Document généré le 15 juin 2025 23:19

Santé mentale au Québec

L'identité culturelle du clinicien et son rôle dans sa relation avec le patient
The Clinician's Cultural Identity and its Role in her/his Relation with the Patient

Jacques A. Arpin

Volume 17, numéro 2, automne 1992

Communautés culturelles et santé mentale

URI : https://id.erudit.org/iderudit/502072ar
DOI : https://doi.org/10.7202/502072ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)
1708-3923 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Arpin, J. A. (1992). L'identité culturelle du clinicien et son rôle dans sa relation avec le patient. *Santé mentale au Québec*, *17*(2), 99–112. https://doi.org/10.7202/502072ar

Résumé de l'article

Dans une optique interactionniste, l'anamnèse culturelle du clinicien est aussi importante que celle du patient. Dans l'Europe actuelle, les mouvements migratoires demandent des ajustements à tous les niveaux. Il y a des patients étrangers, pourtant les professionnels sont eux aussi culturellement diversifiés. Affectés par le stress migratoire, ils sont également soumis à ses effets. L'auteur propose de revisiter la relation entre patient et clinicien à la lumière du modèle interprétatif-réflexif de l'interaction entre informateur (culturel) et ethnographe pratiquée sur le terrain en anthropologie.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1992

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Santé mentale au Québec, 1992, XVII, 2, 99-112

L'identité culturelle du clinicien et son rôle dans sa relation avec le patient

Jacques A. Arpin*

Dans une optique interactionniste, l'anamnèse culturelle du clinicien est aussi importante que celle du patient. Dans l'Europe actuelle, les mouvements migratoires demandent des ajustements à tous les niveaux. Il y a des patients étrangers, pourtant les professionnels sont eux aussi culturellement diversifiés. Affectés par le stress migratoire, ils sont également soumis à ses effets. L'auteur propose de revisiter la relation entre patient et clinicien à la lumière du modèle interprétatif-réflexif de l'interaction entre informateur (culturel) et ethnographe pratiquée sur le terrain en anthropologie.

L'Europe vit des temps d'intenses migrations. La qualité de l'information et sa diffusion donnent l'impression que les migrations sont plus nombreuses alors qu'en fait c'est notre perception du phénomène qui est plus aiguë. La reconnaissance de la migration comme événement de vie et l'étude des phénomènes culturels associés fournissent de quoi établir un cadre de travail. Parmi les demandes d'ajustement, il y a celles qui concernent la santé et la maladie. La compréhension culturelle est un outil essentiel dans le travail clinique des situations migratoires. Il est incomplet de ne mentionner que l'existence de «patients étrangers». À moins que l'on identifie des arrivages de migrants déjà classifiés comme patients, les deux termes ne sont pas associés systématiquement. Les migrants ne sont donc pas tous des patients. Il y a aussi des migrants «non-patients», notamment parmi les professionnels de la santé. L'Europe actuelle est en phase de changements. Toutes personnes en migration (celles qui voyagent et celles qui, sans voyager, ressentent les effets du changement) ont besoin d'assurer des ajustements souvent brusques, rapides, importants dans leur structure. L'anxiété qui résulte du fossé entre les besoins d'ajustement et la possibilité de les réaliser peut avoir des manifestations cliniques qui conduisent aux consultations médicale et sociale. Pourtant, à ces consultations, ce sont toujours «les autres» qui présentent des problèmes d'adaptation culturelle.

* Médecin-psychiatre et anthropologue au Département de psychiatrie de la Faculté de médecine de l'Université de Genève.

Les demandeurs de la consultation se définissent comme professionnels de la santé, thérapeutes, etc, et ne s'incluent pas dans le phénomène migratoire même si telle ou telle équipe est culturellement diversifiée. En réanimant l'identité culturelle des cliniciens, on obtient une meilleure efficacité dans le travail d'adaptation car on agit directement sur l'interaction patient/clinicien qui est pourvoyeuse d'information. L'hypothèse de ce propos est que, dans une optique d'efficacité thérapeutique, l'anamnèse culturelle du clinicien est aussi importante que celle du patient. («Anamnèse» culturelle n'est pas un terme satisfaisant; il met juste en contraste cette approche complémentaire de l'anamnèse médicale. On lui préférera la notion de reconstruction biographique en relation avec la culture.)

Références théoriques

L'institution sociale de la médecine induit un mode de relation patient/clinicien qui est orienté sur la fonction médicale. Ceci apparaît dans la séquence obligatoire investigation-diagnostic-traitement. Lorsque cette séquence cache, voire occulte, les identités culturelles des protagonistes, alors la fonction professionnelle couvre tout le reste. Le patient et le clinicien sont unis par le fonctionnalisme médical. En théorie fonctionnaliste, l'individu est une roue de l'engrenage; chacun est un élément qui fait marcher un système. Dans le système médical, celui de l'entreprise de la santé, patient et clinicien sont unis pour réaliser une même rentabilité (Ehrenreich et Ehrenreich, 1971; Parsons, 1951; Bloom et Wilson in: Freeman, 1979, à propos du modèle parsonien). Migrer, c'est donc aussi passer d'un système médical à un autre. Notre système médical est celui de la médecine professionnelle (par contraste avec les termes de médecine populaire et de médecine traditionnelle ou folk medicine) qui a son cadre fonctionnel (Kleinman, 1980, 24-70). La médecine professionnelle est aussi appelée médecine occidentale, terme que je trouve inapproprié. La tendance à parler d'«occidentaux» est réductrice car elle ignore les cultures de l'«ouest» et amalgame toutes ces sociétés sous un nom de fonctionnement professionnel. En horizontalisant tous ceux qui travaillent dans les institutions des pays industrialisés, on néglige (l) les cultures occidentales et (2) les professionnels d'autres régions venus se former en médecine technologique (par exemple, Haïtiens, Vietnamiens, etc). C'est en étudiant l'histoire de la médecine et l'évolution des thèmes institutionnels que l'on peut structurer la présente étude (Starr, 1982; Mechanic, 1986).

Pour faire le lien entre migration et santé, il est impératif de comprendre tout d'abord que ce n'est pas que la pathologie qui doit être l'objet d'une étude transculturelle. Ce sont aussi le concept de la santé et celui des systèmes de médecine. On emploie souvent l'expression «pathologie de la

migration» au lieu de dire «pathologie associée à la migration». La première formule est réductionniste car elle suggère que seul le système de santé peut résoudre les problèmes associés à la migration. Il est tout aussi réductionniste de parler de «pathologie de l'exil»: dans ce cas-ci la migration est amputée de son partenaire en interaction. On ne considère que ceux qui sont partis. On néglige ceux qui ne partent pas ainsi que ceux qui vivent dans le pays qui reçoit. Or, c'est bien par le choc d'acculturation que se remettent en question les identités des populations en présence. Si migrer c'est aussi passer d'un système médical à un autre, il faut alors établir les bases comparatives pour parler de la santé. On demande rarement à un patient: «Quelle est votre idée de la santé?» Donc, on prend pour acquis que le code d'interprétation des maladies sera celui de notre définition de la santé, d'où que vienne le patient. Les plaintes présentées par les patients sont évaluées en fonction de leur capacité de figurer dans le catalogue du système qui reçoit ce patient. Cette situation produit une confrontation entre les façons de comprendre la demande d'aide et la réalité clinique (Kleinman, 1980; Kleinman et Good, 1985; Arpin, 1988, 1989). Le cadre fonctionnel est celui de la médecine technologique, orientée vers la formulation de diagnostics pour lesquels on justifie demandes d'investigations et traitements. Un clinicien originaire d'un pays où la longévité atteint 78 ans et un patient pour qui la longévité ne dépasse pas 51 ans ne partagent pas une même réalité clinique, de sorte que toute leur interaction sera biaisée.

La médecine professionnelle a deux rôles complémentaires. Elle est le métier des guérisseurs et elle est une institution de contrôle social (Zola, 1972). La fonction de contrôle fait partie de la médecine en tant que système telle qu'elle est décrite ci-dessus. La part des guérisseurs se définit plus aisément en termes interactionnistes. Santé, maladies et soins sont définis en fonction d'une décision partagée entre patients et guérisseurs, une dynamique qui est influencée par les changements, contrairement aux systèmes qui parviennent à maintenir leur fonction quelle que soit la situation culturelle. L'interaction devient structurelle car elle construit: elle n'est pas qu'une action sur structure standard. Simon et Hughes dans leur présentation des syndromes liés à la culture (1985) examinent ces affections depuis le cadre contextuel jusqu'aux traitements en passant par l'expression sociale de la maladie et ses conséquences. Cette approche permet de considérer les maladies des autres dans l'hypothèse où ces affections sont typiques d'une région culturelle donnée. Les régions du monde dit occidental ont aussi leurs syndromes culturels, ce qui confirme la nécessité de «reculturer» ce qui est amalgamé dans le concept d'«Occident». On a décrit récemment des syndromes liés à la culture qui sont aussi européens et nord-américains que l'amok est malais (Ritenbaugh, 1982; Johnson, 1987).

Dans une attitude interactionniste, les études sur la communication entre patients et cliniciens examinent le rôle des facteurs sociaux (Fisher et Todd, 1983; Lidz, 1983; Marshall, 1988) et celui des facteurs culturels (Kleinman et Good, 1985; Nathan, 1986; Arpin, 1990) comme modificateurs de la relation. La migration pose en plus un problème d'interaction entre groupes, communautés et masses (populations), une projection souvent négligée en clinique mais dont la compréhension permet de situer patients et cliniciens dans leur expérience de migrants (Beiser, 1987). Il est indispensable de comprendre comment les migrants se voient en tant que masses. Sont-ils plus attachés au passé, concentrés sur le présent, orientés vers le futur? Leur interaction de groupe en tant que collectivité et avec les collectivités du nouveau point de chute varie selon qu'il y a déjà une représentation culturelle sur place ou non (masse critique). Le modèle interactionniste, dans le sens donné par George Herbert Mead, précise bien que c'est par le regard de l'autre, des autres («the generalized other») que l'individu acquiert une personnalité organisée. Dans sa critique des études sur culture et personnalité (Barnouw, 1984). Wallace (1961) examine la façon dont la relation informateur culturel/ethnographe a évolué et constate que les faits des indigènes sont toujours interprétés, à part, par les ethnographes «occidentaux». D'autre part, le langage est unique: on utilise le seul vocabulaire psychologique pour décrire tous les faits, qu'ils soient des symptômes ou des traits culturels. À partir de ces observations, Wallace distingue l'attitude selon laquelle culture est personnalité de celle où on sépare culture et personnalité. La première attitude donne la théorie d'une replication des uniformités. Selon la deuxième, la culture devient metteuse en scène de la personnalité et on parle de l'organisation de la diversité. Dans le cours de cette évolution de l'approche scientifique, les «natifs» sont devenus ethnographes et ont produit des observations sur leurs propres cultures: c'est l'anthropologie indigène. Les ethnologues occidentaux quant à eux ont évolué vers un désir de partage et une volonté de se libérer de l'interprétation réductionniste, attitude que l'on appelle anthropologie activiste. On ne se contente plus de simplement récolter des faits pour aller ultérieurement les interpréter hors-contexte. On cherche la signification des faits avec les informateurs (Geertz, 1973). Dans l'interaction, les individus des parties en présence sont acteurs et il y a un échange dans lequel chacun s'observe et observe l'autre (anthropologie réflexive de Dwyer, 1982; Clifford, 1986). Cette dynamique du regard sur soi et sur l'autre a été décrite en méthodologie de terrain avec les expression «émique» et «étique» (de la linguistique: phonémique et phonétique, Harris, 1968; Krause et Howard,1978; Pelto et Pelto,1981) (Anthropologie interprétative-réflexive: voir aussi Wilson in: Cole, 1988: 42-58).

Création d'une consultation de psychiatrie transculturelle

La Suisse, située au beau milieu du continent européen, est inévitablement traversée par les migrations. De par sa situation, le pays a l'habitude de la coexistence. Ainsi, des régions comme celles de Bâle, du Tessin et de Genève mènent-elles une vie cosmopolite et se sont-elles adaptées à ce mouvement de cultures. Ces régions ne sont pas représentatives de la Suisse. Dans certaines autres, plus centrales, la population est beaucoup plus monoculturelle. Genève en particulier, avec ses organisations internationales et ses activités diplomatiques et de plaque tournante, a acquis un savoir-faire transculturel qui résulte de l'expérience que procure l'exposition aux mouvements de migration. La population du canton de Genève (Service cantonal de statistique, Genève, 1991) est formée de trois groupes d'importance à peu près égale: Genevois, 30,7 %; Confédérés (citoyens d'autres cantons suisses), 32,9 % et Étrangers, 36,4 %. Parmi les étrangers, plus de 80 % sont des Européens. Les communautés nationales les plus nombreuses établies sur le territoire genevois sont celles d'Italie, d'Espagne, du Portugal et de France: ces quatre pays représentent à eux seuls les 4/5 des résidents originaires d'Europe.

Dans la phase pionnière de l'introduction de la psychiatrie transculturelle à Genève, en 1985, il a fallu tout d'abord évaluer les besoins au niveau du terrain. C'est pourquoi, la promotion des idées et la sensibilisation à ce travail se sont faites dans les services sociaux chargés de la migration (services d'accueil pour immigrants, centres et autres structures d'accueil et d'aide sociale). Il y avait beaucoup de résistance dans les milieux de la santé et en particulier au sein de la confrérie médicale. Pour crédibiliser la reconstruction biographique dans le contexte culturel, j'ai commencé par organiser des ateliers auxquels étaient conviés des résidents de ces structures d'accueil et dont le témoignage faisait office de correcteur des anamnèses médicales.

Les thèmes proposés au cours de ces journées-ateliers s'adressaient aux services médicaux à qui nous offrions un éclairage transculturel dans une optique explicative. Nous avons traité les différents types de lignées et des règles de mariage et d'alliance avec des thérapeutes de famille. En gériatrie, nous sommes partis de la réflexion de patients. Par exemple, l'un d'eux dont la fille avait épousé un étranger s'inquiétait de son image de grand parent («Comment faut-il faire pour être le grand-père d'un petit Kabyle?»). En gynécologie psychosomatique et sexologie, nous avons discuté des couples interculturels et des changements des rôles de femme et d'homme dans l'expérience migratoire. En médecine interne et notamment en diabétologie et en dialyse, nous avons travaillé la représentation transculturelle du corps et du consentement informé en relation avec la maladie

chronique. Ces ateliers commencèrent à drainer davantage de participants dans un sens de diversité professionnelle aussi bien que culturelle (Arpin, 1989; Arpin et Unger, 1991).

Ce fut un travail explicatif de la santé, de la maladie et des soins, à travers les variables de la demande d'aide, des réalités cliniques et de l'attente thérapeutique sur le plan transculturel. Cet apport fit apparaître un besoin très fort parmi les professionnels de la santé et d'autres institutions travaillant avec la migration, ce qui facilita la création de séminaires, de présentations et de façon générale un réseau où la psychiatrie transculturelle intervient comme consultante. Puis, les demandes se faisant plus différenciées entre supervision d'équipes et prise en soins proprement dite, l'on créa une consultation thérapeutique de psychiatrie transculturelle conduite par l'auteur et par une psychanalyste (Dr. Franceline James), avec un groupe culturellement et professionnellement varié. Le travail consiste en une présentation aux patients de deux pôles, ethnologique et analytique, entre lesquels ils puissent reconstituer une anamnèse pourvue de sens culturel et trouver les éléments pour construire des modèles explicatifs. La population dont sont extraites les observations n'est pas représentative de la population étrangère de Genève, elle est représentative de la consultation. Les services de la santé engagent beaucoup d'étrangers et pour savoir lesquels, il faut examiner toutes les couches professionnelles. Celles-ci, comme dans les entreprises de construction et autres milieux professionnels, subissent les règles des précédences, c'est-à-dire les premiers arrivés sont les premiers servis. Autrement dit, pour ce qui est, par exemple, de cadres professionnels, on trouve en tête les nationalités qui furent les premières installées. Cela fait partie des masses critiques dont il est question plus haut. Celles-ci sont soit inorganisées et représentent une conscience culturelle passive («Il y a dans cette ville une communauté kurde...»), soit organisées et actives («...qui a créé des groupes d'entraide»). Les compatriotes-éclaireurs sont en mesure de servir de guide voire de parrain aux nouveaux arrivants. Par exemple, depuis quatre générations, les Italiens ont constitué une masse critique significative, alors que les Kurdes qui en sont encore à la première génération n'ont pas encore construit un tel système.

Usage de la consultation: un exemple

Cas 1

Un médecin interniste responsable de l'unité de dialyse demande une consultation pour une patiente turque ne parlant que sa langue, et qui doit être mise sous dialyse. Ce confrère nous demande de travailler sur les points suivants: (1) la patiente croit que la mort des reins équivaut à la mort de la personne; (2) elle ne comprend pas le principe de la dialyse qu'il faudra lui

expliquer. Nous abordons cette situation en termes décrits ci-dessus à propos de méthodologie interprétative-réflexive: nous invitons un informateur culturel turc avec qui nous travaillons régulièrement et avec lui nous abordons cette patiente à travers les deux thèmes suggérés par l'interniste. Nous travaillons aussi avec celui-ci car il devra adapter sa technologie à une compréhension différente de la sienne. Au terme de cette séance, nous proposons une visite de l'unité de dialyse au cours de laquelle la patiente, sa famille et le personnel hospitalier pourront trouver un langage qui permette une compréhension de l'insuffisance rénale terminale et de cette disposition thérapeutique.

Cela illustre bien le rôle médiateur entre les différentes compréhensions d'un même phénomène. Notre rôle est de créer des ponts entre ces diverses vues des réalités cliniques, celles des Turcs et celles des Suisses, celles des patients et celles des cliniciens. Les anecdotes suivantes illustrent de manière plus personnalisée des situations de professionnels de la santé impliqués dans la dynamique de la migration et soumis à ses lois:

Cas 2

Lors d'un séminaire en clinique transculturelle, les collaborateurs d'un service de psychiatrie décident de présenter non pas un patient mais une collaboratrice. Il s'agit d'une femme arabe nord-africaine qui, autrefois libérale, est devenue très rigoureuse dans son observation de la pratique islamique. Cela se produisit au moment de l'émergence du FIS (Front Islamique de Salut): sa transformation apparaît notamment dans le port du vêtement traditionnel qui ne laisse apparaître que le visage et les mains. Son activité professionnelle s'est trouvé gênée par l'expression de cette nouvelle attitude religieuse. Les patients locaux (suisses et de la France voisine) l'ont mal ressentie, surtout dans des moments de crise telle la guerre du Golfe. Apparemment, si ce rejet ne venait que des patients, cette collaboratrice pourrait néanmoins apporter sa vision de la réalité clinique en complémentarité avec les équipes de soins. Mais le rejet vient précisément aussi de ces équipes, qui s'appuient sur un règlement stipulant que les collaborateurs sont invités à «s'adapter au style de l'institution».

L'intéressée ne voit pas la situation de la même manière. Pour elle, il n'y a pas de problème. Sa décision n'est en aucune façon en relation avec son travail, elle n'y voit pas de chevauchement. Les raisons qui ont occasionné ce retour vers une observation plus stricte de sa religion n'interfèrent pas avec sa motivation dans le travail. Puisqu'il s'agit d'une situation qui n'est pas clinique à proprement parler, on ne peut pas parler de réalité clinique mais plutôt de différences au niveau de l'éthique professionnelle,

laquelle aura une influence sur les réalités cliniques au moment de travailler avec les patients.

Cas 3

Dans les institutions de gériatrie de Genève, le personnel haïtien apparaît en troisième par ordre d'importance. Pour des patients suisses, âgés, cela représente un changement de leur vision des professions de la santé et un ajustement de leur idée de la population en Suisse. Le personnel en question est celui qui est physiquement proche des patients. Il s'agit de personnes qui font la toilette des malades, les changent, s'activent autour des lits, travaillent aux cuisines, dans les salles à manger, en un mot, des soignants qui partagent l'intimité des patients. Les réactions sont contrastées. Il y a les rejets raciaux sans nuances et il y a l'idéalisation exotique.

Sur le plan pratique de la consultation culturelle, ces collaborateurs (d'Afrique du Nord, de Haïti) apportent des réalités cliniques complémentaire à celles des autres soignants. D'autre part, face à des équipes soignantes culturellement mélangées, les patients suisses deviennent les «étrangers» de leurs soignants. Dans ces deux cas, au lieu d'avoir la classique demande de consultation pour «patients étrangers», nous avons reçu une demande émanant indirectement de patients locaux, troublés par des soignants étrangers et qui l'ont confié aux soignants «locaux». (Phénomènes transculturels en gériatrie, voir Arpin, 1987)

Lorsque les professionnels de la santé sont étrangers de façon aussi évidente que dans les deux situations ci-dessus, il est naturel d'aborder le sujet. Mais quand il s'agit de «locaux», personne ne mentionne de culturalité ou d'ethnicité. Dira-t-on: «Il y a une faible proportion de Suisses dans cette équipe» aussi souvent que: «Il y a une forte proportion de non-Suisses dans cette équipe»? Les professionnels de la santé «locaux» en viennent à présenter une sorte d'annulation de leurs identités culturelles. À première vue il s'agit d'une non-reconnaissance de l'ethnicité (anethnognosie). Cette manifestation, parfois délibérée dans un effort de survalorisation de la médecine professionnelle, est aussi souvent non-délibérée dans les situations où les professionnels sont eux-mêmes en phase de stress migratoire avec anxiété à propos de leur identité culturelle (collaborateurs réfugiés, torturés, déracinés). Ces collaborateurs ont encore besoin d'une sécurité que peut leur apporter le bouclier de l'identité professionnelle. La fonction médicale devient sécurisante parce que daans un premier temps, elle permet de vivre avec les problèmes d'adaptation culturelle en fournissant une défense sur le plan social. En deuxième lieu, elle permet de combler les pertes de privilèges presqu'inévitables pour de tels professionnels lorsqu'on change de pays. Cette défense-là contribue donc à renforcer l'estime de soi

car, même si les avantages socio-économiques ne sont pas toujours comparables, le rôle de guérisseur reste valorisé.

Cas 4

Un jeune résident est venu au séminaire de psychiatrie transculturelle pendant toute une année académique sans réelle interaction avec les autres participants. Ses interventions, formulées dans un français compétent, étaient généralement très agressives, voire hostiles. Après une année, il n'avait fait aucun commentaire sur le séminaire. Je l'ai revu un an plus tard et là, il était aussi chaleureux et expansif qu'il avait été taciturne et replié. Alors que je le lui faisais remarquer au terme d'une longue conversation, il m'a dit qu'il avait enfin pu régler certains problèmes d'identité culturelle qui le tourmentaient alors. J'avais vécu dans son pays d'origine, celui de sa mère, et parlais sa langue (le portugais brésilien) mais lui ne se sentait pas encore assez à l'aise en français et il venait de rentrer en Suisse, pays d'origine de son père.

Ce quatrième cas est représentatif du malaise éprouvé par des professionnels étrangers encore en phase d'ajustement dans le nouveau pays et dans le nouveau système médical. Les déracinements affectent ce qui est la solidité même de l'identité ethnique. Il y a la culture de chaque parent, mais il y a aussi l'endroit où on passe son enfance, la langue que l'on parle pendant l'enfance et qui n'est pas forcément celle des parents. Quand ces attaches sont rompues, les défenses culturelles sont affaiblies et il y a un besoin de les compenser, ce qui peut se faire par le biais de l'identité professionnelle.

Discussion

Lorsqu'un système de santé engage des collaborateurs d'origines culturelles diverses, il s'ensuit un mélange d'individus qui en sont à des stades d'ajustements différents. Le travail clinique est parasité par les effets des ajustements culturels qui interfèrent avec la relation thérapeutique ainsi que par les mécanismes projectifs qui peuvent se produire de la part de personnes dont la situation en Suisse est provisoire et/ou non stabilisée. Les ajustements risquent d'être écartés momentanément surtout que dans ce type d'institution le travail est très intense et laisse peu de temps pour toute autre réflexion. Si la nature du travail permet de construire des défenses et contribue à valoriser l'identité du guérisseur malgré le changement de système social, il arrive néanmoins qu'il y ait des dérapages. Ceux-ci se manifestent par l'usage trop systématique de la technique médicale visant à pallier un défaut de communication. Les gestes médicaux viennent, dans la période d'adaptation linguistique, compenser les lacunes du dialogue. Cela

est particulièrement frappant en psychiatrie où la performance linguistique verbale est un outil de première importance. La médicalisation inappropriée devient alors anxiolytique pour le clinicien. Je précise que cette médicalisation défensive n'est pas le fait des cliniciens de cultures autres que celle du système de santé; simplement, la phase d'adaptation à la communication est un élément déstabilisant. Celui-ci crée une condition temporaire qui s'exprime sous une forme d'immaturité professionnelle (prise de contact avec un vocabulaire et ce qu'il transporte). En tenant compte de cela, la consultation et les séminaires de psychiatrie transculturelle incluent la problématique de ces collaborateurs. Pour qu'une relation thérapeutique puisse s'établir entre patient et clinicien, il est nécessaire d'avoir un profil culturel des deux parties.

L'auteur a commencé avec de tels médecins culturellement diversifié un travail de mise en place des modèles explicatifs. Par exemple, à la suite d'un entretien avec une famille africaine de la côte ouest, nous nous sommes aperçus que lorsque le fils du patient avait parlé de ses deux grands-pères qui étaient historiens, nous avions des idées très variables de ce qu'était ce métier. Nous avons donc comparé les définitions du mot «historien» dans les cultures des médecins, puis nous avons examiné les associations à faire entre «historien» et «grand-père».

Les professionnels d'origines diverses ne sont pas tous arrivés en même temps et même si cela était le cas, chacun a son rythme d'adaptation. On ne peut pas décider d'un moment précis où tous seraient parvenus à un stade idéal d'adaptation. Et encore faudrait-il se mettre d'accord sur «adaptation». Il y a un moment où l'on prend conscience que l'on a migré. Cette prise de conscience correspond à un état de lucidité sur les raisons de l'émigration, facteurs qui ont poussé l'individu à partir, et sur les raisons de l'immigration, celles qui ont attiré l'individu vers un pays ou un type de pays donné. Cette conscience lucide peut se produire à n'importe quel moment, depuis la décision de partir jusqu'à un stade plus lointain après que l'implantation se soit produite. Parfois, cela arrive trente ans plus tard, alors que l'ex-immigrant veut retourner dans son pays et qu'il s'aperçoit alors que ce rêve d'autrefois ne peut se réaliser dans le monde d'aujourd'hui. La lucidité sur soi, sur l'ethnicité (identité culturelle) en général améliore la qualité de l'entretien thérapeutique. Une telle appréciation de ceci est qualitative: il y a un moindre recours à la technique médicale car il y a de meilleurs outils pour un dialogue qui est un échange de modèles explicatifs. On peut alors entreprendre le travail thérapeutique avec une base de données socio-culturelles adéquates pour pouvoir comparer les différences de réalités cliniques qui surgissent entre patients et cliniciens ainsi qu'entre cliniciens.

Toutefois, parler d'ethnicité ne doit pas aussitôt faire penser à des différences caricaturales et à l'idée d'exotisme. Il suffit d'une différence d'éducation religieuse dans un même pays, d'un contraste entre ville et campagne, d'une vision des choses entre générations (Arpin, 1987). Pollner (1987) appelle «mundane reason» cette façon de voir, en ethnométhodologie, «ce que tout le monde sait». Dans les hôpitaux, on voit en effet les effets de «ce que tout le monde sait» sur telle population étrangère, sur tel groupe de patient présentant le même genre de symptômes, etc. Ces approximations risquent d'être simplistes et conduisent à des évaluations réductionnistes, pleines de préjugés parce qu'elles sont faites d'ignorance et qu'il n'y a pas eu d'échanges sur les modèles explicatifs et les réalités cliniques. Au cours des présentations cliniques et séminaires, on note une différence entre les patients évalués avec introspection culturelle des cliniciens et sans cette introspection. Lorsque les cliniciens se retranchent derrière le professionnalisme, ils ont plus volontiers recours aux systèmes de classifications des maladies mentales et à la panoplie des investigations techniques inutiles et, bien sûr, ces cliniciens prescrivent de manière défensive. Il y a aussi ce que tout le monde sait sur la médecine suisse par exemple et sur les professionnels suisses, une vision tout aussi généralisatrice et qui induit un comportement préconditionné de la part de personnes étrangères à ce type de système de santé.

L'identité culturelle des cliniciens mérite la même attention que celle des patients. En tant que consultant appelé dans une grande diversité de services et de lieux de travail, l'auteur pratique cette approche interprétative-réflexive systématiquement dans l'entretien avec le clinicien. En effet, quand on est appelé en consultation, le médecin et les autres soignants commencent par présenter leur patient. C'est à ce moment que doivent leur être adressées les questions qui permettent de les identifier pour ce qui concerne leur origine, leur religion, leur compréhension du système familial, du système de santé, etc. C'est donc une application de la relation informateur culturel/ethnographe à ma relation avec le clinicien, lequel pourra à son tour l'appliquer dans l'interaction avec son patient. Les informateurs culturels ne sont pas tous des patients mais tous les patients sont des informateurs culturels potentiels avec un regard sur leur culture et sur celles des autres. Il en va de même pour les cliniciens. Pour cela, il faut introduire la pratique d'un «insight» culturel dans la méthode de travail des cliniciens et autres professions relatives. Ce travail doit se faire dès le premier entretien, moment à partir duquel on récolte l'information qui constitue l'anamnèse-reconstruction biographique en relation avec la culture (le développement de la «case history»). L'approche des cliniciens dans cet enseignement doit suivre un modèle tel qu'on le pratique en thérapeutique: il ne s'agit pas de faire le travail du patient mais de l'orienter et de le guider dans sa démarche vers une meilleure gestion de ses problèmes avec l'ambition de

retrouver l'autonomie indispensable à l'indépendance sociale. Cet enseignement est structurel: il ne dit pas aux cliniciens ce qu'il faut faire mais les guide de telle façon qu'ils puissent fabriquer l'outil de travail qu'est l'anamnèse (dans le sens de la reconstruction biographique). Puisque les cliniciens présentent dans leur identité culturelle les mêmes problèmes que les patients et autres personnes qui demandent une orientation, les cliniciens dans l'enseignement et le séminaire doivent bénéficier du même souci de reconstruction de leur autonomie dans le nouveau contexte socio-culturel. À l'instar des ethnologues soucieux de se libérer d'un modèle d'observation contraignant et monolithique, les cliniciens produiront avec leurs patients une information enrichie par l'échange et par conséquent plus efficace dans la démarche thérapeutique.

RÉFÉRENCES

ARPIN, J.A., 1987, Les gardiens de la culture. Des effets de la migration sur le troisième âge, *Annales Médico-Psychologiques*, *145*, n° 6, 503-512.

ARPIN, J.A., 1988, Medicine in Politics (Ethnopsychiatry vs Diagnosis), in Arpin, J., Comba, L., Fleury, F. eds, Migrazione e salute mentale in Europa, *Anthropologia Medica* (numéro special), Grafo, Brescia, Italia, 88-96.

ARPIN, J.A., 1989, Invalidité, médecine et culture (Pour une méthodologie transculturelle adaptée au phénomène dit des sinistroses), *L'Évolution Psychiatrique*, *54*, n° 4, 751-770.

ARPIN, J.A., ONGARELLI-LOUP, F., 1990, «Sinistrose» ou «rôle de malade chronique»: alternatives diagnostiques, *La Nouvelle Revue d'Éthnopsychiatrie*, n° 16, 201-218.

ARPIN, J.A., UNGER, P.-F., 1991, Accueil et représentation transculturelle dans un service d'urgences, *Médecine et Hygiène*, n° 49, 2478-2481.

BARNOUW, V., 1984, *Culture and Personality*, Dorsey Press, Homewood, Ill.

BEISER, M., 1987, Changing Time Perspectives and Mental Health among Southeast Asian Refugees, *Culture, Medicine, and Psychiatry, 11*, n° 4, 437-464.

BLOOM, S.W., WILSON, R.N., 1979, Patient-Practitioner relationship (The Parsonian model of the doctor/patient relationship), in Freeman, H.E., Levine, S., Reeder, L.G., eds, *Handbook of Medical Sociology*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ., 275-296.

CLIFFORD, J., MARCUS, G., eds, 1986, *Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography*, University of California Press, Berkeley.

DWYER, K., 1982, *Moroccan Dialogues: Anthropology in Question*, John Hopkins University, Baltimore.

EHRENREICH, B., EHRENREICH, J., 1971, *The American Health Enterprise, Power, Profits, and Politics*, Vintage Books, Random House, New York.

FISHER, S., TODD, A.D., eds, 1983, *The Social Organization of Doctor-Patient Communication*, CAL, Washington DC.

GEERTZ, C., 1973, *The Interpretation of Cultures*, Basic Books, New York.

JOHNSON, Th.M., 1987, Premenstrual syndrome as a western culture-specific disorder, *Culture, Medicine, and Psychiatry*, n° 11, 337-356.

HARRIS, M., 1968, Emics, Etics, and the New Ethnography in Harris, M. ed., *The Rise of Anthropological Theory*, Routledge and Kegan Paul, London, 568-604.

KLEINMAN, A., 1980, *Patients and Healers in the Context of Culture*, University of California Press, Berkeley.

KLEINMAN, A., 1985, *Culture and Depression*, in Good, B.J., ed, University of California Press, Berkeley.

KRAUSE, M.S., HOWARD, K.I., 1983, Design and analysis issues in the cross-cultural evaluation of psychotherapies, *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 7, n° 3, 301-311.

LIDZ, Chs, MEISEL, A., MUNETZ, M., 1985, Chronic disease: The sick role and the informed consent, *Culture Medicine, and Psychiatry*, n° 9, 241-255.

MARSHALL, R.S., 1988, Interpretation in doctor-patient interviews: a sociolinguistic analysis, *Culture Medicine, and Psychiatry,* n° 12, 201-218.

MEAD, G.H., 1943, *Mind, Self and Society*, University of Chicago Press, Chicago.

MECHANIC, D., 1986, *From Advocacy to Allocation, The Evolving American Health System*, The Free Press, Collier-Macmillan, New York.

NATHAN, T., 1986, *La folie des autres*, Traité d'ethnopsychiatrie clinique, Stock, Paris.

PARSONS, T., 1951, *The Social System*, The Free Press, New York.

PELTO, P.J., PELTO, G.H., 1981, *Anthropological Research, The Structure of Inquiry*, Cambridge University Press, London, New York.

POLLNER, M., 1987, *Mundane Reason, Reality in Everyday Life and Sociological Discourse*, Cambridge University Press, New York.

RITENBAUGH, C., 1982, Obesity as a culture-bound syndrome, *Culture, Medicine, and Psychiatry*, n° 6, 347-361.

SERVICE CANTONAL DE LA STATISTIQUE (SCS), 1991, État de Genève, n° 3.

SIMONS, R.C., HUGHES, C.C., 1985, T*he culture-bound syndromes*, D. Reidel, Dordrecht Holland/Boston.

STARR, P., 1982, The social transformation of american medicine, *The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry*, Basic Books, New York.

WALLACE, A.F.C., 1970, *Culture and Personality*, Random House, New York.

WILSON, L., 1988, Epistemology and power: rethinking ethnography at Greenham, in Cole, J.B., ed., *Anthropology for the Nineties*, The Free Press, Macmillan, New York, 42-58.

ZOLA, I., 1972, Medicine as an institution of social control, *Social Review*, n° 20, 487-504.

ABSTRACT

The Clinician's Cultural Identity and its Role in her/his Relation with the Patient

From an interactionist point of view, the cultural life history of the clinician is as important as that of the patient. In present day Europe, migratory upheavals have requested adjustments at all levels. There are foreign patients, yet professionals are themselves also culturally diversified. Affected by the migration stress, they too are submitted to its effects. The author proposes that the patient/clinician relationship be revisited in the light of the interpretative-reflexive interaction model between informant and ethnographer in the anthropological fieldwork.