



HAL
open science

Éthique et soins : quand la clinique transculturelle ouvre sur des mondes

C. Di, J. Bailly, R. Radjack, M.-R. Moro

► To cite this version:

C. Di, J. Bailly, R. Radjack, M.-R. Moro. Éthique et soins : quand la clinique transculturelle ouvre sur des mondes. *Ethics, Medicine and Public Health*, 2020, 15, pp.100603 -. 10.1016/j.jemep.2020.100603 . hal-03493194

HAL Id: hal-03493194

<https://hal.science/hal-03493194>

Submitted on 7 Nov 2022

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

PRATIQUES ET CONCEPT

Ethique et soins : quand la clinique transculturelle ouvre sur des mondes

Ethics and care: when the transcultural clinic opens up to worlds

1. **Charles DI PhD*** Psychopathologie, Psychologue clinicien, Professeur certifié de Philosophie, chercheur Inserm Cesp, Paris
28 ter allée de la source, 95670 Marly la Ville
2. **Julie BAILLY** : Psychiatre, praticien attaché, GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, pôle 75G25, Paris, France
99 rue de Crimée 75019 paris
3. **Rahmeth RADJACK** Psychiatre, praticien hospitalier, chercheur Inserm Cesp, doctorant Université de Paris
97 bd de Port Royal, 75014 Paris
4. **Marie-Rose MORO** Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Chef de service de la MDA Maison de Solenn, Hôpital Cochin, Paris
97 bd de Port Royal, 75014 Paris

***Auteur correspondant** : Charles Di
charles.di@hotmail.fr

Conflits d'intérêts : aucun

Received 29 June 2020 ; Accepted 5 October 2020

Résumé :

L'éthique dans les soins veille au respect de l'inaliénable dignité humaine de chaque patient. Ce texte aborde la vulnérabilité spécifique du migrant. Le détour par les philosophies ontologiques, l'anthropologie médicale et l'anthropologie interprétative montre que les représentations culturelles sont constitutives du sens que les patients donnent à leur maladie et aux soins auxquels ils participent. La posture éthique dans la prise en charge des migrants implique la prise en considération de leur altérité culturelle à tous les niveaux de l'entreprise des soins.

Mots Clés : Culture ; Éthique ; Migration ; Soin ; Vulnérabilité

Summary:

Ethics in health care allows being more aware of the inalienable human dignity of each patient. This text deals with migrant's specific vulnerability issues. Ontological philosophy, medical and interpretative anthropology explain how cultural representations are part of the care process and the meaning the patient gives to his illness. Ethical posture in migrants' health care involves considering their cultural otherness, all along the care providing.

Key words: Culture; Ethics; Migration; Care; Vulnerability

Introduction

La réflexion éthique autour des soins a beaucoup porté sur l'étude des problèmes moraux soulevés par la recherche biologique, médicale ou génétique et ses applications. Bien d'autres défis sont à relever. Ce texte veut souligner l'axe trop rarement abordé de la prise en compte des cultures dans le soin et interroger les enjeux éthiques de la rencontre interculturelle.

L'anthropologie médicale a montré que la rencontre clinique suppose l'articulation des représentations culturelles de la maladie et du soin du thérapeute et du malade. La philosophie parle d'une rencontre entre deux visions du monde, entre deux ontologies. Le souci éthique interroge la place des représentations culturelles du patient dans l'espace des soins, et par là, la façon dont sa dignité et son humanité y sont traitées.

I. Soins en situation d'altérité culturelle : un défi éthique

L'être humain naît dans un environnement culturel qui met à sa disposition une matrice d'interprétation du monde. C'est à partir de cette dernière que sa vie, ses actions et les choses prennent sens. C'est aussi à travers elle que la maladie et le soin sont pensés. Ce cadre est à tel point bien intégré qu'on en prend conscience uniquement par un acte réflexif de la pensée sur elle-même, visant à saisir ses déterminants, comme le font les philosophes et les anthropologues.

1. La culture une matrice d'intelligibilité du monde

Les philosophes et les anthropologues nous ont familiarisé avec la diversité des ontologies. En philosophie, schématiquement, on relève trois ontologies et théories de la connaissance : le monisme chinois, le dualisme occidental et le pluralisme africain. Dans le monisme, la philosophie chinoise repose sur l'idée d'un tout unique fondé dans l'harmonie complémentaire de deux composantes : le Yin et le Yang [1]. En Occident, depuis les Pythagoriciens, le monde est séparé entre matérialisme et idéalisme. Ces deux aspects peuvent coexister chez un même penseur, comme dans la philosophie de Platon ou de Descartes. L'un des aspects peut être prépondérant, comme les philosophies spéculatives postkantienne idéalistes de Hegel, Fichte et Schelling. C'est aussi le cas des philosophies matérialistes de Stirner, Marx et Engels. On retrouve ce matérialisme dans le sensualisme de Condillac et de Cabanis. Dans toutes ces philosophies on relève une sorte de dualisme ontologique, qui se décline dans la représentation de l'homme comme une unité psychosomatique. Le système biomédical destiné à prendre en charge les malades est imprégné de cette vision du monde dualiste.

Cette cohérence interne, ontologie-malade-système de soins, sera parfois un point aveugle du système au détriment des patients habités par des représentations de l'homme ne se limitant pas à l'unité psychosomatique. Pour ne pas réduire ces derniers à notre vision du monde occidentale, il va falloir se décentrer. Le décentrage devient ainsi une exigence clinique et éthique. Il se fait grâce au nécessaire détour par les représentations ontologiques apportées par les cultures différentes de la nôtre. Prenons l'exemple de la vision africaine du monde, très différente en certains points de la vision occidentale.

2. Exemple de l'ontologie africaine et implications cliniques

En Afrique le dualisme ontologique est doublé d'un pluralisme ontologique. Le monde est conçu comme étant fondamentalement double, composé de deux entités distinctes : un monde dit

invisible et un monde dit visible. Le monde visible correspond au monde matériel des phénomènes inscrits dans le temps et l'espace. C'est ce monde qui est soumis aux lois permanentes et régulières qui régissent les phénomènes. C'est le monde naturel. Le monde invisible, encore appelé monde parallèle ou monde de la nuit, est le monde surnaturel. C'est celui des dieux, des esprits, des défunts, des génies, des ancêtres, de toutes les forces surnaturelles et occultes. C'est le monde-siège de la sorcellerie [2].

Ce dualisme de base s'accompagne d'un pluralisme existentiel. En effet dans les deux mondes, chaque être singulier a concomitamment plusieurs modalités d'existence. Chaque sujet humain est tout entier présent dans l'unité psychosomatique et dans d'autres instances, l'unité psychosomatique n'étant que l'expression la plus manifeste de son être. Chaque homme a par exemple plusieurs instances. Chacune d'elles engage l'être entier du sujet à la vie ou à la mort. Ainsi pour un homme, il y a le nom, le souffle, l'ombre, le totem, l'empreinte, etc. Toute atteinte d'une de ces instances atteint le sujet humain. Ainsi, la maladie peut survenir ou les soins s'exercer à partir d'une autre instance que son unité psychosomatique.

Le monde visible et le monde invisible entretiennent ce que les anthropologues appellent des rapports de participation d'un type particulier : le monde invisible est le lieu des décisions occultes et le monde visible celui de la matérialisation de ces décisions. Une chose scellée dans le monde invisible va se réaliser dans le monde visible. Sans cela le monde invisible serait chimérique. La réciproque n'est pas valable, des choses peuvent toutefois être faites dans le monde visible à destination du monde invisible et de ses entités.

Le sorcier a la faculté de participer activement à ces deux mondes, par une sorte de métamorphose et de bilocation. Par exemple, son corps peut être couché dans un lit alors que son âme opère dans le sabbat des sorciers. Certains guérisseurs traditionnels possèdent cette faculté mais ils ne réalisent pas d'actions maléfiques et ne prennent pas part aux sabbats des sorciers. Ils sont toutefois capables de voir les sorciers et de dénouer leurs sortilèges [3].

Une matrice de la vision du monde

Les hommes expliquent préférentiellement les événements de la vie quotidienne avec les lois du monde visible. Ils recourent ensuite aux explications liées au monde invisible lorsqu'ils sont confrontés à des faits polémiques ou paradoxaux, à des coïncidences troublantes, à des événements inexplicables. Ils le font d'autant plus lorsqu'il s'agit d'événements malheureux, soudains, inattendus, de maladie grave ou de mort. « Le concept de sorcellerie fournit une philosophie naturelle qui explique les rapports des hommes et des événements malencontreux [4]. La sorcellerie, qui procède du monde invisible, est une matrice, un référentiel d'intelligibilité du monde, utilisable dans certains contextes. Elle fonde une manière de se représenter et de penser la nature et le cours des événements. C'est une vision du monde où tout événement ou conjonction d'événements malheureux particulièrement violents ou pénibles (infortune, infélicité, mal, malheur, maladie, mort) sont l'œuvre d'une volonté maléfique. La plus haute, la plus redoutable et la plus courante modalité d'expression de cette intentionnalité malveillante est la sorcellerie. « Pour tout dire, si un échec ou une infortune quelconque s'abat sur n'importe qui, n'importe quand, par rapport à n'importe laquelle des multiples activités de sa vie, ce ne peut être dû qu'à la sorcellerie » [4]. Le traitement de ces infortunes, de la désignation d'une maladie à l'annonce de la thérapie, est sous-tendu par cette représentation de la sorcellerie.

Le statut de la personne dans le monde Africain

Les ethnologues décrivent la société traditionnelle africaine comme constituée de familles, de villages, de clans, de tribus et d'ethnies [5]. L'organisation sociale de ces strates peut être

concentrique ou non. On peut retrouver plusieurs familles dans un clan, plusieurs clans dans un village, etc. On peut aussi retrouver dans un village des clans ou des tribus différents. Dans cet univers culturel, la variable décisionnelle de référence est le patriarche ou le chef de famille. C'est à lui qu'on annonce en premier toutes les nouvelles et à lui qu'appartient la dernière décision [6].

Pour ces cultures l'intérêt de la famille est coextensif à celui de l'individu ; l'intérêt général de la famille subsume l'intérêt de l'individu. Tous les événements heureux ou malheureux sont portés à la connaissance, à l'analyse et à la décision du chef de famille. Loisible à lui ensuite de consulter qui il veut. Après avoir été traitées par le chef de famille, les informations sont diffractées et diffusées dans le corps social. Avec cette organisation sociale, les choix et décisions importants reviennent dégressivement au chef de famille, aux parents et à leurs pairs de rang généalogique, puis aux aînés [5]. Cela vaut pour le mariage, la maladie, les soins et la mort.

Dans ce contexte, la maladie est à la fois une expérience individuelle et une attaque du groupe, donc une préoccupation collective. En cas de maladie grave, toute la communauté se sent interpellée. On vient au monde et on le quitte dans les bras des siens. On se soigne dans et par leurs bras. Le sujet n'advient dans sa complétude et son plein épanouissement qu'en se conformant aux idéaux et à l'harmonie du groupe [7].

Par conséquent, l'annonce d'une maladie grave ne se fait pas à l'individu isolé. Elle se fait d'abord à son représentant familial ou au moins en présence de celui-ci. Dans ces sociétés lignagères, l'individu appartient à la lignée du père dans les sociétés patrilineaires et à celle de la mère dans les sociétés matrilineaires. C'est au corps social, à travers le chef de famille ou son représentant qu'il appartient de chercher à identifier la signification de la maladie puis de penser et de décider du parcours et de l'itinéraire de soins. C'est une approche véritablement familiale, collective et culturelle de la maladie.

3. Apport de l'anthropologie médicale et interprétative

L'anthropologie médicale est définie par Benoist comme : « une anthropologie tournée vers la façon dont les sociétés perçoivent, définissent et expliquent ces agressions que sont la maladie et la mort, et les moyens qu'elles emploient pour prendre en charge les demandes de ceux qui les subissent » [8]. Cette anthropologie ne se limite pas au diagnostic de la maladie et aux moyens de la prendre en charge. Elle interroge plus largement tout le système-socle qui soutient les réponses apportées aux préoccupations relatives à la vie, à la mort, au mal et au corps. Comme l'écrit Benoist : « Par-delà, l'immédiateté du mal et de la mort, ce sont des cadres de réponses aux énigmes que sont le corps et la vie qui se dégagent alors » [8].

L'anthropologie médicale [9-14] sépare trois réalités distinctes de la maladie, différenciées en anglais par les mots *illness*, *disease* et *sickness*. La maladie-*illness* désigne l'expérience subjective de ce qui va mal pour un sujet, sa souffrance, ses douleurs, ses malaises. La maladie-*disease* désigne une altération biophysique objectivement observable de l'organisme, tel que le détermine le médecin. La maladie-*sickness* désigne quant à elle l'état, le statut social de la maladie « qui n'est ni la réalité psychologique ni la réalité biomédicale, mais la réalité socioculturelle de ma "maladie" » [15].

L'anthropologie interprétative, de son côté, considère le système médical comme un « système culturel » donc un objet ou un domaine particulier de la recherche anthropologique. « Alors que beaucoup d'auteurs ont, dans le courant empiriste, considéré la maladie comme faisant partie de la nature et comme extérieure à la culture, et que les anthropologues

cognitivistes ont été, d'une manière générale, indifférents au statut épistémologique de la maladie, les anthropologues de l'école interprétative ont placé le rapport de la culture à la maladie au centre de leur analyse » [16]. Pour ce courant, la culture n'est pas seulement un moyen de se représenter la maladie, elle est essentielle à la constitution de la réalité humaine de la maladie. « Des phénomènes humains complexes sont définis comme " maladie " et par-là même deviennent l'objet de pratiques médicales » [16]. Par conséquent, « c'est la croyance erronée que la maladie telle que nous la connaissons est donc naturelle et se situe en conséquence au-dessus ou au-delà de la culture (ou bien plus profond), qui constitue une « erreur catégorielle » (*category fallacy*) [11, 16]. D'où l'idée fondamentale de ce courant selon laquelle la maladie n'est pas une entité, mais un modèle explicatif et qu' « en termes épistémologiques, l'idée que la maladie est un modèle explicatif n'est pas une riposte idéaliste au réductionnisme biologique mais un argument constructiviste selon lequel la maladie est constituée par l'acte interprétatif et ne peut être saisie que par lui. » [16]. De la sorte on évite un radicalisme réducteur et contreproductif. « Au lieu, soit de réifier, soit de nier l'importance de la biologie, le paradigme interprétatif a adopté une position fortement interactionniste et perspectiviste » [16].

II. La vulnérabilité, un autre défi éthique

Peter Kemp définit le principe de vulnérabilité comme « principe qui prescrit au fondement de l'éthique le respect, le souci et la protection d'autrui et du vivant en général, sur la base du constat de la fragilité, de la finitude et de la mortalité des êtres » [17]. La vulnérabilité est un tropisme de l'urgence du questionnement éthique. En effet, le questionnement éthique, quel que soit son point de vue, ne peut faire l'économie de penser la vulnérabilité. « Les missions du soin engagent auprès de personnes plus vulnérables que d'autres, plus dépendantes, plus menacées dans leur dignité, leur liberté, leurs droits » [18].

Les préoccupations pour la vulnérabilité sont diverses et concernent divers domaines. La vulnérabilité est un véritable concept nomade. Elle apparaît dans la littérature psychologique et psychiatrique. On la retrouve dans les sciences environnementales, dans les sciences de la santé, de la nutrition et en sociologie. On la retrouve aussi en philosophie, où Ricœur et Levinas lui ont donnée une haute portée.

Ainsi, Emmanuel Levinas place la vulnérabilité au cœur de l'éthique. La vulnérabilité est consubstantielle à la condition humaine. « Le Moi, *dit-il*, de pied en cap, jusqu'à la moelle des os, est vulnérabilité » [19]. La vulnérabilité se saisit spontanément à travers ce qu'il appelle l'expérience du visage qui engage. Il s'agit de « servir l'autre personne qui dans ce visage m'apparaît à la fois dans sa nudité, sans moyens, sans rien qui la protège, dans son dénuement » [20].

Nos patients en situation migratoire vivent cette situation de vulnérabilité qui en appelle à une éthique de la responsabilité. On retrouve chez Ricœur cette même idée, au cœur de la réflexion éthique, de responsabilité à l'égard de la vulnérabilité. Les figures de la vulnérabilité y sont envisagées comme des entraves aux capacités de l'homme : capacité de dire, faire, raconter et d'imputer. La responsabilité morale à l'égard d'autrui « fait du vulnérable et du fragile, en tant qu'entité remise aux soins de l'agent, l'objet ultime de notre responsabilité » [21].

L'approche de Paul Ricœur, véritable éthique de la sollicitude et de la responsabilité, est « la visée de la vie bonne, avec et pour autrui dans des institutions justes » [21]. Si la première partie de la phrase ne fait pas débat, en revanche, nous pouvons nous demander si les institutions sont toujours justes lorsqu'elles se confrontent à l'altérité culturelle. Prenons l'exemple de l'institution hospitalière qui se veut en principe juste, non malfaisante et

égalitaire. Se donne-t-elle les capacités d'inclure les aspects individuels et collectifs des subtilités culturelles des migrants, notamment au sujet des valeurs et croyances téléologiques et eschatologiques ? Peut-on continuer à penser que l'institution hospitalière est à priori juste en bridant les représentations culturelles de la maladie et du soin des patients de cultures non occidentales ? S'il n'est pas question ici de juger une institution qui est en accord avec les bases socio-culturelles qui l'ont fondée, il reste que la rencontre avec l'altérité culturelle dans sa vulnérabilité est un défi éthique de la clinique.

1. La vulnérabilité humaine

La question de la vulnérabilité est abordée avec beaucoup d'attention dans les champs juridique, médical et psychologique. La vulnérabilité de la personne est généralement appréhendée à partir de trois catégories : l'état d'ignorance, la situation de faiblesse et l'état de minorité. Certains facteurs intensifient la fragilité qui peut alors être qualifiée de « particulière vulnérabilité ». Ces facteurs sont : certains âges de la vie (les extrêmes de la vie mais aussi l'enfance, l'adolescence), la grossesse, la survenue d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique. Parmi ces catégories et ces facteurs, on ne cite pas la fragilité due à la migration. La principale conséquence malheureuse et fâcheuse de cela est que la situation - pourtant de véritable vulnérabilité - du migrant n'est pas abordée avec la même sollicitude que les vulnérabilités précédemment répertoriées. D'où la nécessité éthique de l'y adjoindre. En effet, la situation du migrant présente objectivement plusieurs dimensions de vulnérabilité. L'état d'ignorance, la situation de faiblesse et de dépendance sont ses lots communs. Et d'autres champs de vulnérabilité peuvent s'y ajouter, comme l'état de minorité. Celle-ci n'est prise en charge que lorsqu'elle est couplée avec d'autres éléments. C'est le cas des Mineurs Non Accompagnés.

La vulnérabilité de l'étranger s'inscrit dans l'espace de la différence entre sa culture d'origine et la culture du pays qui l'accueille. Certains paramètres de cette vulnérabilité spécifique ont été bien établis en clinique transculturelle : Nathan a développé la question du traumatisme migratoire, Moro celle de la vulnérabilité psychologique spécifique des enfants de migrants. En travaillant sur l'analyse psychopathologique du traumatisme psychique dans les situations de migration, dans la cadre d'une thèse de Doctorat en psychopathologie [2], nous avons développé la notion de *figures culturelles du traumatisme* et formulé l'hypothèse, au niveau des mécanismes psychiques, d'*états de défaut ou de défaillance des défenses culturelles* pouvant favoriser l'évolution clinique vers le trauma. Il apparaît ainsi nécessaire que les cliniciens puissent repérer, identifier et tenir compte des différentes formes de vulnérabilité liées à la situation de migration, y compris cette vulnérabilité psychique.

2. La vulnérabilité du sujet migrant

Il existe plusieurs types de migration. Léon et Rebecca Grinberg distinguent les déplacements proches et lointains, volontaires et forcés, temporaires et permanents. Aujourd'hui, on peut migrer d'un village à un autre, d'une ville à une autre, d'un pays à un autre, d'un continent à un autre ou même à l'intérieur de chacun de ces lieux. Les raisons pour lesquelles les hommes migrent sont nombreuses. Certains sont obligés de partir pour fuir les guerres, d'autres pour des raisons politiques ou économiques, pour motif de santé et insuffisance sanitaire ou encore pour des raisons familiales. En général, le choix de migrer est motivé par la recherche d'un mieux-être. En laissant de côté les quêtes individuelles d'aventure et d'exotisme, « qu'elle soit voulue ou choisie, toute migration est un acte courageux qui engage la vie de l'individu et entraîne des modifications dans l'ensemble de l'histoire familiale » [22].

Quels que soient le pays quitté et les motivations du migrant, il y a inéluctablement une perte. Et il est difficile de mesurer l'intensité et l'ampleur des blessures psychiques induites. Entre la tragédie de la séparation et l'espoir suscité par l'appel de l'inconnu se loge l'ambivalence. Cet

état de contradiction peut se traduire par un « mélange de sentiments d’angoisse, de tristesse, de douleur et de nostalgie d’un côté, joints aux attentes et illusions encourageantes (...) que chaque migrant emporte avec lui » [23]. À la souffrance qui procède de la douloureuse séparation d’avec le monde et la culture qui ont bercé celui qui part, peuvent s’ajouter la désillusion et la désorientation lors de la confrontation aux réalités du pays d’accueil. Les référentiels et catégories axiologiques culturels utilisés ne sont plus les mêmes, tous les repères vacillent. Le changement de valeurs, les difficultés financières, les problèmes de logement et d’adaptation, les obstacles pour trouver un emploi fragilisent les immigrés. La désorientation existentielle, la solitude psychique et la précarité les rendent particulièrement vulnérables, les menant parfois au seuil de l’exclusion [24]. Ainsi, le phénomène migratoire et ses effets vont bien au-delà d’un simple déplacement géographique. Et si la distance géographique est parcourue en peu de temps, il n’en n’est pas autant de la distance culturelle et psychique. L’éloignement géographique, social, humain et psychique entraîne la perte du cadre culturel familial. Cette distanciation contraint l’individu à des réaménagements subjectifs et identitaires qui le conduisent parfois à faire de lourds sacrifices.

Pour un individu, la migration introduit une série de discontinuités entre les modèles de comportements appris et l’environnement dans lequel il se trouve dorénavant. Même si cela paraît spontané, vivre dans son milieu culturel n’est pas un état de fait naturel et ordinaire. On s’étaye sur un univers de signifiants à partir d’un environnement humain et institutionnel donné. La migration introduit une série de dysfonctionnements car elle fait émerger de nouvelles exigences, de nouveaux codes. L’arrivant est partagé entre la culture de dedans, la culture intériorisée, celle de ses origines et la culture de dehors, la culture de l’extérieur, celle du pays d’accueil. Cela l’oblige à opérer des réaménagements et des ajustements subjectifs laborieux.

Sur le plan psychanalytique, Kaës part du concept freudien de différence. Ce concept est parfois associé à celui d’étranger. « Les représentations et les affects associés à ces expériences de la différence sont d’abord marqués d’un signe négatif » [25]. Il décrit le déplaisir lié à la confrontation au “non-moi”, assimilé ici au “non-bon”, source de “non-plaisir” ; la souffrance qui tient au “non-lien” relevant de la séparation d’avec le corps maternel ; l’expérience de l’hostilité envers l’altérité, le “non-le même” ; enfin le désagrément et la souffrance du “non- nous”. La différence dans la réalité psychique est d’abord marquée par la violence fondamentale que représente le fait d’être l’objet de rejet et d’exclusion. Puis émerge une tentative de traiter les effets négatifs de cette violence, en s’appuyant soit sur ce qui est semblable -identique au moi- et donc positif, soit au moyen d’un travail d’élaboration par la pensée. « La rencontre des cultures est violence à cause des enjeux dans l’identité de ses sujets ; elle les confronte avec les refoulés primordiaux et les figures de l’archaïque sur lesquelles la culture s’établit, avec les systèmes de défense contre l’angoisse » [25], qui sont « l’étoffe même dont la culture est faite » [26]. Chez Róheim, la culture se structure à partir des séquences psychologiques avec une visée socialisante. Elle se constitue de manière à assurer du mouvement aux pulsions partielles, aux angoisses qui en découlent, et aux défenses acceptables ou non.

Léon et Rebecca Grinberg décrivent comment, afin de tenter d’échapper aux tiraillements psychiques inhérents à toute migration et de se protéger des émotions pénibles générées, les personnes ont recours à la « dissociation pour ne pas avoir à évoquer – de façon désespérée – les pertes subies : les parents aimés, les amis de toujours, les rues de sa ville ou le village, les multiples objets quotidiens auxquels [ils ont] été attaché[s] affectivement, etc. » [23]. Dans la tentative d’étouffer les sentiments de culpabilité et d’angoisse, à la fragilité consécutive à ces pertes et au dénigrement du familial peut s’ajouter l’admiration exagérée du nouveau monde. Le lieu d’origine peut aussi être évoqué avec nostalgie, magnifié, et la terre d’accueil

caricaturé, comme un monde persécuteur. Se situer à bonne distance de ces deux représentations semble, en théorie, la condition de l'équilibre. En cas d'échec de cette stratégie d'équilibre, « l'angoisse confusionnelle surgit inexorablement avec toutes ses conséquences redoutées : on ne sait plus qui est l'ami ni qui est l'ennemi, où l'on peut triompher ni où l'on peut échouer, ni comment différencier l'utile du préjudiciable, l'amour de la haine, la vie de la mort » [23].

Il peut être observé chez certains « déracinés » une tendance à ressentir les événements de façon plus grave, plus agressive qu'ils ne le sont en réalité. C'est ce que nous désignons par la notion de *sensibilité spécifique des migrants*. On parle d'hypersensibilité, lorsque le sujet est très irritable et que le moindre événement lui semble dramatique ou persécuteur, et d'hyposensibilité lorsque l'apathie et la torpeur dominent le comportement. L'alternance de ces deux états est possible et aggrave le statut de vulnérabilité. Reconnaître cette vulnérabilité correspond à une posture éthique qui prend en compte cette fragilité causée par la différence culturelle.

3. Les inégalités sociales d'accès aux soins

En plus de la vulnérabilité qui lui est spécifique du fait de l'altérité culturelle, le migrant partage avec ceux qui ne sont pas migrants des difficultés d'accès aux soins, généralement abordées sous l'angle des inégalités sociales de santé. La précarité y joue un grand rôle. Les personnes pauvres ont moins accès aux services de santé. Ils souffrent d'un fardeau disproportionné de maladies mais ont généralement moins accès aux soins. C'est ce qu'on appelle : « The inverse care law », où la disponibilité des bons soins de santé varie de manière inverse aux besoins de la population desservie [27].

Les populations qui vivent dans la précarité ont plus de soucis de santé et moins d'accès aux soins [28]. Cela est évalué par l'accessibilité géographique, la disponibilité, l'accessibilité financière, l'acceptabilité et la qualité des soins [29]. La notion d'acceptabilité recouvre les facteurs autres que les obstacles géographiques et financiers qui entravent le recours aux soins. Ainsi le statut familial, l'âge, le sexe, la profession, le lieu d'habitation peuvent influencer sur l'accès aux soins. L'ignorance des stratégies d'accès aux soins, le contact avec les services y jouent aussi un rôle. L'organisation des services comme les urgences en est un exemple. Les malades vont plus y recourir du fait de la gratuité, du large plateau d'expertise et de son ouverture sur 24 heures.

Pour une offre de soins de santé accessible à tous, les cliniciens doivent identifier ces facteurs d'inégalités, au risque de laisser de côté cette frange de la population vulnérable. Là aussi, la clinique se trouve à l'épreuve de la vulnérabilité. Cette préoccupation éthique fait l'objet de nombre de travaux théoriques et cliniques. Les premiers couvrent le vaste champ des sciences humaines et sociales et évaluent les pratiques en médecine et les politiques publiques qui luttent contre les inégalités sociales de santé [30]. Les deuxièmes innovent en matière de prise en charge, à l'instar de la clinique transculturelle.

III. La clinique transculturelle, une réponse à ce double défi

Soucieuse de prendre en compte les représentations culturelles des patients, la clinique transculturelle s'est d'emblée placée dans une perspective éthique paradigmatique en accordant le même statut épistémologique et clinique à ces autres manières de penser la maladie et le soin. Cela a nécessité de penser les outils et les postures de soin afin d'éviter la survenue des malentendus culturels qui génèrent beaucoup de souffrance et peuvent condamner la relation thérapeutique à l'échec [31]. Ainsi, à la suite des théories de Devereux [32, 33] et de la pratique de Nathan [34] avec les migrants de la première génération, Moro

[22, 35] a développé un dispositif de consultation transculturelle. Ce dispositif associe des références anthropologiques, psychanalytiques et médicales. Les premières permettent de prendre en compte les représentations culturelles des patients, les deuxièmes servent à décoder l'intime, le subjectif, l'intersubjectif et le trans-subjectif, et les troisièmes traduisent l'anatomique et le physiologique : l'aspect somatique.

Soigner ne saurait se réduire aux seuls aspects biomédicaux, techniques et scientifiques de la pathologie mais doit tenir compte des aspects métaphysiques et axiologiques en jeu. Si l'éthique interroge les pratiques morales, la morale et son fondement réflexif qu'est l'éthique sont elles-mêmes déterminées pour partie par les représentations culturelles qui les fondent. N'accordant déjà que très peu de place à nos propres représentations de soignant, nous pouvons nous demander quel espace reste disponible aux représentations culturelles des patients. Cela est d'autant plus important que les notions de dignité humaine, de respect et de justice sont de portée universelle mais que leurs acceptions diffèrent entre les peuples. Quelle place laissons-nous à ces différentes acceptions au sein de nos dispositifs de soin ?

Nous parlons de dispositif dans le sens donné par Foucault [36] et Agamben [37]. Au nom des protocoles de nos dispositifs, est-il éthique d'ignorer les représentations des autres ? Ce faisant, sommes-nous alors toujours guidés dans nos soins par les principes de sollicitude et de non-malfaisance « primum non nocere » ? Pour paraphraser Jean Leonetti, plutôt que de dire au nom de quel protocole je dis et fais ceci « au nom de quelles valeurs je permets ou j'interdis, il est préférable d'imaginer quels liens d'humanité et de dignité de la personne j'altère potentiellement, en acceptant l'utilisation d'une procédure » [38]. La préoccupation éthique se soucie d'aider à réaliser « des choix justes qui n'accroissent pas les vulnérabilités » [39]. Cette précaution à ne pas aggraver la fragilité doit conduire le soignant à toujours se représenter l'altérité culturelle comme un potentiel réceptacle de vulnérabilités.

1. Fondements théorico- cliniques

Les cliniques transculturelles viennent de l'ethnopsychanalyse. L'ethnopsychanalyse est définie comme « une pratique psychothérapeutique qui s'appuie de manière complémentariste sur deux corpus, celui de la psychanalyse et celui de l'anthropologie » [40]. Les rapports entre la culture et la psyché, l'anthropologie et la psychanalyse se trouvent au cœur de cette pratique. Devereux a précisé ce lien : « Il a posé deux postulats fondamentaux, base d'analyses : l'universalité psychique, vers laquelle chaque être humain tend, et le codage culturel, qui décrit l'action de la culture sur les contenus psychiques » [40]. L'ethnopsychanalyse a été construite à partir d'un principe méthodologique : le complémentarisme. Ce dernier n'exclut aucune théorie valable mais est attentif à bien les coordonner. Le complémentarisme recommande une pluridisciplinarité non fusionnante et non simultanée, à partir d'une double analyse psychanalytique et anthropologique de la situation clinique. Chaque discours réalise une lecture autonome de la situation.

À partir de ce principe méthodologique, Devereux a construit la théorie à la base de l'ethnopsychanalyse. Nathan en a pensé la technique clinique. Moro a développé la psychiatrie transculturelle. Elle a pensé et construit des dispositifs spécifiques aux enfants de migrants. Elle a complexifié cette clinique avec le concept de métissage.

Les éléments constitutifs du dispositif transculturel sont aujourd'hui bien établis et continuent à bien s'enrichir. L'importance d'un groupe de thérapeutes, l'importance de l'intégration de la langue maternelle dans la consultation, la place accordée aux représentations culturelles du patient et l'élaboration du contre-transfert culturel sont des principes cardinaux des dites consultations. Ce dispositif ne vise pas à renvoyer ou enfermer le patient dans sa culture d'origine mais à utiliser les ressources culturelles comme des leviers thérapeutiques. Ce

travail nécessite une grande expérience qui s'acquiert avec une solide formation et la réalisation d'un travail sur soi.

2. Le dispositif de la consultation transculturelle

La consultation de groupe se déroule dans une salle spacieuse. Le travail se fait en grand groupe, à la différence des consultations individuelles où l'utilisateur est en relation duelle avec le thérapeute. Accompagné de sa famille et des équipes qui le suivent par ailleurs (psychologue, psychiatre...), l'utilisateur est reçu par l'équipe de thérapeutes constituée d'un thérapeute principal, de co-thérapeutes, de stagiaires, d'un interprète et parfois même de visiteurs. Les thérapeutes et les stagiaires sont de formations et d'origines culturelles différentes. On y trouve des psychologues, des travailleurs sociaux, des psychiatres, des historiens, des anthropologues, des philosophes, tous sensibilisés à la psychanalyse et à l'anthropologie et venant de divers endroits du monde. Il arrive dans certaines consultations que tous les continents soient représentés.

Les sièges sont disposés en cercle, ce qui facilite la circulation de la parole et permet que chacun soit visible par tous. Le patient est généralement assis à côté du thérapeute principal lui-même accompagné de quelqu'un qui prend des notes. Au centre du cercle sont installées une table et quelques chaises à la taille des enfants. On met aussi à leur disposition des jouets, des feutres et des feuilles pour dessiner.

Les séances durent 90 minutes et ont lieu toutes les 5 ou 6 semaines. Chaque séance débute et se termine par un temps de réflexion entre thérapeutes, sans le patient. Le temps de débriefing qui clôture la consultation est le moment au cours duquel les thérapeutes analysent ensemble leurs contre-transferts.

Nos patients sont le plus souvent des migrants ou descendants de migrants. Il est fondamental qu'ils aient déjà une prise en charge classique. La consultation transculturelle est indiquée en deuxième intention et se veut complémentaire. Les séances se déroulent en français et dans la langue d'origine de la famille, avec l'aide d'un traducteur. Ce dernier est assis entre le thérapeute principal et le patient. Le traducteur peut être sollicité dans des postures d'interprète ou de médiateur culturel. Sa présence n'est pas importante uniquement pour les familles qui auraient des difficultés avec la langue française. Indispensable pour ces familles, le traducteur peut aussi être pertinent pour des familles qui parlent bien le français, mais pour qui la langue maternelle se révèle propice à évoquer des choses qu'ils ne diraient pas ou pas de la même manière en français.

Au cours de la consultation, la manière dont la parole circule tout comme le contenu et les formes des propositions sont codifiés. Nous ne reviendrons pas sur toutes ces données techniques déjà bien étudiées [41, 42]. Rappelons juste que seul le thérapeute principal s'adresse directement à l'utilisateur et que les co-thérapeutes eux adressent leurs propositions au thérapeute principal. Le thérapeute principal peut transmettre l'idée du cothérapeute à l'utilisateur après l'avoir distillée, nuancée, reformulée ou renforcée. Toutes les propositions se font dans le respect du système de valeurs et des logiques culturelles des usagers.

3. Situation clinique : Kéita L'enfant de plusieurs mondes

Kéita a 4 ans, lorsqu'il est adressé à notre consultation transculturelle à la Maison de Solenn, par son médecin de PMI. Il est le deuxième d'une fratrie de trois. Les parents, originaires du Mali, parlent Soninké et Bambara.

Les premières consultations transculturelles avec la famille tournent autour de *la quête de sens* des troubles présentés par Kéita. La mère nous présente son fils avec des termes qui trahissent sa longue fréquentation des médecins. « *Il ne parle pas* ». « *Il n'est pas encore propre* ». « *Il a des jeux monotones et répétitifs* ». « *Il est peu en lien avec les autres* ».

« *Même quand on veut jouer avec lui, ça reste très bref* ». Mais ce qui inquiète le plus Madame, c'est qu'il ne parle pas. Elle suggère « *qu'il parle une autre langue* », ou « *on ne comprend pas sa langue* ». À l'hôpital, le médecin lui a annoncé que son enfant souffrait d'autisme. Mais cette annonce ne l'a ni éclairée ni apaisée. C'est pour cela, dit-elle, que « *je suis venue vous voir. Je veux qu'on me dise la vérité sur mon fils. On dit qu'il a l'autisme. Qu'est-ce que c'est ?* »

À première vue, on penserait qu'elle a besoin qu'on lui explicite ce qu'est l'autisme. Cela a certainement déjà été fait par le médecin. Et comme nous avons un traducteur/médiateur culturel, il fait passer les concepts d'une langue à l'autre. Cette phase de la consultation est opératoire. Plus en profondeur, qu'est-ce qui est sous-jacent à cette demande, et à toutes celles qui viennent dans nos consultations ?

Cette famille ne nous a pas été adressée pour qu'on refasse un travail psychiatrique ou psychothérapique classique sur l'autisme, mais pour qu'on fasse une psychiatrie ou une psychothérapie transculturelle, une clinique qui se fonde sur la double structuration psychique et culturelle de l'individu [33]. C'est-à-dire, une clinique qui fait place aux manières culturelles de prendre en charge la maladie. Cela traduit de fait une prise en considération des représentations, des théories étiologiques et des actes thérapeutiques culturels des patients. Cette démarche qui reconnaît un intérêt et témoigne de la dignité à cette altérité est paradigmatique des soins éthiques.

Les travaux de recherches cliniques ont montré que *les interactions parents enfants se font dans un système interactif généralisé qui est le système culturel d'appartenance des parents* [35]. On ne peut plus soigner dignement les migrants sans convoquer leurs représentations culturelles. Nous avons donc continué les séances en explorant ce qu'en pensent les parents eux-mêmes déjà.

Le père : Chez nous, ça arrive qu'ils parlent vers 7 ans, les enfants. [...] Il y a beaucoup de langues dans la famille et Kéita a sa langue aussi. Moi je sais qu'il va parler, mon neveu a commencé à parler à l'âge de 9 ans (...) moi-même j'ai parlé après 4 ans.

La mère : Dans la famille maternelle, il y a des enfants qui ne parlent pas. Kéita est comme les sages de là-bas, il parle peu et ne parlera que lorsque les choses seront importantes.

Nous poussons l'exploration sur les théories culturelles et actes de protections de la grossesse à la naissance.

Thérapeute Principal : Qu'est-ce qu'on fait pour protéger les mères et les bébés chez vous ?

Le père : On fait des gris-gris et des talismans.

Thérapeute Principal : Et qu'avez-vous fait, pour protéger la maman des agressions pendant la grossesse ?

Le père : On n'a rien fait du tout.

Avec cette réponse est apparu un élément étiologique. Celui-ci indique aussi un axe de travail : corriger l'absence de protection. Plusieurs autres théories sont amenées : Kéita serait une épreuve de Dieu, il s'agirait d'une attaque maléfique. Le père de Madame, qui est aussi

Marabout, a même évoqué la fragilité et les angoisses de Madame pendant la grossesse. Cela peut aussi être analysé d'un point de vue psychanalytique.

Le travail sur d'autres paramètres culturels comme le nom (de qui porte-t-il le nom ...) et l'appartenance (à qui appartient-il...) ont permis de réanimer le lien à son grand-père maternel Marabout, qui a des dons. Ce dernier a émergé dans la prise en charge comme une figure étayante, contenant et sécurisante. Ses dons viennent redonner espoir, lien et repères culturels à la famille comme le montre Madame.

La mère : Maintenant j'ai beaucoup d'espoir, avant j'étais complètement désorientée. Grâce à mon père, à des endroits où on m'a dit qu'il fallait accompagner Kéita, lui apporter de l'aide. Mon père est resté auprès de lui, il lui a apporté des gris-gris, il m'a beaucoup aidée et m'a aussi beaucoup parlé. Il m'a dit de ne pas arrêter les consultations ici, ça m'apporte beaucoup aussi.

À l'analyse il ressort que notre convocation des étiologies traditionnelles marque notre considération par rapport à ces dernières. Le percevant, les parents de Kéita s'assouplissent. Dès lors, ils ne parlent plus au psychologue ou au médecin auxquels ils énumèrent des symptômes, tout en conservant leur quant-à-soi, mais semble soudain transportés dans une assemblée familiale, allant même jusqu'à déployer d'autres causalités qu'ils gardaient secrètes [43]. Désormais sûr d'être reçus et traités avec dignité, toute la famille et les ancêtres sont mobilisés par ou grâce à Kéita.

Conclusion

Tout ce travail nécessite une expertise clinique acquise par une solide formation théorique, clinique et méthodologique, impliquant un travail d'élaboration de l'altérité en soi. Cette élaboration passe par l'exercice du décentrage et par l'analyse de nos propres réactions face à la différence. Ainsi, la différence culturelle devient un faire-valoir de posture éthique.

La réflexion éthique conduit à prendre en compte la vulnérabilité spécifique du migrant. Elle engage ainsi à faire le détour par l'ailleurs, à visiter d'autres représentations du monde. Elle engage ainsi à se déprendre de l'ethnocentrisme, à s'exercer au décentrage, à analyser ses contre-transferts subjectif, professionnel et culturel, et à co-construire, au-delà de nos protocoles, le sens de la maladie et du soin avec le patient, en laissant une large place à ses représentations culturelles. C'est par excellence une clinique de l'altérité qui se veut éthique ; une clinique qui contraint le praticien à tenir compte des faits qu'il ne connaissait pas, auxquels il n'attachait à priori aucune importance, ou alors qu'il mettait à l'écart s'il les connaissait ; une clinique qui incite les politiques de santé publique à doter les praticiens des réseaux, des outils et des savoirs adaptés à ces nouvelles exigences des soins éthiques.

Références

- [1] Kalinowski, Marc. " La cosmologie traditionnelle en Chine." In *La voie du Tao, un autre chemin de l'être*, by Catherine Delacour, Geoffroy-Schneide, Danielle Elisseeff, Rémi Mathieu and Catherine Despeux. Paris: Réunion des musées nationaux, Musée Guimet, 2010.
- [2] Di C. *Éléments psychopathologiques des traumatismes psychiques*. Thèse de doctorat, Villetaneuse : Université Paris Nord. 2011.
- [3] Rosny É de. *L'Afrique des guérisons*. Paris: Karthala. 1992.
- [4] Evans-Pritchard EE. *Sorcellerie, oracle et magie chez les Azandé*. Paris : Gallimard. 1937.
- [5] Paulme D. Structures sociales traditionnelles en Afrique Noire. *Cahiers d'Études Africaines 1960* : 15-27.
- [6] Rosny É de. *Ndimisi, ceux qui soignent dans la nuit*. Yaoundé: CLÉ. 1974.
- [7] Adepoju A. *La famille africaine : Politiques démographiques et développement*. Paris : Karthala. 1999.
- [8] Benoist J. *Petite bibliothèque d'anthropologie médicale. Une anthropologie*. Paris : Kartala. 2002.
- [9] Fabrega H. Concept of disease: logical features and social implications. *Perspect Biol Med 1972*;15: 583-616.
- [10] Kleinman A. Depression, somatization and the 'new cross-cultural psychiatry. *Soc Sci Med 1977*; 11: 3-10.
- [11] Kleinman A. *The illness narratives. Suffering, healing, and the human condition*. New York : Basic Books. 1988.
- [12] Eisenberg L. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry 1977*; 1 : 9-25.
- [13] Young A. Some Implications of Medical Beliefs and Practices for Social Anthropology. *Culture, Med Psychiatr 1976*; 78:5-24
- [14] Good The heart of what's the matter: The semantics of illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1, 1977: 25-58.
- [15] Zempléni A. La « maladie » et ses « causes ». *L'ethnographie 1985* ; 2: 13-44.
- [16] Good B. *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu*. Le Plessis-Robinson : Les Empêcheurs de tourner en rond. 1999.
- [17] Kemp P. Quatre principes éthiques. Dans *Le discours bioéthique*. Paris : Le Cerf. 2004.
- [18] UNESCO (2005). Préambule. *Déclaration universelle des droits de l'homme*.
- [19] Levinas E. *Humanisme de l'autre homme*. Montpellier : Fata Morgana. 1978.
- [20] Levinas E. *Une philosophie de l'évasion*. Cités, n° 25. Paris : PUF. 2006.
- [21] Ricœur P. *Parcours de la reconnaissance*. Paris : Stock, coll. « Essai ». 2004.
- [22] Moro M. *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*, Paris : Dunod. 1998.
- [23] Grinberg L, Grinberg R. *Psychanalyse du migrant et de l'exilé*. Lyon : Césara Lyon Edition. 1986.
- [24] Löchen V. *Comprendre les politiques sociales*. Paris : Dunod. 2018.
- [25] Kaës R. *Différence culturelle et souffrances de l'identité*. Paris : Dunod. 1998.
- [26] Róheim G. *Origine et fonction de la culture*. Paris : Gallimard. 1943.
- [27] Hart J. The inverse care law. *Lancet 1971*; 297: 505-12.
- [28] Lombrail P, Pascal J. Inégalités sociales de santé et accès aux soins. *Les tribunes de la santé 2005*; 8: 31-9.
- [29] Peters HD, Garg A, Bloom G, Wlaker G., William BR, Rahman MH. Poverty and access to health care in developing countries. *Ann N Y Acad Sci 2008*; 1136: 161-71.
- [30] Hervé C. Stanton-Jean M, Mamzer M-F, Ennuyer B. *Les inégalités sociales et la santé: enjeux juridiques, médicaux et éthiques*. Dalloz. 2015.
- [31] Di C, Moro MR. Le malentendu en clinique transculturelle. *Rev Sci Soc 2013*; 50: 28-35.

- [32] Devereux G. *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard. 1977.
- [33] Devereux G. *Ethnopsychanalyse complémentariste*. 1972. réédition. Paris : Flammarion. 1985.
- [34] Nathan T. (1986). *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris : Dunod.
- [35] Moro MR. *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*. Paris : PUF. 1994
- [36] Foucault M. *Surveiller et punir, naissance de la prison*. Paris : Gallimard. 1975.
- [37] Agamben G. (2006). *Qu'est-ce qu'un dispositif ?* Paris : Payot & Rivages.
- [38] Leonetti J. Un débat démocratique ouvert à tous. Dans, *Traité de Bioéthique. I- Fondements, principes, repères*. 2010. Réédition. Paris : Erès. 2014.
- [39] Hirsch É. (dir). *Traité de Bioéthique. I- Fondements, principes, repères*. 2010. Réédition. Paris : Erès. 2014.
- [40] Moro MR. Ethnopsychanalyse. Dans A. Mijolla, B. Golse, S. P. Mijolla-Mellor, *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris : Hachette. 2005.
- [41] Moro MR. *Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Dunod. 2004.
- [42] Abdelhak MA, Moro MR. L'interprète en psychothérapie transculturelle. In Moro M.R., De la Noé Q, Mouchenik Y. (Eds). *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social*. Grenoble : La pensée sauvage. 2004.
- [43] Nathan T. *Fier de n'avoir ni pays, ni amis, quelle sottise c'était*. Grenoble: La pensée sauvage. 1993.