ils séparés et remariés ?

A. : Son père était jeune et à cet âge, on ne peut assumer un mariage, il dormait...

L. : Son père dormait et lui ne dort pas ?

A. : Cette histoire de séparation, il l'a apprise après le décès de son père.

Mr. X. : En voyant le carnet de mariage, je l'ai lu.

L. : Donc c'est vous qui l'avez découvert ?

A. : Son père ne travaille pas et la mère de son père le comprenait parce qu'il était jeune.

L. : Est-ce qu'il sait si son père est allé voir des gens là-bas ? Est-ce qu'on s'est occupé de son père ? Un enfant qui ne travaille pas, qui dort, ça interroge... même si je comprends que sa mère le protège... Les gens se posaient des questions. Vous êtes allé voir quelqu'un ?

Mr. X. : Non...

A. : Il ne croit pas à ça. Il ne croit pas à ça maintenant.

L. : Peut-être qu'il y a des choses que l'on ne croit pas mais on protège... Comment on protège les enfants ?

F. : En allant au sanctuaire...

L. : Beaucoup de choses se passent au sanctuaire mais on n'y touche pas quand on n'est pas autorisé. Quand il retourne au pays, est-ce que ça lui arrive d'y aller ?

Mr. X. : Quelqu'un qui est mort, qu'est-ce qu'il peut me donner ?

L. : Oui mais avant qu'il ne meurt, il vous a donné quelque chose.

Mr. X. : Ce qu'il a fait de bon, c'est pour lui, pas

pour moi. Pour moi, quelqu'un qui est mort est mort.

L. : Votre mère doit se dire qu'elle a un fils terrible. Il y a un point sur lequel ils ne sont pas d'accord, la mère et le fils... Traduis-le.

A. : Oui, il dit que sa mère est ignorante.

L. : Je comprends mais tu lui dis qu'il est garant de quelque chose et que son père l'a porté, lui a donné des choses. Il est la force de son père comme son père est sa force. Quand on est la force de quelqu'un et que quelqu'un est notre force, il faut avoir des choses de cette personne en soi.

Il y a aussi une chose : vous dites de votre mère qu'elle est de la campagne et ne comprend pas la vie d'aujourd'hui. Vous êtes dans une position qui prends la place de votre père et vous secondez votre mère actuellement. Répète-lui...

Il prend une place de garant en déniait. Transformer les choses dans une continuité c'est une chose, les dénier, c'est une autre affaire...

R. : Mr. X. demande « où est le problème ? ». Le fait que ses parents visitent des Saints et soient attachés à une Zaouia, il doit faire la même chose ? C'est ça le problème ?

L. : Il doit les connaître quitte à les changer. Il y a quelque chose qu'il a laissé et qu'il doit faire pour vivre dans le monde où il est. Il faut qu'il se réconcilie avec ces choses-là.

Il se pose plein de questions à propos de ses frères. Or le fond de ses réponses est en rapport à la position qu'il occupe et ce qu'il a laissé sans travailler pour les quitter. Les questions qu'il pose n'ont pas de socle. Il faut le comprendre. Il est garant mais sans poids actuellement. Il faut qu'il dépose ces choses pour qu'il puisse dormir. Les choses sont là et vous appellent tout le temps. Il faut aller les calmer.

Mr. X. : Si Dieu le veut...

R. : Son grand-père était Wali. Les gens font des kilomètres pour le voir.

L. : Le bruit de l'extérieur le mettait dans un état de rêve qui le traumatisait. Ce qu'il n'a pas fait dans le sanctuaire, il l'a fait d'une façon sauvage. Vous devez dormir là où vous devez dormir. Débarrassez-vous de tout ça. Vous mettez ça (il lui tend une pièce de monnaie) dans un tissu blanc et le mettez sous votre taie d'oreiller. Pendant quarante et un jours à partir du moment où vous le faites.

A. : Son oncle qui est Fqih, a dit la même chose.

L. : Qu'il aille voir son oncle qui sait ce qu'il doit faire. Je suis d'accord avec son oncle.

Commentaire

Lorsqu'il s'agit de soigner, il faut mettre le malade dans une position d'étranger, puis le traiter avant de le réintégrer dans sa communauté. On comprend facilement que, puisque le village est *ordre*, il ne peut être entamé par le désordre que constitue la maladie. Si l'on est malade c'est que, pour une raison ou pour une autre, on s'est trouvé « hors village » ; ou peut-être même qu'on s'est fait l'allié d'un étranger. Dans un tel contexte, l'existence individuelle, voire intime, de la personne n'est pas pertinente. Ce n'est pas qu'on la nie mais on l'oblitére volontairement pour l'occasion. Ce qu'on va dérouler, c'est la chaîne relationnelle qui enveloppe la personne de toutes parts, l'unissant à toute une série d'humains, de divinités, de plantes, d'objets.

Pourquoi avoir eu recours au toucher ? Le recours (non-systématique) à cette méthode peut se justifier pour les raisons suivantes :

- permettre au patient d'intégrer les étayages multiples perçus dans le groupe : il détend son corps mais il n'est pas affaibli, laissé à l'abandon. Il est porté, maintenu par le toucher du groupe que pratique son représentant ;
- une autre fonction du toucher de relaxation, est d'instaurer un *espace intermédiaire entre la théorie étiologique propre à la culture du patient et celle du thérapeute* : si nous pensons étayage, il pense sorcellerie (si on le touche, au vu de tout le monde, alors c'est qu'il s'agit d'un toucher bénéfique - « baraka » - par opposition au toucher maléfique qu'opère le sorcier à distance). Par conséquent, une même pratique peut acquérir un sens pour le groupe et un autre pour le patient.

Ainsi, nous nous trouvons face à plusieurs contenants :

- celui qui organise la pensée du *groupe thérapeutique* ; (à supposer qu'il soit le même pour chacun, ce qui ne va pas nécessairement « de soi »)
- celui qui structure la pensée sur la maladie dans *l'ethnie du patient*.

Le but à atteindre est évidemment de constituer un *espace intermédiaire commun* qui contiendra la relation transférentielle.

Qu'il existe des liens entre ces deux systèmes de pensée me paraît évident. Ce qui mérite d'être souligné, c'est que *l'ambiguïté de la prescription permet le rétablissement de l'espace intermédiaire (un espace appartenant tant au patient qu'au groupe thérapeutique)* et autorise l'évocation du matériel idiosyncrasique.

Ce cas clinique, et, de façon plus générale, la consultation d'ethnopsychiatrie met en scène et de façon flagrante - puisqu'elle prend pour levier de travail la culture -, ce qui se joue, de façon moins manifeste peut-être, dans toute relation thérapeutique : la compréhension et l'utilisation de codes qui ne sont pas toujours les nôtres et qui font sens pour autrui. Il montre aussi l'impossibilité d'aller à l'autre si l'on pense qu'il est tout entier comme nous, ainsi que l'existence possible d'un « entre-deux-mondes » flou dans lequel la restauration d'un « entre-soi » est à (re)construire.

L'objectif n'est pas du tout de « croire » aux gri-gri, divinités, etc. avec l'hypocrisie condescendante de certains psychologues et sous prétexte que les migrants y « croient ». « *Il ne s'agit justement ni de croire ni de suspendre sa croyance ordinaire* »⁵ mais de montrer, entre-autre, que l'humain, dans l'expérience thérapeutique, avance dans cet « entre-deux », où la « raison » (ou plutôt, tout ce qui lui paraît « raisonnable » dans la culture qui est la sienne) et ce qui lui échappe (la maladie, la souffrance, la mort) essaient de négocier un espace de jeu.

Prenant en compte la culture d'origine du patient, l'ethnopsychiatrie rappelle « qu'à chaque monde sa pensée, sa langue, sa technique »⁶ ou encore « à chaque Lieu, sa Logique et son Langage »⁷ et c'est à ceux qui la pratiquent d'être suffisamment inventifs pour recréer l'efficace du geste qui guérit par le double artifice du dispositif de consultation et d'une affiliation volontariste. Point de mystère donc, si ce n'est la torsion qu'on lui fait subir lorsque l'on imagine que ces praticiens de l'ethnopsychiatrie n'ont comme issue que de vendre leur âme aux divinités et à leurs génies tutélaires et se métamorphoser en guérisseur. ●

5. Voir Bruno Latour, « Petite réflexion sur le culte moderne des Dieux Faitiches », *Les empêcheurs de penser en rond*, Synthelabo, 1996.

6. T. Nathan et L. Hounkpatin, « La parole de la forêt initiale », Ed. O. Jacob, 1996, p 11.

7. M. Singleton, *Amateurs de chiens à Dakar. Plaidoyer pour un interprétariat anthropologique*. L'Harmattan 1998.

La parole aux patients

à travers l'expérience d'une animatrice-santé



Cultures et santé asbl pratique depuis plus de dix ans des animations-santé auprès de personnes maîtrisant peu le français, et dont la plupart ont eu un parcours scolaire réduit ou inexistant. C'est ainsi que Gisèle Jacub, animatrice, se rend régulièrement dans des groupes d'accueil ou d'alphabétisation, pour y proposer aux personnes qui les fréquentent, divers sujets en prise sur le corps, la santé et la maladie. La pédagogie interactive qui guide ces animations en fait de véritables mines d'information sur les représentations sous lesquelles ces thèmes s'inscrivent dans la vie affective et symbolique des patients.

« La santé, c'est se lever tôt le matin », c'est « avoir de l'énergie pour faire son ménage »... telles sont les définitions de la santé recueillies le plus souvent en début d'animation. Derrière cette définition fonctionnelle qui intègre la notion de santé à celle de but, de projet, se profile en négatif un mal être fréquent : le manque d'objectif positif et stimulant pour structurer sa journée. « Si on n'est pas capable de se lever le matin, c'est qu'on n'en a pas envie, qu'on n'est pas bien », « On a mal à la tête ou on est déprimé parce qu'il y a trop de soucis ». Les participantes livrent donc là d'emblée la clé d'une approche psychosomatique essentielle dans ces groupes marqués par les difficultés de l'acculturation et souvent, par un contexte socio-économique ingrat et plus ou moins menaçant.

La maladie comme ciment familial ?

Avec cette représentation coexiste cependant la conception de la maladie comme « *un mal qu'on attrape* », qui vient de l'extérieur, « *qui punit* ». « *Il y a beaucoup de culpabilité* », explique Gisèle Jacub, « *sans que l'on sache trop comment l'on a mérité cette punition. La maladie est associée à la honte, même si cela peut varier d'une culture à*

l'autre ». Cette culpabilisation contribue à expliquer des attitudes évoquées plus loin, comme le fait de passer certains symptômes sous silence, de ne pas s'attarder sur ses plaintes ni les détailler, ainsi que la difficulté à comprendre l'utilité du dépistage et de la prévention et le mécanisme des maladies héréditaires ou congénitales.

Il semble que les adultes recourent peu au médecin pour des affections banales aiguës telles qu'angine, grippe etc. Par contre, une maladie chronique sera vécue comme plus menaçante. Un sujet d'étonnement est l'intérêt porté aux possibilités de la chirurgie esthétique par ces femmes au budget limité. Ne peut-on penser qu'il y a là une tentative d'accorder son aspect extérieur - livré au mari mais peut-être aussi, plus largement, à la société d'accueil - aux exigences de la transculturation ? Lorsqu'il s'agit des enfants, par contre, on se mobilise en général pour tout problème de santé quel qu'il soit. Hommes et femmes expriment des préoccupations prioritaires différentes, les premiers étant plus taraudés par la crainte des maladies liées au vieillissement, tandis que les secondes se sentent surtout démunies face à tous les problèmes touchant la sphère gynécologique.

La résonance affective et symbolique du symptôme est particulièrement frappante lorsque la maladie a pour fonction de préserver la cohésion familiale. Mue par la peur « *d'éclatement de la famille, lorsque les enfants grandissent et qu'on ne sait trop comment agir avec eux* », la mère, par son étiquette de malade entérinée par le médecin, maintient autour d'elle les autres membres de la famille.

Le mythe de l'âge d'or

Toutes ces évocations de la maladie se réfèrent à une toile de fond implicite mais très présente : celle du mythe de la bonne santé au pays d'origine. Là-bas, tout était bon... Le budget téléphone (longue distance) est souvent un poste financier important dans ces ménages. La migration a favorisé un manichéisme des représentations qui imprègne profondément les attitudes en matière de santé. Les recours thérapeutiques au pays d'origine sont fréquents, et sont presque toujours vécus comme positifs, que l'on ait consulté un guérisseur ou un médecin.

*Agnès Claes,
coordinatrice de
Cultures et santé,
d'après un
entretien avec
Gisèle Jacub,
animatrice à
Cultures et santé
asbl.*

La parole aux patients à travers l'expérience d'une animatrice-santé

Fait apparemment contradictoire : si la consultation de guérisseurs traditionnels installés dans le pays d'accueil est chose courante, le recours aux remèdes traditionnels est négligé dans l'immigration (sauf par les femmes originaires d'Afrique noire) ; « Lorsque je questionne les participantes sur les façons de faire dans leur pays » dit Gisèle Jacub, « je récolte souvent une réaction du type : ah bon, on peut faire cela ici aussi ? Elles en savent plus que moi sur les différentes marques d'antidépresseurs modernes, mais elles ont abandonné certains éléments thérapeutiques positifs de leur culture ! Alors, je les encourage à retrouver ce savoir-faire et je vois qu'il y a chez elle, au fond, une grande envie de retrouver et de s'approprier à nouveau ces remèdes du pays d'origine ». En effet, comment mieux asseoir son épanouissement futur que sur la valorisation et la fierté du passé ?

De même, le recours, en Belgique, à des médecins de la même culture n'est pas du tout privilégié. Ceci reflète peut-être un effort de transculturation, comme si la consultation du médecin belge signifiait aussi : « Comment dois-je faire pour être en bonne santé chez vous ? » et, par là : « donnez-moi les clés de votre culture, aidez-moi à être bien chez vous, à réussir mon endo-culturation ».

Le danger du « dire »...

Il semble donc bien que l'on attribue au médecin belge une puissance particulière qui justifie les attentes que l'on met en lui. Hélas, non explicités, mal placés, non décryptés, ces espoirs sont rarement rencontrés, et c'est là le début d'un long parcours infructueux.

Espoir magique d'un réconfort global : « il fera que tout aille bien... ». D'autant plus magique que les

plaintes sont rarement détaillées ; on ignore qu'une description précise du symptôme est utile au médecin ; on ne dit finalement en consultation que la moitié de ce que l'on avait à dire. Par peur devant cette toute-puissance imaginée ; par pudeur ou



honte ; par méconnaissance (à partir de quel moment *ai-je le droit* de parler d'un symptôme sans être ridicule ?) ; par manque de vocabulaire en français ; enfin, par crainte de prendre trop de place. Il faut dire que la brièveté des consultations médicales est dénoncée par la plupart des patientes. Ajoutons à cela une crainte spontanée très fréquente : celle de matérialiser le mal en le nommant. La parole - celle du malade autant que celle du médecin - est dangereuse car elle donne corps et vie aux vagues appréhensions. Cette « peur du dit », qui participe aussi aux difficultés de la prévention, va de pair avec une certaine crainte des examens complémentaires, même ceux qui nous paraissent anodins, telles les échographies et les radiographies dont le fondement technique est rarement compris.



A la recherche du Dr Gooddrug

Les médecins sont parfois les complices de ce perpétuel malentendu. En ne décryptant pas toujours ce qu'il peut y avoir derrière les plaintes de désarroi social ou familial. En usant de la multi-prescription pour traiter ces plaintes ; sans doute seraient-ils surpris d'apprendre que le médicament prescrit, s'il n'a pas eu très rapidement l'effet magique escompté, est réinjecté dans un circuit parallèle où les spécialités pharmaceutiques s'échangent entre soeurs, amies et voisines au gré des vertus qu'on leur prête ! Ce « marché d'échange » a probablement des proportions qui donnent froid dans le dos si l'on songe à la quantité d'antibiotiques et de psychotropes, pour ne citer qu'eux, qui passent ainsi d'une famille à l'autre. Pour Gisèle Jacub, « *il existe une méconnaissance générale des conséquences d'un usage inadéquat ou d'un abus d'antibiotiques !* ».

Il y a donc une ambivalence fondamentale dans cette recherche frénétique du « bon médicament » et du « docteur idéal », puisque la toute puissance médicale est relativisée une fois de retour à la maison... Cette ambivalence débouche sur la multiplication de consultations de médecins différents, même chez des personnes ayant un budget très limité. Cette recherche éperdue, loin d'apaiser l'angoisse des patients, l'exacerbe : leurs attentes élevées et non explicitées ne sont jamais rencontrées. « *Quand je les écoute* », affirme Gisèle Jacub, « *je pense que ce n'est en fait pas d'un médecin dont elles ont besoin* ». Mais c'est pourtant bien lui qu'elles vont consulter...

N'y a-t-il donc pas d'aspects positifs de la relation médecin-patient dans les reflets qu'en recueille l'animatrice ? « *Si, bien sûr : par exemple, lorsque le généraliste prend lui-même rendez-vous pour le patient à l'hôpital ou chez le spécialiste, c'est ressenti très positivement et je crois que cela favorise la compliance. Les visites chez le spécialiste sont souvent mieux vécues que chez le généraliste ; on a l'impression (!?) que les spécialistes expliquent plus de choses (sauf les chirurgiens, car je suis souvent stupéfaite de constater à quel point les femmes connaissent mal la raison des opérations parfois multiples qu'on leur a faites et qui laissent parfois des traces importantes !). Le diabète, par exemple, me paraît souvent assez bien compris et bien soigné. Le*

recours aux urgences pédiatriques donne aussi souvent l'impression aux parents que quelque chose de concret a été fait pour l'enfant ».

Comment mettre fin au malentendu ?

Peut-être en instaurant plus de collaboration avec d'autres soignants dont « l'usage » reste encore mal connu des patientes (kinésithérapeutes, psychomotriciens pour les enfants, infirmières, psychothérapeutes...). Mais surtout, plus largement, en se référant à d'autres partenaires tels que les travailleurs sociaux et les animateurs de maisons de quartier et de groupes d'alphabétisation, ce qui permettrait de proposer une « prescription sociale » en réponse à une plainte apparemment médicale. « *Les plus jeunes femmes ont envie de s'occuper de prévention* », estime Gisèle Jacub. « *Le diabète, les maladies cardio-vasculaires sont des problèmes qu'elles observent chez leurs aînées et qui les interpellent. Elles sont prêtes à faire certains efforts ; elles reconnaissent l'existence du stress. Tout au long des animations, on essaie de comprendre mieux la différence et la complémentarité entre les problèmes physiques et les problèmes plus psychiques.* ».

Cette envie d'agir, d'anticiper, de maîtriser est un moteur très important pour l'intégration car elle permet la construction de projets personnels. « *Les mères de jeunes enfants souhaitent s'investir dans une action, pour le mieux-être de leurs enfants ; les maladies d'enfant ne les inquiètent pas trop, elles s'y connaissent, mais elles veulent en savoir plus sur les besoins physiologiques et psychologiques de l'enfant, sur l'école... L'adolescence les inquiète, surtout à cause de la quantité de violence dans les quartiers ; elles voudraient savoir comment y répondre. Je trouve très important de leur proposer des animations-santé, au travers desquelles elles peuvent s'exprimer, s'affirmer dans une démarche active vers un mieux être*».

L'acquisition de savoirs et de savoir-faire, au travers d'une information individualisée, comme moteurs d'une transculturation réussie : un pari que Cultures et Santé continuera à tenir, avec la collaboration des différents groupements qui accueillent ses animateurs. ●

Créer un nouvel espace de parole

*Maghnia Fazzaz,
interprète à la
maison médicale
des Riches
Claires.*

● La formation d'interprète

Je travaille depuis six ans à la maison médicale comme interprète où je fais partie d'une équipe d'interprètes. J'ai été engagée alors que je participais aux activités du GAFFI¹. Avant cette période, j'avais suivi une formation d'aide soignante. Mon employeur est l'asbl ISM². Nous nous rencontrons régulièrement et nous suivons une formation sous forme de supervisions avec des psychologues et des modules sur des sujets que nous rencontrons lors de notre travail quotidien : connaissance du corps, développement psychomoteur de l'enfant, notions de déontologie.

Je traduis en berbère du nord du Maroc (région du rif d'où je suis originaire) et en arabe dialectal (langue parlée dans les pays du Maghreb), langues que je parle couramment.

● Le travail à la consultation

A la maison médicale, je suis présente à deux consultations par semaine de manière fixe. Mon travail se déroule d'une part dans la salle d'attente et d'autre part dans le cabinet médical en présence du médecin qui est soit un médecin généraliste femme soit un gynécologue homme suivant les horaires.

Dans la salle d'attente, je parle avec les femmes de « tout et de rien », c'est-à-dire de leur vie quotidienne : de leurs enfants, de leur mari, de leur famille, de leur vie. Les femmes éprouvent un réel besoin de parler. Lorsqu'elles sont seules dans la salle d'attente, même si l'attente est courte, elles s'ennuient et trouvent le temps très long. Le principal est l'écoute, il faut laisser parler les personnes d'autant plus que certaines ont beaucoup de problèmes.

Dans le cabinet médical, mon rôle est de traduire mais j'irai plus loin en disant qu'il est de faciliter la compréhension de part et d'autre. Par exemple quand un patient dit qu'il a mal au foie, cela veut dire qu'il ne se sent pas bien, qu'il se sent malade et à ce moment mon rôle est de décrypter la phrase au point de vue du sens sans m'en tenir à la traduction littérale. Le médecin peut toujours comprendre le patient par certains gestes ou certaines attitudes mais le rôle principal de l'interprète est d'améliorer la compréhension en fonction du contexte culturel. L'important est de

comprendre ce que l'autre veut dire, de saisir le sens derrière les mots.

En présence du gynécologue, les femmes sont timides et n'osent pas exprimer certaines choses directement. Elles préfèrent passer par mon intermédiaire notamment pour dire qu'elles ne veulent pas de toucher vaginal, souhaitant qu'il soit réalisé par une femme. La femme ose parler quand il y a l'interprète : ainsi non seulement il y a une meilleure compréhension du médecin et du patient mais en plus une meilleure expression dans un climat de confiance.

Une patiente avait consulté seule le gynécologue pour un problème de stérilité et donnait l'impression d'avoir très bien compris les propositions de mise au point médicale chez son mari en les acceptant par un oui sans réserve. Cette patiente est revenue quelques heures après pour me rencontrer et exprimer le fait que son mari n'accepterait jamais les examens proposés car celui-ci ne voulait pas aller plus loin dans la mise au point. Elle n'avait pas osé exprimer sa situation en étant seule avec le médecin ; le fait de l'accompagner à la consultation lui a permis d'explicitier sa demande et le gynécologue a pu adapter sa position en fonction de ce que la femme voulait véritablement. La demande est ainsi analysée en profondeur.

Il m'arrive de traduire également pour des hommes. Certaines situations sont très dures à vivre, notamment en cas de problème de stérilité où il m'est arrivé de devoir expliquer à un mari que ses spermatozoïdes étaient faibles et qu'il devait prendre des médicaments. Dans notre culture, c'est un sujet tabou, l'exprimer ainsi à un homme devant sa femme est difficile et il faut rester neutre de toute façon. C'est certainement une situation parmi les plus difficiles que j'aie connue.

Beaucoup de femmes veulent devenir interprètes car pour elles c'est un métier sain, utile. C'est une profession valorisée par la communauté. Je parle souvent aux femmes des cours de français qui existent dans le quartier en les invitant à y participer. Je veux leur faire prendre conscience que l'on peut apprendre à tout âge et que celui-ci n'est pas un obstacle. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, le fait qu'il y ait une interprète leur donne envie de faire l'effort de parler aussi le français.

*1. GAFFI :
maison pour
femmes située à
Schaerbeek.*

*2. ISM :
Interprétariat et
service de
médiation.*



● Comment ce travail s'intègre au sein d'une maison médicale

A la maison médicale, le malade est pris en compte dans sa globalité en prenant le temps de l'écouter. Je peux ainsi expliquer au patient le rôle d'un médecin traitant en sachant que pour un certain nombre la maladie entraîne la fréquentation des urgences hospitalières où l'on soigne de façon ponctuelle et sans lendemain. Petit à petit, il découvre ainsi la fidélité vis-à-vis d'une structure de soins et la qualité des soins qui en découle.

Un autre aspect de mon métier est le respect du secret professionnel. L'application de ce principe est fondamentale car cela permet d'établir la confiance réciproque et d'avoir dans le quartier une position de force : on sait que l'on peut venir se confier à la maison médicale sans aucune crainte.

● Le dire et l'entendre dans sa langue maternelle

Il m'arrive d'intervenir également pour des femmes qui comprennent et parlent très bien le français. Ainsi une jeune femme ayant consulté un gynécologue devait subir une intervention chirurgicale ; elle avait très bien compris la consultation mais quelques semaines plus tard elle est venue me dire qu'elle voulait de nouvelles explications au sujet de l'intervention et qu'il fallait que je l'accompagne auprès du médecin. Je l'ai accompagnée et elle m'a demandé de traduire les explications relatives à l'intervention dans sa langue alors qu'elle parle le français parfaitement, étant née en Belgique. La patiente s'est fait opérer peu après.

C'est comme si elle avait ressenti la nécessité de l'entendre dans sa langue maternelle pour pouvoir décider en toute sécurité et en toute confiance ; comme si entendre les explications de l'intervention dans sa langue lui permettait de se l'approprier quelque part en elle-même ?

Etre interprète c'est beaucoup plus que traduire. C'est créer une relation, mettre en confiance, écouter. C'est accompagner la personne dans un climat de confiance, lui permettre de se prendre en charge petit à petit, lui donner le petit coup de pouce nécessaire, lui faire prendre conscience de l'importance de l'apprentissage du français, l'ouvrir à une autonomie. C'est la rendre plus libre.



Je travaille avec Maghnia depuis de nombreuses années à deux de mes consultations par semaine. Ce travail à deux m'a fait découvrir au fil des années des nouvelles possibilités de travail, un enrichissement de la relation médecin-malade et une toute autre dimension au travail de médecin généraliste. Ainsi tout au long de ces consultations et visites à domicile, mon rôle en tant que médecin généraliste est de permettre aux patients d'avoir accès à une meilleure compréhension de leur maladie et de leur traitement ce qui entraîne un meilleur suivi (consultations plus régulières) et une meilleure compliance au traitement. Dans les cas de maladies chroniques comme l'hypertension artérielle, l'asthme, le diabète ou les troubles métaboliques, le rôle préventif est primordial et permet de diminuer le nombre et l'importance des complications. Le fait de pouvoir bénéficier d'une aide, d'une écoute dans une relation de confiance va permettre à la personne d'avoir plus confiance en elle-même et quelque part d'aller mieux !

La présence d'une interprète dans une consultation de médecine générale modifie la relation médecin-malade qui de duale devient triangulaire ce qui face à un patient d'origine maghrébine, au lieu d'appauvrir la relation ou de la bloquer (comme on pourrait le penser dans une vision occidentale des choses) l'enrichit au contraire et permet à la parole de se libérer, de circuler beaucoup plus facilement.

A travers cette relation à trois, le médecin peut enfin décrypter les demandes et aller à l'essentiel en découvrant des souffrances qui n'ont jamais pu être dites auparavant. ●

Catherine De Blauwe, médecin généraliste à la maison médicales des Riches Claires.

Médiation interculturelle et interprétariat en milieu migrant

*Ri De Ridder,
médecin
généraliste à la
maison médicale
De Sleep.*

Ces dix dernières années ont vu naître diverses initiatives destinées à améliorer la communication avec les allophones et les personnes issues d'horizons culturels différents.

Mais les toutes premières initiatives sont encore bien antérieures. Et totalement originales. Dès 1978, le centre de santé de quartier De Sleep (à Gand) s'est adjoint le concours d'une collaboratrice turque, laquelle fit office d'intermédiaire entre les collaborateurs du centre et les patients en grande majorité turcs. L'accent portait et porte toujours sur l'éducation sanitaire, principalement dans le cadre des soins prodigués à la mère et à son enfant.

Former des médiateurs

Avec l'entrée en fonction du Commissaire royal à la politique de l'immigration, ces initiatives individuelles ont fini par déboucher sur une véritable politique. Côté flamand, on la doit au Centrum etnische minderheden en gezondheid. Côté francophone, Cultures et santé s'est montré particulièrement actif dans le domaine de « l'interprétariat ».

Le Centrum etnische minderheden en gezondheid réussit à lancer un projet de formation et d'embauche de grande envergure pour médiateurs interculturels. Un an plus tard, « de Foyer¹ » (Communauté flamande de Bruxelles) se voyait lui aussi confier un projet similaire. L'objectif était de former, dans un délai de six ans, soixante migrants (principalement turcs et marocains) à la fonction de médiateur interculturel grâce à un programme théorique et pratique de trois ans. Ce programme a finalement produit soixante cinq éléments qualifiés. Toutes les personnes qui ont suivi cette formation ont décroché un diplôme de l'enseignement technique supérieur pour adultes. Nombre d'entre elles ont en outre obtenu, via le jury central, le diplôme d'enseignement secondaire. La formation consistait en une journée de théorie, trois journées de stage et une journée de séminaire à temps plein par semaine. Les étudiants ont été payés à temps plein en tant que contractuels subventionnés. Le

programme a entièrement été financé par l'enseignement, l'emploi, la politique du bien-être et de la santé, de même que par des fonds européens, soit un investissement de quelque deux cent cinquante millions de francs.

La fonction de médiateur englobe l'interprétariat, l'éducation sanitaire, la formation aux différents contextes culturels, la participation à des concertations et la défense des intérêts des patients. Il s'agit donc d'une fonction manifestement plus étendue que le simple interprétariat ou que la fonction d'interprète en milieu migrant.

Une évaluation scientifique indépendante a mis en évidence une amélioration notable de la qualité, bien que les qualifications, surtout en ce qui concerne les interprètes et les avocats, devraient, pour bien faire, se situer à un niveau encore supérieur.

... et leur intégration

A partir de 1996, on s'est petit à petit mis en devoir d'intégrer structurellement cette fonction dans le dispositif médico-social en place. Vingt-deux fonctions à temps plein sont venues compléter le cadre du personnel de Kind en Gezin². Les partenaires sociaux flamands ont débloqué seize millions de francs par an. Ces subsides seront réservés à la surveillance médicale scolaire qui pourra mettre la médiation interculturelle au service d'autres secteurs de soins de santé, par exemple les maisons médicales. La politique sociale des communes et des CPAS permet aussi de financer la formation et le recrutement de quelques médiateurs.

Le concept de « médiation interculturelle » a officiellement été reconnu par la Communauté flamande comme élément de la politique d'intégration. Des projets ont vu le jour de créer, au niveau universitaire, un véritable centre d'assistance, et d'en appliquer le modèle à l'aide sociale et l'aide à la jeunesse.

On a récemment entamé la mise sur pied d'une sorte de centre d'interprétariat s'adressant spécifiquement aux nouveaux arrivants, surtout aux demandeurs d'asile et, dans les secteurs plus juridico-administratifs, au service des étrangers,

*1 « de Foyer » :
centre régional
bruxellois
d'intégration.*

*2 Kind en Gezin :
équivalent de
l'Office national
de l'enfance dans
la partie
néerlandophone
du pays.*



aux CPAS, aux tribunaux, etc. La question n'a pas encore été tranchée de savoir s'il s'agira d'une initiative nationale ou flamande.

qualité. Le tout dépendra dans une large mesure de la bonne volonté des hôpitaux pour ce qui est de solliciter et de pourvoir ces fonctions.



Les établissements hospitaliers sont depuis 1997 le théâtre d'un projet pilote impliquant seize et demi médiateurs en équivalent temps plein. A partir de 1999, une consolidation est prévue, qui sera financée par le prix des journées d'hospitalisation. La mise en œuvre de ce projet se présente, en Communauté française, sous un jour très différent de ce qui se fait en Flandre, à savoir que l'on y désigne des coordinateurs de médiation interculturelle ayant reçu une formation universitaire comme anthropologue ou philologie mais aussi médicale ou paramédicale, que viennent compléter des compétences interculturelles. La médiation effective entre personnel soignant et patients devrait être le fait de médiateurs à recruter via le deuxième Maribel social. Pendant la phase de projet pilote, les médiateurs ont été formés par quelques organisations : ISM³, CUNIC⁴, Résonances⁵, VCIM⁶ et de Foyer. Ces organisations cessent, en principe fin de cette année, de jouer un rôle. Une cellule de coordination continuera, au sein de l'administration fédérale, à se porter garante de la mise en œuvre de la démarche et du contrôle de

Difficultés

L'intervention de médiateurs interculturels au sein de centres de santé de quartier est loin d'être évidente. De Sleep s'est surtout spécialisé dans la médiation interculturelle dans le cadre de programmes de prévention structurés (consultation réservée aux diabétiques et suivi de grossesse) et de l'éducation sanitaire. Pour ce qui est de la mise en œuvre, dans la pratique de tels programmes, les moyens de prévoir une médiation systématique font défaut. Compte tenu de l'importante concentration de patients turcs ne maîtrisant, pour la plupart, pas la langue néerlandaise, on a opté pour un apprentissage systématique de la langue. C'est dire si les collaborateurs sont mis à rude épreuve. Il s'agit du reste d'une solution qui n'a rien de radical.

L'existence d'autres groupes linguistiques est elle aussi source de problèmes de communication. La politique linguistique se retrouve à l'heure actuelle au centre des débats et, plus précisément, la question du recours ou non à des interprètes informels (surtout des collaborateurs eux-mêmes migrants) donc sans formation spécifique à la médiation.

L'INAMI brille par une absence totale de politique linguistique. Au demeurant, l'allophonie est, dans notre pays, un sujet particulièrement délicat. Il n'est que de songer à la situation, sur le front des langues, au sein des établissements hospitaliers de l'agglomération bruxelloise. Étant donné que le financement des centres de santé de quartier dépend principalement de l'INAMI, il y a encore pas mal de pain sur la planche. Peut-être y a-t-il là matière à action commune. ●

3 ISM :
Interprétariat et
suivi de
médiation.

4 CUNIC :
Centre
universitaire de
Charleroi.

5 Résonances :
réseau
interculturel.

6 VCIM : Vlaams
centrum voor de
integratie van
migranten.

Recourir aux «thérapies non-orthodoxes» : où est le sens?

Ce texte est issu d'un travail de thèse en cours d'élaboration sur le thème du recours aux thérapies non orthodoxes. La perspective anthropologique est ici placée dans un contexte occidental : ce qui s'oppose, ou tout au moins se « met en tension » ici, c'est la lecture différente que font d'un même événement le médecin et le patient, alors qu'ils appartiennent à la même culture et se réfèrent - au moins partiellement - aux cadres conceptuels de la médecine occidentale. Il n'y pas ici de « fossé culturel » - au sens où on l'entend habituellement ; pourtant, à un certain moment, « quelque chose » vient briser le consensus. Le patient ne peut plus « croire » que son problème puisse être entièrement appréhendé par la médecine classique - dont il est pourtant partie prenante. Quête d'efficacité, quête de sens : les deux cas présentés ici illustrent l'existence d'autres logiques de recours aux soins ; si cette recherche est exacerbée lorsque soignant et patient appartiennent à des cultures différentes ou, comme c'est le cas ici, lorsque le problème est d'une gravité extrême, n'est-elle pas cependant présente, de manière plus discrète, dans tout contact thérapeutique ?

Marianne Prévost, sociologue.

Sylvie Carbonnelle
anthropologue au Centre de diffusion de la culture sanitaire; Centre de sociologie de la santé; Université libre de Bruxelles.

A l'époque où la médecine moderne est à même de pouvoir identifier et soigner des maladies au niveau de l'infiniment petit, le niveau moléculaire, la société occidentale semble confrontée à un phénomène de plus en plus massif : l'émergence sur le marché des soins de santé d'une variété considérable de disciplines, de pratiques (diagnostiques, thérapeutiques, ...) ainsi que de soignants qui, tout en étant en situation d'hétérodoxie vis-à-vis de la médecine scientifique, et plus largement du secteur médical officiel, ne cessent de gagner en légitimité auprès d'un vaste public¹. Si le recours à de telles pratiques apparaît pour beaucoup, face aux progrès de la médecine, relever de l'irrationnel et de la croyance, il semble néanmoins permis, et même nécessaire, de mettre nos jugements de valeur entre parenthèses, et de nous interroger, tant sur le sens individuel de telles conduites, que sur leur signification sociale. Quelles attentes les gens nourrissent-ils à leur sujet ? Quelles significations particulières prennent-elles eu égard à leur quête thérapeutique, voire à leur destinée individuelle ? Dans quelle mesure leurs recours s'inscrivent-ils dans une quête d'efficace, et seraient-ils dès lors conçus comme un moyen parmi d'autres de retrouver l'état de santé perdu ? Ou encore, dans quelle mesure prennent-ils place dans une quête de sens (ou des sens ?) visant à remettre sa vie en ordre ?

C'est à partir d'une telle démarche, menée auprès d'une trentaine de personnes ayant eu recours à des praticiens et des thérapies non-orthodoxes au regard de l'institution médicale², que je propose de rendre compte de deux « cas », particulièrement représentatifs, tant de la diversité des contextes dans lesquels

ces recours prennent sens (contexte médical, individuel, familial, idéologique, ...), que de l'hétérogénéité des significations qui leur sont attribuées (en termes de finalité, de valeur, ...).

Ces deux cas me semblent également illustratifs de la tension qui sous-tend la demande de soins actuelle dans le monde occidental, à savoir, demande à la fois d'une efficacité sans limites (face aux développements techno-scientifiques dans le domaine du vivant, la maladie n'a jamais paru aussi intolérable, injuste, ...), et demande de surcroît d'un sens à la maladie (l'objectivation toujours plus précise de la maladie au niveau biologique laisse dans le vide son interprétation au niveau individuel et social, notamment la question de sa signification ultime : « pourquoi moi ? »).

Cas n° 1 : Le recours à un « guérisseur »³

Madame Marchal⁴ est régente ménagère de formation. Elle a quatre enfants et travaille à domicile avec son mari. N'ayant *a priori* pas de sympathie particulière pour ce genre de soins, elle est amenée cependant à faire appel à un magnétiseur peu après la naissance de son troisième enfant.

... On a eu un petit garçon qui est né avec des pathologies vraiment graves au niveau cardiaque... On nous a dit : « Cet enfant n'est pas viable. Impossible ! Il ne vivra pas plus de six mois »... Ils ne proposaient rien, opérer n'était pas possible. Ils nous avaient dit :

1. Ce constat est étayé par de nombreuses études récentes menées en Europe et outre-Atlantique sur le recours aux « médecines alternatives », « complémentaires », « parallèles », etc.

2. Le champ couvert par ces recours recouvre des situations extrêmement variées. Il peut s'agir de méthodes non conventionnelles... (suite page suivante)



« Vous allez voir, il va dépérir de plus en plus ; le rétrécissement au niveau de l'artère pulmonaire va s'accroître et cet enfant va mourir étouffé »...

Après plusieurs transferts jusqu'à un hôpital spécialisé, le diagnostic est confirmé et le pronostic annoncé sans ménagement.

... On a eu un entretien avant de reprendre Alexandre. Il y avait quatre personnes face à nous : un pédiatre, un pédo-psychiatre, une psychiatre, le professeur cardiologue... C'était vraiment comme au tribunal... Ils nous ont dit - c'était tout à fait scientifique : « Alexandre n'a pas d'espoir de vivre ; il sera handicapé mental parce que le cerveau n'est pas oxygéné. S'il vit plus de six mois, ce sera vraiment exceptionnel ! »... On vous propose de le placer parce que si vous ne savez pas l'assumer, on va vous trouver une institution... J'ai dit : « Pas question ! S'il se passe quelque chose ce sera chez nous, et j'assumerai Alexandre ! ».

Battante de tempérament, Madame Marchal ne s'est pas laissée impressionner.

... Je me suis dit : « C'est un genre de défi qu'ils me lancent ; et je leur prouverai que d'une façon ou d'une autre on s'en sortira ; et pas comme eux le pensent ! ». Moi j'ai pris ça dans ce sens-là. Je me suis dit : « Il faut se battre ; il faut obtenir quelque chose ! » J'aurais pu dire : « C'est foutu !, on n'a plus rien à faire... ».

Sans jamais renoncer au suivi médical, devant même les conseils en s'adressant à d'autres spécialistes à l'étranger, elle en vient, sur l'encouragement de proches, à faire venir chez elle un magnétiseur d'origine française exerçant sporadiquement en Belgique afin qu'il « travaille » sur Alexandre. En l'absence de toute autre

perspective, elle livre l'enfant, ainsi que toute la famille d'ailleurs, aux manipulations sensibles du guérisseur, et ceci, à intervalles réguliers durant de nombreux mois.

... Le magnétiseur a dit : « On va améliorer tout ce qui est niveau immunitaire, restimuler le foie, le pancréas, la rate, et on va voir, on va observer »... On s'est rendu compte que son travail était énorme... Alexandre qui n'avait que trois mois était beaucoup plus ouvert, plus rayonnant...



Nous sommes retournés à l'hôpital un an après. Là ce fut la stupéfaction ! Ils ne croyaient pas que ça pouvait être Alexandre... Il marchait et commençait à parler. Aux examens, le rétrécissement au niveau de l'aorte avait disparu... Ils nous ont répondu : « C'est la nature qui l'a gâté ; tant mieux pour vous ! ».

Cinq ans après les faits, tout en continuant à être « vérifié » par le magnétiseur, et à se porter bien selon les propos de sa mère (s'il garde les lèvres bleutées, reste plus petit et plus mince qu'un enfant

(suite de la page précédente)
...utilisées tant dans le cadre de l'exercice de la médecine que hors de celui-ci (c'est-à-dire par des médecins diplômés ou des non-médecins) ; tant dans le cadre d'une autre profession de santé (kinésithérapie, psychologie,...) que hors de toute profession reconnue. La diversité s'étend donc du spécialiste appliquant des méthodes diagnostiques et thérapeutiques non vérifiées au guérisseur se revendiquant d'un don, en passant par tout praticien « alternatif », aussi bien diplômé qu'autodidacte.

3. Cette étude a été menée sur la base d'entretiens de type « illness narratives » (récits de maladie), enregistrés et retranscrits intégralement.

4. Il va sans dire que pour des raisons de confidentialité, les noms des personnes citées sont fictifs.

5. Hamer est un médecin allemand interdit d'exercice de la médecine depuis 1986. Il est actuellement condamné pour avoir « provoqué la mort de trois cancéreux en 1995 en les détournant de la médecine traditionnelle » (Le Soir, 10.09.97). Il a développé une théorie (appelée « Loi d'Airain ») sur la cause du cancer et son traitement. Selon lui, le cancer doit son origine à un conflit non résolu qui aurait provoqué un « court-circuit » dans le cerveau, décelable au scanner. Le traitement consiste alors à identifier le conflit en question et à le résoudre, ce qui, par un mécanisme biologique complexe, permettrait de mettre un terme à la prolifération anarchique des cellules. Sa théorie, dénuée de tout fondement scientifique, rencontre un succès croissant auprès du public...

(suite page suivante)

« normal », il ne suit plus de traitement médicamenteux et va même à l'école), l'enfant est devenu aux yeux de ses parents une preuve vivante de l'intérêt qu'il y a à ne pas rejeter d'un trait d'autres sources de savoir, ni même de pouvoir.

... *Quand je vois le résultat auquel il est arrivé, je me dis que là, il y a quelque chose qui se passe !... Au niveau des énergies, il a un don ! Il y a cinq ans, on ne s'est pas posé de questions. On n'avait pas le choix... Une fois qu'il est venu, on a commencé à lire des bouquins sur les énergies, le magnétisme. Pour comprendre un peu... Son travail nous a vraiment intéressés. On a vu que ce n'était pas quelque chose de bidon... Rencontrer le magnétiseur nous a amenés à nous remettre beaucoup en question. A partir de ce moment-là, on s'est dit qu'il existait d'autres choses...*

Au début, les parents du petit Alexandre se refusaient à ébruiter leur initiative, de crainte d'être méjugés par leur entourage. Ils ne se sont pas sentis autorisés non plus à dévoiler leur stratégie aux membres du personnel hospitalier afin de ne pas risquer de passer pour des naïfs, supposant ne pouvoir rencontrer d'autre réaction que d'incrédulité. Ce silence, longtemps entretenu, aura participé à construire autour de la personne du guérisseur une aura de mystère et de pouvoir quasi surnaturel. Il n'empêche, avec du recul, madame Marchal semble, à raison, avoir bien du mal à comprendre que l'on ait pu avec tant de certitude affirmer que son enfant était condamné.

Le recours au guérisseur a de la sorte pris une double signification pour madame Marchal : signification à la fois thérapeutique et symbolique. D'abord, au plan thérapeutique certainement, celle d'avoir permis à son enfant de « s'en sortir » mieux que prévu. En outre, et par voie de conséquence, ce constat *a posteriori* n'a pas manqué d'entraîner chez elle une certaine désillusion quant à la fiabilité du discours prédictif en médecine, voire, une relative prudence - un certain esprit critique - à l'égard de ce qui, en médecine, est tenu pour vérité. Enfin, au niveau conceptuel, la rencontre du guérisseur a aussi pris le sens d'une « ouverture d'esprit », d'une sensibilisation à une autre dimension de la réalité, concrétisée par les termes d'« énergie », de « magnétisme » et de « force cosmique ».

Cas n° 2 : Le recours à la méthode Hamer⁵

Le second cas a trait à un « guérisseur » d'un tout autre type, puisqu'il ne s'agit plus d'une pratique développée dans le cadre d'un « don » comme précédemment, mais de la mise en oeuvre d'une théorie personnelle dans le cadre de l'exercice de la médecine libérale (si le premier praticien se reconnaissait sous l'appellation de « guérisseur », en revanche, celui dont il est question ici n'est désigné de la sorte que par le milieu médical, suite au déclassement professionnel dont il a fait l'objet).

Madame Tumin a débuté sa carrière professionnelle en tant qu'infirmière. Il y a quelques années - elle n'avait pas encore quarante ans - suspectant la présence d'un cancer, elle se rendit à l'hôpital pour effectuer les examens de rigueur. Bien que, selon ses dires, on lui confirma d'emblée la nécessité d'« enlever le nodule », elle décida cependant de ne pas poursuivre la filière médicale classique, mais plutôt d'emprunter une autre direction.

J'avais un nodule... Je l'ai palpé, et après je suis quand même allée faire les examens à l'hôpital. Je ne voulais pas, mais j'y suis allée quand même. Là, on m'a annoncé que c'était un cancer, que je devais enlever le nodule, et caetera, ... Je connaissais la procédure habituelle [En tant qu'infirmière elle avait travaillé en radiothérapie]. Quand je suis rentrée à la maison, j'étais anéantie. J'ai dit : « Je ne comprends plus ! Il y a quelque chose que je n'ai pas pu comprendre, il y a quelque chose que j'ai raté ! ». Parce que, pour moi, une maladie physique c'est vraiment une maladie de l'âme...

J'en ai parlé à Joël, mon ami. Il m'a dit : « Pas de problème ! Fais-toi opérer ! Tu vas voir : une opération ce n'est rien ! ». Moi, j'ai dit non ! Parce que je sais combien sont les femmes à qui on dit qu'on leur enlève le nodule, et à qui, lorsqu'elles sont endormies, on enlève bien plus. Parfois, quand elles se réveillent, elles réalisent qu'elles n'ont plus de sein non plus ! Je ne voulais pas de ça ! J'étais violente même ! Et j'ai dit non ! ...

A cette période, elle reçut d'une de ses amies un livre du docteur Hamer qui pratiquait à Cologne.



Séduite par ses théories, madame Tumin, qui avait déjà entrepris par le passé différentes démarches de type psychothérapeutique, décida d'aller le voir.

... J'avais lu son livre, et je lui ai dit : « Vous prêchez à une convertie. Mais malgré tout je ne comprends pas pourquoi j'ai pu enclencher un cancer, puisque je dis tout⁶ ! »... D'après le scanner du cerveau, il a déclaré : « Ça, c'est un cancer qui s'est enclenché il y a six mois ! »... J'ai pris mon agenda, et tout à coup, en le feuilletant je me vois en train de lire une lettre. Je lui dis : « Je vois bien quelque chose, mais ce n'est quand même pas ça qui m'a enclenché, à moi, un cancer ! ».

Madame Tumin vivait depuis peu une nouvelle relation de couple, et, à la suite de maintes négociations relatives à la manière de vivre ensemble, elle venait d'emménager chez son ami qui habitait par ailleurs avec sa fille, alors âgée d'un peu moins de vingt ans. Cela représentait pour elle une étape importante ; l'aboutissement d'années vécues avec un sentiment d'échec par rapport à sa capacité de vivre un couple durable. Dans ce contexte, elle découvrit inopinément une lettre écrite par l'adolescente à son père, dans laquelle celle-ci livrait toute son hostilité à l'égard de sa nouvelle partenaire.

Elle donnait un ultimatum à son père : c'était soit moi, soit elle... Moi je venais de vendre ma maison, donc je n'avais plus rien. J'ai remis la lettre en place, pensant que mon ami m'en parlerait. Mais il ne m'en a pas parlé !... Je raconte mon histoire à Hamer, et, dit-il : « Vous cherchez plus loin ? Vous en avez parlé ? ... Voilà, vous y êtes ! ». Ce qu'il faut faire, m'a-t-il dit, c'est d'abord régler le problème ! ... Six mois après cette lettre, mon cancer était déclenché ! C'était vraiment un cancer ! Un cancer du sein gauche !...

Madame Tumin déclare avoir eu beaucoup de difficultés à décider si, à la suite de la rencontre avec Hamer, elle allait poursuivre dans cette voie, et susciter une rencontre avec sa bru, ou accepter de se faire opérer en dépit de ses réticences.

J'ai mis six mois pour prendre une décision, et pendant ces six mois, la maladie a vraiment empiré à une vitesse « vv' »... J'en étais à tout remettre en question. J'avais été refaire des

tests. Mon ami voulait que je fasse des contrôles de toutes façons. Pour lui, c'était médecine parallèle et médecine classique... Moi je ne voulais pas, je n'y croyais pas, mais on me disait que si je ne faisais pas ça, j'allais mourir. Il y a deux ans, on m'a dit : « Vous ne verrez pas la fin de l'année si vous ne vous faites pas opérer ! »... Alors je suis partie seule, j'ai commencé à écrire à la fille de mon ami tout ce que je ressentais, tout ce que je voulais et ne voulais pas. J'ai demandé à la voir... Vous me croirez ou non, mais pour moi, dans les quarante-huit heures qui ont suivi, j'ai déjà senti que mon corps était différent. Quelque chose s'était passé.

A côté de la méthode Hamer, madame Tumin suivit également la méthode Simonton, une technique de visualisation et de conditionnement mental autour de l'idée de guérison. Cette méthode, qu'elle estime être tout à fait complémentaire de la précédente, lui permit d'atteindre ce qu'elle considère être une véritable guérison.

Etre guérie, pour moi, ça veut dire que mon corps ne me fait plus mal, et que ma tête ne me fait plus mal... Hamer jette un pont entre le physique et le mental, et je dirais que Simonton jette un pont entre le physique et le spirituel... Pour moi, c'est avoir pu relier les trois parties : le physique, le mental et le spirituel, enfin, le plus subtil.

Aujourd'hui, la présence de son « nodule » ne pose plus de problème à madame Tumin. Elle serait retournée passer d'ultimes examens médicaux, et ceux-ci auraient confirmé que son cas n'avait plus rien d'inquiétant

La maladie a régressé. Hamer dit - et j'en ai eu la preuve - qu'à partir du moment où le conflit est résolu, il y a, comme pour l'huître qui, lorsqu'elle a un petit grain de sable va mettre de la nacre autour ; pour nous c'est pareil : autour du nodule, une petite coquille se forme. Elle coupe de tout contact avec le reste : c'est terminé ! Et on peut la garder. Si elle est grosse, on peut opérer. A ce moment-là on ne découpe dans rien d'autre ; il n'y a plus aucun risque. C'est ce qu'on fait si le nodule est trop gros et qu'il est embêtant. Le mien, non ! Il a deux centimètres. Il ne me gêne pas.

*(suite de la page précédente)
...bien qu'elle soit considérée par les représentants de l'orthodoxie médicale comme « un exemple caricatural de psychologisme poussé jusqu'à l'absurde ».
(Jallut O., Médecines parallèles et cancers. Modes d'emploi et de non-emploi, Bordeaux, L'horizon chimérique, 1992, p. 293).*

6. De manière générale, dans la vie, madame Tumin avait pour principe de dire « les choses » plutôt que de se taire. Une telle attitude aurait dû, selon elle, la prémunir contre le risque d'un cancer, conformément à l'étiologie de la maladie mise en avant par Hamer.

Recourir aux « thérapies non-orthodoxes » : où est le sens ?

C'est plutôt une blessure de guerre comme je l'appelle... De toutes façons elle n'est plus du tout cancer !

Madame Tumin a refusé de suivre le traitement médical proposé. Cette attitude s'inscrivait dans un choix, choix d'autant plus vital pour elle qu'elle n'avait, selon ses termes, pas la « foi » dans ce type de traitement, jugé non seulement trop violent, mais surtout, difficilement compatible avec ses propres conceptions de la maladie. Avant même de rencontrer Hamer, madame Tumin avait entrepris une longue quête identitaire ; à la recherche de ses origines⁷, de ses propres valeurs, celles qui lui semblaient « justes ». Elle en était arrivée à considérer que la maladie, avant même de se manifester sous sa forme physique, était fondamentalement l'expression d'une discordance entre l'individu et le monde ; entre sa vie et ses valeurs. Dans cet ordre d'idée, la guérison ne pouvait dès lors provenir que d'un « travail » d'identification de la nature du désaccord, de réajustement des choses, et donc clairement, de retrouvailles du sens, d'une envie d'être au monde.

Dans ce contexte, un « cancer », étant donné sa forte charge médicale et symbolique, se devait avant tout pour elle de conduire à la source de la perte (ou à la compréhension du manque) de cohérence, d'évidence, d'ordre, ... Hamer et Simonton ont répondu à cette attente : le premier, en désignant l'origine du mal, et le second, en renforçant l'idée d'un départ sur de nouvelles bases.

Enfin, les derniers examens de contrôle effectués semblent avoir eu pour effet de lever, chez madame Tumin, les derniers doutes qui auraient pu subsister en elle quant à la mise en pratique de sa théorie. Pour elle, « il y a moyen de guérir autrement » ; elle considère à présent en être la preuve.

Si l'anthropologie a consacré de nombreux travaux à l'étude des systèmes médicaux non-occidentaux, ainsi qu'aux représentations de la maladie issues d'autres systèmes culturels, le récit de ces deux itinéraires thérapeutiques, peu ou prou en marge du système biomédical officiel, auront contribué à éclairer, « près de nous », l'existence d'autres

logiques de recours aux soins, ainsi que la manière dont se façonne l'idée de plus en plus largement répandue selon laquelle la médecine dite scientifique n'est qu'une manière parmi d'autres de concevoir la maladie et d'y faire face. ●

7. Née sur un autre continent, elle s'était toujours sentie « tiraillée » entre deux mondes.

Cette recherche a bénéficié d'une aide du Fonds spécial de la recherche de l'Université libre de Bruxelles.



Comment comprendre les enfants de migrants à l'école française ?

Test ou entretien ethnopsychiatrique ?

Il est fort difficile de parler, en même temps, des tests et des enfants de migrants. Chaque psychologue qui essaie de comprendre l'échec scolaire d'un enfant de migrants à travers un examen psychologique, sait que les résultats trouvés ne pourront pas être utilisés comme ceux donnés par les enfants français à cause de la différence des cultures et du non étalonnage des tests sur ces groupes d'enfants. Si cette voie n'est pas la meilleure pour aider à comprendre le fonctionnement mental d'un enfant de migrant, il faut en utiliser une autre, celle de l'ethnopsychiatrie par exemple que nous décrivons comme un autre outil de compréhension, après avoir expliqué pourquoi les tests défavorisent les enfants de migrants.

« Si tu ne sais pas d'où tu viens, tu ne peux savoir où tu vas »
(Proverbe Yoruba)

Quelques chiffres

Les migrations existent depuis le début de l'histoire de l'humanité et le nombre total d'étrangers croît régulièrement en France : de 2,6 millions environ lors du recensement de 1968 à 3,4 millions lors de celui de 1976. Ce chiffre est à peu près stable, puisque c'est en 1970 que le regroupement familial a été autorisé, transformant une immigration de main d'œuvre en une immigration de peuplement. La France a choisi « l'intégration » des individus mais nous allons voir qu'elle ne se donne pas les moyens pour que cette population, issue de la migration, ne soit pas en difficulté.

Le nombre d'enfants étrangers croît au sein de cette population, et dans les écoles maternelles et

Étrangers	2.858.026
Français par acquisition	1.337.926
Total :	4.195.952
<hr/>	
Espagne	412.785
Tunisie	182.478
Italie	523.080
Turquie	158.907
Portugal	605.986
Afrique noire	182.479
Algérie	571.997
Cambodge-Laos-Vietnam	158.075
Maroc	446.872

Nombre d'immigrés par pays d'origine et nationalité en 1990 (Source : Ined à partir de données Insee (Recensements). Mis à jour le 3 novembre 1997

primaires, il atteint de 7 à 9 % des élèves scolarisés. Par contre, ils sont sur-représentés et peuvent atteindre 19 % dans les classes spécialisées de l'enseignement primaire et 17 % dans les classes spécialisées de l'enseignement secondaire.

En France, nous ne sommes pas loin de réagir comme aux États-Unis où, selon Ogbu (1997, p. 32), les minorités immigrées (européennes, asiatique ou latino-américaine) réussissent mieux que les minorités dites « involontaires » (Noirs, Mexicains, Américains, Amérindiens et Portoricains) que sont pour nous en particulier, les Africains surtout, les Maliens, les Antillais, les Maghrébins...

Les enfants

Cette racialisation des inégalités scolaires aux États-Unis (ainsi qu'en Grande-Bretagne) est sûrement plus visible qu'en France, mais aux dires des enseignants, les enfants africains rencontrent généralement plus de difficultés que les enfants maghrébins qui sont eux-mêmes plus en difficulté que les enfants asiatiques. Pour ces derniers, on parle plus volontiers de problèmes linguistiques et culturels, alors que pour les premiers, on évoquera des difficultés de compréhension, des difficultés

Claude Mesmin,
maître de conférences,
chercheur au centre Georges Devereux.

Le centre Georges Devereux, installé dans l'Université Paris 8, est un centre universitaire d'aide psychologique aux familles migrantes. Les familles, envoyées par des institutions qui les prennent en charge, y sont reçues par un groupe de psychologues et de stagiaires psychologues, groupe pluri-ethnique et pluri-linguistique qui comprend un médiateur ethnopsychiatre parlant la même langue que les patients. Tobie Nathan est professeur de psychologie clinique à l'Université Paris 8 et directeur du centre Georges Devereux.

Comment comprendre les enfants de migrants à l'école française ? Test ou entretien ethnopsychiatrique ?

comportementales et de respect de la Loi, y compris scolaire (J. Barou, 1992).

Pour les enfants, le « clivage culturel » est un moyen pour séparer le monde de l'école (celui des apprentissages) et le monde de la maison (celui des affects). Si ce clivage est trop important, les enfants éprouvent des difficultés à se construire comme être unique pour entrer dans l'adolescence, et quand ce clivage n'est pas au moins a minima, les deux mondes se chevauchent et les apprentissages scolaires peuvent être perturbés par le monde des affects.

En devenant les parents de leurs propres parents à partir des apprentissages scolaires, ces enfants vivent dans l'illusion de pouvoir contourner la loi française et même celle de leurs parents ou de leur groupe, ce qui les empêche d'accepter toute organisation familiale, faisant de certains d'entre eux des marginaux.

Ce clivage est une lutte contre la vulnérabilité¹ qui est « un état de moindre résistance aux nuisances et aux agressions » (S. Tomkiewicz et M. Manciaux, 1987) car la situation transculturelle est un facteur de risque pour le développement de l'enfant de migrants. Comme le montre l'étude de M.-R. Moro (thèse 1988, p. 8) « le facteur migratoire qui compromet la structuration culturelle, compromet aussi la structuration psychique ».

Il est alors facile de comprendre que ces enfants sont surtout en difficultés à l'école.

À l'école maternelle, lors de l'entrée à trois ans, l'enfant bambara ou soninké, ou kabyle, ou créole... se heurte immédiatement à une nouvelle construction, celle de la langue française, alors qu'il n'a pas encore acquis toutes les structures de sa langue maternelle. Cette irruption brutale de la langue du pays d'accueil — même si l'enfant est né en France — compromet l'installation de la langue première et entraîne un décalage par rapport aux enfants français scolarisés. Pour les enseignants, les performances des enfants français constituent une sorte d'aune, véritable mesure qui défavorise les enfants de migrants.

Dans cette même lignée, l'entrée au cours préparatoire, qui permet le passage de la langue orale (que connaissent, dans leur majorité, les parents immigrés) à la langue lue et écrite (que les parents n'acquerront pas), augmente encore la différence entre les deux populations d'enfants laissant souvent loin des apprentissages les enfants

de migrants. De plus, l'entrée dans la langue française écrite creuse un énorme fossé entre parents et enfants qui est souvent à l'origine de « l'abandon », ou plus exactement la non-implication des parents dans l'éducation de leurs enfants à l'adolescence.

L'école française, qui n'accepte pas l'intégration d'enfants en difficulté dans ses classes ordinaires, demande alors aux psychologues scolaires de faire « le tri » et d'indiquer les enfants dont les potentialités sont faibles, afin (avec une grande mansuétude qui cache beaucoup d'agressivité) de les placer dans des classes ou des écoles spécialisées.

Cette sélection, très ancrée dans l'Éducation nationale depuis les travaux d'A. Binet, conduit le psychologue à utiliser, pour les enfants de migrants, ses outils habituels, c'est-à-dire les tests composites d'intelligence, ceux d'aptitudes et de connaissances.

En 1904, pour le ministère de l'Instruction publique, en vue d'organiser un enseignement spécifique pour les « anormaux », Binet édite, avec son collègue médecin, Théodore Simon, les « Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux ».

En 1908, puis en 1911, Binet et Simon proposent une véritable échelle de développement où les épreuves sont classées par niveau d'âge, et où la mesure du développement de l'intelligence est pour la première fois exprimée en âge mental. Le succès est considérable et L. Terman construit de nouvelles versions améliorées, le « Stanford Revision » (1916) puis le « Terman-Merrill » (1937), réadapté en France en 1959 par Cesselin. Puis R. Zazzo, en 1966, publie une nouvelle version, « La Nouvelle échelle métrique de l'intelligence » (NEMI). Ces échelles, uniquement verbales, ne sont pas du tout adaptées aux enfants de migrants.

La connaissance des enfants de migrants par les tests

La pratique régulière des tests² pour le psychologue laisse émerger une réflexion négative sur leur emploi avec les enfants de migrants. Tous les

1. Définie par James Anthony in Anthony E. J., Chiland C., Koupernik C., L'enfant dans sa famille, l'enfant vulnérable, PUF, 1982.

2. Ndlr : dans son article original, l'auteur développe ici une étude approfondie de la pratique de différents tests appliqués aux enfants de migrants, notamment le test de la figure complexe de Rey. Nous avons omis ce passage spécialisé s'adressant à des lecteurs avertis. Toute personne désireuse de disposer de la version complète de l'article peut en faire la demande à la rédaction de Santé conjugulée.



psychologues savent que quel que soit le test utilisé (mais certains tests marquent encore plus la différence que d'autres) le résultat chiffré (qui est le plus souvent un quotient intellectuel) ne correspond pas à ce qu'il connaît par ailleurs de la façon de fonctionner de l'enfant. La raison en est simple : aucun des tests utilisés (qui sont, pour la plupart, des tests américains réétalonnés sur la population française) n'a été adapté aux enfants de migrants. Aussi, quand le psychologue veut comparer les résultats d'un enfant d'une autre culture à la population référente, il se heurte à des résultats qui sous-estiment l'enfant de migrants.

(...)

Les tests tentent essentiellement de mesurer l'efficacité des sujets sans apprentissage préalable. Je reste persuadée qu'une aide antérieure à la passation permettrait aux enfants de migrants d'obtenir de meilleurs résultats puisque l'école et la famille ne leur donnent pas les mêmes bases qu'aux enfants français (Cf. recherche Ionescu et al. sur les enfants canadiens et turcs). Il faut envisager d'urgence de nouveaux tests étalonnés uniquement sur cette population. (Il me faut ajouter qu'un phénomène assez semblable se retrouve chez les enfants de « milieux défavorisés » français pour lesquels l'école n'est pas plus adaptée, ce qui devrait conduire à la même analyse et aux mêmes modifications dans les tests et dans les méthodes d'apprentissage à l'école.)

(...)

Une deuxième explication, qui complète celle-ci, est donnée en ethnopsychiatrie par Tobie Nathan (1988, p. 25) qui insiste sur le traumatisme de la migration : « Tout migrant est né deux fois, une première fois en venant au monde et une deuxième fois de l'immigration » (p. 31), ce qui renforce l'obligation de devoir prendre en compte leur culture, leur langue et le traumatisme de la migration.

J'ajouterai, que pour les enfants nés ici, l'entrée à l'école constitue le même traumatisme que l'arrivée en France des parents, celle des enfants plus âgés et des étudiants migrants. Le clivage qu'entraîne cette situation ne se résout jamais complètement (d'où l'utilisation de la langue et le rappel des soins traditionnels au pays pendant les consultations au centre Georges Devereux). Le flottement entre les deux univers, entraîne « une fêlure dans le fonctionnement du narcissisme primaire³ » (Nathan, 1988, p. 31). C'est pourquoi nous pensons que les tests psychologiques ne permettent pas de

comprendre le sujet migrant ni d'évaluer son efficacité intellectuelle.

(...)



Quelles nouvelles connaissances apporte l'ethnopsychiatrie ?

Les bilans psychologiques n'étant d'aucun secours, l'approche ethnopsychiatrique offre d'autres ressources. Rappelons d'abord que des entretiens avec les enfants de migrants sont difficiles à l'école car la connaissance du français de ces enfants est insuffisante et que les entretiens ne permettent pas, dans les conditions habituelles, de réunir parents et enfants pour ces mêmes raisons.

Pendant dix ans, dans des écoles de Paris à forte population migrante (Mesmin, 1993), j'ai pratiquement supprimé l'usage des tests et tenté d'aider ces enfants en faisant des entretiens réunissant enfants, parents, enseignants, assistante sociale, médiateur ethnoclinicien (ou interprète) parlant la même langue que la famille. La pratique d'entretiens de groupe est peu utilisée en psychologie (sauf en psychologie systémique et en ethnopsychiatrie) et encore moins en psychologie scolaire car les psychologues, se considérant très dépendants de l'institution, essaient surtout de comprendre les difficultés des enfants et non celles

3. Le narcissisme primaire, dit T. Nathan, s'organise à partir des soins que la mère donne à son enfant, à condition que cette mère puisse l'accompagner dans sa découverte du monde. Mais, comme elle-même, ne peut plus s'appuyer sur un cadre extérieur solide, les enfants sont confrontés à « une double fêlure » et une sorte de trou, de creux dans lequel s'inscrit toutes les actions qui ne peuvent trouver leur origine dans une culture ou dans l'autre, comme les tests.

Comment comprendre les enfants de migrants à l'école française ? Test ou entretien ethnopsychiatrique ?

du groupe familial. Mais en procédant ainsi, ils oublient qu'un enfant n'est jamais seul, qu'il dépend et agit en fonction de sa famille et de son groupe social.

Nous savons qu'à l'école, les enfants de migrants doivent devenir des écoliers français, en apprenant la langue française et en « oubliant » pendant le temps scolaire leur langue maternelle. Ils doivent parvenir à se construire en adoptant les valeurs du monde scolaire qui sont celles de la culture française. Cela est si vrai que la plupart des enseignants ne se demandent même pas si cela est facile ou douloureux pour les enfants. Ils pensent, en toute bonne foi qu'il suffit que les enfants entendent leurs cours et travaillent seuls comme tous les enfants. Actuellement, les enseignants, confrontés directement dans les zones d'éducation prioritaires (ZEP) aux enfants de migrants, sont submergés par leurs échecs et commencent à demander des formations spécifiques qui n'existent toujours pas dans les enseignements des Instituts universitaires de formation des maîtres.

Les enseignants connaissent peu les cultures traditionnelles de ces enfants (ni leurs ethnies), et certains n'essaient pas de s'informer. En fait, la langue et la culture des enfants n'ont aucun poids dans l'école, puisqu'elles sont étrangères aux enseignants. C'est en cela que l'approche ethnopsychiatrique, développée par Tobie Nathan à la suite de Georges Devereux (1980-1996), permet d'agir autrement. Elle permet depuis vingt ans à l'équipe de psychologues, autour de T. Nathan, et aux psychologues d'institutions ayant suivi son enseignement, de prendre en charge les désordres que présentent les familles migrantes, tout en offrant aux personnels des institutions soignantes d'origine, qui accompagnent la famille, de prolonger cette aide entre les consultations. Toutes les prises en charge au centre, permettent de développer et d'enrichir la théorie.

Cette théorie nouvelle a entraîné la création d'un dispositif de soins particuliers. Le groupe qui reçoit les patients est pluri-ethnique et pluri-linguistique. Il contient les représentations multiples de l'altérité. Il réfléchit, à partir des étiologies traditionnelles connues et décrites par le psychologue médiateur ethnopsychiatre, le patient désigné et sa famille. Ce patient désigné, surtout quand il est un enfant, est même souvent « oublié » au profit de l'histoire des parents et des univers de croyance dont ils sont issus. En effet, il nous faut d'abord rétablir, avec

les parents, leur univers commun avec celui de la famille restée au pays, savoir si les rituels continuent à être faits, et comprendre si c'est la fuite vers la France qui ne leur permet plus de transmettre leur langue et leur culture à leurs enfants. La cassure qui s'en suit entre parents et enfants est à l'origine de l'errance des enfants (puisque aucune famille élargie comme au pays ne peut les prendre en charge) et de la marginalité à l'adolescence (problèmes de violence).

Comme le rappelle T. Nathan (1998, p. 14), ce n'est pas à la parole du thérapeute que le patient prête le plus d'importance mais au contraire à la théorie que véhicule cette parole. Le thérapeute mène un combat avec le patient pour qu'il accepte l'idée que c'est le thérapeute qui connaît l'origine de son mal et la théorie sous-jacente. Les interprétations les plus efficaces sont celles qui obligent le patient à une sorte d'apprentissage que T. Nathan qualifie de processus d'initiation (1998, p. 21). En demandant au patient d'organiser un rituel comme au pays, adapté aux difficultés actuelles, ou en rappelant ses rêves, le thérapeute contraint le patient, par ce processus qu'il déclenche, à adhérer à son système théorique. Alors, le processus déclenché oblige le patient à accéder à la théorie du thérapeute qui, lui-même, adhère aux théories qui sous-tendent les thérapies traditionnelles du même groupe culturel que le patient.

Ce rappel était nécessaire pour comprendre que le modèle ethnopsychiatrique est celui qui m'a guidée pour aider les enfants et leurs parents, à l'intérieur même de l'école.

L'apport des entretiens en langue maternelle à l'école

A l'école, le groupe que je réunissais pendant les entretiens, à défaut d'être pluri-ethnique et pluri-linguistique, rassemblait les différentes catégories du personnel, enseignant, psychologue, rééducateur, directeur, assistante sociale... qui connaissaient l'enfant en difficulté. On adjoignait à ce groupe l'enfant, sa fratrie (éventuellement), ses parents et surtout un médiateur ethnopsychiatre du centre Georges Devereux ou un interprète (malheureusement non psychologue) d'un organisme d'interprétariat.

J'ai mené ainsi de nombreux entretiens, et la traduction médiatisée a toujours permis de faire



surgir certains conflits dans le couple, des conflits entre parents et enfant, entre parents ou entre enfant et école. Le médiateur et le psychologue ont pour rôle de faire surgir le cadre, le contenant, la culture, et de produire un discours en le complétant par les explications données par la famille, non compréhensibles généralement en français. Traduire, par exemple du lingala de l'ancien Zaïre, que telle personne est morte parce qu'elle a été « mangée », ne peut être compréhensible immédiatement en français. Le médiateur explique alors que cela signifie « qu'elle a été attaquée en sorcellerie » et qu'elle en est morte. Le médiateur dévoile, en même temps, la théorie qui englobe les deux mondes, visible et invisible (la sorcellerie et le sorcier étant le lien entre les deux). Il faut toutes les capacités et les connaissances du médiateur, acquises dès sa naissance au pays et réappropriées pendant sa formation et son expérience sur le terrain, pour que son discours soit accessible au groupe. Souvent, il y ajoute des précisions sur les coutumes, la langue, l'origine de la famille, les conflits et les ententes sous-entendues. Ces nouveaux éléments, donnés par le médiateur, sont en fait des suppléments pour comprendre les paroles du groupe familial, le « ils disent » qui est l'élément clé qui fonde la vision du monde et entraîne les changements dans le comportement des uns et des autres : les enseignants ont accès ainsi à une logique inconnue qu'ils doivent désormais prendre en compte, et à la famille qui, à travers sa langue, exprime ses pensées et des faits culturels « oubliés » à cause de la migration. Ainsi, quand les enfants sont dans l'incapacité de travailler, les entretiens et les explications du médiateur ethnoclinicien permettent de faire comprendre à l'école que tous les efforts des enfants pour apprendre, sont contrecarrés par exemple par des « attaques sorcières » contre leur père (Mesmin, 1997).

Dans cet exemple⁴, pour aider les enfants qui ne parvenaient plus à travailler régulièrement en classe, il a été demandé au père, lors de l'entretien à l'école, de renouer de véritables liens avec sa famille au pays. Tout le groupe fut amené peu à peu à comprendre que si tous les rituels n'avaient pas été faits à temps, c'est que la dot que le père devait donner à la famille de sa femme n'avait jamais été versée. Ainsi, il devint compréhensible que ce père ne parvenait pas à faire revenir son fils aîné qui était resté au pays, car il y était comme en otage. De même, les filles de cette famille, à l'école

primaire, ne pouvaient plus travailler par périodes car, plus fragiles que leur père et moins bien protégées, elles étaient plus rapidement soumises aux effets négatifs des familles au pays. Grâce aux explications de la médiatrice, le groupe accéda au discours sous-jacent qui faisait référence aux conflits que connaissait le couple avec les familles élargies. Le père et la mère d'ethnies et de traditions différentes n'auraient pas dû s'épouser. Au père d'ethnie matrilinéaire, et à la mère d'ethnie patrilinéaire, la question posée était : « Qui a la responsabilité des enfants ? Qui doit assumer leurs charges sociales (éducation, formation, protection) ? De qui doit-on les protéger ? » (Mesmin C., Maïga I., 1998). Les réponses des parents (dans tous les cas) sont celles de leur communauté d'origine. Elles ne sont pas incompréhensibles en français, mais dans la pensée française. Ainsi, le médiateur permet au groupe, en ajoutant des éléments d'information, d'accéder aux sources des conflits et aux enjeux qui en découlent. Le discours, produit par le médiateur, n'est pas identique au discours en langue mais cependant il ne sort pas de son cadre social et conceptuel⁵.

Nous sommes très loin des explications envisagées par les enseignants. Monsieur ayant promis de payer ses dettes, cette parole et son action ont été efficaces car les fillettes ont pu répondre ensuite aux demandes de l'école. Cette efficacité tient de l'adhésion de la famille au discours du médiateur et/ou du psychologue et au fait que ce discours appartienne au groupe culturel du patient. Si je dis médiateur et/ou psychologue, c'est que les entretiens en langue maternelle dans les écoles ne bénéficient pas toujours de la présence de psychologues issus des différents pays de la migration comme dans la consultation au centre Georges Devereux. Dans ce cas, le médiateur a une lourde responsabilité car il est seul à connaître la culture et la langue de la famille.

Ainsi, les entretiens à l'école reposent surtout sur la compétence des médiateurs. En effet, le médiateur, en faisant référence au groupe ethnique des patients, explique, interprète et analyse les différents énoncés. Ces derniers expriment des faits qui ne peuvent être compris que par la façon dont ils sont énoncés. Ainsi, l'entretien en langue maternelle n'est pas seulement une contrainte linguistique, mais un moyen d'accéder aux théories du groupe. Puisque le seul moyen, pour exprimer des pensées, est la langue, seul le médiateur est

4. Exemple plus récent tiré des médiations faites dans le cadre de la recherche MIRE-DEP.

5. « Traduire : Action de faire passer le même message d'une langue dans une autre », T. Nathan, Rapport SIDA, 1996, p. 63.

Comment comprendre les enfants de migrants à l'école française ? Test ou entretien ethnopsychiatrique ?

capable d'expliquer les faits culturels véhiculés par la langue dans les institutions, à l'extérieur du Centre Georges Devereux. T. Nathan précise (1996, p. 109) que « les malades migrants acceptent volontiers notre système de soins, apprécient son efficacité, se prêtent volontiers à ses exigences à condition toutefois qu'il ne les contraigne pas à abandonner les protections fournies par le système traditionnel : accusations de sorcellerie, transgression de tabous, intervention des invisibles ».

De ces entretiens extrêmement riches et efficaces, j'ai retenu que les familles étaient très touchées par le fait que nous puissions entendre leur « fabrication ». Les enseignants comprenaient que leurs attentes et leurs discours n'étaient pas adaptés aux enfants et à leurs familles issues de cultures différentes. Enfin, les enfants modifiaient leur comportement quand ils comprenaient, grâce au médiateur, qu'ils pouvaient comme lui ne pas perdre leurs racines en acceptant les apprentissages de l'école. C'est le message que laissaient passer leurs regards admiratifs en allant du médiateur qui parlait en langue à ses parents (et souvent mieux qu'eux) et à moi, en français quand il me rendait compte des échanges précédents en langue — ces deux langues ne risquaient plus de le détruire. Les enfants alors pouvaient accepter d'être « doubles », parler leur langue maternelle et le français, mais toujours en séparant les deux lieux. Cependant, le fait que leurs parents (analphabètes le plus souvent) acceptent de venir à l'école et de s'entretenir dans leur langue (dans un lieu particulier certes, le bureau du psychologue, mais devant les représentants de l'école) leur permettait de ne plus cacher leur origine et même de la revendiquer auprès des camarades. De plus, les enfants ont interrogé leurs parents pour connaître mieux leur pays où ils ne sont jamais allés pour la majorité d'entre eux. Ce lien, renforcé entre parents et enfants, a permis aux enfants (et c'était le même sentiment qu'éprouvaient les parents) de se sentir accueillis à l'école. Les dates et heures des entretiens suivants étaient beaucoup mieux respectées car ils éprouvaient un grand plaisir à retrouver le médiateur ou l'interprète.

En guise de conclusion

De nombreux travaux maintenant rendent compte des difficultés des enfants de migrants à l'école qui

ne cessent d'augmenter parce qu'il est peu tenu compte du clivage entre leurs deux mondes. Ces mondes sont d'autant séparés que l'école fonde son enseignement sur l'universalité des apprentissages. Il paraît nécessaire de créer, dès la petite enfance, des lieux où ces deux mondes se rencontreraient afin d'éviter aux enfants qu'ils soient déjà en difficulté dès l'entrée à l'école maternelle.

Pendant la médiation, on a créé un espace prouvant que les langues et les cultures différentes des enfants ne peuvent les empêcher de réussir à l'école. Ce sont les règles, de l'école d'une part, de la langue et de la culture d'autre part, que l'enfant ne doit pas être obligé de rejeter, car elles permettent de se construire comme adolescent non marginal. Le médiateur est la preuve vivante que cela est possible.

Nous comprenons alors, qu'en l'absence de tests étalonnés sur les enfants de migrants, il vaut mieux les abandonner, ou les utiliser dans une autre optique plus clinique, comme dans le cas de la Figure Complexe de Rey, et privilégier les entretiens, qui ont de plus, l'avantage de rendre une certaine cohérence à la famille, et de créer des liens entre celle-ci et l'école. Bien entendu, il ne s'agit pas d'instaurer la présence des deux langues à l'école, mais de ne plus considérer la langue maternelle comme inconnue.

Notre souci principal a toujours été de ne pas gâcher l'avenir de ces enfants en s'intéressant à leurs difficultés dès l'entrée à l'école maternelle, puis à l'école primaire. Dans un lieu aussi fermé que l'école, on aurait pu noter des phénomènes de méfiance, car cette technique est très peu répandue, mais dans tous les entretiens avec médiateurs, le psychologue scolaire reste le garant du discours tenu pour le groupe. Au contraire, dans l'exemple brièvement rappelé, les enseignants ont été agréablement surpris de découvrir « des mondes inconnus et mystérieux ». Ils disent souvent que les entretiens les incitent à consulter quelques livres d'ethnologues dans lesquels ils peuvent interroger à la fois les faits et les mots qui les nomment. Ainsi, le groupe intervient pour réanimer les processus de mise en lien qui ont été perturbés par la dissociation des mondes.

Au lieu d'attendre que ces enfants sombrent dans la marginalité où la violence entraîne des conséquences irréversibles (prison, accident...), il est impératif de conserver les liens qu'ils doivent entretenir avec leurs parents, tout en leur rendant



évident qu'il est nécessaire d'apprendre à l'école pour pouvoir vivre en France et s'insérer dans la société nouvelle sans perdre leur groupe d'appartenance, car « si tu refuses ta place dans la société, tu y es moins que rien » (proverbe wolof, 1986).

Même si, comme l'écrit T. Nathan (1996, p. 131) à propos de la recherche SIDA, je ne peux que regretter que « le penser ensemble » soit encore très ténu dans les écoles. Malgré les médiations réalisées, les informations pratiques et théoriques sur ces nouvelles techniques (apportées lors des formations continues, acceptées par l'Éducation nationale), les enseignants et les psychologues de l'école ne sont pas encore prêts à entendre ces nouvelles conceptions. Les différentes recherches mises en place au centre Georges Devereux concernent toujours des institutions (tribunaux, hôpitaux, écoles...) et j'attends avec impatience le jour où les enfants de migrants à l'école et leurs parents bénéficieront au moins des mêmes attentions que les enfants de souche. Ce jour là, des tests seront construits en fonction des nouvelles populations, et des programmes d'enseignement seront adaptés aux enfants de migrants. Heureusement qu'il nous reste à tous, la possibilité de penser et d'attendre. ●

*« Qui attend longtemps au puits,
finira par y trouver un seau à puiser. »
(Proverbe wolof, 1986)*

Bibliographie

- Anthony E.-J., Chiland C., Koupernick C. L'enfant dans sa famille, l'enfant vulnérable, Paris, PUF, 1982.
- Barou J. L'immigration en France des ressortissants des pays d'Afrique noire, Secrétariat général à l'intégration, 1992.
- Bocquet J. La scolarisation des enfants d'immigrés, Conseil économique et social, 1994.
- Cribier J. et al. L'ÉÉBU proverbes wolof, Paris, Conseil international de la langue française, Agence de la coopération culturelle et technique, 1986
- Ery P. L'enfant et son milieu en Afrique noire, Paris, L'Harmattan, 1987.
- Ionescu S., Samurçay N., Jourdan-Ionescu C., Alain M., Parent P.-P., Rousseau J. et Dery M. Milieux socio-économiques et potentiel d'apprentissage : Étude au Québec et en Turquie, in *Enfance*, n 1, p. 91-108, 1986.
- Maïga I. D'une étude de la médiation, annexe n°3, recherche MIRE-DEP (Mission interministérielle à la recherche expérimentale - Direction des études et de la prospective), 1995.
- Manciaux M., Lebovici S., Jeanneret O., Sand E.A., Tomkiewicz S (éds.). L'enfant et sa santé, Paris, Doin, 1987.
- Mesmin C. Les enfants de migrants à l'école. Réussite, échec, Grenoble, Éditions de La Pensée Sauvage, 1993.
- Mesmin C. et coll. Psychothérapie des enfants de migrants, Grenoble, Éditions de La Pensée Sauvage, 1995.
- Mesmin C. et coll. Cultures et thérapies, Grenoble, Éditions de La Pensée Sauvage, 1997.
- Mesmin C., Maïga I. La médiation ethnoclinique à l'école in *Au service de l'enfant ? Passage, médiation, rupture*, chapitre III, (Livre à paraître à la Documentation française), 1998.
- Moro M.-R. Introduction à l'étude de la vulnérabilité spécifique de l'enfant de migrants ; analyse d'une étude longitudinale des interactions mère-enfant et du développement de l'enfant de 0 à 8 ans, Thèse de doctorat de médecine, Faculté de Bichat, 1988.
- Nathan T. Le temps interrompu in *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* n°11, Grenoble, Éditions de la Pensée Sauvage, p. 27, 1989.
- Nathan T. Tuer l'autre ou la vie qui est en l'autre in *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* n°19, Grenoble, Éditions de La Pensée Sauvage, p. 37-54, p. 49, 1992.
- Nathan T. Figures culturelles de la guerre des sexes, *Informations sociales*, n°3, 1993.
- Nathan T. L'influence qui guérit. Paris. Éditions Odile Jacob, 1994.
- Nathan T., Blanche S. Intérêt d'une démarche ethnopsychiatrique dans le suivi médical des mères et des enfants migrants, infectés par le VIH, Rapport de synthèse, Recherche ANRS (hôpital Necker, Paris) et Centre Georges Devereux, 1994-1996.
- Nathan T. Psychothérapies. Paris. Éditions Odile Jacob, 1998.
- Ogbu J. Speech community, language identity and language boundaries in *Language and Environment, A Cultural Approach to Education for Minority and Migrant Students*, Edited by Annick Sjögren, Multicultural Centre, Botkyrka, Sweden, p. 17-42, 1997.
- Osterrieth P.-A. Le test de copie d'une figure complexe in *Archives de psychologie*, XXX, 1945.
- Pury Toumi S. (de) Mesmin C., Nathan T. Le rôle des entretiens en langue maternelle dans l'interaction avec les familles migrantes, recherche MIRE-DEP (Mission interministérielle à la recherche expérimentale - Direction des études et de la prospective), 1995.
- Pury S. (de) Le traité du malentendu, Les Empêcheurs de penser en rond, 1998.
- Rey A. L'examen psychologique dans les cas d'encéphalopathie traumatique in *Archives de psychologie*, XXVIII, 1942.
- Rouag A. Contribution à la réadaptation des épreuves verbales de l'échelle d'intelligence de Wechsler pour les enfants de l'Est-Algérien, Thèse de magister en psychologie clinique, Université de Constantine, 1986.
- Wallon P. Mesmin C. (sous la direction de) La Figure de Rey : une approche de la complexité, Grenoble, Les Pluriels de Psyché, 1998.

Témoignages...

T. est un enfant infirme issu d'une famille turque araméenne réfugiée en Belgique. Il suit un enseignement normal et vient deux fois par semaine en kinésithérapie. Ses parents sont analphabètes.

Il y a quelques mois, l'enfant vient au cabinet avec des devoirs inachevés pour que je l'aide. Il en profite pour souligner que son père ne sait pas lire et se montre agressif et arrogant à son égard. Je me permets de lui rappeler qu'il doit s'adresser à son père avec plus de respect. Dans les discussions que nous avons lors des séances suivantes je tente de mettre en exergue les compétences de son père et de sa mère (apprentissage en français, cuisine, accompagnement et suivi du traitement). Au bout de quelques séances, la tension semble baisser et les rapports se normaliser entre l'enfant et ses parents.

Léandre Vanda, kinésithérapeute à la maison médicale Essegem

M., jeune patiente (quatorze ans) maghrébine développe un « torticolis » atypique. Elle a une torsion réversible du cou et du dos. Elle dit qu'elle se tourne vers la droite parce qu'on lui parle. Un traitement symptomatique est mis en place. L'avis psychiatrique demandé évoque une psychose débutante. Une injection de neuroleptiques retard est pratiquée. La famille refuse de poursuivre le traitement vu l'état d'abattement de la jeune fille. Elle estime les effets secondaires bien plus gênants que la maladie initiale. La famille consulte un Imam. Reprenant le problème au départ, il travaille sur « on me parle ». Il pratique des prières, incantations, port d'une amulette en tissu. Les résultats sont excellents.

La famille pourra marier sa fille six ans plus tard. Ce n'est pas la honte. On n'a pas une folle dans la famille.

Pourquoi cette histoire aujourd'hui ? M., vingt deux ans, vient de m'annoncer un heureux événement pour dans six mois. Ce que je trouve remarquable, c'est la capacité d'initiative de la famille : le refus du traitement proposé par la médecine occidentale et le recours à des référents culturels et religieux beaucoup plus acceptables pour eux.

Pierre Hendrick, médecin généraliste à la maison médicale du Vieux-Molenbeek

A vrai dire, nous rencontrons peu de personnes de culture différente. La maison médicale fonctionne au forfait, et lorsque nous inscrivons ces patients, nous sommes souvent confrontés au problème de la langue. En général, ils viennent avec un voisin ou les enfants qui servent d'interprète.

Le forfait est parfois difficilement compréhensible et ils leur arrivent de consulter un autre médecin. Les mutuelles ne leur facilitent pas toujours la tâche. Par exemple, elles renvoient le patient à la maison médicale quand il y a un problème avec un code... de spécialiste ! Pire, elles leur expliquent que s'ils sont inscrits en maison médicale, ils ne sont plus remboursés pour aucun soin... Ce qui arrive aussi avec nos autres patients !

Christine Stroobant, secrétaire à la maison médicale l'Alizé

C. est une patiente belge rhumatisante suivie régulièrement chez un médecin généraliste. Elle cherche désespérément le nom de sa maladie en néerlandais. Dans sa région natale (West-Vlaanderen, cette maladie est connue et traitée traditionnellement...

Léandre Vanda, kinésithérapeute à la maison médicale Essegem



D'où viennent-ils ?

C'est une population « sédentarisée et fidélisée » à la maison médicale. Les problèmes rencontrés sont identiques à ceux rencontrés avec les autochtones. Le clivage - selon nous - se situe plus au niveau de l'éducation et du niveau socio-économique, la nationalité n'est pas un facteur discriminant. Notre population d'origine étrangère vit depuis de nombreuses années dans le quartier et semble intégrée.

maison médicale du Noyer

Madame M. Z., cinquante trois ans, est d'origine maghrébine. Elle a cinq filles et pas de fils. Elle n'a pas eu beaucoup de chance avec ses filles devenues grandes. Les mises en ménage n'ont pas été une réussite. Certaines ont eu à subir des violences conjugales, deux sont séparées de leur conjoint.

Une des filles, S., est trisomique. Elle a vingt deux ans et nécessite encore beaucoup d'attention. Cela épuise sa maman. Monsieur, S., le père de la famille est au chômage et s'ennuie. Il montre souvent quelque agacement devant les plaintes réitérées de son épouse.

Dernièrement, Madame se présente à la consultation. D'entrée, elle annonce que cela va tellement mal qu'elle va probablement être hospitalisée (par moi). J'essaie de calmer le jeu et de comprendre. Ces plaintes, somatiques, sont banales : mal au genou, à la hanche droite, au ventre. J'examine soigneusement. Je sens chez elle un « ras le bol », un grand désir de prendre le temps de souffler. Elle redit ses difficultés familiales et ses plaintes.

Je fais une prise de sang pour être sûr qu'il n'y a rien de grave. Ses résultats sont tout à fait rassurants. Nous revenons sur ses plaintes de départ.

Je ne fais que deviner ses difficultés familiales, l'interprétation et l'analyse qu'elle en fait, les répercussions que cela a sur elle. Je sais qu'elle vit mal que ses filles « occidentalisées » aient quitté la voie « traditionnelle ». Elle attribue cela à l'influence néfaste de notre société exagérément permissive. Je ne sais quasi rien de la manière dont elle vit le handicap de S., sa fille trisomique. Lorsqu'elle en parle, c'est pour dire sa fatigue, ses difficultés tant à domicile que dans ses relations avec le centre de jour que fréquente S.

Elle a pu parler du moins partiellement.

Ce petit récit n'a rien de typiquement interculturel. Tout cela aurait pu arriver avec une autre patiente plus proche culturellement.

Pierre Hendrick, médecin généraliste à la maison médicale du Vieux-Molenbeek

Z. est une réfugiée arménienne adressée par le médecin généraliste pour lombalgie. Arrivée une demi-heure en retard à son premier rendez-vous, elle m'apprend qu'elle a accouché il y a quelques mois, d'où ses difficultés à respecter l'horaire. Lombalgies et maux de dos sont mieux reconnus que kinésithérapie postnatale : « ça ne sert à rien puisque mère et grand-mère s'en sont bien passées ».

En cherchant avec elle des solutions pour la garde de l'enfant, j'apprends qu'elle a été mariée par sa famille, alors que son désir est de poursuivre ses études. Son mari est au chômage mais ne peut garder l'enfant parce que « ça ne se fait pas dans sa famille ! ». Elle espère prendre des cours par correspondance. Vu la difficulté croissante pour se libérer, elle cherche des solutions rapides « appareils de stimulations » vus à la télévision. Je l'adresse à l'assistante sociale pour examiner les possibilités en matière de garde de l'enfant et des modalités pour suivre des cours de son choix. Plus de nouvelles à ce jour.

Léandre Vanda, kinésithérapeute à la maison médicale Essegem

Quand j'entends le mot «culture», je sors mon revolver

En guise de non-conclusion

*Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.*

Nous n'avons pas disserté longuement sur le sens du mot cultures. Il a paru évident aux gens de terrain qu'il s'agissait de systèmes de sens structurant l'existence du sujet, et que l'interculturel était le champ de rencontre entre « notre » culture et des cultures exogènes, importées. C'est une conception opérationnelle qui rend compte de leur difficulté au quotidien. N'y a-t-il pourtant pas des fossés se creusant à l'intérieur de ce que nous pensons être notre culture ? Entre une culture dominante et des cultures dominées et marginales ? Peut-on parler d'une culture quart-monde ou n'est-elle que l'image « en échec » de la dite nôtre ? Notre « culture médicale » n'est-elle pas naturellement

Le service de garde médicale de Bruxelles reçoit de moins en moins d'appels. Concurrence des hôpitaux, difficultés financières d'accès aux soins ? Sans doute. Mais aussi... Le nombre de médecins « étrangers » y devient très important. Prise de frayeur en recevant la visite d'un médecin de nuit un peu trop baraqué et à la peau un peu trop noire, une patiente aurait pris la ferme résolution de ne plus tomber malade la nuit. Et certains craignent une désaffection plus grande encore du service de garde quand se répandra le bruit qu'y preste une femme portant tchador... Mais tout cela passera : ces médecins sont habitués à faire de l'interculturel avec les autochtones...



Les soins de santé primaires constituent le lieu de l'accueil, de l'écoute, mais aussi de l'échange entre soignant et usager des soins. Un échange à *double sens*. Développer ce rôle charnière, tant en savoir-faire qu'en moyens humains et en connaissances, est une des clés qui nous permettront d'entrer sereinement dans la société multiculturelle de demain. Sans sortir les revolvers...

colonisatrice ? Il nous est d'évidence difficile de voir ou d'accepter les barrières et les fractures qui entravent la communication et la compréhension à l'intérieur de notre univers culturel. Comment imaginer alors que demain sera fait d'une culture cosmopolite, d'un bouillon polychrome où la tolérance sera la seule voie de coexistence entre cultures qui paradoxalement ne survivront que dans « l'in-différence » ?

Bibliographie



Livres

AÎT SABBAH Fatna, « La femme dans l'inconscient musulman », Albin Michel, 1986.

AOUATTAH Ali, « Ethnopsychiatrie maghrébine », L'Harmattan, 1993.

BENDAHDAN Hossain, « Personnalité maghrébine et fonction paternelle au Maghreb (Oedipe maghrébin) », La Pensée Universelle, 1984 (épuisé).

BONTE P. et IZARD M., « Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie », PUF, 1991.

BOUGHALI M., « Sociologie des maladies mentales au Maroc », Afrique-Orient, Casablanca, 1988.

BOUSQUET G.H., « L'éthique sexuelle de l'Islam », Desclée de Brouwer, 1990.

CYRULNIK Boris, « Sous le signe du lien », Hachette, 1989.

DEVECI Ilknur, « Le miroir ou le piège à djinna », Mémoire de licence en psychologie clinique, UCL, 1998.

DEVEREUX Georges, « De l'angoisse à la méthode », Flammarion, 1980 (réédité chez Aubier en 1994).

DEVEREUX Georges, « Essais d'ethnopsychiatrie générale », Gallimard, 1970.

DEVEREUX Georges, « Ethno-psychiatrie des Indiens Mohaves », Les empêcheurs de penser en rond, 1996.

DEVEREUX Georges, « Ethnopsychanalyse complémentariste », Flammarion, 1985.

DUVILLIÉ Rébecca, « Un enfant en exil. Une consultation d'ethnopsychiatrie en milieu scolaire », La Pensée Sauvage, 1995.

FOURASTÉ R., « Introduction à l'ethnopsychiatrie », Toulouse Privat, 1985.

GAUDIER J.P. et HERMANS P., « Des Belges marocains », De Boeck Université, 1991.

GAUDIO A. et PELLETIER R., « Femmes d'Islam », Denoël, 1980.

GOKALP, A., « Religion et traditions populaires en Turquie. Mythes et croyances du monde entier », Le Monothéisme, Volume 2, p. 400-413, Paris : Lidis Brepols, 1985.

LACOSTE-DUJARDIN C., « Des mères contre les femmes : maternité et patriarcat au Maghreb », La découverte, Paris, 1985.

LAPLANTINE F., « L'ethnopsychiatrie », PUF, « Que sais-je », 1988.

LAPLANTINE F., « Anthropologie de la maladie », Payot, 1986.

LE GUERINEL E., « Ethnopsychiatrie et psychiatrie sociale », L'Harmattan, 1997.

MERNISSI Fatima, « Sexe, idéologie, Islam », Tierce, 1983.

MESMIN Claude et coll., « Cultures et thérapies », La Pensée Sauvage, 1998.

MESMIN Claude et coll., « Psychothérapie des enfants de migrants », La Pensée Sauvage, 1995.

MESMIN Claude, « Les enfants de migrants à l'école », La Pensée Sauvage, 1993.

MOHIA-NAVET N., « Les thérapies traditionnelles dans le société Kabyle », L'Harmattan, 1993.

MORO M.R., NATHAN T., RABAIN-JAMIN J., STORK H, SI AHMED D. *in* LEBOVICI Serge et WEIL-HALPERN Françoise, « Psychopathologie du bébé », PUF, 1989. (Chapitre 64 « Le bébé dans son univers culturel » p.683 à 748).

MORO Marie-Rose, « Parents en exil », PUF, 1994.

NATHAN Tobie et HOUNKPATIN Lucien, « La parole de la forêt initiale », Odile Jacob, 1996.

NATHAN Tobie et MORO Marie-Rose, « Ethnopsychiatrie de l'enfant » dans le tome 1 du « Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent », PUF, 1995 (p.423 à 446).

NATHAN Tobie et STENGERS Isabelle, « Médecins et Sorciers », Les empêcheurs de penser en rond, 1995.

NATHAN Tobie *in* LEBOVICI S., MAZET P. et VISIER J.P., « L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires », Eshel et Médecine et Hygiène, 1989. (« Enfants de

« djinné » : évaluations des interactions précoces » p.307 à 339).

NATHAN Tobie, « Fier de n'avoir ni pays ni amis... *Principe d'ethnopsychanalyse* », La Pensée Sauvage, 1993.

NATHAN Tobie, « L'influence qui guérit », Odile Jacob, 1994.

NATHAN Tobie, « La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique », Dunod, 1986.

NATHAN Tobie, « Le sperme du diable », PUF, 1988.

ORTIGUES M.C. et ORTIGUES E., « Oedipe Africain », L'Harmattan, 1984.

PURY (de) TOURMI S., « Traité du malentendu », Les empêcheurs de tourner en rond, Paris, 1998.

RABAIN Jacqueline, « L'enfant du lignage », Payot, réédition 1994.

YAHYAOUI Abdessalem, « Corps, espace-temps et traces de l'exil », La Pensée sauvage, 1989.

YAHYAOUI Abdessalem, « Destins de femmes, réalités de l'exil », La Pensée sauvage, 1994

YAHYAOUI Abdessalem, « Identité, culture et situation de crise », La Pensée sauvage, 1989.

YAHYAOUI Abdessalem, « Toxicomanie et pratiques sociales », La Pensée sauvage, 1992.

YAHYAOUI Abdessalem, « Travail clinique et social en milieu maghrébin », La Pensée sauvage, 1987.

YAHYAOUI Abdessalem, « Troubles du langage et de la filiation chez le maghrébin de deuxième génération », La Pensée sauvage, 1988.

ZEMPLINI Andras et alii, « Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écritures », L'Ethnographie, 1985, n°96.



SAYAD Abdelmalek, « L'immigration ou les paradoxes de l'altérité », De Boeck Université, 1991.

SCHEPS R., « La science sauvage », 1993.

VERREPT H., « Traditionele genezers in de Marokkaanse gemeenschap in Brussel », Medisch Sociale Wetenschappen VUB, Brussel, 1998.

YAHYAOUI Abdessalem, « De la place du père, entre mythe familial et idéologie institutionnelle », La Pensée sauvage, 1997.

Revue

Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie :

- n° 1 « Dionysos, le même et l'autre » (épuisé)
- n°2 « Le double » (épuisé)
- n°3 « Inceste » (épuisé)
- n°4 « L'enfant ancêtre »
- n°5 « Psychothérapie sans frontière »
- n°6 et n°7 « Métamorphoses de l'identité 1 et 2 »
- n°8/9 « Sorciers des métropoles »
- n°10 « Rituels de deuil, travail de deuil »
- n°11 « Le temps interrompu. Pathologie de l'exil »
- n°12 « L'enfant exposé »
- n°13 « Cliniques nomades »
- n°14 « Tabous »
- n°15 « Frayeur »
- n°16 « Objets, charmes et sorts »
- n°17 « Métissages »
- n°18 « Marques sexuelles »
- n°19 « Idéologies »
- n°20 « Petit manuel de psychothérapie des migrants (1) »
- n°21 « A qui appartient l'enfant ? »
- n°22/23 « Les mécanismes de l'influence »
- n°24 « Petit manuel de psychothérapie des migrants (2) »
- n°25/26 « Traduction et Psychothérapie »
- n°27 « Pouvoir de sorcier, pouvoir de médecin »,



- n°28 « Petit manuel de psychothérapie des migrants (3) »
n°29 « Pouvoir de sorcier, pouvoir de médecin (2) - Questions de thérapie »
n°30 « Le Paradis, savoir médical et pouvoir de guérir à Tahiti »
n°31 « Etre juif, psychologie et psychopathologie »
n°32 « Petit manuel de psychothérapie des migrants » (4)
n°33 « La France qui guérit, leveurs de maux et penseurs de secrets »
n°34 « La guerre, interculturel et psychopathologie ».

Psychologie française, tome 36-4, 1991.
Numéro consacré à l'ethnopsychiatrie.

Articles

AOUATTAH Ali, « Le sacré, la folie et la thérapie traditionnelle au Maroc » *in* l'Evolution psychiatrique, 1992, 57, 2, p. 299-308.

AOUATTAH Ali, « Anthropologie du pèlerinage et de la sainteté dans le maraboutisme marocain », IBLA, 1995, 58, n°175, p. 31-54.

AOUATTAH Ali, « le rêve : de la maladie à la guérison dans le maraboutisme marocain », Cahiers de psychologie clinique, n°7, « la transmission », 1996, p.189-199.

AOUATTAH Ali, « l'Islam entre légitimation, compromis et contestation », La revue nouvelle, 1997, p.7-8.

DALKILIC C. « Les croyances populaires en Turquie et dans l'immigration. » Dans C. Mesmin (sous la direction de), Cultures et Thérapies, Grenoble : La Pensée Sauvage, 1997, p.45-73.

DAVID P., DE PURY S., LEWERTOWSKI C., N'KOUSSOU G., BLANCHE S. et NATHAN T. « L'invisible ou le patient ? De l'évolution des rapports de force entre médecine et sciences humaines. » Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie, 1997, n° 34, p. 25-42.

GAILLY A. « Symbolique de la plainte dans la culture turque. La trame des plaintes « Dertlesmek » (« chagrin partagé de coeur à coeur »), Les cahiers du Germ, 1991, n° 217, p. 1-21.

GAILLY A., DEVISCH R. et CORVELEYN M. « Être aux limites de sa condition : Analyse psychodynamique et sémantique d'un cas de psychose hystérique en milieu turc immigré en Belgique. » Dans E. Jeddi (sous la direction de), Psychose, Famille et Culture, Recherche en psychiatrie sociale, 1985, Paris : l'Harmattan.

GILLEMANN Nathalie, « Culture, tu habites nos ventres : transmission et dépression puerpérale », Cahiers de psychologie clinique, n°7 « La transmission », 1996, p. 285-300.

HASSAÏM KADRI Z. « Les représentations culturelles sur la circulation des enfants kabyles au Maghreb et en France ». Dans C. Mesmin (sous la direction de), Cultures et Thérapies, 1997, p. 131 à 156. Grenoble : La Pensée Sauvage.

KAGITCIBASI C. « La famille et la socialisation dans une perspective interculturelle : un modèle de transformation. » Dans N. Bensalah (sous la direction de), Familles turques et maghrébines aujourd'hui. Evolution dans les espaces d'origine et d'immigration, 1994, p.119-173, Louvain-La-Neuve : Maison-Neuve la Rose.

PIERRE Danielle, « L'interprétation des rêves en ethnopsychiatrie », Acta psychiat. belg., 1998, 98, p. 241-254.

THEILLAUMAS-LAMY N. « Ev alma komsu al ! » Avant de choisir ta maison choisit ton voisin ! Importance de l'appui sur la communauté d'origine dans la migration. Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie, 1996, n° 32, p. 27-42.

Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement tous les auteurs pour leur contribution généreuse, et notamment le docteur Dominique Vossen et les membres du centre D'ici et d'Ailleurs qui, outre leurs articles, ont largement participé la conception et à l'élaboration de ce cahier.

Adresses utiles

Ministère des Affaires sociales, Santé publique et Environnement
Direction général de la politique de santé
Cellule médiation interculturelle
Cité administrative de l'Etat
Quartier Vésale V 230
1010 Bruxelles

Centre bruxellois d'action interculturelle (CBAI)
Avenue de Stalingrad, 24
1000 Bruxelles
Tél : 02/289 70 50

Interprétariat social et médical (ISM)
Borgval, 2
1000 Bruxelles
Tél : 02/502 68 48

Cultures et santé
Avenue de Stalingrad, 24
1000 Bruxelles
Tél : 02/513 56 99

Service d'intervention et de formations interculturelles (SIFI)
Rue Nicolas Defrêcheux, 23
1030 Bruxelles
Tél : 02/241 72 72

De Foyer
Rue des Ateliers, 25
1080 Bruxelles
Tél : 02/411 74 95

Vlaams centrum voor de integratie van migranten (VCIM)
Rue Gaucheret, 164
1210 Bruxelles
Tél : 02/210 03 00

Résonances
Rue Soeurs de Hasque, 9
4000 Liège
Tél : 04/223 39 83

Centre universitaire de Charleroi (CUNIC)
Avenue Général Michel, 1
6000 Charleroi
Tél : 071/32 74 51

Centres régionaux

Service provincial d'immigration et d'accueil (SPIA)
Arlette Polain
Boulevard de la Constitution 19, bte 1
4020 Liège
Tél : 04/349 51 22

Centre régional de Verviers pour l'intégration des personnes étrangères ou d'origine étrangère (CRVI)
Michel Halleux
Ville de Verviers
Place du marché, 31-55
4800 Verviers
Tél: 087/32 53 25

Centre socio-culturel des immigrés de la province de Namur (CSCIN)
Benoîte Dessicy
Rue Docteur Haibe, 2
5002 Namur
tél : 081/73 71 76

Centre régional d'intégration de Charleroi (CRIC)
Marc Parmentier
Avenue de la Crèche, 13
6061 Montignies-sur-Sambre
Tél : 071/86 70 24

Centre interculturel de Mons-Borinage
Gary Desenclos
Ancien Hôtel de Ville
Place de Jemappes
7012 Mons
Tél: 065/88 66 66

Centre régional d'action interculturelle de la région du Centre (CeRAIC)
Françoise Rondeau
Rue Dieudonné François, 43
7100 Trivières
Tél: 064/26 01 77

Consultations d'ethnopsychiatrie

Hôpital universitaire Brugmann
Docteur Philippe Woitchik
Place A. Van Gehuchten, 4
1020 Bruxelles
Tél : 02/ 477 27 76

Centre Chapelle-aux-champs
Docteur Danielle Pierre
Clos Chapelle-aux-champs, 30
1200 Bruxelles
Tél : 02/764 31 20

Centre D'Ici et d'Ailleurs
rue F. Brunfaut, 18 B
1080 Bruxelles
Tél : 02/414 98 98

