

POINT FORT

Les modèles psychiatriques bousculés par la mondialisation

Face aux changements sociétaux, un colloque fait le point sur la prise en charge de la diversité dans le domaine de la santé mentale, en questionnant les modèles et les pratiques professionnelles

Dans certaines régions du monde, il n'y a pas de mot pour exprimer la notion de tristesse. Voilà pourquoi une partie des femmes migrantes qui suivent le programme de préparation à la naissance «Enceinte à Genève» ne comprennent pas toujours le sens des questions qui leur sont posées afin d'évaluer leur état psychologique. Ces femmes peuvent être déprimées, mais elles diront plutôt qu'elles ont mal partout ou qu'elles ont le corps broyé. Dans leur culture, il n'y a pas de dichotomie entre le corps et l'esprit.

Cette situation n'est pas marginale. Les migrants consultent en effet essentiellement pour des symptômes somatiques plutôt que pour des raisons psychologiques.

UN PSY PAR CULTURE?

Dans le domaine de la santé mentale, la différence culturelle a souvent été mise en avant pour expliquer les échecs thérapeutiques avec les migrants: difficulté à comprendre l'autre, à le faire adhérer aux thérapies, efficacité médiocre des traitements prodigués, etc. Faudrait-il donc recourir à un psychiatre spécialiste de la culture asiatique, par exemple, pour soigner un patient provenant de ce continent?

Pour réfléchir à la prise en charge de communautés diverses dans un même pays, au sein d'un monde globalisé, un colloque est organisé conjointement par l'UNIGE et l'UNIL les 14 et 15 novembre prochains. Intitulé «Santé mentale et sociétés plurielles – De la différence culturelle à la diversité», il questionnera la validité des modèles médicaux actuels au regard des transformations sociales et culturelles contemporaines.

Le colloque donnera la parole à de nombreux in-

tervenants de toutes les disciplines – anthropologues, sociologues, psychologues, psychiatres et théologiens – qui, par différentes approches, s'atteleront à déconstruire les diverses catégories façonnées autour des différences culturelles (cf. programme ci-dessous).

«Les notions de culture, de différence culturelle, d'inter-culturel, de métissage, de diversité méritent que l'on s'y arrête et que l'on débattre de leurs différentes acceptations, explique Betty Goguikian Ratcliff, maître d'enseignement et de recherche à l'Unité de psychologie clinique interculturelle (FPSE) et coordinatrice du colloque avec Ilario Rossi

du Laboratoire d'analyse des politiques sociales, santé et du développement de l'UNIL. Par le passé, nous sommes tombés dans un excès de culturalisme, en rendant l'autre mystérieux et différent par essence.»

Les façons de soigner, les manières de conceptualiser la maladie et les soins sont différentes selon l'endroit du monde où l'on se trouve. Comment la folie est-elle comprise dans d'autres sociétés? A quoi attribuer la maladie mentale?

A l'heure des sociétés plurielles, les institutions doivent être repensées de manière moins exclusive afin de ne pas marginaliser les catégories de patients qui s'éloigneraient de la norme.

«Nous visons une médecine non discriminatoire, qui assure un accès équitable aux soins et une qualité de traitement adéquate pour tout patient, quelle que soit sa trajectoire sociale et culturelle», continue la psychologue.

MODÈLES ETHNOCENTRÉS

Les modèles théoriques de la psychiatrie et de la psychologie, comme toutes les références des praticiens pour les tests d'intelligence ou les tests d'habileté, sont ethnocentrés, conçus par et pour une population européenne-américaine de classe moyenne. «Par exemple, on s'est aperçu que changer l'orientation d'une figure géométrique à recopier dans une tâche d'analyse visuo-spatiale pouvait sensiblement améliorer les performances d'un

enfant arabe, qui a l'habitude de lire de droite à gauche», explique Betty Goguikian Ratcliff. La question qui se pose dès lors est l'adaptation des outils aux patients d'origines diverses. «Notre société doit se faire à l'idée que l'ère de l'homogénéité est révolue. Elle doit se penser comme étant une société plurielle. Il ne s'agit pas d'importer d'autres modèles, ni non plus d'effacer les pré-supposés de notre pratique. Il n'est pas possible de s'inscrire en dehors de notre culture, ni de se départir de la manière dont nous avons été formatés. Par contre, nous pouvons être conscients que nos modèles et nos pratiques ne sont ni universels ni aculturels», poursuit Betty Goguikian Ratcliff.

PISTES DE RÉFLEXION

Cette prise de conscience est nécessaire, tant au niveau de l'individu qu'au niveau des organisations, où les procédures et formatages institutionnels doivent être améliorés. Pour Ilario Rossi, le colloque «vise à mettre en relief les grands changements sociétaux et l'émergence de sociétés plurielles en référence au concept de santé mentale, et a trait autant aux politiques de gouvernance qu'à l'organisation des cultures institutionnelles ou aux compétences des professionnels». Et Betty Goguikian Ratcliff de conclure: «Le but du colloque n'est pas de comprendre les migrants, mais de comprendre notre vision de la diversité. Il s'agit de donner aux praticiens des outils de réflexion et une certaine distance face à leur pratique quotidienne.»

Un programme interdisciplinaire

DIVERSITÉ DE LA CLINIQUE, CLINIQUE DE LA DIVERSITÉ

COURS DE VIE ET SANTÉ MENTALE

Précarité sociale et précarité psychique: la transversalité des différences
Parcours de vie et vulnérabilité psychique
CLINIQUE DES MIGRANTS

Le syndrome d'Ulysse: un tableau clinique spécifique aux migrants?

Soins institutionnels pour les patients requérants d'asile

MÉTISAGE ET SOCIÉTÉS PLURIELLES

Le paradigme du métissage: déclinaison et combinaison d'une donne aux penseurs multiples

Métissage et hiérarchisation des cultures

TABLE RONDE

Quelles conceptions de la diversité pour quelles cliniques?

| JEUDI 14 NOVEMBRE |

de 9h à 17h

HUG, auditorio Marcel Jenny

DIVERSITÉ ET SANTÉ MENTALE EN MUTATION

SANTÉ MENTALE ET TRANSITION

Les défis institutionnels de la psychiatrie transculturelle à l'aube du XXI^e siècle
Mondialisation et santé mentale: les défis de l'équité et de l'accessibilité
Santé mentale et droits du sujet
Santé mentale, institutions et politiques du relationnel

PENSER LA SANTÉ MENTALE

La santé mentale ou l'attitude à l'égard de l'adversité dans la condition autonome (une perspective maussienne)
Diversité et santé mentale: configurations et disjonctions affectives

TABLE RONDE

Santé mentale et diversité: dialogue entre disciplines, échange entre professionnels

| VENDREDI 15 NOVEMBRE |

de 9h à 17h15

UNIL, bâtiment Anthropole, salle 3174

| POUR EN SAVOIR PLUS |
www.unige.ch/SMSP2013

«Il faut se méfier de l'impérialisme psychiatrique»

Responsable du Service de psychiatrie pénitentiaire aux Hôpitaux universitaires de Genève, Ariel Eytan figure parmi les pionniers de la prise en charge institutionnelle de la diversité culturelle. Il interviendra le 15 novembre à Lausanne sur le thème de la mondialisation et de la santé mentale. Rencontre

Pourquoi juxtaposer les notions de mondialisation et de santé mentale?

Ariel Eytan: La dimension transculturelle du diagnostic psychiatrique est très importante aujourd'hui. Nos catégories sont-elles valables pour tous? Les migrants consultent d'abord pour des plaintes somatiques, comme des maux de tête, des fourmillements, une oppression respiratoire... Ces symptômes sont le mode d'expression de la détresse de ces patients. Chez nous, c'est différent. Par ailleurs, il faut aussi sortir de l'idée que ce sont uniquement des patients migrants qui sont reçus par des médecins suisses. Il y a aussi beaucoup de patients suisses qui sont suivis par des médecins étrangers.

Quels sont les défis posés par cette problématique?

La mondialisation du diagnostic psychiatrique permet à tous les praticiens de parler le même langage. Aujourd'hui, lorsqu'on évoque la schizophrénie, on parle de la même chose en France, aux Etats-Unis ou en Suisse. Ce n'était pas le cas jusque dans les années 1980. Par exemple, le «stress post-traumatique» définit les réactions psychologiques qui découlent d'un accident de voiture, d'un cambriolage, etc. Peut-on appliquer le même modèle pour une personne qui vit dans une région rurale d'Indonésie et qui a vécu un traumatisme collectif, comme une inondation? De quoi faut-il tenir compte pour que le diagnostic soit valable? Et de quelle manière nuancer celui-

ci? Il faut se méfier de l'impérialisme psychiatrique et prendre en compte les particularités culturelles.

L'accessibilité aux soins est-elle identique pour tous?

Il est crucial d'identifier ce qui, dans les différences culturelles, peut entraîner des difficultés dans l'accès aux soins. Les barrières vont de la dimension économique (précarité, absence d'assurance maladie, manque de moyens financiers, etc.) en passant par des représentations négatives – la psychiatrie reste, par exemple, très stigmatisée dans certains pays –, à l'attitude de la famille par rapport au trouble mental, etc.

Comment la diversité est-elle aujourd'hui intégrée par les institutions de santé?

Les institutions ont d'abord dû répondre à un certain nombre de questions, comme la nécessité de créer une consultation spécifique par communauté. Cela n'a pas de sens à Genève, où la diversité culturelle est importante. Ce n'est pas le cas partout, comme aux Etats-Unis où il existe des régions à très forte densité ethnique. Puis celles-ci ont développé des compétences institutionnelles: donner accès aux soignants à un réseau d'interprètes professionnels, formés au domaine de la santé; faciliter l'accès aux soins pour les migrants avec un accueil téléphonique en plusieurs langues; traduire les brochures d'information, etc.



Photo: C. Simon/AFP

Plus spécifiquement, qu'est-ce qui a été mis en place à Genève?

Le Département de médecine communautaire et de premier recours propose un «Programme santé Migrants» qui s'adresse principalement aux demandeurs d'asile. Un pôle de psychiatrie transculturelle a également été développé. Par ailleurs, chaque médecin peut venir présenter, au sein d'une consultation transculturelle, des patients dont les comportements face au traitement pourraient avoir une origine culturelle, comme un patient qui a le sida et qui refuse de prendre son traitement ou une mère qui ne veut pas que l'on hospitalise son enfant. Un poste d'anthropologue médical a aussi été créé afin de coordonner le réseau d'interprètes. Et un groupe réunit les différents départements médicaux des HUG (pédiatrie, gynécologie, chirurgie, etc.) pour coordonner toutes les activités de l'institution liées à la migration.

Les migrants sont-ils réellement plus touchés par des troubles mentaux que les Suisses?

Oui, les statistiques le montrent clai-

rement. Jusqu'à récemment, deux modèles tentaient de l'expliquer: le premier suggère que les migrants sont soumis à des stress plus importants que la population autochtone, le second part de l'hypothèse que la migration concernerait des personnes instables, qui ne savent pas ce qu'elles veulent, et qui sont donc plus susceptibles de présenter des troubles mentaux. Le modèle du stress reste valable: les migrants ont parfois subi des violences dans leur pays d'origine, ils manquent de facteurs de protection dans le pays d'accueil (famille, forte densité de leur communauté...) et ils peuvent aussi être quotidiennement l'objet de petites discriminations, un stress social chronique qui les vulnérabilise. Mais cette différence face aux troubles n'est pas une règle absolue. Des études montrent que, dans certaines conditions, les migrants ont une meilleure santé mentale que les autochtones. En Californie par exemple, les familles latino-américaines protègent mieux leurs enfants de la drogue. Les troubles mentaux qui y sont liés sont donc plus rares. ■