



**HAL**  
open science

# Attitudes culturelles face à la maladie et la douleur dans le contexte de la migration

Charlemagne Simplicie Moukouta, Eli Kpelly

## ► To cite this version:

Charlemagne Simplicie Moukouta, Eli Kpelly. Attitudes culturelles face à la maladie et la douleur dans le contexte de la migration. *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*, 2021, 22 (3), pp.128-132. 10.1016/j.douler.2021.05.003 . hal-03605395

**HAL Id: hal-03605395**

**<https://hal.science/hal-03605395>**

Submitted on 13 Jun 2023

**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

## **Attitudes culturelles face à la maladie et la douleur dans le contexte de la migration**

### *Cultural attitudes in front of the disease and the pain in the migration context*

**Charlemagne Simplicie Moukouta <sup>a</sup>**

*Maître de conférences HDR, Psychopathologie*

[charlemagne.moukouta@u-picardie.fr](mailto:charlemagne.moukouta@u-picardie.fr)

**Eli Kpelly <sup>a, b, \*</sup>**

*Docteur en psychologie, Enseignant contractuel*

[eli.kpelly@univ-reims.fr](mailto:eli.kpelly@univ-reims.fr)

\* Auteur correspondant

<sup>a</sup> *Université de Picardie Jules Verne, Centre de Recherche en Psychologie : Cognitions,*

*Psychisme et Organisations (EA 7273), Chemin du Thil, 80025 Amiens Cedex 1*

<sup>b</sup> *Université de Reims Champagne-Ardenne, Cognition Santé Société (EA 6291), 57 rue Pierre*

*Taittinger, Reims Cedex 51 571*

## **Attitudes culturelles face à la maladie et la douleur dans le contexte de la migration**

### *Cultural attitudes in front of the disease and the pain in the migration context*

#### **Résumé :**

A travers deux cas cliniques, nous tentons de rendre intelligible la relation qui se noue entre maladie et/ou douleur et attitudes culturelles. Le décodage de cette relation et de ses enjeux sur le plan identitaire doit permettre au praticien (soignant) comme au chercheur de se dégager des évidences sensibles pour accéder à la complexité d'une réalité diversifiée afin d'appréhender la souffrance des populations venues d'ailleurs et de mieux la prendre en charge. La prise en compte de cette réalité paraît constituer dans une certaine mesure une exigence éthique, indispensable dans le rapport mutuel qui est noué entre le soignant et le patient et dans la manière dont ils mettent en scène leur subjectivité pour une co-compréhension de la culture de l'un et de l'autre.

**Mots clés : Culture, maladie, douleur, migration, psychologie interculturelle**

#### **Abstract:**

Through two clinical cases, we try to make understandable the relation which is formed between disease and pain and cultural attitudes. The decoding of this relation and its stakes on the identical plan has to allow the practitioner as the researcher to get free of sensitive evidences to reach the complexity of a reality diversified to arrest the suffering of the populations come moreover and of take care of it better. Taking this reality into account appears to be, a certain extent, an ethical requirement, essential in the mutual relationship that is forged between the therapist and the patient and in the way in which they stage their subjectivity for a co-understanding of culture of both.

**Keywords : Culture, disease, pain, migration, intercultural, psychology**

## **Introduction**

De tout temps, la prise en charge de la maladie et de la douleur a souvent été univoque et standardisée. Cette réalité est le reflet d'une doctrine médicale, nosologique qui se base entre autres sur les observations, analyses et interprétations dont le risque est souvent de s'orienter vers une vision statique, nosocentrée et évaluative de la personne en souffrance. Prônant l'universalisme, cette vision amène à penser que « toute chose étant égale par ailleurs », pourtant les réalités cliniques nous invitent à décentrer voire à « décoloniser » nos savoirs de manière à mieux prendre en charge les patients qui ne partagent pas nos réalités culturelles. Si la plupart des pathologies, qu'elles soient organiques ou psychiques se caractérisent par des tableaux cliniques qui peuvent être retrouvés partout, quels que soient les continents, il n'en demeure pas moins que les significations qui leur sont attribuées diffèrent d'une culture à une autre. Cette réalité est également valable pour ce qui est du sens que peut prendre la douleur.

**Au-delà des valeurs et représentations induites par la doctrine médicale  
« rationalisante », chaque culture produit une vision singulière de la maladie et de la  
douleur.**

De nos jours, nombreuses institutions hospitalières disposent des services de prise en charge de la douleur. Des recherches abondent dans ce domaine et certaines ont été initiées par l'Association Internationale d'Etude de la Douleur (IASP) (1,2). D'autres ont été relayées par les gériatres aux USA et en France (3,4). Mais peu d'études existent, notamment celles dont l'ambition est d'explorer les différentes significations culturelles que recouvrent la maladie et la douleur dans un contexte d'entre deux. Les patients sont aux prises avec deux cultures, celle d'où ils viennent et celle dans laquelle ils sont parfois obligés de vivre. Dans ce contexte, la prise en charge de la maladie et de la douleur peuvent-elles être efficaces si l'on ne tient pas compte de l'univers de sens auquel appartient le sujet et auquel il se réfère ?

En Anthropologie, on distingue trois réalités de la maladie (5) : le mot « *disease* » est utilisé par référence aux états organiques et fonctionnels, à la maladie telle qu'elle est identifiée par le modèle biomédical. Tandis que le mot « *illness* » renvoie à la perception d'une perturbation par le sujet, à son vécu individuel ou à sa définition psychologique. Un troisième terme « *sickness* » qui est supposé définir plus justement ce à quoi s'attache l'anthropologie médicale et qui est la définition socioculturelle de la maladie. En Afrique subsaharienne, on attribue généralement trois origines à la maladie : une agression extérieure après la jalousie

d'autrui ou d'un mauvais sort, une vengeance d'un génie possesseur suite à une transgression rituelle ou une inconduite envers un parent. L'une des causes le plus souvent évoquée en Afrique pour expliquer la maladie est le maraboutage, c'est-à-dire la vengeance humaine s'exerçant avec la complicité d'un sorcier. Si dans la culture occidentale, le patient verbalise plus facilement son ressenti et facilite de ce fait l'établissement du diagnostic médical ; en Afrique non seulement, le groupe contribue à l'explication de la souffrance/douleur mais en même temps décide de la modalité de la prise en charge en recourant plus facilement aux savoirs des tradithérapeutes. Les praticiens de la tradithérapie sont des gestionnaires et des régulateurs de l'ordre social (6). On comprend par là que la maladie ainsi que la douleur qu'elle engendre ne sont pas vécues de la même manière selon les sociétés. Les exemples ci-après permettent de consolider cette thèse.

## **1. Vignettes cliniques**

### **1.1. Cas de Monsieur B**

Monsieur B, d'ethnie Bakongo, est un réfugié politique du Congo démocratique, ex-République du Zaïre, qui a subi des violences physiques et psychologiques du fait de ses positions politiques à l'égard du pouvoir en place. Après avoir vécu en Belgique pendant près de trois (3) ans, il a jugé utile de demander l'asile politique en France. Âgé de 69 ans, Monsieur B est marié à deux femmes, et père de 12 enfants ; toute sa famille est restée au Congo sauf la première épouse qui a pu le rejoindre en France. La deuxième épouse et les 12 enfants n'ont pu obtenir de visa pour la France. Les conditions de vie du couple sont assez précaires dans le sens où il ne vit que des petites aides, reçues ici et là alors qu'en Afrique le couple menait une vie confortable du fait du haut statut militaire de Monsieur B.

Les premières crises ont commencé de façon insidieuse par un repli sur soi. Monsieur B s'était de plus en plus écarté de ses compagnons du Foyer avec qui il jouait aux cartes. De plus, l'épouse relève chez lui une irritabilité accompagnée parfois par des passages à l'acte (violences physiques à son égard). Puis s'en est suivie une consommation excessive d'alcool. Quand la dose diminuait, Monsieur B arrivait à critiquer ses actes d'agressivité. D'ailleurs, il se confondait en excuses et se mettait à pleurer. Aussi, selon son épouse, son mari avait énormément maigri parce qu'il ne s'alimentait plus assez, et il présentait des difficultés de sommeil, en plus des douleurs lombalgiques qu'il semblait dissimuler car dans son univers culturel l'homme doit se montrer stoïque face à toute épreuve de nature à mettre à mal son estime de soi. Monsieur B préférant s'alcooliser et cela dès le lever du jour.

C'est suite à un rendez-vous avec l'assistante sociale que l'alerte fut déclenchée via le médecin traitant. Une semaine après, Monsieur B est reçu en consultations au centre médico-psychologique par l'un des auteurs de cet article. Lors de notre première rencontre, Monsieur B était peu bavard, à peine répondait-il à quelques questions quand sa femme lui faisait un signe de la tête. La seule chose qu'il réclamait, de façon récurrente, était que l'on augmente la dose des antidépresseurs pour qu'il s'endorme pour toujours.

De la première à la troisième rencontre, Monsieur B est resté toujours figé, humeur triste, disait ne pas avoir ni le goût ni la force de nous parler, que cela ne servait à rien de lui porter attention. Mais lors du quatrième entretien, Monsieur B nous a demandé s'il était possible que la conversation se fasse en *lingala*. En effet, c'est un dialecte qui est parlé à la fois par les populations du Congo Brazzaville et de la République démocratique du Congo, ex-Zaïre alors que d'habitude ce patient n'a aucune difficulté avec la langue française. Ayant su que l'un des nôtres appartenait au même contexte socioculturel et de ce fait parlait la même langue, son choix a été accepté pour ne pas rompre la relation de confiance et de permettre par ce biais d'une certaine manière de réhabiliter l'identité authentique de la personne. Ce dialecte, communément partagé, a permis également d'accéder à la grille d'interprétation que le patient et sa femme avaient par rapport à l'origine des troubles. Cette problématique du recours à l'interprète nécessite une analyse prudentielle pour éviter que la subjectivité de celui-ci n'interfère sur la compréhension de la situation. Le fait d'entrer dans l'univers de représentations et de croyances du patient est fondamental au soulagement de sa souffrance mais aussi permet d'accéder à des concepts inaccessibles et intraduisibles d'une langue à une autre.

Réconforté par son épouse, Monsieur B dit qu'il n'est pas normal que les gens qui ont demandé l'asile politique longtemps après lui, aient pu l'obtenir tandis que son dossier est toujours rejeté. Il y aurait une explication à cela qu'il n'a pas hésité à nous donner. Il exprime que, cette situation serait due à la réaction de ses ancêtres parce qu'il n'a pu assister aux obsèques de sa mère. Selon lui, en tant qu'aîné des enfants de sa mère, cette absence n'est pardonnable ni par les membres de sa famille ni par les ancêtres. Autrement dit, ce qui lui arrive est donc la conséquence d'un châtement. La souffrance morale objectivée par les médecins sous le diagnostic de la dépression et dont la sémiologie est : baisse d'estime de soi, incurabilité, sentiment d'inutilité qui le renvoyait à ce qu'il était dans son pays d'origine est vraisemblablement la conséquence d'une forte culpabilité pour n'avoir pas pu accomplir son

devoir. En conséquence, il se voit être exclu de sa communauté et victime des représailles de la part des ancêtres.

**Cette hypothèse étiopathogénique peut paraître non pertinente aux yeux des occidentaux car elle n'est pas rationnelle, alors qu'en Afrique elle est tout à fait justifiée car le destin de l'individu passe par le groupe.**

L'individu est pris en tant qu'entité plurielle dont sa structuration dépend également de l'importance qu'il accorde à sa culture et surtout à tout ce qui la constitue. Le respect du groupe et des valeurs ancestrales en est une des composantes.

## **1.2. Cas de Madame G**

Madame G, 57 ans, d'ethnie Tutsi du Rwanda, est une patiente en situation de migration qui nous a été envoyée par son médecin traitant. Ce dernier nous rapporte que la patiente est suivie pour des crises récurrentes d'ulcère d'estomac qui ne semblaient pas se stabiliser malgré de nombreux traitements.

L'examen clinique réalisé ne révèle ni indice en faveur d'une dégradation cognitive ni troubles psychiatriques mais plutôt des douleurs en haut du ventre récurrentes (région épigastrique) similaire à une crampe ou une sensation de faim, des nausées, des vomissements, des spasmes ou des difficultés de digestion. Le discours de la patiente est très élaboré témoignant d'un ancrage dans la réalité. On ne note aucun indice qui ferait penser à une conjugopathie. A première vue, les crises d'ulcère d'estomac motivant la demande, pouvaient revêtir un aspect presque banal d'après l'entourage de la patiente (son mari et ses enfants).

Au fur et à mesure des rencontres, nous avons convenu de mettre les mots sur la trajectoire migratoire de la patiente. Au départ, Madame G nous rapporte qu'elle vit bien sa migration, toute sa petite famille étant ici, elle ne voit pas en quoi cela pouvait avoir un rapport avec ses plaintes. Mais à la fin de chaque rencontre, elle nous demandait quand aurait lieu notre prochain rendez-vous. Elle ajoutait « je me sens revivre à chaque fois que je sors de votre cabinet ». On a dû déceler un vécu traumatique dû à la migration, exprimé par un sentiment de culpabilité de ne plus faire partie de la famille restée dans son pays d'origine, au Rwanda. Ce vécu s'exprimait également à travers des plaintes somatiques d'autant plus qu'il existe un lien inextricable entre la psyché et le soma.

Après plusieurs rencontres, nous avons abouti à la déduction selon laquelle Madame G présentait outre la plainte somatique « l'ulcère d'estomac » une dépression masquée qu'elle dissimulait par de nombreux aménagements défensifs d'ordre névrotique : banalisation, rationalisation, intellectualisation et humour. Cette déduction fut rendue possible grâce à la difficulté d'élaboration des deuils symboliques et matériels auxquels elle était confrontée. Étant réfugiée politique, Madame G et toute sa famille sont interdites de séjour au Rwanda alors que constamment elles reçoivent des nouvelles affreuses des décès des proches restés au pays. Madame G a évoqué les décès successifs de sa mère, de sa petite sœur et d'autres membres de sa famille.

Devant cette réalité, elle nous dit être « démembrée » puisqu'elle se voit être très distante de sa famille, et qu'elle ne participe plus aux funérailles. Cliniquement, Madame D culpabilise d'être loin de sa famille élargie, elle souffre de l'incertitude d'un retour tout en émettant le souhait d'être enterrée aux côtés des membres de sa famille. Ici, la plainte somatique « l'ulcère d'estomac » n'a été que la « caisse de résonance » d'une réalité psychique ponctuée de deuils non élaborés touchant alors la question identitaire. Toute thérapeutique qui ne prend pas en compte cette réalité serait vouée à l'échec.

## **2. Discussion**

Les personnes en situation de migration peuvent être sujettes à des angoisses dépressives (7). Ces angoisses dépressives sont déterminées par les expériences massives de perte de tout ce qu'ils ont laissé, avec la crainte de ne jamais pouvoir les récupérer. Ce qui nécessite un travail de deuil qui est souvent difficile à amorcer. A défaut de cela, on en arrive à des pathologies aiguës voire à des états psychotiques. Il arrive aussi que certaines personnes réagissent par une sur-adaptation maniaque. Elles s'identifient rapidement aux habitudes et modalités de fonctionnement des gens du nouveau pays et essayent d'oublier leurs habitudes, au nom d'un prétendu « réalisme ». Par contre, lorsque le sujet dispose d'une capacité d'élaboration suffisante, non seulement il surmontera la crise, mais en plus, cette crise prendra une qualité de « renaissance » ou « résilience » avec un accroissement de son potentiel créatif et un enrichissement de sa personnalité.

Pour Monsieur B et Madame G, les capacités et les supports d'étayage semblent très limités du fait que ces patients semblent ne plus être en phase avec leur famille, voire d'être à la marge de leur système de parenté et de filiation familiale. La famille doit être considérée ici comme un paramètre indispensable pour la compréhension de la dynamique interne et externe



de la maladie et de la douleur. En effet, en tant qu'objet psychique, cette notion appartient à une réalité autre que la représentation consciente que s'en donnent ses membres. A juste titre, on pourrait dire que la famille est à l'origine de trois types de fantasme :

- le fantasme de corps familial, prolongement narcissique du corps de ses membres, analogue au corps maternel que le bébé fantasme comme le prolongement de son propre corps (8);
- la notion de soi familial définie comme une formation narcissique soutenant l'identité familiale et le sentiment d'appartenance au groupe (9);
- l'appareil à penser commun décrit comme un appareil psychique familial (10) et qui tend à l'unification régressive et fusionnelle des psychés individuelles de ses membres (11).

Ainsi, la démarche visée par la psychologie interculturelle semble d'une utilité incontournable. L'intérêt d'une telle approche n'est ni d'identifier autrui en l'enfermant dans un réseau de significations ni d'établir une série de comparaisons sur la base d'une échelle ethno-centrée mais plutôt de mettre l'accent sur les rapports que le " je " (individuel ou collectif) entretient avec autrui (12). Dans cette occurrence, la culture est conçue comme un médiateur des éléments du contexte entrant en relation. Elle est l'ensemble des formes imaginaires / symboliques qui médiatisent les relations d'un sujet aux autres et à lui-même et, plus largement, au groupe et au contexte ; de même que, réciproquement, ce sont les formes imaginaires / symboliques qui médiatisent les relations du contexte, du groupe, des autres au sujet singulier (13). La culture est donc un système de sens qui se traduit à travers les valeurs, les normes, les interdits, les codes propres à chaque groupe.

**La culture étant considérée ici comme créatrice de sens, il n'existe pas de lien social qui ne soit interculturel.**

La rencontre interculturelle n'est donc pas une rencontre entre cultures mais bien une rencontre entre sujets porteurs de culture(s), chacun ayant son propre rapport à sa culture. Ces différentes occurrences consolident l'idée que pour le soignant ou plus généralement le professionnel de la santé, la démarche de décentration par rapport à sa culture devient le pilier d'une véritable attitude professionnelle et par là une exigence éthique dans ce qu'elle incarne en termes de respect du malade.

## **Conclusion**

Ces cas sont au carrefour d'un ensemble d'éléments qui suscitent une mise en révision perpétuelle de nos acquis dans la prise en charge de patients en général, et particulièrement ceux qui sont aux prises avec une double culture. Au surplus, ils nous laissent interpellés sur l'intérêt de faire cohabiter l'approche interculturelle avec d'autres approches dans une dynamique complémentariste et intégrative. Il s'agit de défendre ici l'idée d'une communauté des savoirs dans laquelle l'approche interculturelle aurait toute sa place, notamment dans un contexte des contacts des cultures, voire des dialogues des cultures, car il s'agit bien de cela.

L'optique que nous défendons de la clinique interculturelle n'est pas de faire du patient migrant un patient spécifique mais de le prendre dans sa spécificité identitaire. C'est de cette démarche que dépendra entr'autres l'alliance thérapeutique. Il s'agit de prendre en compte la double perspective « émique » et « étique », de la classification des maladies prenant en compte le point de vue local, qui s'exprime dans le vocabulaire et les concepts de la langue du patient, et celui de l'observateur ou du thérapeute extérieur à la culture du patient (14). Le sujet migrant est constamment confronté à un univers symbolique d'où il tire des grilles d'interprétation sur la question du normal et du pathologiques. Celles-ci interfèrent autant dans l'expression de la maladie que de la douleur. Le soignant devrait, avant toute démarche thérapeutique, chercher à comprendre le système de croyances, de rites et des mythes du patient afin de cerner la manière dont la maladie et la douleur sont signifiés et de trouver ensemble avec le patient les différents champs de possibles permettant de les soulager. Comme l'affirme Pewzner (15) : « le fait psychopathologique est porteur de sens à déchiffrer non seulement au niveau du sujet lui-même, mais dans un au-delà du sujet qui le fonde et le situe dans le registre mythico-symbolique où tout discours singulier s'enracine ».

## Références

1. Mary PC. La douleur. *Biofutur*. nov 1996;1996(161):15-23.
2. Galinski M, Adnet F. Prise en charge de la douleur aiguë en médecine d'urgence. *Réanimation*. nov 2007;16(7-8):652-9.
3. Laurent M. 4. Prise en charge de la douleur en oncologie: Le regard de l'infirmière douleur. In: *Soins de support en oncologie adulte* [Internet]. Dunod; 2018 [cité 13 mars 2021]. p. 73-86. Disponible sur: <https://cairn.info/soins-de-support-en-oncologie-adulte-2018--9782100776467-page-73.htm?ref=doi>
4. Angoulvant F, Redant S, Holvoet L, Millet B, Ferster A, Andreu-Gallien J. Prise en charge de la douleur des enfants drépanocytaires aux urgences : recommandations et état des lieux dans le Réseau Mère-Enfant de la francophonie. *Réanimation*. nov 2011;20(6):516-24.
5. Fainzang S. Pour une anthropologie de la maladie en France. Un regard africaniste. Éditions EHESS; 1989.
6. Moukouta CS. Maladie mentale: représentations, itinéraires thérapeutiques au Congo. Paari; 2004.
7. Grinberg L, Grinberg R. *Psychanalyse du migrant et de l'exilé* [Psychoanalysis of the Migrant and the Exile]. Lyon KLE. 1986;
8. Caillot J-P, Decherf G, Decobert S. *Psychanalyse du couple et de la famille*. A. PSY. G.; 1989.
9. Eiguer A. *La parenté fantasmatique: transfert et contre-transfert en thérapie familiale psychanalytique*. Bordas; 1987.
10. Ruffiot A. Le groupe-famille en analyse. *L'appareil psychique familial*. *Thérapie Fam Psychanal*. 1981;1-98.
11. Snakkers R. Anzieu D., *Le groupe et l'inconscient*. 2e éd., Dunod. 1981.: Anzieu D., Kaes R., Bejarano A., Missenard A., Pontalis JB *Le tra*. *Rev Belge Psychanal*. 1984;5:111-6.
12. Abdallah-Preteille M. Pédagogie interculturelle: bilan et perspectives. In: *L'interculturel en éducation et en sciences humaines*. Toulouse, France: Université de Toulouse-Le Mirail, Service des publications; 1985. p. 31.
13. Clanet C. *L'Interculturel en éducation et en sciences humaines: colloque national*, Toulouse, juin 85. Vol. 36. Toulouse, France: Université de Toulouse-Le Mirail, Service des publications; 1985.

14. Bonnet D. La taxinomie des malades en anthropologie: aperçu historique et critique. *Sci Soc Santé*. 1999;17(2):5-21.
15. Pewzner E. *L'homme coupable: la folie et la faute en Occident*. Odile Jacob; 1996.