

La « culture », entre alibi et volonté thérapeutique. Le traitement de la différence dans le choix des malades orientés vers une consultation pour migrants

Chantal Crenn



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/faceaface/549>

ISSN : 1298-0390

Éditeur

UMR 912 SE4S

Référence électronique

Chantal Crenn, « La « culture », entre alibi et volonté thérapeutique. Le traitement de la différence dans le choix des malades orientés vers une consultation pour migrants », *Face à face* [En ligne], 2 | 2000, mis en ligne le 01 juin 2000, consulté le 03 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/faceaface/549>

Ce document a été généré automatiquement le 3 mai 2019.

Tous droits réservés

La « culture », entre alibi et volonté thérapeutique. Le traitement de la différence dans le choix des malades orientés vers une consultation pour migrants

Chantal Crenn

- 1 Cet article s'appuie sur une recherche que nous avons menée à partir de l'observation (1998-1999) d'une association intitulée au départ « association de médecine interculturelle » puis « association de médecine transculturelle » installée dans un hôpital de santé publique proposant aux migrants d'exprimer leur souffrance. Après les débats houleux, au sein de l'association, autour des termes de culture et d'origine, que nous analyserons ici, le terme transculturel fut choisi à la place d'interculturel. Utilisé aujourd'hui par le médecin responsable de la consultation, il renvoie à la définition qu'en donne Georges Devereux où malades et soignants n'appartiennent pas à la même culture. Aujourd'hui, l'anthropologie y occupe donc une place de choix, non seulement dans un apport de connaissance sur la diversité des cultures mais également dans sa démarche même : se décentrer pour acquérir un autre regard sur les patients afin d'affiner la compréhension du sens de leur comportement et de leur maladie.
- 2 Choisir de s'interroger sur un sujet concernant « la médecine transculturelle » comporte un intérêt pour l'étude des relations interethniques et des hiérarchies sociales dans le cadre hospitalier puisque « l'autre » bénéficie d'un soin particulier du fait de la volonté des travailleurs sociaux, médecins, anthropologues, ou psychologues. De plus, le but de cette association pour « la médecine transculturelle » étant de permettre aux malades d'exprimer leur souffrance, elle souhaite favoriser du même coup leur meilleure « intégration » à la société d'immigration. La question de l'altérité dans une institution publique porteuse d'idéaux républicains (gratuité des soins, mêmes soins pour tous)

entraîne l'élargissement du sujet à des enjeux sociaux qui dépassent largement le cadre médical et nous permet de traiter ici la gestion hiérarchisée de la différenciation ethnique en France. Dans un premier temps nous traiterons du processus de différenciation et de hiérarchisation des malades par les travailleurs sociaux et les médecins (entre surdétermination, indifférence, admiration) puis nous évoquerons l'émergence de l'ethnicité dans la société française à partir de discussions entre soignants de l'association.

La prise en compte de la diversité culturelle des malades, ses enjeux, ses limites

- 3 Les critères utilisés par les travailleurs sociaux ou les médecins qui orientent les malades vers cette consultation pour les différencier relèvent de deux domaines souvent imbriqués : les premiers sont présentés comme physiques, mais plus rarement, et les seconds comme culturels. Les critères physiques, surtout la couleur de la peau, sont présentés par les personnes interviewées comme naturels et jamais l'idée que ces derniers puissent être une construction sociale de la réalité n'est évoquée. Madame G., assistante sociale dans un centre médicosocial à Pessac, reconnaît qu'elle établit une différence entre les femmes africaines qu'elle reçoit et les femmes portugaises : « avec les Africaines ou les maghrébines la différence est évidente. Elles n'ont pas la même couleur de peau, les cheveux sont crépus, leur manière de marcher est lente. Elles n'ont pas la même notion du temps que moi. La différence est visible, alors je sais qu'il faut que je fasse attention à ce que je dis. C'est pour ces raisons que je pense que des spécialistes de ces cultures peuvent aider ces femmes à résoudre leurs problèmes ». La culture est rapportée au biologique donc essentialisée. Ce procédé qui stipule l'enfermement ethnique des assistés sociaux justifie l'impossibilité de communiquer avec eux.
- 4 D'autres travailleurs sociaux, sans faire référence à l'aspect physique des personnes en difficulté, comme c'était le cas précédemment, attribuent tout de même la cause de leurs maux à « leur culture ». Les rendez-vous manqués, les démarches administratives non suivies, entraînent selon les travailleurs sociaux une aide sociale difficile. Madame T., assistante sociale à Talence, explique alors son impuissance face à ce qu'elle appelle la dépression de ses protégés. « Quand, un travail ou un stage se présente, c'est fréquent de n'avoir personne qui répond et quelques semaines après, ils réapparaissent mais c'est trop tard. Au bout du compte on découvre souvent qu'il y a eu incompréhension entre nous. Tout ceci aboutit en final à un état dépressif ». Certaines de ces femmes étrangères ou immigrées et le plus souvent en situation précaire ne perçoivent pas, en effet, l'utilité des exigences des travailleurs sociaux. A bout de souffle, certains travailleurs sociaux cherchent alors à prendre contact avec des ethnopsychiatres, afin, disent-ils de mieux aider leurs clients. Évalué du côté du psychique et de la culture, le problème que les travailleurs sociaux perçoivent nécessite, selon eux, des spécialistes de la culture de la personne assistée. On oscille ici entre la nécessité d'être à l'écoute de l'autre et le besoin d'avoir des « recettes culturelles ». Bien entendu, le risque est pour ces travailleurs d'être pris au piège de la catégorisation culturaliste même si les conditions économiques et sociales qui sous-tendent les pratiques dites déviantes sont connues. Les médecins n'échappent pas à ce dilemme. Ceux qui orientent leurs malades vers ce soin spécifique sont le plus souvent également en échec. Scanners, radio, traitement médicamenteux, opération chirurgicale ne parviennent pas à ôter la souffrance de leurs malades. Du coup,

c'est aussi du côté de la culture que le problème est évalué. La désignation par les termes, « africain » « maghrébin », par exemple s'associe à tout un ensemble de représentations, en particulier à celle de culture comme donnée essentialisée. Toutefois, les médecins, comme les travailleurs sociaux n'attribuent pas tous le même sens à la supposée appartenance culturelle de leurs malades. Certains s'élèvent contre ce genre de pratique. Selon eux, « la culture » de leurs patients ne constitue pas un obstacle à l'établissement d'une communication nécessaire à l'efficacité d'un soin ou d'un traitement médical. Ils estiment qu'au contraire il faut éviter un traitement à part de ces malades, car cela entraînerait le risque de les marginaliser davantage et que, de toutes façons, « leur médecine » n'avait plus à démontrer son universalité : ils refusent ce type de consultation. Mais la réalité est moins manichéenne et plus complexe, tant dans le milieu médical que celui du médico-social : l'enquête que nous avons menée montre un double régime de production fondé sur l'occultation et la surdétermination. En effet, ces deux éléments sont à la réflexion étroitement liés : la surdétermination par l'influence totale de la culture sur le comportement suppose une vision de l'étranger ou de l'immigré comme seul responsable de la maladie, vision de laquelle on dit se garder, en public, en mettant en œuvre des stratégies d'évitement dans le traitement du diagnostic ou de recueil des données. Par exemple des statistiques dites ethniques existent mais ne sont pas officiellement diffusées ¹. Ce soin spécifique, donné par ce médecin au sein de la consultation pour migrants ², est qualifié aussi de « pratique coloniale » ³ par ses collègues tout en suscitant leur intérêt.

- 5 On retrouve ici toute l'ambiguïté du modèle universaliste d'intégration républicain. Ce que cette attitude suppose c'est que le multiculturalisme (on pense au modèle canadien) est considéré comme incompatible avec le modèle français car droits individuels et droits collectifs sont antinomiques. Reconnaître l'incidence de la culture de l'autre dans un diagnostic, n'est-ce pas reconnaître dans la sphère publique l'existence d'autres cultures ? On décèle dans cette approche un dérapage puisque « le même soin pour tous » (correspondant à un droit politique d'égalité devant la maladie) renvoie à un contenu culturel spécifique (français) et pas seulement à un fait juridique et politique. Au sujet du lien entre migration et santé, en France, c'est la loi du silence qui prévaut. Gêne et embarras sont les ingrédients de ce débat non mené publiquement. Ainsi beaucoup de médecins semblent estimer, au nom de la citoyenneté, qu'il est risqué autant qu'inutile de s'interroger sur le lien entre maladies et migration, étant entendu qu'implicitement pour d'autres, cela ne pourrait que mettre en évidence une « surincidence » de pathologies parmi certaines populations étrangères ou immigrées (nous pensons au sida des Africains).
- 6 Si les critères culturels sont occultés ou au contraire utilisés tantôt comme explication des échecs de l'aide sociale traditionnelle ou pour montrer les limites de la biomédecine, tantôt au nom d'un idéal républicain, il existe encore une autre manière de les utiliser : l'admiration. La survalorisation de la culture de l'étranger ou de l'immigré (contre le modèle républicain) est surtout l'apanage des travailleurs sociaux désireux de « changer le monde occidental ». Cette revendication des particularismes s'inscrit aussi dans une critique très moderne de l'occidentalisation du monde. En France, il est clair qu'aujourd'hui une des réactions à la modernité prend pour contre-exemple positif, les pays du Tiers-monde (dans le domaine de la spiritualité, de l'art de vivre en harmonie avec la nature, etc.). Le risque est d'accepter d'emblée ce que l'on croit être l'attente de l'autre et finalement d'éviter l'échange. Comme le mettait en évidence Colette Guillaumin

(1972), la différenciation et la hiérarchisation en terme de culture ne se traduit pas qu'en terme d'hostilité ou de rejet mais aussi par l'admiration pour la culture de « l'autre ».

- 7 Dans tous ces cas de figure, on s'aperçoit que seule l'origine est prise en compte (soit pour la nier, soit pour l'encenser) et non les pratiques réelles de ces individus. Aussi, bien plus que la réalité anthropologique de l'état de santé psychique des immigrés, c'est la construction des catégories servant à l'appréhender qui pose question par les effets de désignations et les réductions de sens qu'elle opère. Ce qui constitue un barrage à la connaissance et au soin, c'est une conception exclusivement formulée dans le langage de la prédétermination, de l'essentialisation sans référence aux conditions sociales de la maladie. Au-delà de la réalité particulière des maladies psychiques, l'occultation de cette question dans le monde médical et social, invite à une réflexion sur les rapports qu'entretient la société française avec l'immigration ce que nous allons analyser par le biais des relations entre soignants de l'association.

L'émergence de l'ethnicité dans la société française

- 8 C'est un moment précis de l'histoire de l'association ⁴ que nous nous attacherons ici à décrire : l'impossible débat souhaité par le médecin et les anthropologues de l'association autour de la notion de culture dans le soin. Les membres de l'association sont à l'époque d'origines diverses : française, ivoirienne, sénégalaise, marocaine, camerounaise. Ils mettent en avant leur acceptation totale de l'étranger et se réfèrent sans cesse à la notion de culture d'origine de leurs patients dans leurs discussions et leurs diagnostics. Pour nombre d'entre eux (les psychologues surtout) la culture surdétermine le psychisme si bien qu'il leur apparaît légitime d'affirmer la nature culturelle de la maladie. D'ailleurs, les psychologues d'origine étrangère stipulent leur qualification à traiter les maladies de l'autre du fait de leur appartenance à cette même origine ethnique et ne perçoivent pas la nécessité de la présence d'anthropologues dans la consultation. Ce à quoi le médecin ⁵ rétorqua : « comment être certain que seule la culture entraîne la maladie ? Ne faut-il pas faire appel à d'autres dimensions sociale, historique ? ». Au regard de ces discussions on comprend que cette consultation n'a pas le même sens pour tous les membres de l'association. Comment en fonction des individus s'exerce le processus de différenciation et de hiérarchisation ? Quelle est la frontière entre l'identité et l'altérité en termes de rapports sociaux ?
- 9 Pour certains thérapeutes, la notion de « culture d'origine » des migrants ne mérite pas discussion. Il est évident qu'à ce sujet les malades sont bafoués dans la société française. Ces thérapeutes se posent alors, contre le médecin, en défenseurs des malades « une fois encore disent-ils reniés dans leurs origines ». Le médecin, seul responsable de la consultation aux yeux de l'institution hospitalière, symbolise dans ce cas la domination de la société d'immigration. L'identification de ces thérapeutes aux malades est évidente et s'établit contre une conception anti-différentialiste profondément ancrée dans la culture politique française. Nous l'avons vu, selon le modèle républicain, la société française fonctionnerait comme intégratrice de valeurs universelles (le discours récurrent en France, présente le modèle républicain français comme le repoussoir du modèle communautariste américain). Les différences sont par conséquent niées dans la sphère publique donc dans les institutions publiques. Contre cette position, le débat produit au sein de cette consultation pour la médecine transculturelle révèle « le choix de l'ethnicité » effectué par ces psychothérapeutes d'origine étrangère. Ils se posent en

leaders, pas seulement de leurs compatriotes mais de tous les étrangers. Il s'agit du leadership projectif : ce sont des individus issus de la migration mais dont l'influence dépasse le cadre local dans lequel ils sont nés (le pays d'origine ou le quartier. Peut-on dire que ces psychothérapeutes se posent en leaders ethniques dans la société française ? Sans entrer dans une approche théorique de la notion de leader ethnique, nous retiendrons cependant les apports de Hughes (1996). Tout d'abord c'est par le biais de leur profession, l'ethnopsychiatrie, qui leur attribue des rôles sociaux, c'est-à-dire, les rôles que les gens pensent que l'on attend d'eux, ou des rôles qu'on leur permet « de jouer sur la scène publique » que ces psychothérapeutes revendiquent leur position. Plusieurs faits poussent à penser que les psychothérapeutes interrogés seraient devenus des leaders ethniques. D'après Hughes (1996, 202) : « Un groupe ethnique n'est pas caractérisé par son degré de différence mesurable ou observable avec d'autres groupes. Au contraire, c'est un groupe ethnique parce que ceux qui lui appartiennent et ceux qui sont à l'extérieur le considèrent comme tel et parlent, sentent, et agissent comme s'il constituait un groupe distinct ». Cette approche semble utile pour comprendre la notion de leaders ethniques, parce que ceux-ci sont considérés effectivement comme tels par certains malades d'origine étrangère, par certains assistés sociaux de leur quartier (ils ont souvent une vie associative intense) mais aussi par les hommes politiques de la société d'immigration (par exemple, les élus du Conseil Régional d'Aquitaine). Du coup l'appartenance ethnique devient une caractéristique majeure, en ce qui concerne la détermination du statut social de ces psychothérapeutes et aurait tendance à prendre le pas sur d'autres caractéristiques. (Hughes, 1996 : 194). C'est en terme de rapports de pouvoir que l'appartenance ethnique est ici revendiquée par les psychothérapeutes. Pourtant une telle attitude très courante dans les rapports de domination (retournement du stigmat⁶), comporte le risque de tomber dans le piège de la catégorisation culturaliste qui conduit à cataloguer les patients dans des comportements culturels figés (ou même pire dans des identités culturelles figées). En souhaitant se poser en défenseur de ces populations défavorisées, puisque souvent c'est un sentiment d'injustice, de révolte, suscité par la discrimination sociale et culturelle subie par leurs parents, amis, malades qui est au coeur de leur militantisme, faute de choix professionnel véritable) ils prennent le risque de la box-ification mise en conserve) de la culture Massé, 1995 : 471) de leurs patients. Souvent, la médiation culturelle s'avère « un savoir-faire de la misère face à la discrimination subie » Costes, 1994 : 235). La transformation de rapports sociaux, par ces psychothérapeutes en relations uniquement culturelles, contribue à leur consolidation et leur reproduction. La radicalisation de leurs positions réification de la culture d'origine) aboutit à leur départ de l'hôpital puisqu'ils estiment n'être pas reconnus par le médecin comme spécialistes⁷ de « la culture des étrangers ». Il serait trop long ici d'énoncer en détail la position du médecin anthropologue, toutefois on peut dire qu'elle se résume ainsi : en position dominante, appartenant à l'hôpital, à la société majoritaire, les enjeux sociaux autour de la dimension ethnique de l'identité ne sont pas, pour le médecin, les mêmes que pour les thérapeutes d'origine étrangère. De plus sa formation en anthropologie lui donne une approche complexifiée des phénomènes identitaires, une conscience aigüe de ses propres modèles de pensée et de sa pratique. Selon lui, seule la présence de l'anthropologie dans la consultation pour décoder le cadre et le contenant du désordre (Moro, 1998 : 4) et la recherche fondamentale lui permettront d'apporter une aide efficace. La question de l'altérité n'est pas, selon lui, séparée de la dimension sociale. D'autre part, l'universalisme dont il se fait le porte parole revendique

le détour par le particulier, position médiane qui nécessite sans cesse vigilance et précautions dans la société française républicaine.

- 10 En conclusion, on s'est aperçu que la culture utilisée ici comme alibi par certains travailleurs sociaux, médecins, psychothérapeutes, ne permet pas d'accéder à elle seule aux fondements de la maladie. Tous les éléments entrant en jeu dans une situation de soins doivent être pris en compte. Au regard de cette enquête, on s'aperçoit que cette consultation, et la santé publique en général, tirera profit d'une connaissance de la culture de « l'autre », mais dans la seule mesure où les déterminants culturels seront analysés à travers les interrelations entre les divers facteurs sociaux, politiques, économiques et culturels de la société d'immigration.

BIBLIOGRAPHIE

- Costes, L., « La dimension 'ethnique'. Une explication du comportement économique des migrants », *Revue Française de Sociologie*, XXXV, 1994, pp. 231-249.
- Fassin, D., « Les politiques de l'ethnopsychiatrie : des colonies africaines aux banlieues parisiennes », *L'Homme*, 153, 2000, pp. 231-250.
- Guillaumin, C., *Sexe, Race et pratique du pouvoir, l'idée de nature*, Paris, Côté-femmes, 1972.
- Hugues, E.C., *Le regard sociologique*, Textes rassemblés et présentés par J.M. Chapoulie, Paris, Ed. de l'E.H.E.S.S., 1996, pp. 72-202.
- Massé, R., *Culture et santé publique, les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 1995.
- Moro, M.R., *Psycho-thérapie transculturelle des enfants de migrants*, Paris, Dunod, 1998.
- Sayad, A., « Le mode de génération des générations immigrés », *Migrants et Formation*, n° 98, 1994, pp. 10-36.

NOTES

1. C'est au cours de discussion informelle que nous avons appris que les médecins rencontrés possédaient des données « ethniques » concernant l'état de santé psychique et physique des malades. Nous avons retrouvé le même type de données chez les travailleurs sociaux qui utilisent les données « ethniques » produites par l'office HLM.
2. La consultation est subventionnée par le Conseil Général, Régional, le FAS, et existe à titre associatif ; la responsable de la consultation n'est payée que comme vacataire. D'autre part, cette association occupe une place tout fait révélatrice de la conception médicale de l'immigration entre médecine tropicale et médecine de précarité.
3. Propos rapportés par le médecin responsable de la consultation, lors d'une présentation de son travail à une assemblée de médecins.
4. Cette association vivait, au moment de notre introduction par le médecin (1998), une période houleuse quant à la place de l'anthropologie au sein des consultations et donc par dérivation un

conflit autour des notions de culture et d'origine. Il va sans dire que notre présence (d'observateur anthropologue) n'a fait qu'envenimer la situation.

5. Pour le médecin la notion de culture nécessite un travail de réflexion pour améliorer la thérapie.

6. « Technique bien connue de tous les dominés et relativement courante en situation de domination. La sociologie noire américaine, la sociologie coloniale enseignent, qu'en règle générale, une des formes de révolte et sans doute la première révolte contre la stigmatisation (...) consiste à revendiquer publiquement le stigmate qui est ainsi constitué en emblème, revendication qui s'achève par l'institutionnalisation du groupe qui devient alors inséparable du stigmate qui lui est attaché et par lequel il est identifié, et aussi des effets économiques et sociaux de la stigmatisation ». (SAYAD, A, 1994 : 12)

7. Par exemple, l'un d'entre eux se présentait sur la plaquette de l'association comme psychothérapeute et ethnologue sans jamais avoir suivi un seul enseignement d'ethnologie.

AUTEUR

CHANTAL CRENN

Anthropologue