

Trace d'apprentissage

Nazia Syed, Dehbia Cherif

Université Paris Diderot
Département de médecine générale
nazia@msn.com

Tirés à part : N. Syed

Résumé

Quand un patient se réfère à des représentations 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. Il peut considérer ses explications ou ses réactions comme incohérentes, irrationnelles et même ridicules, à moins qu'il les ignore parce que cela le renvoie à une réalité qui le dérange ou qu'il ne peut maîtriser. Elles n'entrent pas dans la cohérence de son propre système explicatif.

Il est donc nécessaire que le soignant tente de rejoindre le patient dans son univers mental et psychologique, dans sa représentation culturelle et parfois religieuse de la maladie. Cette attitude repose sur *l'a priori* que toute culture, en tant que système de significations, comporte une cohérence interne, certes non exhaustive.

• Mots clés

tuberculose ; contexte culturel.

Abstract. Cultural approach of the disease. About a tuberculosis case

When a patient refers to unknown feelings for the caregiver, this one may lose interest in the meaning that the patient gives to what he is living. He may consider his explanation or his reactions as inconsistent, irrational and even ridiculous, unless he ignores them because it brings him to a reality that bothers him or which he can't control. They do not enter the consistency of its own explanatory system.

It is therefore necessary that the caregiver tries to reach the patient in his mental and psychological universe, in its cultural and sometimes religious representation of the disease. This attitude is based on *a priori* that every culture, as a system of meanings, has an internal coherence, being certainly not exhaustive.

• Key words

tuberculosis; background, cultural.

DOI: 10.1684/med.2016.77

Approche culturelle de la maladie. À propos d'un cas tuberculose

Récit de la situation

Astreinte du samedi, de retour de vacances... Je ne connais aucun patient, ma co-interne ayant omis de me rédiger les transmissions du service, la veille. C'est dans ce contexte que je suis sollicitée par le senior, afin de « jouer » l'interprète face à une jeune fille de 12 ans, Mlle K., hospitalisée depuis 10 jours, pour une suspicion de tuberculose ganglionnaire et pulmonaire.

Ce que je parviens à lire en diagonale dans le dossier : la quadrithérapie a d'ores et déjà été introduite, les BK crachats négatifs, la culture du liquide d'aspiration à la fibroscopie bronchique est en cours. Il n'existe pas de leucocyturie aseptique.

Cliniquement, elle présentait depuis 6 mois une altération de l'état général avec une toux, des sueurs nocturnes et une perte de poids non quantifiée. À noter qu'elle est en France depuis 10 mois, est la 2^e d'une fratrie de 6, avec une symptomatologie identique chez le plus jeune.

Il était question pour moi de faire l'état des lieux car celle-ci refusait systématiquement le traitement, et surtout passer outre la barrière linguistique, de par mes origines.

Je me souviens encore du sourire écarlate de la jeune fille à l'énonciation simplement d'une formule de politesse en entrant dans la chambre.

Elle paraissait ravie, voire même « apaisée »... finalement, il y en aurait une qui pourrait la comprendre... Et pas des moindres. Après évaluation de ses connaissances actuelles au sujet du diagnostic évoqué, elle me paraît détachée, voire dubitative. « *Vous savez, on m'a porté le mauvais œil, et je sais qui c'est, ma mère le sait aussi, elle va s'en occuper* ».

J'avais conscience du fossé dans lequel j'allais m'engouffrer dorénavant, bien au courant des croyances locales...

« Mauvais œil ? De quoi dit-elle s'occuper ? »

« *Bah oui, au dernier mariage tout le monde me regardait car j'étais la plus jolie, mes parents ont mis la pâtée à tout le monde aussi en apportant de gros cadeaux, les gens étaient jaloux ! Mais maman m'avait dit qu'elle me retirerait le mauvais œil avec son rituel de piments (réaliser des cercles au-dessus de la tête) mais elle a oublié au final* ».

Tout à fait... ne la « braquons » pas... « *Et revenons à la tuberculose, mauvais œil ou pas, tu sais en quoi ça consiste et pourquoi on traite ?* »

« *Je n'ai pas de maladie, ils m'ont jeté un sort car ils étaient jaloux. Maintenant, maman va aller voir un Peer (pratiquant les sciences occultes)* ».

pour antagoniser le sort, je n'ai pas besoin de ces médicaments. En plus, l'autre médecin a dit que tous les tests étaient négatifs, vous voyez bien que c'est de la magie ! »

S'en est suivie une discussion de plus d'une heure afin de la faire adhérer à l'idée d'une pathologie probable, peut-être insérée par de la « magie », mais qu'il valait mieux traiter dans ce cas sur les deux pendants, scientifique pur et traditionnel.

Le compromis lui paraissait judicieux, d'autant plus qu'elle souhaitait me « faire plaisir », étant de la même communauté et « donc » dans le soutien « actif » de ses croyances.

« Mon petit frère va avoir tous les examens que j'ai eu ? » Bonne question...

Les questions suscitées par ce cas pour la jeune médecin ont été :

- Modalités de dépistage en pédiatrie chez le cas exposé à une tuberculose pulmonaire.
- Approche culturelle de la maladie.

Modalités de dépistage en pédiatrie chez les sujets exposés à une tuberculose pulmonaire

Le Haut Conseil à la Santé Publique (HCSP) a publié de nouvelles recommandations en décembre 2013, simplifiant les procédures et clarifiant de nombreux points jusqu'alors ambigus [1]. Parallèlement, le Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC) proposait de son côté de nouvelles recommandations pour le dépistage des enfants exposés à un cas de tuberculose, très superposables aux recommandations françaises [2]. Enfin, très récemment, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a formulé pour la première fois des recommandations pour la prise en charge des infections tuberculeuses latentes [3], également très en phase avec les recommandations du HCSP. Il y a donc désormais une « vision commune », au niveau international, des politiques de dépistage autour des cas de tuberculose. Il est essentiel de connaître ces recommandations, dans lesquelles l'enfant est clairement identifié comme un objectif prioritaire de prise en charge

L'âge de l'enfant influence considérablement l'histoire naturelle de la maladie

Le risque de progression immédiate vers la tuberculose-maladie est très important avant 2 ans, et pratiquement nul après 5 ans. Il est modeste, mais non nul, entre 2 et 5 ans. Le risque que cette progression vers la maladie s'accompagne d'une dissémination hématogène grave (méningite, miliaire) est très important avant

1 an et reste présent jusqu'à 2 ans. Les enfants de moins de 2 ans sont donc particulièrement vulnérables, justifiant la politique de prophylaxie dans cette tranche d'âge.

Examen et diagnostic

Le diagnostic d'infection repose sur la recherche d'une positivité des tests immuns. Du fait de doutes quant à la sensibilité des tests de libération de l'interféron gamma (IGRA) chez le jeune enfant, l'IDR est le seul examen recommandé avant 5 ans. À partir de 5 ans, les tests IGRA peuvent remplacer l'IDR. L'OMS précise toutefois que cette substitution, du fait du coût plus élevé, ne doit pas être proposée dans les pays à faible revenu.

Bien que l'interprétation de l'IDR soit compliquée en population vaccinée par le BCG, une induration de 15 mm chez un enfant exposé à un cas de tuberculose doit être considérée comme témoignant d'une infection tuberculeuse. En l'absence de vaccination par le BCG, le diagnostic d'infection tuberculeuse latente doit être proposé chez tout enfant exposé dont l'IDR est de 10 mm. L'interprétation des tests IGRA est uniquement qualitative (positif/négatif/indéterminé), selon les recommandations du fabricant.

IDR et IGRA se positivent avec un certain délai, après le début de l'infection, pouvant aller jusqu'à 6-8 semaines. Lorsque ces tests sont faits précocement après le dernier contact, leur négativité n'exclut pas l'infection. Il faut donc les contrôler au moins 8 semaines après le dernier contact.

Le diagnostic de tuberculose-maladie repose sur la recherche de symptômes cliniques et d'anomalies sur la radiographie de thorax. Le scanner thoracique n'a aucune indication systématique, même chez le jeune enfant.

Approche culturelle de la maladie

La circulaire du 6 mai 1995, mieux connue sous le nom de Charte du patient hospitalisé, précise que tout établissement de santé ou toute structure de soins doit respecter les croyances et les convictions des personnes qui y sont accueillies.

Si le choix du praticien par le patient reste fondamental, sauf en cas d'urgence, le patient ne peut récuser un praticien en raison de la religion effective ou supposée de celui-ci.

La Circulaire du 2 février 2005 sur la Laïcité à l'hôpital rappelle, à cet effet, la neutralité absolue des deux côtés. En effet, la laïcité permet un langage commun et un respect mutuel, en dehors de toutes considérations religieuses et culturelles. Ce qui suppose la connaissance de la culture du patient comme celle du médecin, le respect éclairé de leurs identités respectives pour un enrichissement mutuel et non une uniformisation béate, l'écoute et la parole de chacun.

Dans notre cas, l'abord culturel fut primordial notamment dans la non-adhésion du patient au régime thérapeutique, qui peut dépendre de :

- questions logistiques ;
- facteurs liés à la qualité de la relation entre médecins et patient ;
- la nature de la maladie et les caractéristiques du régime thérapeutique ;
- représentations et pratiques locales en matière de santé et de maladie.

En l'occurrence ici, le dernier pan était concerné, déconcertant au premier abord, car mettant à mal la conception purement médicale et cartésienne de la pathologie.

Car effectivement, un patient est malade en fonction des représentations qu'il se fait de la santé et de la maladie, et celles-ci sont en grande partie culturelles. La santé n'est 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, qui définit le normal et le pathologique. Il propose aussi des étiologies et des thérapies spécifiques selon les cas. Par conséquent, un comportement peut être considéré comme pathologique dans une société donnée (par exemple, la transe dans les sociétés occidentales modernes) et normal dans une autre (par exemple, les trances rituelles dans certaines sociétés africaines, comme celles qui pratiquent le vaudou). Bien qu'exceptionnel, cet état est modelé culturellement et a une fonction sociale et religieuse : c'est le signe de la transmission d'un message pour le groupe par un esprit.

Un système de santé est donc le produit d'une culture

Par exemple, la médecine chinoise repose sur une perception énergétique du cosmos et de l'homme (l'équilibre entre le yin et le yang), alors que la médecine tibétaine repose sur une conception, proche de celle d'Hippocrate, de l'équilibre des humeurs. Par conséquent, il n'est pas exact d'affirmer qu'une médecine est universelle.

Il est ainsi important d'être conscient qu'une représentation de la santé et de la maladie (un système médical ou thérapeutique) repose, souvent inconsciemment, sur une conception de l'homme, de son rapport aux autres. Ainsi dans la conception africaine de la santé, les causes des maladies sont très souvent personnalisées. Une stérilité est presque toujours attribuée à un règlement de compte entre familles. Les bonnes relations font partie de la santé. En médecine tibétaine, l'état mental et moral de la personne, l'absence de pensées négatives ou de passions, jouent un rôle essentiel dans l'état de santé du patient, en référence avec sa conformité au dharma, l'enseignement de Bouddha. Dans ces deux derniers exemples, les conceptions religieuses jouent un rôle important dans la gestion de la santé.

Dans certaines ethnies d'Afrique par exemple, si une femme n'arrive pas à accoucher, les matrones vont appeler le devin qui va l'obliger à dire avec quels hommes elle a été infidèle, sans quoi l'enfant risque d'être mort-né. Au Moyen Orient, on fera référence à l'influence des Djinns maléfiques ou au mauvais œil. Cette explication subjective joue 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 pense qu'il est coupable, ou encore qu'il se croit envoûté par un ennemi inconnu.

Dans ce contexte de fragilité et d'angoisse, les thérapeutes et les soignants ne peuvent se contenter de soulager physiquement, et si possible de guérir. Ils doivent aussi tenir compte de la question du sens... Pour pouvoir rejoindre l'angoisse et les questions qui habitent le patient, il est essentiel de le rejoindre dans son univers mental et psychologique, dans sa représentation culturelle et parfois religieuse de la maladie [4]. Quand un patient se réfère à des représentations 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. Il peut considérer ses explications ou ses réactions comme incohérentes, irrationnelles et même ridicules, à moins qu'il les ignore parce que cela le renvoie à une réalité qui le dérange ou qu'il ne peut maîtriser. Elles n'entrent pas dans la cohérence de son propre système explicatif. Il est donc nécessaire que le soignant s'efforce d'opérer ce déplacement vers le patient, l'autre... Cette attitude repose sur l'*a priori* que toute culture, en tant que système de significations, comporte une cohérence interne, certes non exhaustive.

L'interprétation qu'on donne à une épreuve affecte beaucoup la façon de l'assumer. Au thérapeute ou à l'accueillant de partir à la découverte de cette cohérence, pour mieux percevoir les enjeux de la maladie ou de la pathologie, dans ce cas de la tuberculose. S'il nie la pertinence du discours du patient, il peut perdre toute crédibilité auprès de lui et les thérapies qu'il proposera risquent de ne pas être prises en compte ou de perdre une bonne partie de leur efficacité.

Face à des personnes qui se disent « envoûtées », que cela soit dans la sphère privée ou professionnelle, la difficulté du temps nécessaire pour écouter la version du patient concernant la genèse et l'origine des troubles, sans disqualifier son explication, est sans doute facilitée par la connaissance préalable de ses particularités (et failles) propre à sa « communauté ».

Il importe ensuite de travailler la question des pouvoirs et de l'emprise que l'on donne à l'envoûteur présumé quand on se croit complètement dépendant de son pouvoir. Il s'agit donc moins d'un travail de négation de ses forces dans lesquelles le patient croit mordicus (persuasion souvent inutile) que de travailler sur sa capacité à maîtriser sa peur et de résister à la force d'un autre en faisant appel à d'autres ressources (médicales, psychologiques, morales, parfois religieuses comme dans ce cas-ci). Or, actuellement, la dimension anthropologique, culturelle fait défaut dans les études médicales. L'approche reste souvent individualiste et morcelante. Ce n'est pas le cas dans les médecines traditionnelles d'Afrique ou d'Asie (médecine indienne – ayurvédique

–, chinoise, tibétaine, etc.), qui ont été utilisées avec une certaine « efficacité » durant des millénaires. Dans la relation thérapeutique, la personnalité du patient, son caractère, son environnement physique et psychologique, ses relations interpersonnelles, ses problèmes moraux, ses croyances, sont pris en compte, en plus des symptômes cliniques. . .

Un exemple, dans les cas de stérilité en Afrique (et pas seulement), la femme est la cause de la stérilité. Par ailleurs, quand un mariage n'a pas reçu l'approbation de toute la parenté et si la dot exigée de la part du garçon n'a pas été versée en partie ou en totalité, la sanction est souvent la stérilité. Les jeunes filles le savent. On connaît suffisamment le rôle du psychisme, des fantasmes et des craintes dans le domaine de la stérilité. On peut comprendre que si une jeune fille est persuadée qu'elle ne peut devenir enceinte tant que le problème de la dot n'est pas réglé (à cause de la malédiction d'un parent qui se sent floué ou d'un ancêtre qui veille au respect des coutumes) elle ne concevra pas. C'est le cas aussi si elle est persuadée qu'elle ne pourra accoucher que d'un enfant mort, s'il y a eu transgression d'un interdit.

Dans la même lignée, comme le souligne Laplantine [5] « lorsque la "famille", "la société", "les génies", "les ancêtres", "les sorts" sont appréhendés comme des entités morbifiques, la maladie n'apparaît plus du tout comme étant de l'ordre de l'altération, mais de l'altérité, de l'invasion, l'effraction (...) ». La tuberculose peut être ainsi un signe, le signe qu'un interdit a été violé, une règle oubliée ou un sort jeté. Elle est un rappel à l'ordre, un message qui signale que quelque chose d'anormal s'est passé dans la dynamique du groupe familial ou social, qu'une rupture s'est produite [5]. L'état morbide du tuberculeux devient ainsi l'indicateur d'un mal qui frappe le lignage ou la communauté. Il est considéré comme le symptôme de « ce qui ne va pas au village », une manifestation directe ou indirecte d'un désordre cosmique, un symptôme d'un malaise social, d'une situation conflictuelle à lire ou à déchiffrer [6].

Ainsi dans notre société de cohabitation croissante entre cultures très diverses, le regard porté sur la maladie se doit d'évoluer. Au-delà de l'efficacité des savoirs et des compétences avérés de la médecine occidentale, il s'agit d'instaurer une compréhension mutuelle entre le praticien et le patient, quelle que soit sa culture d'origine. Lorsqu'il lui manque les mots et la maîtrise linguistique pour exprimer sa souffrance et son angoisse, on ne saurait lui imposer la seule rationalité du diagnostic et la technicité des choix thérapeutiques, sans envisager une approche culturelle de sa maladie. Il en va de la clarté des échanges entre les soignants, les patients et leur entourage. Comment, en effet, asseoir la confiance sur une relation univoque, au prix de l'efficacité thérapeutique ?

En respectant ce que sont les gens, on diminue leur angoisse et on les mobilise pour guérir

« Il est fondamental de donner des noms à toutes choses, notamment à ses peurs. Il est fondamental que le rôle

joué par le détenteur du savoir médical, donc du pouvoir de guérison, se fasse dans le respect de l'autre et dans la connaissance, même minimaliste, de celui qui est en face de lui. . .

Il faut que, dans sa formation initiale, le médecin bénéficie de l'apport de ces formations à la prise en charge de patients d'origine étrangère... La formation continue devrait permettre à chaque médecin français ou étranger exerçant sur notre territoire d'apprécier avec justesse et compétence l'identité culturelle de chacun de ses patients. » [7]

En somme, il ne saurait s'agir d'un cheminement à sens unique entre le patient et son médecin, l'un tentant d'exprimer ses souffrances, son angoisse et ses symptômes, l'autre le considérant du haut de son savoir. Ce qui les lie indissolublement réside dans leur regard conjoint sur la maladie et ses conséquences, et dans leur espoir partagé de la guérison.

La maladie a-t-elle pour chacun la même signification ? Les symptômes et les conditions préalables au diagnostic sont-ils bien compris du médecin ?

Dès lors, la difficulté est de s'interroger mutuellement sur la maladie en partant de conceptions, souvent radicalement antinomiques, sur les détenteurs du savoir médical, selon les cultures scientifique ou traditionnelle.

Là où la médecine occidentale se penchera sur l'entité nosologique, son mécanisme et sa cause, les médecines traditionnelles interrogeront davantage les conditions personnelles et spatio-temporelles du patient. Et la hiérarchisation spontanée et intuitive de ses formulations, opérée par le malade, permet de mieux dessiner la nature de ses conceptions et de ses attentes.

La maladie peut en effet à ses yeux relever d'une intention malveillante ou d'une persécution, de toute façon extérieures à lui.

La subtilité de la parole médicale sera alors de l'amener, en plus de son allégeance à la sorcellerie, à l'acceptation de l'acte médical, ici la quadrithérapie antituberculeuse par exemple.

C'est dans ce cadre-ci, tout en conjuguant le souhait de la patiente et des parents, que l'alliance du traitement « traditionnel » et « scientifique », dans le respect de la croyance de la famille, permet d'obtenir la satisfaction du maintien du dialogue afin d'éviter les perdus de vue et la multirésistance mais également de favoriser l'observance et... une raison moins altruiste, plus sournoise, parfois autocensurée par honte, celle d'être parvenue à faire adhérer à un concept initialement réfuté, sorte d'autosatisfaction et fierté par « manipulation ».

La réflexion conduit alors à effectuer des recherches afin d'évaluer et distinguer les divers niveaux globaux d'apprentissage culturel de la maladie.

Au premier niveau comme cité plusieurs fois ci-dessus, il s'agit pour le médecin de s'approprier les données ethnologiques qui régissent la santé et la maladie dans

la culture de son patient. Parce que la nosologie des maladies n'est pas toujours, loin s'en faut, telle qu'elle est enseignée.

Dans la société Kanak, par exemple, divers types de maladies sont reconnus, qu'elles soient « naturelles », liées aux ancêtres, ou « provoquées ». Mais le principe de maladie chronique y est inconcevable. Parce qu'ils ne conçoivent pas qu'elle puisse durer plus de cinq jours, beaucoup de patients rompent leur traitement au bout de quelques mois.

Or, il serait illusoire et dangereux de croire qu'une telle réalité ne s'applique qu'à l'étranger... En Europe, même si les données ethnologiques sont différentes, le médecin est confronté aux mêmes réticences pour les populations migrantes d'Afrique et d'Asie, entre autres. De ce fait, modifier le discours médical permet de mieux adhérer à la réalité du patient.

Le deuxième niveau d'apprentissage culturel de la maladie suppose d'en intégrer les données dans l'organisation et le déroulement de la consultation. Ainsi, depuis plusieurs décennies, le Centre Georges Devereux, à Paris, a développé par l'ethnopsychiatrie une approche anthropologique des troubles psychologiques. L'expérience en est reprise par le Dr Marie-Rose Moro à l'hôpital Avicenne de Bobigny et à l'hôpital Cochin [8]. En Nouvelle Calédonie, certains médecins du travail, conscients de l'impact des médecines traditionnelles sur leurs patients, cherchent non à critiquer ces pratiques ni à les cautionner, mais à reconnaître que leur patient est un tout, autour duquel il sera plus efficace de rassembler ce qui peut le rendre positivement actif dans la prise en charge de sa maladie [9]. Entre autres exemples, le médecin peut choisir de discuter avec le patient, tous deux assis sur une natte sur le sol.

Le troisième niveau est celui de la médiation culturelle de la maladie, qui s'applique aux situations de crise, par exemple à l'annonce d'un handicap visuel sévère, ou lors de la prise en charge d'une complication après rupture thérapeutique, etc. Au médecin traitant et au patient, il faut adjoindre un traducteur qui puisse assurer la médiation culturelle, voire un médecin qui en soit l'animateur. Le dispositif est d'autant plus lourd qu'il nécessite une consultation sur plusieurs heures d'affilée, éventuellement à renouveler.

Le Centre de prise en charge de la douleur, à la Fondation ophtalmologique Adolphe de Rothschild à Paris, met en pratique ce mode d'approche. On y sélectionne les cas selon divers critères de diagnostic, sévérité des lésions, polypathologie, historique du suivi médical et chirurgical. Mais, surtout, on tient compte du désarroi et de la souffrance du patient et de sa famille, au regard de cette complexité médicale, et de l'impact que l'annonce d'un diagnostic grave (cancer, handicap, etc.) aura sur eux. Dans le cas d'une pathologie grave ou handicapante, avec la projection dans le futur qu'elle induit, surtout pour un enfant, l'intérêt de cette approche est autrement plus évident que pour une pathologie moins sévère, infectieuse ou autre, sans séquelles majeures. Cette démarche ne dispense évidemment pas d'avoir aussi recours aux autres outils

dont disposent les médecins et les paramédicaux, tels la relation d'aide et le concept d'alliance thérapeutique, en d'autres termes une collaboration fondée sur la confiance mutuelle, la compétence avérée et la responsabilité assumée. *A fortiori*, toutes ces démarches amèneront à cultiver davantage encore les outils classiques du médecin que sont l'écoute active, la neutralité, le non-jugement, la confidentialité.

La pratique médicale est ainsi tenue de s'adapter en permanence aux différentes cultures, et seule une confrontation éclairée à la pluralité des valeurs et des choix culturels de chacun peut enrichir le colloque singulier qu'entreprennent le médecin et le malade.

Dans ce dialogue, les différents raisonnements culturels doivent entrer, non en concurrence, mais en confluence, et une telle approche permet de répondre aux obligations du Code de Déontologie [6].

Conclusion

Dans la relation entre le praticien et son patient, il y a tout à gagner à s'inscrire dans une approche plurielle de la maladie et de ses représentations anthropologiques. C'est ainsi qu'il sera possible de mieux comprendre l'impact social, en prenant en compte les façons de penser l'espace et le temps, et les modes d'agir au travers des comportements culturels.

Or, dans ce domaine de la santé, on touche à ce qui est à la fois le plus intime, le moins formulé et le plus anxiogène chez le patient, parce qu'il en va de la perspective de sa maladie, de sa souffrance et de sa mort.

La compétence culturelle devrait alors être incontournable dans la relation que le médecin et son patient vont



Approche culturelle de la maladie. À propos d'un cas tuberculose

La santé n'est 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, qui définit le normal et le pathologique.

Une représentation de la santé et de la maladie repose, souvent inconsciemment, sur une conception de l'homme, de son rapport aux autres.

Lorsqu'il manque au patient les mots et la maîtrise linguistique pour exprimer sa souffrance et son angoisse, on ne saurait lui imposer la seule rationalité du diagnostic et la technicité des choix thérapeutiques, sans envisager une approche culturelle de sa maladie. L'apprentissage culturel de la maladie suppose d'en intégrer les données dans l'organisation et le déroulement de la consultation.

nouer, car cette relation peut s'avérer décalée, dans leur conception respective du monde, de la maladie, de la santé. Dès lors, c'est au médecin de faire le trajet qui le sépare du patient, quels que soient les champs culturels auxquels l'un et l'autre appartiennent.

Il n'existe pas d'universalisme de la médecine occidentale et, dans une société multiculturelle, il serait erroné de renvoyer à l'« exotisme » les exemples que peuvent fournir des expériences menées dans le monde. Il ne s'agit plus de tolérer avec condescendance les disparités, mais d'inscrire la relation thérapeutique dans le respect

mutuel. Sans conteste, les immigrations diverses amènent des flux de populations en souffrance, qui requièrent les soins de praticiens qui ne sont pas nécessairement formés à cette diversité culturelle. Mais il serait naïf, voire dangereux, pour eux de se réfugier derrière le voile d'un technicisme sans ouverture aux autres cultures, sous peine de mettre en échec l'efficacité du diagnostic et le bon déroulement du processus thérapeutique.

~ **Liens d'intérêts** : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

RÉFÉRENCES

1. HCSP. Enquête autour d'un cas de tuberculose. Recommandations pratiques. 2013.
2. European Center for Disease Prevention and Control. ECDC Guidance. Investigation and control of tuberculosis incidents affecting children in congregate settings. 2013.
3. OMS. Directives pour la prise en charge de l'infection tuberculeuse latente. Organisation Mondiale de la santé. Site internet : www.apps.who.int/medicinedocs/documents/s21682fr/s21682fr.pdf.
4. Prigent Y. *Vivre la séparation*. Paris : Desclées de Brouwer, 1998.

5. Laplantine F. *Anthropologie de la maladie*. Paris : Payot, 1993.
6. Hountondji JP. *Les savoirs endogènes, pistes pour une recherche*. Paris : Codesria/Karthala, 1994.
7. Bouet P. Le Patient, Pratique médicale et identité culturelle. Rapport de la Commission nationale permanente du Conseil national de l'Ordre des médecins. 2005.
8. Moro MR, Nathan T. *Ethnopsychiatrie de l'enfant*. Paris : PUF, 1995.
9. Godin P. Interview. La société Kanak, approche culturelle de la maladie. IFAP. http://www.ifap.nc/index.php?option=com_content&view=article&id=211:la-societe-kanak-approche-culturelle-de-la-maladie&catid=13:actualites&Itemid=64.(consulté le 13/06/2016)..