

Cultures et interprétations de la santé et
de la maladie
Impacts de la précarité et de l'exclusion
sur la santé
Anthropologie médicale

Magali Bouchon

2011

L'importance de prendre en compte l'environnement socioculturel dans les projets d'aide



- Préoccupation commune de plus en plus
- forte: États, ONU, ONG...

- Question d'éthique : c'est (re)connaître l'Autre et éviter la dérive ethnocentriste

- Constat des difficultés des professionnels devant la complexité des comportements et des usages des populations

Définition des DSC



C' est l' ensemble des normes, des valeurs, des représentations, des savoirs et des pratiques populaires... qui régissent :

- les comportements: les itinéraires thérapeutiques...
- les manières de faire et de penser: le soin, les traitements...

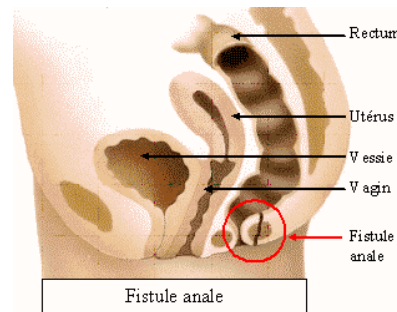
L'anthropologie dans l'appui projet: les questions posées par le terrain

Madagascar: *appui pour comprendre les itinéraires thérapeutiques:*

- Constat d'une sous utilisation de nos structures de soins
- Enquête sur les itinéraires thérapeutiques
- Réajustement de la mission

Tchad: *projet de prise en charge des fistules vaginales et anales.*

- *Définition de la fistule: c'est une communication anormale entre la vessie et le vagin (**fistule vésico-vaginale**) ou entre la vessie et le rectum (**fistule vésico-rectale**) survenant à la suite d'une grossesse compliquée.*
- *La fistule est surtout commune en Afrique. Elle survient d'ordinaire pendant un accouchement prolongé, quand une femme n'obtient pas la césarienne qui serait nécessaire.*



Qu'est ce que des déterminants socioculturels dans l'accès aux soins?

A votre avis, quels sont les déterminants socioculturels qui favorisent l'apparition d'une fistule vésico-vaginale et/ou vésico-rectale chez les femmes?

Dimension sociale et culturelle de la santé

- Représentations de la maladie, du corps, des traitements. Savoir populaire sur la santé, les principes religieux (interdits alimentaires, prescriptions sexuelles...)
- Rôle des langues (écran dans la communication)
- Relation soignant/soigné
- Parenté et société autour de la maladie et du soin
- Environnement matériel et économique
- Jeux et enjeux des projets


Croyances et représentations:

Une volonté de comprendre les causes et origines du mal

- *“Pourquoi cela m'arrive-t-il à moi?”*
- *“Est-ce que j'ai fait une erreur ou quelque chose de mal?”* *Comment j'ai fait? »*
- *“De quoi suis-je la victime? De qui suis-je la victime?”*


Comment se construisent les représentations de la maladie? **Le savoir profane**






Le savoir profane se construit sans connaissance scientifique. Pour remédier à ce manque, il se base sur:

- Une logique de l'expérience, du proche et de l'habituel: autodiagnostic  « fièvre + courbatures = grippe » « toux=tuberculose »

Une fois le diagnostic posé, c'est aussi l'expérience qui peut dicter les conduites  « grippe= paracétamol »

Sans expérience de la maladie:

- Description précise du ressenti et du vu: association d'un endroit du corps (supposé être affecté) à une sensation: le langage des maux  « La maladie du cou raide »= méningite
« La maladie de la jambe morte »= poliomyélite

- Un symptôme = une maladie  Vomissement/diarrhée/fièvre= 3 maladies
- Les similitudes: principe d'analogie; on rassemble ce qui se ressemble  Hernie, tumeur, hémorroïdes= la maladie des boules
- Analogie aussi pour prévention populaire  Interdits alimentaires pour femmes enceintes (viande rouge, banane, œuf)
- L'efficacité des traitements  La chloroquine soigne le paludisme, cette maladie ayant été soignée par la chloroquine, cette maladie était le paludisme
- Définition de ce qui est pathologique et de ce qui est normal  diarrhée= mécanisme naturel de purge

Ces constructions de savoirs peuvent expliquer les résistances et les motivations dans les conduites des malades.

Comment les populations attribuent-elles les causes de la maladie? *Les étiologies populaires*

Conceptions traditionnelles des causes de la maladie potentiellement basées sur:

- le principe de la double causalité



cause naturelle/matérielle
cause surnaturelle/spirituelle
Ex. du maçon

- des causes sociales



la maladie est un désordre (non-respect de normes)
Ex. de l'entorse et du ventre

+ une pluralité de causes isolées

Différences entre populations urbaines, rurales, alphabétisées ou non, sédentaires...



Une conception n'exclut pas d'autres : juxtaposition des croyances et de leur utilisation pratique.

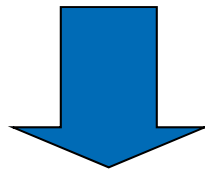
Nomination des maladies en fonction de:

- L' organe affecté ou des signes visibles: « la crise de foie »
- La perception de la gravité: en wolof, paludisme=«sibiru» qui veut dire revenir demain
- La cause supposée: « attaque de sorcier»
- Les formes de transmission: «mauvais œil de la lune», «les djinns» lors du passage d' un marigot



Les noms populaires sont une entrée pour comprendre les conduites des malades et le partage entre médecine moderne et médecine traditionnelle

- Certains médicaments sont des marqueurs sociaux: ARV
- Le prix et le caractère stigmatisant des médicaments peuvent faire préférer le recours aux pharmacies par terre ou aux marchés...
- Le médicament peut être un marqueur culturel: résistance à certains médicaments qui peuvent être des prises de positions politiques, ou religieuses: RU 486



Le sens du médicament doit être interrogé car il est essentiel pour comprendre les conduites sanitaires

Qu'est-ce qu'un tradipraticien?

Chaman, guérisseur, marabout, hougan, matrone, rebouteux...

- Chacun sa **spécialité**
- Reconnu par sa **communauté**
- Emploi de substances d'origine végétale, animale ou minérale
- Pratiques basées sur un fondement socioculturel et/ou religieux
- Lien entre les hommes et les forces surnaturelles...

Le système traditionnel de soin : une autre offre de santé

Les médecines traditionnelles précèdent, accompagnent ou suivent les thérapies modernes.

- **Prise en compte globale du malade:** angoisses, isolement, problèmes sociaux
- **Importance du rite dans le soin**
- **Guérisseur et malade:** même savoir populaire sur la santé la maladie:
 - parlent le même langage autour des symptômes
 - interprètent les mêmes causes du mal
 - possèdent le même usage des médicaments



Malade n' est pas exclu des soins
Rôle social important du tradithérapeute: ex épilepsie

学 习 证 明

LISE-MARIE FERRANT 女士自二零零一年八月七日至八月二十一日在云南中医学院学习中医理论和在医院临床实习（针灸科、推拿科、内科）。

此 证



Attestation

LISE-MARIE FERRANT Madame a participé du 07 Aout 2001 à un stage sur les bases théoriques de la médecine traditionnelle chinoise au collège de Yunnan et à pratiqué le massage, l'acupuncture et la médecine interne à l'hôpital.

Collège de Médecine Traditionnelle Chinoise

Fait à Kunming

Le 21/08/2001

Recours à la médecine traditionnelle dans le monde

- En **Chine**, **40%** environ de l'ensemble des soins relèvent de la médecine traditionnelle
- Au **Chili** et en **Colombie**, **71%** et **40%** de la population ont recours à la médecine traditionnelle
- En **Inde**, **65%** de la population rurale utilisent l'ayurveda et les plantes médicinales au niveau des soins de santé primaires.
- Dans les pays développés, le pourcentage de la population ayant recours aux médecines traditionnelles, complémentaires et parallèles au moins une fois: **48%** en **Australie**, **31%** en **Belgique**, **70%** au **Canada**, **49%** en **France** et **42%** aux **Etats-Unis**.

Concurrence ou complémentarité?



L'ordre des choix et l'évolution de l'itinéraire thérapeutique est en fonction :

- > de la perception de la maladie et de son évolution
- > de la perception de l'efficacité du thérapeute et des traitements
- > des moyens dont on dispose

Les populations demandent :

- > à la médecine traditionnelle d'identifier les causes du mal et de combattre la maladie
- > à la médecine moderne de soigner symptômes et douleurs



Les recours à tel ou tel type de soin ne sont pas exclusifs mais déterminés par un processus d'essais et d'erreurs

Le pluralisme médical: question de rationalité

Les recours (moderne ou traditionnel) par la capacité à obtenir des résultats:

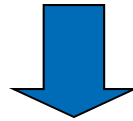
- **La médecine moderne** : là où elle apparaît la plus efficace
ex. pathologies aiguës
- **La médecine traditionnelle**: pour les pathologies lourdes et chroniques
ex. cancer



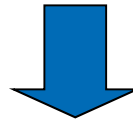
La qualité de la communication a un effet sur l'efficacité des prescriptions, le suivi du traitement et sur la perception de l'efficacité ex: diabète

Que deviennent les savoirs populaires lorsqu'ils sont confrontés aux normes des programmes?

Les populations possèdent un savoir profane sur la santé, la maladie qui ne correspond pas ou peu au savoir biomédical
ex: Un enfant en bonne santé est un enfant gros



Confrontation de ce savoir profane aux normes ou aux principes biomédicaux introduits par un programme

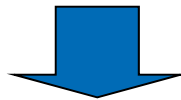


Réinterprétation du programme par les populations en fonction de leur savoir



Le programme sera partiellement intégré en fonction de ce qui est compris et de ce qui est possible culturellement et socialement

- Chaque groupe social confère un statut particulier à la maladie: les troubles de la fécondité engagent une solidarité avec le malade, le VIH stigmatise, la tuberculose marginalise...
- **A** l'intérieur de ces groupes, la famille a un rôle déterminant dans l'accès aux soins : fidélité aux valeurs des anciens, pouvoir des aînés opposé à certaines innovations, rapport d'autorité homme/femme, enfant/adulte...



- Adhésion partielle aux programmes :

Bénéficiaire d'une intervention ne signifie pas pouvoir concrètement l'utiliser

Ex. la distribution gratuite de préservatif peut se confronter à la crainte d'être stigmatisé: ex: préservatif=prostitution

- Pb de délais dans le recours
- Pb sanitaire non perçu par le groupe social

Difficultés de communication et de compréhension:

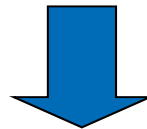
- Blocages, malentendus... Un programme peut introduire des mots et des concepts nouveaux qui ne peuvent pas forcément être traduits: « asepsie »

- Problème des interprètes: confidentialité impossible

traducteurs internes à la famille: places inconfortables des uns et des autres...

Traducteurs externes à la famille: entre médiation culturelle et linguistique...

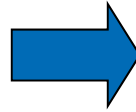
- Même si les soignants/soignés utilisent la même langue, ils ne parlent pas le même langage; pour un soignant que veut dire « j ' ai mal à l ' extérieur mais pas à l ' intérieur »?



Ce que dit un soignant et un malade sera toujours réinterprété et les conduites seront en fonction de la compréhension du message

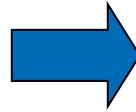


Représentations différentes de la maladie et du traitement



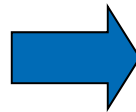
Difficulté de communication lors des consultations: Instauration d'un doute sur l'efficacité du soignant ex: les pathologies chroniques

Populations étrangères au fonctionnement du système médical moderne (jargon médical, techniques...)



Découragement devant la complexité des procédures, ex: les examens complémentaires...

Certaines interventions en contradiction avec les normes et valeurs



Méfiance des populations vis-à-vis de certaines techniques et crainte du jugement devant pratiques traditionnelles

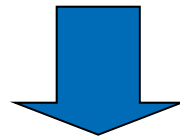


Accorder du temps à l'échange et respecter la demande des malades
Reconsidérer la portée rituelle du soin

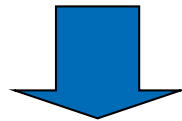
L'environnement matériel et économique



La pauvreté et l'insalubrité rendent précaires les conditions de vie et rendent difficile le suivi des conseils sanitaires par ex: la prévention de la diarrhée ou de la malnutrition...



Décalage entre les contenus des actions et la réalité matérielle ou économique: la prévention de la diarrhée et le lavage des mains au savon dans des quartiers sans eau, l'alimentation variée dans des contextes de grande pauvreté, moustiquaire là où on vit à 15 par pièce...



Utilisation réduite des programmes, perte de crédibilité, désintéressement...



Et les professionnels?

Mise en garde face à la vision culturaliste et la dérive ethnocentriste:

- les stéréotypes sur les populations sont alimentés par la culture des professionnels: ex PMI, saturnisme...
- L'explication culturaliste est une solution pour évincer les interrogations sur la manière de mener une action: ex maternité



- Il faut avoir du recul et pouvoir poser un regard critique sur sa propre action
- Il faut comprendre comment son action est acceptée et comment elle s'insère dans le groupe

Ex: les effets pervers de la catégorisation

- Le ciblage ou le fait d'apparaître comme le destinataire privilégié et donc principalement concerné, va être un processus de différenciation (voire de stigmatisation) d'individus au sein de son groupe.

Attention aux débordements idéologiques

Il faut adopter une attitude prudente à l'égard du statut de l'humanitaire:

- Populations trop souvent vues comme des « victimes » et l'humanitaire comme un « sauveur »

Or le statut de victime masque les spécificités sociales et culturelles: on est d'abord un yanomami, une femme ou un chef de village

« Les victimes ne se pensent que rarement comme victimes: c'est le regard de l'étranger qui les définit comme telles » B. Hours



La culture des populations ne doit pas être oubliée par l'impératif de l'urgence: attention à « l'entreprise de moralité » (R. Brauman) légitimée par l'urgence des situations.

Raisons de la migration

Hétérogénéité des raisons du départ

- Pauvreté et chômage/quête d' un emploi
- Discrimination/violences/guerre
- Espoir d' une vie libre/avenir pour les enfants
- Demande de main d' œuvre bon marché par les pays d' accueil
- Migrations saisonnières
- ...

Migration= facteur de vulnérabilité

- Rupture du contexte de vie + condition de précarité dans le pays d'accueil+ rupture de liens de solidarité traditionnelle
- Catégories plus vulnérables que d'autres (femmes seules, handicap, vieux...)
- Profil socioculturel et économique qui n'est pas statique mais qui fluctue dans le temps
- La santé des migrants doit être pensée autant en terme d'inégalités que d'altérité.

Accès aux soins limités par la migration et la précarité:

- Transit, méconnaissance, précarité
- Difficultés psychologiques (trauma du parcours migratoire, honte, stigmatisation...)



- Santé n'est pas la priorité et l'urgence à gérer
- Autres dépenses prioritaires: nourriture, logement, hygiène
- Statut juridique: déterminant majeur de l'état de santé (situation irrégulière= absence de sécurité sociale, de travail déclaré, de ressources régulières...)

Impacts de la précarité et de l'exclusion sur la santé: l'exemple des migrants



Plusieurs types de précarité:

- Économique: chômage, emplois précaires et pénibles, exploitation...
- Judiciaire: « sans papiers », absence de droit civique...
- Sociale: connaissance insuffisante de la langue, des systèmes institutionnels, réseau social de proximité restreint, ...



Impacts sur l'accès aux soins

gestion de la santé en fonction des urgences, achat sélectif de médicaments...

Accès aux structures avec risques de se faire arrêter, se faire retirer ses enfants, migration...

Discrimination, manque d'information, de communication...

Maladie = un facteur de vulnérabilité, un handicap de plus:

Difficulté de trouver un travail: il faut cacher sa maladie.

Abaissement du niveau socioéconomique.

Impact économique et psychologique: non réalisation de l'objectif de départ

- attitudes face à la maladie et aux soins: ce n'est pas tant la nationalité du migrant qui est pertinente mais les conditions du projet migratoire ou les expériences de stigmatisation.
 - corrélations statistiquement significatives entre la fréquence de discriminations vécues et celle d'états de santé détériorés (dépressions, troubles psychologiques, malnutritions, etc.) ou de non-recours aux soins.
- obligations et contraintes liées aux activités économiques et familiales = obstacle à la décision de recours aux soins.

Prendre le temps de se soigner implique un délaissement de ces deux précédentes activités.

préoccupation uniquement lorsqu'il y a des complications, douleurs, gravité
trajectoires de soins: recours incomplets et aléatoires aux soins modernes,
automédication et soins traditionnels

Relation au migrant et à sa culture: l'entre-deux

Il ne faut pas systématiquement référer les migrants à leur culture d'origine: la migration modifie le rapport au pays d'origine et à la famille: l'entre-deux:

- distance sociale à l'égard du pays d'origine
- adhésion à de nouveaux modèles familiaux (ménages nucléaires, descendance restreinte, monoparentalité etc.).

Besoin d'émancipation vis-à-vis de certaines règles sociales jugées trop contraignantes (mariages forcés etc.)

- Seulement, contradictions

Les trajectoires montrent que, selon les situations, affirmation ou infirmation de son appartenance sociale et culturelle. Identité plurielle selon l'interlocuteur ou la situation (chauffeur de taxi diplômé de médecine...)

- **La compréhension d'une maladie n'exclut pas sa réinterprétation**

une compréhension « scientifique » d'une maladie n'exclut pas des interprétations de type « surnaturelles ».

Attribuer l'étiologie d'une maladie à des causes surnaturelles en situation de migration permet par exemple de s'ancrer dans sa culture d'origine quand le changement social et identitaire se fait angoissant: sorcellerie, mobilise tout un groupe dans la recherche d'une solution = expression d'un lien social.



- Ne pas endosser un rôle « culturalisant » dans la relation à l'autre: plaquer aveuglément et sans nuances la représentation culturelle sur celui qui s'adresse au soignant revient à l'enfermer dans un stéréotype

En effet :

- on ignore a priori tout de la position de la personne par rapport aux valeurs traditionnelles de sa culture originelle
- intégrer les rituels traditionnels revient à les placer dans l'altérité

Rappelons G. Devereux : « (...) *gagner sa vie, se marier et autres activités « terre à terre » occupent une position beaucoup plus centrale dans toute les cultures que les rites de fertilité et les pratiques rituelles qui ne sont en réalité que la garniture de sucre glacé sur le gâteau culturel* » (Devereux, 1970).

- Concrètement, faut-il rejeter toute référence culturelle dans l'écoute du migrant ? Certainement pas, mais la remettre à sa juste place: elle fournit des repères stables, une cohésion.

ne jamais oublier : la culture est en permanence modifiée, remaniée, métissée, au gré des expériences singulières de chaque personne.

Question de méthode: de l'altérité à la reconnaissance

Comprendre pour agir et trouver un langage commun: identification des éléments socioculturels clés

- **P**rise en compte des normes, valeurs, pratiques et savoirs populaires
- **P**rise en compte des disponibilités des destinataires: mode de vie, organisation sociale, lignes de pouvoir, ressources possibles...



Identification des actions possibles communes

diagnostic socioculturel à explorer doit se construire sur quatre axes :

- la culture d'origine
- la culture d'adaptation : recomposition sociale de l'identité
- le contexte socioéconomique actuel
- la prise en charge passée et existante

Les questions à se poser

La culture d'origine

- la nationalité et l'origine ethnique
- la position sociale ou classe d'appartenance (paysan, classe ouvrière, cadre ou encore place de l'ethnie dans le pays : minorité ethnique ou non)
- le niveau d'éducation (analphabète, lettré, diplômé ?)
- langue (distinguer langue maternelle, nationale, langues parlées étrangères : notion, courant... niveau de pratique de la langue du pays avant la migration)
- les conditions matérielles dans le pays d'origine (quelles ressources ? Quel type de logement ? Accès à l'eau, aux sanitaires ?)
- religion et niveau d'adhérence (non pratiquant, pratiquant, chef religieux ?...)
- obligations et contraintes sociales (lévirat, mariage forcé, virginité, grossesse précoce/multiple...)
- structure de la famille (nucléaire, élargie, monogamie, polygamie ?)
- type d'activité quotidienne (emploi du temps, tâches quotidiennes...)
- représentation de la maladie, de la santé (perception de l'urgence, gravité des maladies, de ce qui est ou n'est pas une maladie)

La culture d'adaptation, la recomposition sociale de l'identité en situation migratoire : quel changement social et identitaire

- les relations (ou l'absence de relation) avec la famille restée au pays
- lien social avec groupe/famille sur place (rupture ? compromis ? contradiction ?)
- les changements culturels (les rôles sexuels, l'alimentation...)
- les stratégies d'adaptation au pays d'origine et à ses institutions
- l'existence de réseau
- degré d'isolement de la personne
- le parcours migratoire (le choix du pays : proximité géographique, famille sur place, connaissance de la langue...), les allers et retours fréquents, les conditions de migration (voyage ? Visas ?)
- le projet de vie (perspectives)
- les motivations du départ (économique, sociale, instabilité politique...),
- les dysfonctionnements dans l'organisation sociale globale actuelle (le migrant vit-il dans un camp ?)
- les discriminations (accueil, expulsion de lieux de vie, violence, refus d'entrée dans des institutions...)
- langue en apprentissage, degré d'acquisition de la langue du pays d'arrivée
- le statut juridique : papiers, expulsion déjà vécue...
- les exigences du moment : représentations de ce qu'ils considèrent comme prioritaire (nourriture, logement...)
- sentiment envers leur statut actuel : honte, humiliation, craintes, peurs...
- les besoins pour démarrer leur nouvelle vie (ce qu'ils considèrent comme nécessaire au « démarrage »)
- place des logiques, savoirs et pratiques traditionnelles (dans la santé, éducation des enfants...)
- perception de l'aide apportée

- **Le contexte socioéconomique actuel**
- la position sociale (travail, étudiant, réfugié...)
- le niveau d' éducation (analphabète, lettré, diplômé ?),
- langue : niveau de pratique de la langue du pays d' arrivé après migration
- les conditions matérielles (quelles ressources ? Quel type de logement ? Accès à l' eau, aux sanitaires ?)
- religion et niveau d' adhérence (non pratiquant, pratiquant, chef religieux ?)
- obligations et contraintes sociales (suivi de la famille, mariage forcé, soumission aux anciens, à l' époux...)
- structure de la famille (nucléaire, élargie, monogamie, polygamie ?)
- type d' activité quotidienne (emploi du temps)
- représentation du minimum vital, et d' une situation confortable (propreté, travail...)
- les besoins de santé et l' accessibilité aux structures existantes
- le niveau d' information sur droits, et système d' aide
- les conditions de travail (activité professionnelle incertaine et dangereuse)
- les conditions matérielles (ressource, logement, existence de sanitaires...)

- **La prise en charge**
- parcours thérapeutique : depuis combien de temps la personne est-elle malade ? Quels ont été ses recours (automédication, médecine traditionnelle, autre praticien) avant de venir ?
- attente : quelles sont les attentes du patient vis-à-vis du soignant (guérison instantanée ?) ?
- antécédents : la personne a-t-elle déjà été dans un ou plusieurs centres de soin depuis qu' elle est arrivée dans le pays ? Quelle fut son expérience (rejet, déception, satisfaction) ? Quelles conséquences a cette expérience passée sur son comportement ?
- place et perception du soignant : Une personne jeune est-t-elle crédible comme soignant ?
- la question du genre du soignant: une femme peut-elle être soignante ? Une femme peut-elle traiter un homme ? Et inversement ?
- l' accompagnement : est-ce que l' on vient seul ou accompagné en consultation ? Quel est le rôle de l' accompagnant (soutien, surveillance, interprète)? Qui est-il ? Est-il possible de s' entretenir seul avec le patient ou l' accompagnant doit-il toujours être présent, quoi qu' il arrive ?
- aspect financier : le patient peut-il se payer les médicaments qui lui sont prescrits ? Peut-il dans la pratique se les faire rembourser ?
- alphabétisation : le patient est-il capable de lire une prescription médicale et donc de respecter les dosages prescrits ?
- couverture : le patient est-il au courant de ses droits en matière de couverture maladie ? Sont-ils effectifs ? Sinon pourquoi ?
- le suivi : est-ce que les conditions de vie et sa confiance dans le service de santé permettent de penser que le patient reviendra et qu' il est possible de le suivre sur le long terme ou est-ce que les chances que le patient revienne sont très faibles ?



Conclusions...

- Il est indispensable que le projet soit **compatible avec les valeurs, croyances et pratiques culturelles** des destinataires.
- La **connaissance** de ces déterminants est une plus-value pour les interventions auprès des populations concernées
- **Reconnaissance** de l'Autre dans la démarche, l'échange et la rencontre
- **Se remettre en question** est un gage de scientificité