

Dimension symbolique du Soin, au-delà et en-deçà de la culture

Blandine Bruyère

Docteur en Psychologie et psychopathologie cliniques,

Psychologue clinicienne – psychothérapeute

Un système de santé forme, au sein d'un système culturel, un système symbolique constitué de significations, de valeurs et de normes comportementales.

Ainsi dans de nombreuses sociétés, on peut distinguer trois sphères concentriques de soins : le secteur populaire (famille entourage), le secteur traditionnel (tradi-thérapeute) et le secteur professionnel (biomédecine).

Dans toutes les cultures, la naissance, la maladie et la mort ne sont jamais seulement des événements biologiques et individuels. Ces événements intéressent à des degrés divers les proches de la personne, qui sont dépositaires de savoirs et d'expériences, parfois en décalage avec ceux qui sont enseignés dans les facultés.

C'est ce constat qui fera dire à l'anthropologue Marc Augé :

« C'est bien le paradoxe de la maladie qu'elle est à la fois la plus individuelle et la plus sociale des choses. Chacun d'entre nous l'éprouve dans son corps et parfois en meurt ; de la sentir en lui menaçante et grandissante, un individu peut se sentir coupé de tous les autres, de tout ce qui faisait sa vie sociale ; en même temps tout en elle est social, non seulement parce qu'un certain nombre d'institutions la prennent en charge aux différentes phases de son évolution, mais parce que les schémas de pensée qui permettent de la reconnaître et de la traiter sont éminemment sociaux : penser sa maladie c'est déjà faire référence aux autres » .

La santé n'est donc pas qu'un état subjectif, une sensation physique ou psychique, c'est aussi un fait social, un état construit, un fait de culture.

C'est le groupe social, en fonction de sa culture, donc de sa représentation du monde, de son rapport à son environnement, qui définit le normal et le pathologique.

Le groupe social propose aussi des étiologies et des thérapies spécifiques. Par conséquent, un comportement peut être considéré comme pathologique dans une société donnée et normale dans une autre, comme c'est le cas par exemple, de la transe ou des vécus de possession, et leurs perceptions dans les sociétés occidentales.

Ceci nous amène avec Canguilhem à reprendre succinctement la pensée du normal et du pathologique.

Si, pour Canguilhem, l'état de santé ne donne pas directement ou graduellement accès à l'état morbide, pour autant, il n'existe pas non plus pour lui une opposition nette entre le normal et le pathologique ; et cela, dans la mesure où le pathologique ne manque pas d'être lui-même

« normal », c'est-à-dire qu'il obéit à une normativité qui lui est propre. Être malade, c'est encore vivre, et vivre, c'est toujours fonctionner selon des normes, même restreintes ; en outre, c'est même vivre, parfois, selon une normativité toute nouvelle.

En effet, pour Canguilhem, la nécessité de comprendre l'organisme dans son tout, permet d'affirmer que, lorsqu'il est « malade », il est devenu « autre ». Cette altérité n'est donc pas que quantitative : elle est nécessairement perçue par le vécu du malade comme qualitative, et l'observation du praticien confirme cette différence qualitative de l'état du patient.

Normal et pathologique ne se distinguent donc pas, selon lui, seulement par le *plus* et le *moins* mais encore par l'*autre*.

Pour Auguste Comte, c'est l'harmonie qui règle le rapport de l'organisme à son milieu ; et il définit le milieu biologique comme « l'ensemble total des circonstances extérieures ».

Claude Bernard affirme, quant à lui, que « Les conditions de la vie ne sont ni dans l'organisme ni dans le milieu extérieur, mais dans les deux à la fois ».

Zempléni et ses collègues ont ajouté que les arts de guérison des sociétés sans écriture tendent vers les conceptions extériorisantes de la maladie à laquelle ils confèrent un sens social. Le rapport du malade à son milieu social, l'état même de ce milieu et la disposition des agents humains ou extra humains qui l'habitent y sont essentiels. Ces sociétés privilégient l'agent (le qui ou le quoi) et l'origine (le pourquoi spécifique) et considèrent les autres comme contingents.

Sommes-nous si différents lorsque que nous accusons les systèmes de production des aliments, ou encore la météo comme cause à notre « mortalité » ?

Ce rapide détour par ces penseurs, nous permet d'induire de facto l'idée d'une intrication très étroite entre milieu, corps et santé. Cela implique alors une série de représentations sur le corps, la psyché et leur fonctionnement/dysfonctionnement, intimement liée à l'environnement socioculturel, au sein duquel, le changement d'état introduit une pensée « de » et « sur » l'altérité.

Voyons maintenant à quelle diversité de représentations nous avons à faire.

Différentes théories de l'âme et des imaginaires liés au corps et à la psyché orientent donc les représentations de la santé et du soin dans les cultures. Elles s'appuient sur les cosmogonies, mythes et croyances des peuples. Le mythe œdipien et la culture judéo-chrétienne en occident, les cultures syncrétiques ailleurs, constituent un ensemble sémiotique et historique qui permettent à tout un chacun, selon son degré de connaissance et d'initiation de donner du sens aux perturbations du corps et de l'esprit. L'environnement propose des solutions thérapeutiques, et d'accompagnements qui se réfèrent à ces mythes et à leurs inscription dans la nature et la culture.

L'étude de ces différents systèmes de santé est pratiquement contemporaine de l'académisation de l'anthropologie.

En 1937, EVANS-PRITCHARD publie sa célèbre monographie sur les ZANDE du Soudan dans laquelle il montre le premier, comment des processus désignés comme thérapeutiques étaient intimement intriqués à la langue, à la vision du monde et à l'organisation de la société. Mais déjà en 1902, Marcel MAUSS, avait attiré l'attention sur le fait que la magie était une technique, fonctionnant sur des rituels et des symboles. Il a reconnu également la réalité des effets des actions rituelles en situation de soins.

L'anthropologie, et plus tard la clinique, pouvaient ainsi restituer des modalités traditionnelles alors disqualifiées par l'Occident, sans percevoir avant Georges Devereux, la dimension universelle des processus en eux-mêmes.

Le symptôme est donc, comme nous le rappelle Georges Devereux, en rapport avec la norme sociale et culturelle au sein de laquelle il émerge.

Une récente étude (Tanya Luhrmann et ses collègues chercheurs de l'Université de Stanford) sur le vécu des voix hallucinatoires chez les schizophrènes de pays différents, vient alimenter ce propos. Ainsi les voix sont plutôt persécutantes et menaçantes aux USA, plutôt divines, au Ghana et familières en Inde, et plus souvent bienveillante dans ces deux derniers pays.

Ainsi, ce qui fait symptôme pour le sujet issu de culture différente, est en référence à sa perception de sa normalité dans son bain culturel originaire, et ce peut être différent de ce que le soignant met à jour et décrit comme symptôme.

Le sens donné au symptôme tout comme la manière de le traiter vont donc devoir se dialectiser, se discuter entre patient et soignant.

Dans chaque culture, il existe des normes de symptômes (cim 10, DSM, déséquilibre des éléments, perturbations de la cosmogonie originelle, qualité des relations à l'environnement), et ces normes mettent l'accent sur les symptômes évoquant une inadaptation, un déséquilibre par rapport à l'environnement.

Les temps d'échange soignant-soigné sont aussi les moments d'émergence de la question du rapport entre savoir et pouvoir face aux symptômes et face à la maladie : les soignants et ceux qui sont reconnus comme ayant la capacité de soigner, dans tous les univers culturels, ont été « initiés », par un maître, par l'université, au sens du rite, des épreuves, des passages ; mais quel que soit l'univers culturel auquel nous nous référons, il existe un référent de soin : médecin généraliste, marabout, guérisseur, chaman...

Ces soignants ont le pouvoir que leur confèrent leur savoir. Face à eux, le patient « expert » de sa souffrance, de son corps, a le pouvoir d'accorder son crédit ou non aux soignants qu'il rencontre.

En effet tout discours sur la maladie et la santé est, en fin de compte, un discours sur les mœurs et sur l'ordre social, tout discours sur la maladie est à situer au cœur de l'histoire sociale.

Je ferais l'hypothèse que la tension qui caractérise l'interaction entre ces modèles explicatifs est la même que celle qui se révèle dans la confrontation des espaces symboliques que l'on observe dans le cas du rapport entre les populations migrantes et les populations des sociétés d'accueil. Cette situation n'implique pas vraiment les migrants, tout au plus des savoirs ayant migré, les leurs, les nôtres, mettant en interaction différents univers de sens et de significations ; elles méritent d'être qualifiée d'interculturelle.

La confrontation entre les registres religieux, biomédical et traditionnel pose le problème de la nature du langage que parlerait la maladie ou la souffrance, dans un contexte où, tradition, religion, surnaturel et modernité se côtoient. Mais tout autant que la préoccupation de production des savoirs médicaux, attentifs au vécu évolutif des représentations de la maladie et des thérapies dans les sociétés, c'est aussi la question de quel discours médical pour quelles configurations sociales qui se pose.

On entend souvent ici des patients et parfois leur entourage, se demander ce qu'ils ont pu faire pour payer de la sorte... par le corps...

Dans le Maghreb par exemple, on trouvera des références à l'influence des Djinn maléfiques ou au mauvais œil, on aura alors recours au Roki, en Afrique subsaharienne, ce sont les différentes formes de sorcelleries ou de punition divine qui sont évoquées, on aura alors recours au guérisseur ou au prêtre... et dans un temps encore actuel, il en va de même chez nous... Un indicateur de l'état d'avancement de l'humanisation des soins consiste à se demander pourquoi malgré tous les progrès enregistrés des dernières décennies en médecine, des populations continuent de recourir à la médecine traditionnelle, aux médecines dites douces ?

Nous devons donc nous interroger sur notre position par rapport à ces différentes conceptions du soin et surtout la possible cohabitation, articulation de différentes représentations.

L'une n'exclut pas l'autre, le symbole n'exclut pas le traitement, c'est ce vers quoi à mon sens, nous devons constamment tendre.

Les théories magico-religieuses auxquels se réfèrent bon nombre de patients, ont fonction d'inclure l'effraction de la maladie dans la vie et de lui donner du sens. Origine et sens sont parfois internes, parfois externes. Cette référence est largement répandue et n'est pas seulement exotique.

Ces explications subjectives jouent un rôle important dans la façon dont le patient vit sa pathologie. Sa souffrance est d'autant plus grande quand il ne trouve pas d'explication, ou qu'il se vit dépossédé de la sienne, ou qu'il pense qu'il est coupable, ou encore qu'il se croît envoûté par un ennemi inconnu...

Arrêtons-nous alors un instant sur la fonction de la croyance :

Les anthropologues utilisent le terme « croyances » au pluriel, car ils regroupent sous cette appellation les objets de convictions (*dieux, esprits, génies...*) ainsi que les expressions des croyances, (*les rites notamment*).

L'importance de la religion pour l'anthropologie réside dans **sa capacité à servir, pour l'individu comme pour le groupe, de source de conception pour le monde, pour soi et les relations entre soi et le monde**. Elle permet à l'homme de justifier certains phénomènes.

Ainsi, la religion rend les choses compréhensibles.

La croyance est un vecteur important ; religieuse ou autre, elle nécessite une adhésion, par opposition, à la connaissance, qui est de l'ordre de la démonstration, de la rationalité.

La croyance est un moteur puissant qui peut modifier le comportement, d'où, l'importance de la croyance dans la maladie : les croyances génèrent des émotions qui peuvent entraîner des réactions somatiques et psychiques.

La croyance est inhérente à la vie psychique, et dans nos sociétés hyperrationnelle, nous cherchons ailleurs, dans d'autres cultures, des systèmes de croyance qui nous soutiennent et nous accompagnent dans notre quotidien, pour notre santé : cette recherche effrénée de formes de spiritualités exotiques, indiquent le dénuement et la fragilité des systèmes de valeurs socialisantes, à ce propos, dans lequel nous vivons : le yoga, le zen, le bouddhisme, le Feng-shui, ou le recours aux médecines douces... agissent alors comme des « thérapies de confort ».

Mais qu'arrivent-ils quand la maladie intruse l'être ?

La douleur de chaque individu se situe, je le disais, dans un contexte social et culturel. Les sociétés attachent à la douleur des « valeurs » / des normes sociales.

Ainsi, les expressions de la douleur appartiennent à la dimension symbolique que les hommes donnent à leur corps. L'expression de la douleur est également liée à la manière dont nous nous représentons la santé et la maladie, et aussi le corps. L'expression de la douleur, et de la souffrance va aussi s'inscrire dans un bain culturel particulier qui en signe la dimension normale ou inadaptée.

De partout, la douleur, la souffrance change les rapports de l'individu avec le monde, et les attitudes et les modes d'action face à cela sont différents en fonction des cultures.

La Médecine n'est donc pas uniquement le traitement des états pathologiques mais bien un art des usages sociaux concernant la maladie. C'est-à-dire qu'elle porte en elle, **la transcription d'un système culturel**.

Si le soignant, l'accompagnant, nie la pertinence du discours du patient de culture différente, il peut perdre toute crédibilité auprès de lui, et, les thérapies ou solutions qu'il proposera risquent de ne pas être prises en compte ou de perdre une bonne partie de leur efficacité. La compliance du patient en sera limitée. Ainsi, aux fondements de toute relation thérapeutique ou de soutien, les bonnes relations font partie de la santé et du soin. Dans ce contexte de

fragilité et d'angoisse pour le patient, les thérapeutes et les soignants ne peuvent se contenter de soulager, et si possible de guérir. Ils doivent aussi tenir compte de la question du sens : celui que le patient et son entourage donne à l'événement maladie, celui que les soignants donnent à la souffrance du patient.

Pour se donner les moyens de penser ce décalage, il est important de répéter que les soignants (médecins, psys, paramédicaux) sont eux-mêmes porteurs d'habitudes culturelles, de conceptions particulières des soins.

De fait, la différence culturelle, les écarts de représentations et préjugés Médecins/ patients sont en jeu dans la relation.

P. Bourdieu disait : « il y a une complicité entre le scientisme objectiviste et une forme de terrorisme ». L'hypertechnicisation du soin, les protocoles et procédures d'accréditation diverses et variées réduisent les espaces d'échanges entre patients et soignants, et engendre des logiques binaires et opératoires desquelles les symboles sont exclus. La rencontre entre patient et soignant s'en ressent sur la prise en compte des besoins relationnels de l'un et de l'autre, et donc réduit la compliance.

Un discours technique, scientifique ne peut qu'augmenter l'angoisse du patient sur la gravité de son état. Une attitude minimisante peut tout aussi avoir des effets négatifs.

N'oublions pas que nos patients se pratiquent depuis leur naissance. Et même s'ils n'ont pas toujours les mots pour dire ce qu'ils vivent, ils le ressentent dans leur corps, dans leur esprit. Ils n'ont pas le savoir médical, mais ils ont d'autres formes de savoirs sur eux-mêmes qu'il convient de prendre en compte.

Les mots du soignant sur ce qui lui arrive, doivent lui être accessibles et compréhensibles. La langue médicale est très souvent une langue étrangère pour le patient quel qu'il soit. Les soignants doivent alors faire un effort de « traduction » s'il souhaite obtenir l'adhésion du patient, et de son entourage, aux soins.

Quand un patient se réfère à des représentations étranges ou inconnues pour le soignant, le risque existe que celui-ci se désintéresse du sens que le patient donne lui-même à ce qu'il vit. Ainsi, la dimension symbolique du symptôme ou de la maladie, l'expression du patient quant à sa souffrance ou douleur, amène parfois à des résistances qui se manifestent chez les soignants de façon différentes : négligence, objectalisation, hypertechnicisation du soins, manifestation narcissique de supériorité des savoirs médicaux et donc conduites de pouvoir autoritaires sur le patient, engendrant une dévalorisation de ce dernier. Le défaut d'identification a minima des soignants aux patients entretient un clivage entre leurs deux mondes, et ces deux approches de la maladie : le patient se vit alors mal pris en charge, voire maltraité. Du côté des soignants, il est alors considéré comme étranger, dérangent, parfois persécutant, à se plaindre tout le temps, à intruder la tranquillité des soignants ; le patient presque « étranger à lui même ».

Si l'on considère que le symptôme est la manifestation d'une rupture de sens, de continuité, le soignant est alors sensé faire appel à ceux qui peuvent le décoder et restaurer du sens, de la continuité. Je me réfère entre autre aux travaux d'Henri Collomb, à l'hôpital Fann de Dakar.

Collomb avait mis en place une forme de collaboration entre tradi-praticien, et thérapeutes occidentaux au sein de son service de psychiatrie, qui permettait un travail de traduction symbolique entre représentations /interprétations coutumières ou scientifiques.

Nous n'avons pas souvent sous la main des référents de soins traditionnels. Plusieurs pistes de travail existent, parmi lesquelles, la psychiatrie transculturelle, l'ethnopsychiatrie... Mais une autre voie est bien plus accessible, celle de la culture commune qui se construit dans la relation de soins. Le patient est notre première source de renseignement, à condition de savoir l'écouter. Quelle que soit l'étendue de nos connaissances en ethnologie, nous n'aurons jamais accès sans la participation du patient au rapport qu'il entretient avec son univers culturel d'origine.

La dimension symbolique d'une maladie et surtout sa prise en compte permettra au patient d'être acteur des soins et pas seulement objet (équilibre alimentaire, auto gestion de la douleur...).

En conclusion,

Tout ce dont nous parlons, n'existe que par le truchement des identités complémentaires. Une société forme des soignants, parce qu'il y a des malades. La relation d'interdépendance quant au soin est un des paradigmes des relations sociales. La relation de soin (médicale ou traditionnelle) s'assortit normalement d'un souci de bienveillance à l'égard de la personne souffrante.

Nous ne sommes pas « cliniciens » si nous n'avons pas de patient auprès desquels être au chevet ; qu'ils sont réduits à des numéros de chambre, des pathologies, ou symptômes.

Nous proposons de délaissier les schémas habituels qui consistent à se focaliser sur la maladie, et de faire jouer au praticien un rôle de miroir, en ce sens qu'il est à la fois le lieu et l'espace symboliques où les plaintes sont adressées, d'où partent les prescriptions médicales, médicamenteuses et rituelles.

Il est dans cette situation aussi son propre miroir puisqu'il devra réfléchir à sa propre posture d'énonciateur de discours prescriptif de conduite et de sens en essayant de voir les éventuels décalages ou concordances avec les attentes des patients.

Par ailleurs, l'interaction entre les différents niveaux de significations dont sont porteurs les praticiens ne pourrait constituer un espace « d'inter-culture soignante » que si elle aboutit à la création d'un espace d'élargissement des conceptions et des pratiques dans les divers domaines de la pratique soignante. Il devient donc intéressant d'explorer comment chaque praticien se positionne et travaille avec les éléments dans cet espace élargi de la pratique soignante.

Bibliographie

- Appadurai, A. (2001). Après le colonialisme. Les conséquences culturelles de la globalisation. *Payot, Paris*.
- Bernard, C. (1865). *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Baillière.
- Braunstein, J.-F. (2009). *La philosophie de la médecine d'Auguste Comte: vaches carnivores, Vierge Mère et morts vivants*. Presses universitaires de France.
- Canguilhem, G. (1972). *Le normal et le pathologique*. Presses universitaires de France.
- Desclaux, A. (2001). L'observance en Afrique : question de culture ou "vieux problème de santé publique ? In Y. Souteyran & M. Morin (Dir.), *L'observance aux traitements du VIH/sida : mesure, déterminants, évolution* (pp. 57-66). Paris : ANRS.
- De Rosny, E. (1992). *L'Afrique des guérisons*. Paris : Karthala.
- Douville, O. (2009). Pour un examen de la situation contemporaine des consultations «interculturelles» en France. *Figures de la psychanalyse*, (1), 131–159.
- Dufresnois, H., & Miquel, C. (1996). *La philosophie de l'exil*. Editions L'Harmattan.
- Evans – Pritchard E. E. *Sorcellerie, oracle et magie chez les Azandé*. Paris : Gallimard, 1972 (traduit de l'anglais par Louis EVRARD).
- Fabregat, M. (2009). Défauts de transmission symbolique dans la migration. *Dialogue*, (3), 29–42.
- Freud, S. (1929). *Malaise dans la civilisation* (2013^e éd.). Payot.
- Kaës, R. (2005). *Différence culturelle et souffrances de l'identité*. Dunod.
- Kaës, R. (2012). *Le malêtre*. Hachette.
- Luhrmann T., <http://news.stanford.edu/news/2014/july/voices-culture-luhrmann-071614.html>
- Mauss M. Effet physique chez l'individu de l'idée de mort suggérée par la collectivité (Australie, Nouvelle Zélande) Extrait du journal de psychologie normale et pathologique, 1926. Communication présentée à la société de psychologie. In : *Sociologie et Anthropologie*. Paris : PUF, 1973 : 312 – 330.
- Obadia, L. (2007). *I. L'anthropologie des religions*. la Découverte.
- Rivière, C. (2008). *Socio-anthropologie des religions*. Armand Colin.
- Zempléni, A. (1982). Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique. *Archives de sciences sociales des religions*, 5–19.
- Zempléni, A. (1985). L'enfant Nit Ku Bon. Un tableau psychopathologique traditionnel chez les Wolof et les Lebou du Sénégal in *L'enfant ancêtre. Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, (4), 9–42.
- Zempléni A. Quelques problèmes de méthode en psychopathologie africaine. Une anthropologie médicale en France ?
Exposé et débats de la table ronde "Santé et sciences humaines"
Paris, CNRS, 1983 : 23 – 28.