



Tutorat 2024-2025



FORMATION EN SOINS
INFIRMIERS
PREFMS CHU DE TOULOUSE
Rédaction 2023-2024

Semestre 3

UEC 13 Sociologie et Anthropologie

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé et de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne subsiste pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Anthropologie de la santé et de la maladie

| | |
|---|-----------|
| I. CULTURE ET SANTE | 3 |
| 1. L'ACCULTURATION ET LES IDENTITES CONSTRUITES PAR LA MIGRATION | 3 |
| II. LE NORMAL ET LE PATHOLOGIQUE..... | 4 |
| III. MODELES ETIOLOGIQUES..... | 4 |
| IV. LA CONSTRUCTION SOCIALE ET CULTURELLE DES SENSATIONS ET DES EMOTIONS | 5 |
| 1. LA DOULEUR..... | 5 |
| 2. CULTURE RELIGIEUSE ET MEDICAMENTS | 5 |
| a. <i>Croyances religieuses</i> | 6 |
| b. <i>Le rite</i> | 6 |
| c. <i>La laïcité dans les établissements de santé</i> | 6 |
| d. <i>Supports sociaux pour les droits à la santé</i> | 7 |
| V. SANTE ET CULTURE POPULAIRE MAGHREBINE..... | 7 |
| 1. ELEMENTS ANIMISTES DES CULTURES TRADITIONNELLES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE | 7 |
| 2. TZIGANES : ATTITUDES CULTURELLES, CROYANCES ET EXAMENS MEDICAUX | 8 |
| VI. COMMUNIQUER EN SITUATION INTERCULTURELLE..... | 8 |
| 1. UNE MECONNAISSANCE DES ENJEUX DE L'INTERCULTUREL DANS LA RELATION | 9 |
| 2. COMPETENCES INTERCULTURELLES DANS LA RELATION DE SOIN | 9 |
| 3. LES LIMITES DE L'APPROCHE INTERCULTURELLE | 9 |
| VII. CONCLUSION..... | 10 |

I. Culture et santé

La **culture** est une manière d'être au monde façonné par des représentations et des manières d'agir relativement homogènes et communes à un groupe donné.

C'est un **rapport symbolique au réel**, c'est-à-dire que la culture agit comme un filtre entre le réel et nous-mêmes qui permet de conférer du sens au réel (ex : selon les cultures quel est le sens de l'enfant (son rôle social aussi), du vieillard, de la femme, de l'homme, de la maladie...).

Exemple : rôles masculin/féminin, modalités du ressenti et de la perception, rapports à l'autorité, au temps, à la gestion du risque et de l'incertitude.

1. L'acculturation et les identités construites par la migration

L'acculturation est le processus qui se produit quand deux cultures se trouvent en contact et réagissent l'une à l'autre.

La plupart du temps, le processus d'acculturation produit des **bricolages culturels** (faire des choix ici à partir de référents qui sont de là-bas ou pluralisme médical, effets de la globalisation, internet et ruqiya...)

Il faut **distinguer** ce qui est produit par **l'acculturation** (pratiques, valeurs) et les identités construites par la **migration** (la place occupée par une personne et son groupe issue de la migration). Cette place dépend des conditions d'accueil, de l'histoire de la société d'accueil, du poids du groupe, de la dynamique d'acculturation en cours, des conditions et histoires de la trajectoire de migration de la personne.

Il y a plusieurs identités construites par la migration :

- **L'assimilation** : la personne abandonne son identité culturelle au profit de la communauté dominante
- **L'intégration** : la personne conserve des caractéristiques culturelles propres et son identité à travers la langue, les habitudes alimentaires et les fêtes par exemple mais participe aux structures économiques, juridiques, voire politiques de la société qui l'accueille
- La **séparation** : la personne ne cherche pas à établir de relation avec le groupe dominant et veut préserver son identité culturelle (la séparation peut être imposée par les membres du groupe à un autre membre)
- La **marginalisation** ou la **ségrégation** : la personne n'a pas le droit de bénéficier du fonctionnement des institutions et de la vie collective du groupe dominant
- La **déculturation** : la personne ne peut pas bricoler entre deux mondes culturels, le processus d'acculturation est intériorisé par le sujet comme facteur de désintégration de ses identités

La culture n'est **jamais statique** : c'est dans l'interaction avec autrui que se construit, s'actualise ou se confirme l'identité culturelle.

L'individu n'est **jamais totalement passif** dans son appropriation de la culture : la plupart du temps il « bricole » et « hiérarchise » de multiples appartenances culturelles.

La **notion de culture d'origine** est trop large et trop réductrice à la fois : il faut rapporter toute culture à de multiples appartenances (à une ethnie, à une religion, à une classe d'âge, à un niveau de diplôme, à un groupe socio-culturellement situé sur l'échelle sociale...)

Il faut toujours rapporter la notion de culture aux **normes familiales** d'un individu (effet de la socialisation).

Derrière l'évidence biologique d'une maladie, il y a différentes idées sur la cause et l'origine des maladies (**représentations étiologiques**) et différents savoirs et représentations sur les formes concevables des traitements et sur leur efficacité (**représentations prophylaxiques**).

La maladie et la santé reposent sur des **représentations privées** liées à l'expérience, au vécu et à nos trajectoires de santé, et sur des **représentations sociales** qui fonctionnent sur des principes de normes et de valeurs communes.

II. Le normal et le pathologique

Chaque culture fixe les **normes** et les **limites** de ce qu'il est convenu d'appeler maladie ou santé.

La **notion de santé** peut être individuelle ou collective. Être malade dans les sociétés traditionnelles n'est pas l'affaire d'un individu isolé mais d'un groupe.

En situation interculturelle, comprendre le sens donné à une maladie et à un outil de diagnostic ou de traitement par un patient revient à comprendre son modèle explicatif (ex : prise de sang et maraboutage).

III. Modèles étiologiques

- Le **modèle ontologique** : la maladie est un être en soi qui existe indépendamment de la personne malade
- Le **modèle relationnel** : la maladie est due à un déséquilibre de la personne en relation : avec elle-même, son entourage, son groupe, son environnement, ou avec le monde invisible des esprits, des ancêtres
- Le **modèle exogène** : la maladie est due à l'action d'un élément extérieur : virus, conditions de vie néfastes, mauvais esprit...
- Le **modèle endogène** : la maladie est secondaire à une cause intérieure : terrain allergique, hérédité (ou filiation des ancêtres), maladies auto-immunes
- Le **modèle additif** : la maladie est due à un excès dangereux (surcharge pondérale, stress, œdème, possession ou adorcisme)
- Le **modèle soustractif** : la maladie est due à une insuffisance ou à une perte (anémie, hémorragie, perte de connaissance, perte de l'âme ou vol de l'âme par un esprit)
- Le **modèle maléfique** : la maladie est nuisible, nocive, une mauvaise heure de la vie
- Le **modèle bénéfique** : la maladie présente des bénéfices secondaires (purification, expression somatique d'un dérèglement psychique en vue d'une transformation, notion d'épreuve envoyée par Dieu et de guérison spirituelle, statut sacré du malade qui prend sur lui les malheurs du groupe...)

IV. La construction sociale et culturelle des sensations et des émotions

S'il n'existe probablement pas de cultures dénuées de sentiments, celles-ci sont très codifiées et s'objectivent dès les processus de socialisation pour apparaître comme naturelles.

Ex : le sourire physiologique du nouveau-né ne va prendre son sens social que par l'imitation et l'association au consentement. Le sourire oriental montre que l'on conserve une certaine harmonie relationnelle ; alors que le sourire occidental montre que l'on privilégie l'affirmation de soi.

1. La douleur

L'extériorisation de la douleur et son ressenti intime sont **conditionnés par la culture** et différenciés par le genre dès la socialisation.

L'étude de **Mark Zborowski** montre qu'il y a des variations culturelles dans l'extériorisation et dans la signification de la douleur (groupes italiens catholiques, irlandais protestants, juifs et judaïques...). Les **idiomes de détresse** sont des manières culturelles d'exprimer sa plainte. Le ressenti intime, l'extériorisation et la signification de la douleur dépendent de la socialisation, intériorisée dès l'enfance (par exemple en ce qui concerne le genre, mais aussi en fonction des milieux sociaux, des rapports culturels et sociaux différentiels au corps) → il existe tout un relativisme culturel et social autour de la douleur.

Dans l'étude d'**Irving Zola**, l'identification et la description des symptômes est aussi une question culturelle (groupes culturels italiens catholiques et irlandais protestants en situation de consultations ophtalmologiques).

Les différences de réaction selon les cultures ne concernent pas que le type de plainte ou le type d'angoisse associé à divers symptômes : certains organes ou parties du corps sont **culturellement valorisés**.

Il ne faut pas penser la culture uniquement en termes exotiques.

L'**ethnicité** se définissant d'abord comme **l'affiliation à un territoire**, il peut y avoir des ethnicités de quartier, d'affiliations régionales. L'ethnicité n'est pas réservée qu'aux autres éloignés ou exotiques :

- Il faut penser les approches culturelles sous l'angle de « cultures sociales » et de « cultures familiales » avec leurs propres normes de fonctionnement
- Il faut penser la culture à travers ses bricolages d'acculturations, de déculturations, d'affiliations diverses
- Il faut éviter toute approche culturaliste. Cependant, le corps reste habité par tout le groupe qu'on porte en soi.

2. Culture religieuse et médicaments

Comment expliquer les conduites diversifiées des individus à l'égard des médicaments, (par ex. en termes d'automédication ou d'observance/non-observance), sous l'angle de la culture religieuse ?

(S.Fainzang)

- Etude sur 5 ans (observations en milieu hospitalier + entretiens)
- 181 patients rencontrés de confessions juives, musulmanes, protestantes et catholiques
- Analyses comparées par niveau social équivalent par religion pour neutraliser la variable sociologique

Les constats qui sont ressortis de cette étude sont :

- Une **automédication** plus forte chez les protestants et rejet de l'automédication chez les musulmans
- **Négociation du médicament** plus active chez les protestants et chez les patients juifs
- **Méfiance sur les psychotropes** chez les patients juifs car ils signifient la perte de mémoire

a. Croyances religieuses

Ce qui fait l'autorité des croyances religieuses, c'est qu'elles sont **partagées**. Les croyances religieuses mobilisent des ressources affectives importantes.

Elles servent à **donner du sens** à la maladie et à la guérison

Toutes les religions et spiritualités entretiennent des liens avec la fragilité existentielle, la souffrance et la maladie.

b. Le rite

Le rite est l'ensemble de **conduites répétitives et codifiées** destinées à entrer en relation avec les puissances sacrées. Il y a une importance du formalisme rituel.

C'est l'ordre qui fait rite.

Les fonctions du rite sont de :

- **Répondre au besoin d'agir** : le rite est une structuration anthropologique qui permet de mettre de l'action là où la vacuité serait insupportable car non structurante de la vie individuelle et collective
- **Sécurisante** : atténuer l'angoisse de l'homme face à diverses situations incertaines
- **Cathartique** : permet la liquidation collective des affects
- **Intégrative** : permet au groupe de réaffirmer périodiquement ses valeurs

c. La laïcité dans les établissements de santé

La **circulaire du 2 février 2005** introduit le respect de la liberté religieuse et de culte du patient ; le droit à la non-discrimination en raison des croyances ; et la neutralité de l'agent public.

Les **limites** de la liberté religieuse s'appliquent quand :

- Le prosélytisme est interdit
- Le malade doit accepter la tenue vestimentaire nécessaire imposée par les soins
- La tranquillité des autres malades et de leurs proches prime
- Le droit de l'agent hospitalier à ne pas être discriminé pour des raisons religieuses (homme/femme)
- L'organisation du service prime

Lorsqu'un patient refuse des soins en raison de ses convictions religieuses : (Témoins de Jéhovah avec la transfusion sanguine)

- **Loi du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé stipule que le malade doit agir sous consentement éclairé et qu'il peut refuser des soins sauf dans 3 conditions (la vie du patient est immédiatement en péril, il n'y a pas d'alternative à la transfusion sanguine, le médecin a essayé de convaincre le patient)
- Pour les **enfants** le médecin doit dispenser les soins nécessaires quand sa vie est en danger quel que soit l'opinion de la famille

d. Supports sociaux pour les droits à la santé

Il existe **deux supports sociaux** en ce qui concerne les droits à la santé : l'Aide Médicalisée d'État (AME) et la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS).

L'AME est un dispositif permettant aux **étrangers en situation irrégulière** de bénéficier d'un **accès aux soins** (100% maladie sans avance de frais) sous réserve de conditions :

- Conditions de **stabilité de résidence** (un lieu où on séjourne en France pendant plus de 6 mois, soit une résidence habituelle qui a un caractère permanent)
- Conditions **d'ancienneté de présence sur le territoire** : pour bénéficier de l'AME, il faut résider en France pendant au moins trois mois de manière ininterrompue sauf pour les enfants pour lesquels l'AME s'applique immédiatement

La PASS est un **service médico-psycho-social** qui accueille toute personne avec un problème de santé qui a une insuffisance ou une absence de couverture sociale. Elle facilite l'accès aux services hospitaliers, aux réseaux institutionnels et associatifs de soins pour les personnes démunies.

Il existe aussi des PASS **spécialisées** en psychiatrie, en bucco-dentaire et en dermatologie.

Il existe aussi une PASS **mobile** d'intervention à l'extérieur de l'hôpital.

V. Santé et culture populaire maghrébine

Il y a deux médecines :

- La **médecine occidentale scientifique**
- La **médecine populaire** (tradition orale) : tomber malade n'est pas qu'un phénomène naturel

Une des principales étiologies traditionnelles repose sur le **pouvoir de l'Aïn** (mauvais œil) :

- Désigne l'activité maléfique de l'Œil qui agit directement sur la victime (capacité de faire du mal rien qu'avec le regard)
- Contrairement à la sorcellerie l'Aïn ne nécessite aucun support, aucune manipulation, aucun rituel pour nuire
- Manifestation d'un sentiment d'admiration qui se transforme en sentiment de malveillance (retournement de la pulsion en son contraire) → Tout le monde est capable du mauvais œil

Avec la notion de culture, l'ensemble des pratiques et des valeurs ont une **cohérence symbolique**.

Rendre compte d'un fait culturel, c'est toujours analyser l'ensemble des fondements et des manifestations dans leur cohérence symbolique.

Par exemple, le motif du « mauvais œil » est un puissant révélateur de **l'univers symbolique** d'une culture maghrébine en France car il parle tout à la fois du sentiment identitaire, de l'espace privé et domestique, du religieux et d'acculturation.

- Immersion dans une culture maghrébine de France via les femmes qui vont être des « **panseuses** » entre la culture d'origine et la culture d'exil
- La tradition est en **continue réinvention** : les croyances et pratiques traditionnelles se transforment dans un cadre urbain et technologisé
- La **tradition modernisée** permet l'adaptation à la culture d'accueil

1. Éléments animistes des cultures traditionnelles d'Afrique subsaharienne

Ils attribuent une **âme** aux phénomènes naturels visibles et invisibles et au règne animal et végétal. Ces âmes sont fondées sur le **culte des ancêtres** (à ceux qui ont précédé dans le lignage).

L'accent est mis sur la **communication** entre les vivants et les morts.

Un ancêtre non respecté par culte peut se venger, créer des conflits au sein du groupe, amener la maladie, la mort...

La notion de force ou d'énergie qui est cosmique et qui emplît toute chose, y compris des objets (fétiches).

2. Tziganes : attitudes culturelles, croyances et examens médicaux

Il y a un groupe familial central, les **tziganes** sont présents lorsqu'un d'entre eux est hospitalisé en vertu de leur mode de vie communautaire, être écarté du groupe est la pire sanction.

C'est un **fonctionnement par clan** basé sur des liens étendus de famille. L'enfant est roi.

L'existence nomade signifie voyager, n'avoir aucune obligation de temps ou d'espace découle de ce mode d'existence, la division des « sphères de vie » de la société citoyenne (école, travail, maison, loisirs) est un cloisonnement très dissonant par rapport à leurs conceptions de vie.

La **grande confiance** dans la « chance » s'intègre bien dans cette mentalité. La santé est un sujet important grâce à la chance :

- Notion de pureté centrale
- La santé au jour le jour : peu de succès de soins préventifs
- Si un traitement fonctionne auprès de l'un, le groupe l'adopte (anneau gastrique, implant plus que stérilet, anti-dépresseurs en hausse chez les femmes)

Les Tziganes à Toulouse sont des **gitans** plutôt **sédentaires**, Manouches sédentaires et voyageurs, Roms, Yémiches (peu).

Ils ont des **rites autour de la mort** : se réapproprier le défunt, ne pas jeter les affaires du défunt à l'hôpital, la communauté brûle tout, avant ils brûlaient même les photos mais les jeunes générations gardent davantage.

Les Tziganes peuvent être **catholiques**, **protestants** (devenir pasteur permet une ascension sociale), **musulmans** et sont pour beaucoup **évangélistes**.

Ils veulent accéder à des métiers qui permettent de travailler sans être salarié (difficultés des routines horaires des gadgé).

Il y a beaucoup de conditions insalubres et précaires dans les camps et chez les voyageurs (catégorie administrative gens du voyage : une espérance de vie de 15 ans inférieure à la moyenne nationale).

Beaucoup de Tziganes travaillent dans le ferrailage, il peut y avoir des accidents (brûlures) et des maladies respiratoires (cancers de la plèvre).

Chez les enfants, il y a de l'obésité et du saturnisme comme conséquence grave des activités de ferrailage de leurs pères (test de plombémie : il suffit qu'une famille le fasse pour que les autres suivent).

Chez les femmes, on retrouve de la dépression et des conduites névrotiques.

Il y a également une augmentation des conduites addictives (anti-dépresseurs, drogues).

VI. Communiquer en situation interculturelle

Une rencontre interculturelle est aussi une **rencontre interpersonnelle**. Chaque protagoniste apporte sa culture et aussi son individualité, son expérience et ses intérêts propres.

Il y a différentes typologies chez les patients étrangers avec leur rapport à l'altérité.

Des conservateurs fortement attachés à la préservation de leurs codes traditionnels (refus de la contradiction, se rattacher à une cohérence simple → génère souffrances oppositions et conflits dans l'entourage - principe de séparation-)

Des individus qui privilégient pragmatisme et opportunisme en manipulant codes des sociétés d'origine et de résidence (alternance des codes, évaluation des avantages et inconvénients de part et d'autre —une modalité de l'intégration-)

1. Une méconnaissance des enjeux de l'interculturel dans la relation

Dans une relation interculturelle, il y a :

- Des différences de **codes de communication** (langage, métalangage, gestuelles, règles d'interaction diversifiées)
- Des différences liées à des **systèmes collectifs de significations** (valeurs, représentations, croyances, normes)
- Des **divergences** d'intérêts, d'objectifs et d'intentions des protagonistes, de statuts en jeu, de circonstances de la rencontre
- Des **divergences** de **contextes** et de **situations** (dominants/dominés, menaçants/menacés, civilisés/arriérés, colonisateurs/ex-colonisés...)
- Il ne faut pas **sous-estimer les rapports historiques** comme vecteurs de représentations et aussi d'histoires vécues, de mémoires

Les composantes situationnelles et interpersonnelles se confondent avec les composantes culturelles.

Il faut tenir compte des **situations d'interaction** et des **codes culturels** ; il y a des contextes riches et des contextes pauvres en communication.

Il faut prendre en compte la **codification implicite** du message et une **métacommunication** :

- Ton, attitude, regard, toucher, gestes qui viennent se greffer sur le contenu du message
- Polysémie du vocabulaire utilisé
- Relation de proxémie
- Questionnaire et contrôle social

Les **effets situationnels et de contexte** sont aussi à prendre en compte : environnement physique, cadre institutionnel, forme de la rencontre, familiarité de la situation, degré d'interconnaissance

Il faut également prendre en compte les **écarts culturels d'interprétation** (sommes-nous d'accord pour identifier le mal comme tel ?) et les **effets de la dissonance cognitive** (filtrer et minimiser les informations qui contredisent nos systèmes de croyances ou de représentations).

2. Compétences interculturelles dans la relation de soin

Dans une relation de soin interculturelle, il faut utiliser le **modèle allocentrique** ou **empathique** :

- Savoir procéder à une suspension du moi (gérer ses propres conflits émotionnels)
- Ne pas confondre individus et stéréotypes
- Accepter la complexité cognitive (accepter de faire coexister des éléments contradictoires pour rechercher des solutions)
- Faire preuve de réceptivité active (être plus centré sur la relation que sur la tâche)
- Réduire notre ethnocentrisme naturel (ne pas décoder les comportements de l'autre en fonction de nos propres modèles culturels, savoir-faire un retour sur nos propres préjugés...)
- Savoir relancer

3. Les limites de l'approche interculturelle

L'approche interculturelle est souvent une initiative qui part du soignant.

Il y a la possibilité d'avoir recours à un **médiateur** si les conditions de dialogue sont trop difficiles.

Les situations où la **communication interculturelle ne passe pas** sont :

- La relation intervient trop tard dans un conflit en amont
- Peur d'une mise en cause de l'identité culturelle pour le patient
- Peur d'une mise en cause de l'identité professionnelle pour le soignant
- La menace identitaire apparaît quand il est impossible de trouver une négociation acceptée aux frontières identitaires (incapacité à soutenir la relation, inhibition de l'action, construction d'une image de l'autre qui va justifier sa dévalorisation...)

VII. Conclusion

Il ne faut **pas** adopter des **attitudes systématiques** : éviter tout culturalisme qui consiste à réduire l'individu à sa culture et comporte un risque de stigmatisation.

Il faut faire un **retour sur soi-même** : relativiser nos propres croyances et représentations.