



DIPLÔME INTER-UNIVERSITAIRE
SANTÉ
SOCIÉTÉ
MIGRATION

INTERCULTURALITÉ EN MÉDECINE GÉNÉRALE :
Quand les différences culturelles s’immiscent
dans la relation de soins.

Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration »

Rédigé sous la direction de Yannis GANSEL

MARGOT Emilie

Année 2020-2021

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p.3
I- MON PARCOURS PROFESSIONNEL	p.5
II- VIGNETTE CLINIQUE : DEUX VISIONS DE LA MALADIE	p.6
III- COMMENT ABORDER L'INTERCULTURALITÉ EN MÉDECINE GÉNÉRALE ?	p.8
1.La culture : une définition complexe et multiple	p.8
2.S'intéresser à la culture de l'autre, pour mieux appréhender la nôtre	p.9
3.Se décentrer par rapport à notre culture	p.10
IV- LES PIÈGES D'UNE MÉDECINE EXCESSIVEMENT CULTURALISTE	p.12
1.Comprendre ce que sont les stéréotypes et les préjugés	p.12
2.Comment limiter les préjugés au sein de la consultation de médecine générale ?	p.13
3.Réduire les gens à leur culture : ignorer la singularité du patient	p.14
V- VERS UNE MÉDECINE UNIFORMISÉE, NÉGLIGEANT LES DIFFÉRENCES CULTURELLES ?	p.16
1.Exclure le pluralisme médical, ignorer les itinéraires thérapeutiques des patients	p.16
2.Négliger les différents systèmes de soins auxquels se réfèrent les patients.	p.17
CONCLUSION	p.20
BIBLIOGRAPHIE	p.22

INTRODUCTION

L'interculturalité en médecine générale... Un carrefour entre la culture et le soin, entre l'anthropologie et la médecine.

Depuis les années 80, la notion d'interculturalité est apparue en Europe. Elle se définit comme « un mode particulier d'interactions et d'interrelations qui se produisent lorsque des cultures différentes entrent en contact, ainsi que l'ensemble des changements et des transformations qui en résultent ». Elle fait d'abord référence à « une relation entre deux individus qui ont intériorisé dans leur subjectivité une culture, unique à chaque fois, en fonction de leur âge, sexe, statut social et trajectoire personnelle ».

Dans le domaine de la santé, on voit se développer l'ethnopsychiatrie (avec les travaux de Georges DEVEREUX et Tobie NATHAN) qui s'intéresse aux désordres psychiques en rapport avec leur contexte culturel ainsi qu'aux systèmes culturels d'interprétation et de traitement de la maladie. En France, Marie-Rose MORO, pédopsychiatre, crée la première consultation transculturelle à Paris, pour les enfants de migrants et leurs familles, puis d'autres consultations verront le jour comme à Bordeaux, Genève...

Cette approche transculturelle, bien développée dans le champ de la santé mentale, est peu abordée dans les autres champs de la santé.. Quelques articles ou référentiels existent mais ils concernent essentiellement les pratiques hospitalières(1,2). Pourtant, le médecin généraliste, du fait de son statut de médecin de premier recours, interagit régulièrement avec des patients de culture différente.

En effet, la WONCA Europe, société européenne de médecine générale-médecine de famille, définit la médecine générale comme : « le premier contact avec le système de soins permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe ou de tout autre caractéristique de la personne (...) elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires (...) les médecins généralistes-médecins de famille intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle ».(3)

Cette démarche holistique nécessite donc d'intégrer la culture de nos patients à nos pratiques. Pourtant, nous ne connaissons pas forcément cette culture : ses valeurs, ses représentations, ses croyances, ses tabous... Survient alors parfois une incompréhension mutuelle entre le médecin et son patient, pouvant conduire à une impasse thérapeutique voire un abandon des soins...

Par exemple, un patient confronté à un diagnostic ou un traitement qu'il ne comprend pas, ou à un soignant dont les questions ou l'examen clinique vont à l'encontre de sa culture, peut se sentir agressé, incompris, rejeté... et ne plus consulter. Chez les patients migrants, cette vulnérabilité accroît encore plus les inégalités d'accès aux soins et donc la précarité globale de ces personnes.

Le médecin généraliste, en tant que médecin de soins primaires, s'occupe de patients d'horizons très variés. Afin de les soigner efficacement, il est primordial qu'il ait des compétences transculturelles.

Cependant, la culture d'origine ne peut pas être utilisée comme explication à tous les comportements des patients dans la relation de soin. Beaucoup de soignants pensent en effet que les conduites des patients en matière de santé sont très fortement influencées par leur culture : ainsi, une origine culturelle commune engendrerait un comportement identique des patients avec les soignants. Ce supposé déterminisme culturel médical est à l'origine de stéréotypes, comme par exemple le « syndrome méditerranéen » ¹

Alors, comment intégrer les différences culturelles en pratique de soins en médecine générale, sans basculer dans les stéréotypes ni les particularismes culturels trop marqués?

Dans ce mémoire, je vais aborder le contexte de mon exercice professionnel, ce qui m'a motivé à suivre l'enseignement du DIU et à choisir ce thème pour mémoire. J'évoquerais ensuite quelques principes de l'interculturalité, en particulier en médecine générale. Enfin, j'évoquerais la place complexe de la culture dans les soins primaires, entre le « trop » et le « pas assez ».

¹ théorie selon laquelle les personnes originaires du Maghreb et des pays arabes ont tendance à exagérer leurs symptômes et leurs douleurs, conduisant souvent à une prise en charge médicale insuffisante.

I- MON PARCOURS PROFESSIONNEL

Avant d'être médecin libéral, j'ai exercé pendant 3 ans comme médecin de PMI² à Rive de Gier (Loire), dans des quartiers populaires, avec une forte proportion de personnes issues de l'immigration et une précarité importante. C'est au cours de cette expérience que j'ai ressenti peu à peu une certaine frustration dans mon exercice. En effet, il m'arrivait d'être en difficulté pour soigner certains patients car il existait une incompréhension mutuelle concernant la maladie, le traitement proposé, ou des actions de prévention.

Pourquoi cette maman albanaise ne s'inquiète pas comme moi de l'état déplorable de la dentition de ses enfants ? Comment expliquer l'intérêt de faire un suivi médical de la grossesse à cette patiente enceinte d'origine camerounaise ? Et ces traces de henné sur la peau des bébés, qui les a faites ? En plus, cela me gêne pour observer une éruption cutanée...

Je me suis alors questionnée sur les origines de cette incompréhension et j'ai réalisé que nos représentations de la santé et de la maladie différaient : dans un élan ethnocentrique, j'avais jusqu'ici considéré que la médecine occidentale³ était l'unique moyen de se soigner efficacement et que les gens y ayant recours le faisaient de manière exclusive, approuvant ses principes et représentations, en toute confiance.

Déstabilisée, j'ai peu à peu compris que je ne devais pas considérer ces différences culturelles comme des obstacles dans la relation de soins : plutôt que d'« aller contre » ces représentations, je devais « faire avec »...

Oui mais comment ? Et jusqu'à quel point ? Comment concilier les deux ?

Actuellement, je suis médecin généraliste, installée depuis 7 ans dans un village rural de la Loire, près de St Etienne. Ma patientèle est variée : elle se compose de personnes de tous les âges, de niveaux socio-économiques variés (agriculteurs, ouvriers, enseignants, cadres, sans emploi), de « néo-ruraux » mais aussi de personnes installées depuis plusieurs générations. Toutefois, j'ai peu de personnes migrantes dans ma patientèle. J'envisage de compléter mon exercice libéral par une activité en PMI ou en PASS⁴.

² Protection Maternelle et Infantile

³ terme que j'utiliserais dans ce mémoire pour désigner la médecine conventionnelle, la biomédecine validée scientifiquement

⁴ Permanence d'Accès aux Soins de Santé

II- VIGNETTE CLINIQUE : DEUX VISIONS DE LA MALADIE

Je vais évoquer une situation clinique que j'ai rencontrée à mon cabinet à l'automne 2020. Je rencontre Mme B, 46 ans, d'origine malgache, arrivée en France il y a 20 ans. Avec son mari et sa fille de 13 ans, ils viennent d'arriver dans le village. Elle est très inquiète pour son époux qui a de grosses difficultés à marcher suite à un traumatisme du talon il y a 2 mois. Je consulte Mr B. à domicile: son état est effectivement préoccupant, puisque je suspecte une ostéite (infection profonde de l'os) qui, si elle n'est pas traitée rapidement, peut conduire à une septicémie, une amputation voir le décès...

Alors que je propose une hospitalisation pour réaliser des examens et des soins rapides, Mme B. refuse : elle n'est pas convaincue par mon diagnostic "*Je ne crois pas que ce soit cela, docteur*". Elle accepte cependant de faire quelques examens, en dehors de l'hôpital.

Au fil des semaines, l'état de Mr B. s'aggrave: il devient de plus en plus grabataire, ayant besoin d'aide pour se laver, manger et se déplacer. Je tente de persuader à nouveau le couple de la nécessité d'une hospitalisation pour trouver la cause des symptômes de Mr B. Son épouse m'oppose un nouveau refus: elle ne croit pas qu'il y ait une infection; d'ailleurs, les examens réalisés sont normaux, son mari va certainement récupérer et marcher à nouveau. Elle évoque même une possible cause maléfique: certains personnes de son entourage proche, y compris elle, ont déjà présentés des symptômes rebelles aux traitements médicaux classiques, qui ont disparus suite à l'application répétée d'eau bénite. Elle aimerait d'ailleurs avoir mon avis (mon accord ?) sur cette pratique. Mal à l'aise, j'essaie une nouvelle fois de la persuader d'emmener son mari à l'hôpital mais elle s'emporte : elle sait que son mari va guérir, car elle s'en occupe bien. Elle m'apprend alors que ses parents sont infirmiers à Madagascar et que dans leur village, ils sont des personnes importantes: "*tout le monde vient les voir et à la maison, ils soignent, ils font les pansements, ils aident les gens. Alors moi aussi j'ai un peu appris à soigner les gens, je sais faire*".

Suite à cela, je n'aurais plus de nouvelles d'eux.

Au cours de cette situation, je me suis sentie en difficulté car j'ai cru que Mme B. n'avait pas conscience de la gravité de l'état de santé de son mari. J'ai essayé à tout prix de la convaincre, en réitérant avec insistance mon diagnostic et mes conseils de prise en charge. Je n'ai pas prêté attention à ses représentations ni à son vécu de la maladie, à la place qu'elle occupait auprès de lui (sa légitimité en tant qu'épouse « qui sait soigner »). Je me suis alors retrouvée en opposition avec elle, dans un rapport de force ayant abouti à une rupture de soins.

De plus, quand elle a évoqué la sorcellerie, j'ai immédiatement pensé à une idée farfelue en lien avec ses origines malgaches. Je me suis sentie menacée parce que je n'avais pas de connaissances dans ce domaine et je craignais que Mme B. rejette « ma » médecine pour appliquer la « sienne ». Inconsciemment, je pense qu'à partir de ce moment là, j'ai modifié mon attitude envers elle : au départ, j'ai supposé que nous avions le même « langage scientifique », la même vision de la maladie et du traitement, d'autant qu'elle appartenait à une famille de soignants. Lorsqu'elle a évoqué la sorcellerie, j'ai alors imaginé que ses compétences en matières de soins n'étaient pas fiables et qu'elle était plus « ignorante » que je ne l'imaginais.

Cette situation clinique est venue réveiller les questionnements sur ma pratique, que j'avais eu lorsque j'exerçais en PMI. Les enseignements du DIU m'ont apportés certaines réponses et je vais développer maintenant mes réflexions sur l'importance de l'approche transculturelle dans les soins en médecine générale et quelles peuvent être ses limites.

III- COMMENT ABORDER L'INTERCULTURALITÉ EN MÉDECINE GÉNÉRALE ?

1.La culture : une définition complexe et multiple

Tout d'abord, avant de parler d'interculturalité, il est important de s'intéresser à la culture et à sa définition. Malgré l'intérêt qu'elle suscite en particulier dans les sciences humaines depuis plusieurs siècles, la culture est une notion difficile à définir, tant ce concept est vaste.

Edward Tylor, anthropologue du 19^{ème} siècle, la définit comme un « ensemble complexe incluant les savoirs, les croyances, les arts, la morale, les lois, les coutumes, ainsi que les autres capacités et habitudes acquises par l'Homme en tant que membre d'une société »(4). La culture est donc quelque-chose d'acquis : c'est l'ensemble des transformations par l'homme de la nature. De plus, il est communément admis que la culture est un élément universel : il n'existe pas d'homme sans culture, c'est cela qui fonde son humanité, sa singularité et son universalité de même que le langage et le fonctionnement psychique (5).

La culture remplit plusieurs fonctions : collectivement, elle permet d'identifier les membres d'une société à travers leurs manières de penser, de vivre, qui leur sont communes et qui leur confère une identité collective. Individuellement, elle donne une cohérence à nos conduites, en nous conférant une personnalité de base constituée par l'ensemble des éléments culturels qui vont façonner les traits de personnalité de chacun (6).

Selon Marie-Rose Moro et Thierry Baubet, elle « met à disposition de l'individu une grille de lecture du monde qui lui permet d'anticiper le sens de ce qui peut survenir et donc de maîtriser la violence de l'imprévu » (5).

La culture d'origine est souvent considérée comme une réalité figée : une sorte de bagage immuable, fixe, acquis dans l'enfance et superposable entre personnes de même origine. Or cette vision est erronée, il s'agit en fait d'un ensemble dynamique de représentations en continuelle transformation, la culture d'un individu évoluant sans cesse.

Dans ce mémoire, sauf mention contraire, le terme de culture ou culture d'origine renvoie à la culture d'un groupe ethnique ou d'une origine géographique spécifique. Il ne se réfère pas à une condition sociale, une profession ou un art (par exemple, la culture ouvrière, la culture médicale, la culture pop...)

2.S'intéresser à la culture de l'autre pour mieux appréhender la notre

Chaque individu a donc sa propre culture. Dans le colloque singulier qu'est la relation médecin malade, le médecin généraliste va donc être face à la culture de son patient, plus ou moins éloignée de la sienne. En effet, le rapport au corps, la manière de percevoir la maladie ou un symptôme, les représentations de ce que sont la bonne santé et la médecine, sont des éléments intériorisés par l'individu et hérités socialement(7). Ainsi la façon de verbaliser un symptôme, de localiser la souffrance ou même de somatiser, est en partie déterminée par la socialisation et donc par la culture du patient(8).

Il faut alors savoir s'intéresser aux particularités de la culture de l'autre sans être trop intrusif. Au cours du suivi médical, il sera intéressant de le questionner « dans votre pays, comment soigne t'on ceci ? », « y a t'il des traditions particulières pour préparer la naissance de votre enfant ? », « quel nom donne t'on à cette maladie ? » ...

Il ne s'agit pas bien entendu de faire un catalogue des traditions pour chaque culture d'origine rencontrée dans notre patientèle, ni de s'intéresser de manière exagérée à tous les détails culturels la concernant. Mais certaines situations sont propices à ce genre de questionnement : la grossesse, la naissance d'un enfant, la maladie grave, la mort, mais aussi les situations où l'on perçoit un désaccord avec les soins proposés.

Mais s'intéresser à la culture de l'autre signifie également réfléchir à nos propres représentations sociales et culturelles, et ainsi prendre conscience de nos propres modes de fonctionnement et de réaction face à la maladie, la douleur ou la mort. « Être au clair sur sa propre spiritualité, sa culture et ses valeurs, permet de comprendre ses réactions dans la communication avec le patient et peut désamorcer des situations de malaise » (9)

Cela semble évident : si la culture du patient influence les soins, celle du médecin également... Pourtant, certains auteurs estiment qu'au cours des études médicales, la culture est abordée comme une dimension qui concerne exclusivement les patients(10). Il s'agit de la « culture de non culture » au sein du corps médical définie par Janelle Taylor, anthropologue : elle estime que les médecins forment une communauté unie par une conviction commune, à savoir que les convictions qu'ils partagent n'ont rien de culturel, elles ne sont rien moins que d'imparables vérités premières(11).

Finalement, le premier pas est d'avoir conscience de l'influence de nos représentations culturelles sur notre manière de soigner. Le deuxième pas sera alors de savoir les mettre de côté pour accueillir celles de nos patients.

3. Se décentrer par rapport à notre culture

Cette notion de décentrage culturel renvoie à notre capacité à prendre en considération un autre champ culturel que le nôtre, afin de rentrer dans la logique de l'autre.

La finalité de ce processus de décentrage est de pouvoir réduire la distance entre soignant et soigné, de pouvoir mieux comprendre le patient. Cette empathie du médecin pour le patient améliore la collaboration dans la relation de soin.

Se décentrer ne signifie pas adopter le point de vue de l'autre, mais seulement essayer de voir les choses à travers son prisme culturel, suspendre notre propre vision du monde pour adopter un autre regard.

Ce processus, qui peut paraître évident quand on l'énonce, est pourtant un travail qui se construit petit à petit, au fil des années d'expérience. D'une part, il nous force à dépasser notre continuel ethnocentrisme, qui nous pousse à « voir le monde et sa diversité à travers le prisme privilégié (...) des idées (...) de notre communauté d'origine, sans regards critiques sur celle-ci » (12). Cela demande un effort cognitif constant, pour mettre de côté nos propres représentations, parfois profondément enracinées, tout particulièrement quand elles concernent des éléments fondamentaux comme la famille, la vie, la mort, le rapport à notre corps.

D'autre part, le décentrage culturel peut demander un effort considérable quand les représentations du patient sont très éloignées des nôtres et entrent en conflit avec nos valeurs (par exemple, la polygamie ou les mutilations sexuelles).

Enfin pour les médecins, ce décentrage peut être ressenti comme une critique de leur pratique et de leur vision des soins : en effet, mettre de côté ses représentations scientifiques, sa conception des maladies et du corps, imaginer une autre approche de la santé et des soins peut représenter une sorte de remise en cause de leurs savoirs, pas toujours facile à accepter...

Au cours de mon exercice en PMI, j'avais souvent l'impression de ne pas être prise au sérieux par des patients qui m'exposaient leur conception de leur maladie (sa cause, son évolution, ...). J'imaginai qu'ils doutaient de mes compétences et de mon savoir. La situation s'est reproduite avec Mme B. : je me suis sentie remise en question, ce qui m'a assez agacée... Grâce au

DIU et au travail sur ce mémoire, j'essaie désormais d'analyser ma pratique pour adopter une position plus ouverte : j'ai compris qu'au lieu de rejeter leur point de vue, je devais accepter cette différence, l'écouter et l'intégrer dans la démarche thérapeutique.

IV- LES PIÈGES D'UNE MÉDECINE EXCESSIVEMENT CULTURALISTE

L'interculturalité en médecine générale semble indispensable pour une relation de confiance et une meilleure coopération avec les patients de culture différente. Cependant, il faut se méfier d'un comportement trop culturaliste, basé sur des stéréotypes culturels et des préjugés, qui pourrait être contre-productif et entraver la relation de soins.

1. Comprendre ce que sont les stéréotypes et les préjugés

La rencontre avec d'autres cultures nous amène bien souvent à nous interroger sur nous même, sur notre identité et notre rapport à l'altérité. C'est dans notre rapport avec l'Autre que nous pouvons construire notre propre identité. En effet, l'Autre, c'est celui qui n'est pas nous, qui est différent de nous et c'est ainsi que nous posons les limites de notre propre identité.

Se forment alors deux groupes : Nous et Eux. Par des mécanismes de contraste (accentuation des différences entre catégories) et d'assimilation (accentuation des ressemblances au sein d'un groupe) peuvent émerger des stéréotypes, c'est à dire des croyances partagées concernant les caractéristiques personnelles d'un groupe de personnes⁵. Ainsi, les femmes n'auraient pas le sens de l'orientation, les personnes noires seraient douées en sport, les adolescents rebelles et les femmes blondes stupides... Ces croyances collectives peuvent ensuite se transformer en croyances personnelles et engendrer des préjugés.

Un préjugé est une opinion ou une attitude a priori qu'on se fait sur quelqu'un ou quelque-chose. Il nous conduit à évaluer une personne sans la connaître, en fondant notre jugement uniquement sur le groupe social auquel elle appartient. Les préjugés sont souvent destinés à se défendre face à une menace perçue pour notre groupe d'appartenance : ils sont à l'origine de sentiments hostiles et d'évaluations négatives(13). Ils ciblent le plus souvent les groupes dont les conduites sont considérées comme déviantes par rapport aux normes majoritaires (par exemple, les toxicomanes, les LGBTQ+, les étrangers...)

Les préjugés se composent :

- d'une dimension cognitive : ce sont les stéréotypes
- d'une dimension affective : formée des émotions qui interviennent dans la relation avec le groupe cible des préjugés

⁵ Jacques-Philippe LEYENS

- d'une dimension conative : correspondant à la motivation à discriminer

Quand les préjugés se traduisent dans les comportements verbaux et non verbaux des individus, ils créent de la discrimination, les personnes ciblées par les préjugés sont alors traitées de manière inégale en fonction de leur groupe d'appartenance.

2. Comment limiter les préjugés au sein de la consultation de médecine générale ?

Puisque notre construction identitaire passe par la catégorisation entre Eux et Nous, tous les individus produisent, plus ou moins, des stéréotypes culturels et des préjugés. C'est un phénomène ubiquitaire. Ceux-ci n'épargnent pas les soignants.

Les médecins généralistes doivent prendre conscience de ce phénomène dans leur pratique, savoir identifier leurs propres stéréotypes et empêcher qu'ils n'interfèrent dans leur relation avec les patients. Mais concrètement, quels outils ont-ils ?

Des médecins responsables d'un centre de santé pour migrants à Genève ont proposé d'analyser les facteurs qui poussent les médecins à produire des stéréotypes sur leurs patients (14) :

- le manque de temps
- les difficultés de communication
- le ressenti physique de la différence (couleur de peau, langage, odeur...)
- le manque de connaissances de la culture du patient, au sens large
- l'absence de liens, d'expérience personnelle avec une autre culture (voyage, connaissances, proches...)

A partir de là, ils ont émis des recommandations pratiques pour les médecins généralistes afin d'éviter de formuler ainsi des préjugés :

- se donner du temps
- clarifier sa langue maternelle et ses origines culturelles dès les premières consultations
- poser des questions ouvertes au patient concernant sa culture, même si on croit la connaître
- évoquer les rituels liés à la culture du patient en cas de maladie et d'événements particuliers de vie (grossesse, accouchement, décès), aider dans la mesure du possible le patient à les pratiquer sans porter de jugement de valeur.

3. Réduire les gens à leur culture : ignorer la singularité du patient

Zahia KESSAR, socio-anthropologue, nous met en garde : « la réponse culturaliste qui propose une lecture des comportements commune à toutes les personnes d'une même culture, comporte toujours le risque de passer à côté de la singularité du patient, dans une interprétation à priori, qui l'enferme dans une image réduite de sa culture »(15).

En effet, sous-entendre que chaque individu puisse être défini uniquement par son groupe d'appartenance culturelle est erroné puisque nous avons vu précédemment que la culture est un concept dynamique, en perpétuelle évolution. Chaque individu a donc une culture unique, construite en fonction de son environnement, de son entourage, de ses interactions sociales, de sa personnalité. Une langue ou une religion commune ne suffisent pas à étiqueter des patients comme appartenant à la même culture.

De plus, associer de manière systématique une caractéristique culturelle à un groupe afin d'expliquer des comportements individuels par des facteurs culturels en occultant d'autres facteurs notamment socio-économiques, crée une prise en charge discriminatoire. On aboutit alors à une action systématisée de type :

appartenance communautaire → caractéristique attribuée → conduite professionnelle spécifique

Le travail de thèse d'Estelle CARDE sur l'accès aux soins dans l'Ouest guyanais (16) évoque cet aspect particulièrement présent en Guyane du fait d'une multiculturalité importante (Haïtiens, Amérindiens, Brésiliens, Créoles, Hmong...). Elle décrit le cas de patients d'origine guyanienne⁶ : ceux-ci ne prendraient pas correctement leurs traitements antirétroviraux contre le VIH. Ce comportement est attribué par les soignants à un trait culturel, responsable d'un laxisme dans leur suivi médical de la part de ces patients. Dès lors, certains médecins refusent de leur proposer ces traitements.

Cet exemple illustre bien les dangers d'un culturalisme trop marqué.

Tout d'abord, on entend souvent que la culture d'origine détermine de manière prédominante les conduites des malades en matière de santé. Cette approche réductrice tente de gommer l'importance du rôle des déterminants sociaux (comme le logement, la précarité de l'emploi, mais aussi l'âge, la situation matrimoniale, la régularité du séjour...), qui ont souvent une influence bien supérieure sur ces conduites. Pour revenir à l'exemple précédent, les patients guyaniens vivent souvent dans des logements très précaires, éloignés des centres médicaux et ont

⁶ originaire du Guyana

recours à la prostitution pour survivre. Ces conditions expliquent beaucoup plus certainement l'irrégularité du suivi médical de ces personnes que leur appartenance ethnique. Ne pas prendre en compte les spécificités socio-économiques de ces patients aboutit à une discrimination encore plus importante⁷.

Ensuite, donner des explications « culturelles » à des comportements individuels évite ainsi aux soignants une remise en question de leurs propres pratiques. Il est beaucoup plus confortable de s'appuyer sur ce « déterminisme culturel » que de chercher à modifier ses comportements ou sa prise en charge : ce n'est pas moi mais l'autre et sa culture qui posent problème dans la relation de soin.

D'une manière plus générale, on a tendance à faire de la culture d'origine une « valise » où peuvent se ranger toutes les incompréhensions des institutions médico-sociales (17). Doris BONNET, anthropologue, nous prévient d'ailleurs : « les différences culturelles (...) ne doivent pas faire écran à des problèmes d'ordre structurel ou politique. Ils ne doivent pas nous faire croire que les individus, (...), ne peuvent pas avoir accès au discours scientifique d'un point de vue cognitif ou intellectuel.»

Autrement dit, l'approche culturaliste dans les soins doit donc souvent être nuancée, et permettre aux soignants d'analyser régulièrement leurs propres stéréotypes et préjugés. La prise en compte des critères culturels ne doit pas être un facteur de discrimination, mais doit seulement permettre à tous les patients d'accéder à des soins adaptés à leurs besoins et leurs spécificités.

⁷ Attention, même des préjugés « favorables » peuvent desservir les patients : toujours en Guyane, les Hmong sont réputés moins à risque de séropositivité, car aux pratiques sexuelles plus encadrées; de ce fait, ils bénéficient moins de test de dépistage du VIH.

V- VERS UNE MÉDECINE UNIFORMISÉE, NÉGLIGEANT LES DIFFÉRENCES CULTURELLES ?

1. Exclure le pluralisme médical, ignorer les itinéraires thérapeutiques des patients

Le pluralisme médical correspond à l'ensemble des recours thérapeutiques des patients. Dans le module « Les effets de la migration sur la psychopathologie », Valérie ROUSSELON, pédopsychiatre, nous a rappelé l'importance d'accepter et de respecter ce pluralisme, afin de limiter les échecs dans la relation de soins.

Accepter le pluralisme médical ne signifie pas forcément adhérer à ces autres recours, mais simplement permettre qu'ils soient exprimés, et non cachés.

L'adhésion des patients à des représentations traditionnelles ou culturelles de la maladie ne doit pas être perçue par les médecins ni comme un obstacle à la compréhension du discours scientifique, ni comme une entrave à l'établissement d'une alliance thérapeutique solide(18). Il peut y avoir divergence entre les modèles des patients et des médecins sans qu'il y ait concurrence(19).

La cohabitation des pratiques de soins est possible, c'est ainsi que se construisent les itinéraires thérapeutiques des patients. Ceux-ci ne sont pas linéaires, ils sont faits de va-et-vient entre différentes options thérapeutiques (médecine biomédicale, médecine traditionnelle, rites religieux...). Prendre en compte ces itinéraires thérapeutiques et ne pas les condamner, c'est aussi favoriser la coopération soignant – soigné.

Lors de mes rencontres avec Mme B., je n'ai pas écouté son souhait d'avoir recours à de l'eau bénite ou un prêtre pour soigner son mari. Elle aurait ainsi pu participer aux choix thérapeutiques, être moins passive et en retour, nous aurions pu échanger sur mes propositions thérapeutiques. J'étais persuadée que si j'acceptais ses traitements rituels magico-religieux, je ne pourrais jamais la convaincre d'adhérer à mes explications biomédicales et les traitements qui en découlaient. Pourtant, contrairement à ce qu'on peut penser, le fait d'accepter la simultanéité des prises en charges n'éloignent pas les patients du système de soin biomédical. Au contraire, en étant plus écoutés, cela peut permettre une meilleure adhésion et un meilleur investissement de la relation de soins.

Pour les patients, il ne s'agit pas de refuser ou refouler la biomédecine, mais plutôt d'avoir un plus grand soutien en conciliant les deux. Quand l'angoisse est trop grande face à la souffrance, la maladie ou la mort, se référer à des rites traditionnels (sorcellerie, tradipraticiens...) peut apaiser le patient et l'aider à mieux accepter les difficultés... En effet, la culture d'origine renvoie à une

mémoire identitaire, elle signe notre enracinement, notre appartenance à un groupe défini ce qui nous rassure quand nous devenons vulnérables.

Cependant, il peut être difficile de poser des limites à ces itinéraires thérapeutiques. Le médecin doit nécessairement être attentif à ce que les différents recours thérapeutiques ne nuisent pas à la santé du patient : *Primum non nocere*⁸. Parfois, certaines pratiques, particulièrement quand elles sont liées à la religion, peuvent nous rendre méfiants, et nous faire craindre une dérive sectaire ou une radicalisation (19). Là encore, le médecin généraliste devra faire un effort pour mettre de côté ses conceptions rationnelles apprises à l'université et héritées de sa culture occidentale, pour ne pas produire de préjugés sur ces comportements.

Jean Benoist, médecin et anthropologue, a regroupé de nombreuses observations de terrain sur la multiplicité des pratiques de soins dans des sociétés diverses dans un livre intitulé « Soigner au pluriel » (20). Le trait commun à toutes ces observations est que « des médecines différentes, appartenant à des horizons historiques et culturels différents, sont utilisées en même temps ou successivement par les mêmes personnes ». Ces médecines cohabitent, sans s'affronter. De notre point de vue de médecin « occidental », cette pluralité semble confuse et désorganisée, voire même contradictoire, tandis que notre modèle biomédical qui préfère les situations nettes et univoques semble garant d'une meilleure efficacité pour les patients. Pourtant, l'auteur souligne qu'il existe une tolérance réciproque entre ces différentes médecines et que les acteurs de ces systèmes de soins passent sans difficultés cognitives de l'une à l'autre. C'est notre perception de ce qu'est un système médical qui nous empêche de voir les bénéfices possibles de cette pluralité : habitués à un modèle rationnel dichotomique⁹, cette multiplicité des recours thérapeutiques nous semble forcément confusiogène pour les patients (et aussi pour nous-mêmes), ce qui nous pousse le plus souvent à ignorer ce pluralisme médical. Pourtant, « le pluralisme est la règle et non l'exception » (20).

2. Négliger les différents systèmes de soins auxquels se réfèrent les patients

Le pluralisme médical décrit ci-dessus est bien souvent motivé par la recherche d'une cause mais aussi d'un sens à la maladie. Pourquoi moi ? Pourquoi maintenant ? Cette quête de sens est universelle : « pour toute société, la maladie fait problème, exige l'interprétation : il faut qu'elle ait

⁸ en premier lieu, ne pas nuire

⁹ un diagnostic est exact ou erroné, une hypothèse est acceptable ou non...

un sens pour que les hommes puissent espérer la maîtriser »(21). Ce questionnement amène le patient à élaborer des théories pour construire sa propre représentation de la maladie, parfois bien éloignée de celle du médecin.

Il ne s'agit pas d'opposer ces représentations mais plutôt de comprendre qu'elles correspondent à des modèles explicatifs différents, décrits par Arthur Kleinman (22). Psychiatre et anthropologue américain¹⁰, il a défini la notion de systèmes de soins et de modèles explicatifs.

Les systèmes de soins rassemblent le réseau des réponses aux problèmes humains entraînés par la maladie. Ce sont des systèmes sociaux et culturels qui construisent la réalité clinique de la maladie (18). Ils se construisent à partir de facteurs culturels, mais également politiques, économiques, sociaux, historiques et environnementaux. Ils sont composés de trois secteurs qui se chevauchent :

- le secteur populaire : lieu de l'identification du trouble par l'individu et sa famille, la plupart des maladies sont prises en charge au sein de ce secteur. Lieu de l'automédication, c'est à partir de ce secteur que le sujet malade décide ou non de s'adresser aux secteurs professionnel et traditionnel.
- le secteur professionnel : ce sont les professions de santé organisées. Il concerne la médecine scientifique moderne et est très autocentré. Très souvent, dans ce secteur on ne perçoit pas l'ensemble du système de soins.
- le secteur traditionnel : il est composé de spécialistes non professionnels, certains proches du secteur populaire, d'autres du secteur professionnel. Ce secteur peut s'élargir vers la religion et le sacré.

Dans chaque secteur existe un modèle explicatif de la maladie pour l'individu malade, pour sa famille et pour le praticien, qu'il soit professionnel ou non. Les modèles explicatifs cherchent à expliquer la maladie selon cinq axes : sa cause, le moment et le mode d'apparition des symptômes, sa physiopathologie¹¹, l'évolution du trouble et le traitement. Ils apportent une réponse à un épisode particulier de maladie chez un patient donné dans un secteur donné.

On comprend alors mieux les motivations des itinéraires thérapeutiques des patients, qui glissent d'un secteur à un autre, sans contradictions apparentes, au gré de l'évolution de leur maladie afin d'y trouver les explications les plus adaptées pour les rassurer et calmer leurs souffrances et angoisses.

¹⁰ Selon Byron Good, les travaux de Kleinman appartiennent au courant de l'anthropologie interprétative, c'est à dire centrée sur le sens, qui considère les représentations de la maladie comme des réalités culturellement constituées

¹¹ Mécanismes de dérèglement des fonctions normales de l'organisme

Il est nécessaire pour le médecin généraliste d'être attentif à ces différents secteurs et d'être conscient de leur intrication. Il pourra alors être à l'écoute des modèles explicatifs exprimés par ses patients.

Ainsi, la relation médecin-patient peut être conçue comme une négociation entre le modèle explicatif du médecin et celui du patient : toutefois, il est primordial que les deux modèles puissent être exprimés et analysés dans les termes de l'autre et qu'ensuite, chacun soit éventuellement modifié par ces interactions (18).

La découverte de ce concept de systèmes de soin et de modèles explicatifs m'a permis de mettre des mots sur des notions qui restaient assez floues jusqu'ici dans ma pratique. Régulièrement, les patients viennent en consultation avec leur propre interprétation sur la cause de leur maladie : décès d'un proche, perte d'un emploi, coup de chaud (ou coup de froid...), déséquilibre alimentaire, vaccin... Ils apportent également des propositions concernant le traitement adéquat et l'évolution probable de leur pathologie. On est souvent tentés de minimiser voir d'ignorer leurs représentations. Elles ne nous semblent pas appartenir au système de soins, car nous nous réduisons au secteur professionnel alors que le patient navigue entre les trois secteurs de Kleinman.

CONCLUSION

L'interculturalité en médecine générale est une réalité de plus en plus présente. Pour apporter des soins de qualité dans ces situations, il est indispensable de prendre en compte la culture du patient, mais aussi celle du médecin. Être à l'écoute des représentations des patients, accepter le pluralisme médical permet d'établir une relation de confiance avec des patients de culture différente. Il faut cependant se garder d'un recours systématique à la culture pour expliquer les comportements des personnes : cette attitude crée des stéréotypes culturels et des préjugés, à l'origine de comportements discriminatoires envers certains patients.

On voit bien alors la difficulté et la complexité de trouver une place adéquate pour la culture dans la relation de soins. Ceci soulève de nombreuses questions et les avis divergent fréquemment, concernant la posture à adopter.

Récemment, le débat sur les soignants racisés a divisé la communauté médicale et même au-delà (23). Il a mis en lumière à la fois le vécu traumatique des patients victimes de stéréotypes culturels dans le milieu médical, mais également l'existence de préjugés des patients envers les médecins de culture différente : seule une culture commune permettrait une bonne relation entre un médecin et son patient. Il est clair que l'environnement politique et médiatique actuel influence fortement les réflexions dans ce domaine...

L'autre difficulté de la question de l'interculturalité dans les soins tient au concept même de culture. En effet, les individus ne s'identifient plus exclusivement à un groupe ethnique, mais se rattachent à plusieurs groupes selon leur profession, leur religion, leur engagement politique ou associatif... Non seulement la culture est un élément dynamique évoluant au cours de la vie d'un individu, mais elle est aussi unique pour chaque individu car elle emprunte à différentes composantes sociales, économiques, environnementales... Ceci nous amène à réfléchir alors à la question suivante : l'importance de la dimension culturelle est-elle réservée à une pratique spécifique auprès de groupes ethniques ou culturels nettement distincts du nôtre, ou fournit-elle un outil de décentration essentiel à toute pratique clinique (24) ? On comprend alors que l'approche transculturelle en médecine générale ne devrait pas se réduire aux patients d'origine ethnique différente : chaque patient a une culture différente de la nôtre. Ceci rend donc nécessaire, voire

indispensable de mieux intégrer cette notion d'interculturalité au cours des études médicales et de développer l'enseignement des sciences humaines en faculté de médecine.

Pour finir, ma participation à ce DIU et le choix du thème de ce mémoire ont été motivés par mon parcours professionnel et personnel. Même si les personnes migrantes sont très minoritaires dans ma patientèle, je me suis toujours intéressée à l'influence des différences culturelles sur les soins que je peux apporter aux patients. Cet intérêt est également né d'une certaine frustration au cours de ma formation : en effet, les cours d'anthropologie médicale sont très succincts (à peine quelques heures) et j'ai ressenti le besoin d'approfondir ces notions par moi-même. J'ai alors découvert une littérature passionnante et très enrichissante avec notamment Sylvie FAINZANG, Doris BONNET, Jean BENOIST. Tous ces auteurs ont ainsi contribué à améliorer mes réflexions sur ma pratique.

Mais ceci ne va pas sans difficultés : à l'heure de l'uniformisation des soins, des protocoles standardisés, du recours permanent à l'EBM¹² et d'une biomédecine toujours plus technique, il est difficile de faire place aux différences dans les soins aux patients. Plutôt qu'une médecine universelle, ne devrait-on pas s'attacher à promouvoir une médecine de qualité universelle ?

¹² Evidence Based Medecine, médecine fondée sur les preuves cliniques

BIBLIOGRAPHIE

1. Hirsch E. Les pratiques de soin en situation interculturelle. Espace éthique/AP-HP. 2008
2. Aissani N. Le regard des soignants sur les migrants et les patients étrangers. Mémoire DIU Santé Société et Migration. 2012
3. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. 2002. Sur le site de la Wonca Europe. Consulté le 30 août 2021.
<https://www.woncaeurope.org/file/afaa93f5-dc46-4b0e-8546-71ebf368f41c/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
4. Tylor E. Primitive Culture researches into the development of mythology, philosophy, religion, art, and custom. London : J.Murray ; 1871
5. Rohem G. Origine et fonction de la culture. Paris : Gallimard ; 1972
6. Fischer, G. N. Les domaines de la psychologie sociale : Le champ du social. Paris : Dunod ;1990
7. Mauss M. Les Techniques du corps. Journal de Psychologie. 1935;32:271-93
8. Geeraert J, Rivollier E. L'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Soins savoirs et pratiques 790 (2014) 14-18
9. Frappé P, Dahan D. Traditions et cultures religieuses en médecine générale. Global Média Santé. 2018
10. Hudelson P, Stalder H. Diversité socioculturelle et formation médicale. Rev med Suisse 2005;1:2214-7.
11. Taylor JS. Confronting « culture » in medicine's « culture of no culture ». Acad Med 2003;78:555-9.
12. Taguieff P.A. Dictionnaire historique et critique du racisme. PUF. 2013
13. BEAL Arnaud. Préjugés et domination : DIU Santé Société et Migration (2021)
14. Durieux-Paillard S, Loutan L. Diversité culturelle et stéréotypes : la pratique médicale est aussi concernée. Rev Med Suisse 2005;1:2208-13.
15. Kessar Z. Eviter les stéréotypes de l'approche culturaliste des soins Soins 747 (2010)
16. CARDE E. L'accès aux soins dans l'Ouest guyanais. Toulouse. 2005
17. Bonnet D. Au delà du gène et de la culture. Hommes et Migrations 1225 (2000) 23-38
18. Taïeb O. et al. Donner un sens à la maladie : de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle. Médecines et maladies infectieuses 35 (2005) 173-185
19. Rousselon V. Positionnement des soignants face au pluralisme médical. Histoire, Monde & Cultures religieuses 41 (2017) 73-87

20. Benoist J. Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical.1996
21. Augé M, Herzlich C. Le sens du mal. Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie. Paris. Editions des archives contemporaines ;1984
22. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley : University of California Press ; 1980
23. Lister les soignants entre non discrimination de principe et réalité vécue. Sur le site Actusoins. Consulté le 30 août 2021. <https://www.actusoins.com/336156/lister-les-soignants-entre-non-discrimination-de-principe-et-realite-vecue.html>
24. Corin E, Lamarre S, Migneault P, Toussignant M. Regards anthropologiques en psychiatrie, Montréal, Ed. du Girame. 1987

INTERCULTURALITÉ EN MÉDECINE GÉNÉRALE :

Quand les différences culturelles s’immiscent

dans la relation de soins.

Mots clés : médecine générale, interculturalité, stéréotypes, pluralisme médical, discrimination

Résumé : Le médecin généraliste en tant que médecin de premier recours soigne fréquemment des personnes de culture différente de la sienne, ce qui influence nécessairement la relation médecin-patient. Il semble donc évident qu’il doit intégrer ces différences culturelles pour prodiguer des soins adaptés à la personne.

Il doit faire preuve d’ouverture face aux particularités culturelles des patients, mais aussi être au clair avec ses propres représentations de la santé et de la maladie. Le processus de décentrage lui permet de suspendre sa vision du monde pour adopter le point de vue de l’autre et ainsi améliorer la collaboration avec son patient.

Mais il ne doit pas basculer dans un hyperculturalisme, au risque de développer des préjugés envers ses patients et une attitude discriminatoire dans les soins, plus particulièrement envers des personnes déjà discriminées, comme les migrants. Il doit prendre garde à ne pas surestimer le rôle de la culture dans les conduites des patients en matière de santé.

Il doit aussi savoir accepter le pluralisme médical et les itinéraires thérapeutiques des patients, où cohabitent des pratiques de soins très diverses. Pour mieux comprendre ce qui motivent cette diversité des recours, il doit écouter quels sont les modèles explicatifs de la maladie conçus par les patients et les inclure dans sa prise en charge.

Trouver une place adéquate pour la culture dans la relation de soins est difficile et complexe pour le médecin généraliste. Entre excès de culturalisme et uniformisation des soins, l’équilibre est parfois difficile à trouver.