

## CULTURES ET SOINS DU TRAUMA PSYCHIQUE EN SITUATION HUMANITAIRE

Thierry Baubet, Marie Rose Moro

In

SOIGNER MALGRE TOUT [MSF] Tome 1

T. Baubet, K. Le Roch, D. Bitar, M.R. Moro

Editions La pensée sauvage, Paris, 2003

Nous baserons sur les travaux de Moro (1994) suggérant pour la compréhension des enjeux de la rencontre thérapeutique en situation transculturelle, l'analyse à un triple niveau : le niveau ontologique (de l'*être*), des théories étiologiques (renvoyant au *sens*) et des logiques thérapeutiques qui en découlent (le *faire*). La culture est la somme des connaissances et des comportements qui caractérisent une société humaine. Elle permet aux membres de cette société d'appréhender le monde et d'attribuer un sens aux événements d'une manière homogène, en leur fournissant une grille de lecture transmise de façon implicite à travers des représentations culturelles communes. Ces représentations culturelles varient d'une culture à l'autre, elles définissent la façon dont les membres de chaque culture considèrent les notions de normalité/anormalité, maladie/santé, ordre/désordre, réel/non-réel, masculin/féminin, etc. Elles ne doivent cependant pas être conçues comme des choses figées, mais comme des processus dynamiques qui empruntent au contexte. D'une part chaque sujet emprunte à différents mondes (par exemple la culture du village et celle plus syncrétique de la ville) et d'autre part, chacun s'approprie ces représentations d'une manière qui lui est propre, qui dépend de son histoire, du contexte social, politique, etc. On appelle affiliation ce processus actif et dynamique d'inscription dans un monde culturel, souvent plusieurs. P77 (Baubet, Moro, in Baubet, Le Roch, Bitar, Moro, 2003)

Ces représentations culturelles sont à la base des représentations concernant la maladie et ses causes. En effet, face au désordre, un processus de recherche des causes et du sens de ce qui se passe se met en route. L'élaboration de théories étiologiques par les patients va faire appel aux représentations culturelles, ainsi qu'à certains autres facteurs comme des éléments du discours médical, ce que Moro (Ibid) nomme le second niveau, celui du sens. La nosologie, dans les sociétés traditionnelles n'est pas tant fondée sur la sémiologie que sur le sens, et l'élucidation de ce sens constitue le premier temps de la prise en charge du trouble. (...) Les théories étiologiques font appel à différentes catégories de causes comme : l'intervention d'un être culturel, par exemple un djinn ; un procédé technique : sorcellerie, maraboutage ; les manifestations d'un ancêtre offensé ; les conséquences de transgression d'un tabou, d'un interdit ; le retour d'un mort (...). L'élucidation du sens de la maladie, c'est à dire l'énonciation de son étiologie implique l'utilisation de moyens thérapeutiques particuliers. C'est le troisième niveau, celui des logiques thérapeutiques, du « faire ». p77-78 (Baubet, Moro, in Baubet, Le Roch, Bitar, Moro, 2003)

Le procédé dépend de l'étiologie présumée : si un ancêtre a été offensé, il faudra « négocier » avec lui, par exemple au moyen d'un rituel de possession, si le sujet a été « attaqué », il faudra s'occuper de sa vulnérabilité par la mise en place de systèmes de protection, etc. Les procédés thérapeutiques utilisés face à la maladie mentale sont multiples (guérisseurs, religieux, médecine « occidentale »), mais complémentaires et non concurrentiels, chacun restant à sa place. On nomme *itinéraire thérapeutique* ce parcours par lequel les différents types de savoir sur la maladie sont tour à tour questionnés selon le type de trouble, son évolution, le moment de l'histoire du sujet, les pressions familiales et groupales éventuelles, les ressources disponibles, etc. Le processus de recherche de soins répond ainsi à une double exigence : quête de la guérison, et construction d'un sens à la maladie. S'adresser à un thérapeute occidental ne constitue souvent qu'un « moment » de l'itinéraire thérapeutique des patients souffrants de conséquences d'événements traumatiques. P78 (Baubet, Moro, in Baubet, Le Roch, Bitar, Moro, 2003)

Aussi, gardons-nous de cette position si répandue selon laquelle le savoir sur le trauma ne serait que de notre côté : qu'est ce qu'un trauma, comment ses conséquences se manifestent-elles, que convient-il de faire, quand est-on « guéri », qui est « malade » et qui ne l'est pas, qui doit recevoir des soins, lesquels etc. cette position explique la prolifération de programmes basés sur « l'explication » aux populations locales de ce qui leur arrive : information, formation, tracts explicatifs sur les symptômes que l'on peut résumer ainsi : « vous avez tel et tel symptôme, vous vous demandez bien ce qui vous arrive et ce que vous pouvez faire. Nous le savons, venez-nous voir ». p79 (Baubet, Moro, in Baubet, Le Roch, Bitar, Moro, 2003)

La manière dont les symptômes de souffrance s'extériorisent et sont perçus par l'individu, sa famille, le groupe, conduit à un comportement de recherche de soins congruent à ces modèles. Les représentations culturelles

conditionnent ainsi à la fois la manière dont les symptômes sont vécus, le degré de gravité qui leur est conféré, l'attente par rapport aux soins, les possibilités d'alliance thérapeutiques avec le père praticien qu'ils vont solliciter, etc. Loin d'être anecdotiques, ces éléments sont à prendre en compte dans la mise en place de programmes de soins. Appliquer de manière rigide des techniques, même validées dans le monde occidental, peut conduire à l'échec, voire à des effets néfastes (Summerfield, 1995). p83-84 (Baubet, Moro, in Baubet, Le Roch, Bitar, Moro, 2003)

A notre sens, il existe bien des invariants culturels cependant, ceux-ci ne concernent pas des symptômes mais des *processus*. p85 (Baubet, Moro, in Baubet, Le Roch, Bitar, Moro, 2003)

La première attitude est directement héritée du modèle biomédical : la culture est quelque chose qui vient perturber l'évaluation et les soins, obscurcir le tableau. Le culture ne fait que donner une coloration exotique à des troubles universels puisque reposant sur une base biologique. (...) La deuxième attitude est actuellement très répandue, elle consiste à penser les choses en terme d'adaptation et de réadaptation psychosociale. (...) Dans cette optique, le sujet et sa souffrance ne sont plus au centre des soins, mais il s'agit de promouvoir l'adaptation à la société. Le psychisme est oublié pour laisser place à un traitement « social » du problème. P88 (Baubet, Moro, in Baubet, Le Roch, Bitar, Moro, 2003)

La troisième attitude possible est d'intégrer la dimension culturelle aux soins, en ne la considérant plus comme un obstacle mais ,au contraire comme un élément dynamique des prises en charge. Il ne s'agit pas de renvoyer les gens à leur culture, mais il importe de ne pas vouloir exporter des modèles thérapeutiques occidentaux et ethno-centrés (comme par exemple la catharsis forcée), et de co-construire des façons de faire acceptables pour la population et les professionnels locaux, en prenant garde de ne pas mettre en péril ce qui existe déjà. Pour cela, il faut prendre le temps d'explorer les itinéraires thérapeutiques, les conceptions du patient sur ce qui lui arrive, ses théories, les mots de la peur et de la frayeur, respecter cet itinéraire thérapeutique en gardant à l'esprit que les soins que nous proposons en constituent une étape, travailler avec les familles et les proches. Pour favoriser cette approche, il est indispensable de travailler avec les professionnels locaux et lorsque c'est possible avec les anthropologues, sociologues, linguistes, enseignants... p88 (Baubet, Moro, in Baubet, Le Roch, Bitar, Moro, 2003)

Partir des représentations culturelles des patients, prendre en compte le contexte socio-politique particulier dans lequel ils vivent est un élément déterminant de l'acceptabilité et de l'efficacité des programmes de soins psychologiques en situation humanitaire. Tout ceci nécessite de la part des psychiatres et des psychologues de la curiosité et de la souplesse, la capacité de pouvoir mettre en place des dispositifs originaux et métissés, adaptés au contexte, et la capacité à penser à la fois l'universalité du psychisme et la spécificité culturelle. Un apprentissage de la rencontre. [dernière phrase] p89 (Baubet, Moro, in Baubet, Le Roch, Bitar, Moro, 2003)