



## Que peut apporter l'anthropologie De la sante à la pratique de la médecine ?

Etant donné la diversité croissante des patients, il devient de plus en plus important pour les médecins de comprendre les facteurs sociaux et culturels qui influencent leur santé et leur prise en charge. Dans un contexte multiculturel, une prise en charge médicale centrée sur le patient pose des défis spécifiques et exige que les cliniciens aient une « compétence transculturelle clinique », c'est-à-dire qu'ils adoptent un comportement adapté et disposent de connaissances et de techniques appropriées. Les concepts et le point de vue de l'anthropologie médicale permettent de mieux cerner la nature interculturelle de la consultation médicale et de concevoir et appliquer des méthodes qui assurent un suivi médical judicieux. Le présent article explique en quoi consiste l'anthropologie médicale et passe en revue les contributions qu'elle peut apporter à la médecine clinique.

### Concepts-clés en anthropologie médicale

Certains concepts utilisés en anthropologie peuvent être appliqués directement à la médecine clinique et fournir un cadre conceptuel pour comprendre la nature interculturelle inhérente à la relation médicale.

#### ● La culture

Pour les anthropologues, la culture désigne ce que les gens doivent apprendre, par opposition à l'héritage biologique. La culture se compose des connaissances, des valeurs, des croyances et des règles de vie qui sont communes à des individus et leur permettent de vivre et de travailler ensemble en communiquant de façon efficace. La culture n'est pas la même chose que l'ethnicité ou la nationalité. La culture se fonde sur les expériences uniques d'individus dans la mesure où ceux-ci partagent des trajectoires communes. S'il est vrai que la nationalité et l'ethnicité peuvent être des sources de connaissances et d'expériences communes, d'autres facteurs comme l'âge, le sexe, la trajectoire migratoire, la classe sociale, l'éducation, la profession peuvent représenter des sources de variabilité culturelle intranationale ou intra ethnique. Il se peut, par exemple, qu'une femme bosniaque ayant étudié en Suisse, y élevant ses enfants et y travaillant partage davantage de connaissances culturelles avec les femmes suisses qu'avec ses compatriotes. Imaginer les sociétés (nations, groupes ethniques) comme des mosaïques formées de nombreuses cultures entremêlées et en perpétuelle évolution peut être utile aux cliniciens dans la mesure où cette image aide à éviter les stéréotypes et favorise la recherche des caractéristiques culturelles pertinentes pour chaque patient.

## ● **Maladie biologique et maladie vécue**

Les anthropologues médicaux anglophones distinguent *disease*, soit la maladie considérée du point de vue biomédical comme un dysfonctionnement biologique (ou psychologique) chez un individu, de *illness*, soit la maladie en tant que vécue. Ces concepts permettent de comprendre comment la réalité clinique se construit en fonction des visions culturelles : celle du médecin et celle du patient. L'influence de la culture porte sur tous les aspects de l'expérience personnelle de la maladie : la perception des symptômes et la façon d'y réagir, la manière de nommer, décrire et gérer les changements physiques, le moment où l'aide médicale doit être sollicitée, qui doit être sollicité, la durée souhaitable de la prise en charge et les critères d'évaluation des soins reçus. La culture enseigne comment être malade.

## ● **La biomédecine :**

un système culturel En raison de leur formation, les médecins font partie d'une culture qui leur est propre et à laquelle les non-médecins sont étrangers. Basée sur le modèle biomédical, la formation qu'ils reçoivent conçoit le corps comme une machine biochimique et définit la maladie comme une déviation de la norme des variables biologiques mesurables. Même si l'efficacité de la biomédecine est incontestable, elle n'est pas toujours l'approche la plus adéquate culturellement. La biomédecine n'offre qu'une manière de comprendre et répondre aux dysfonctionnements biologiques et psychologiques des patients, il existe autant de manières de définir la maladie et d'y apporter une réponse qu'il y a de cultures. La culture de la biomédecine n'est pas *homo gène*, et les praticiens ne construisent pas leur savoir et leur pratique exclusivement sur le modèle officiel et professionnel de la bio médecine. Comme le souligne Lynn Payer, la médecine n'est pas tout à fait la science internationale que les professionnels de la santé voudraient nous faire croire. Cette journaliste a observé que les médecins français, allemands, anglais et nord-américains diffèrent dans leur manière de reconnaître les maladies, de les qualifier et de les traiter. Par exemple, les médecins allemands prescrivent énormément de médicaments cardiovasculaires et diagnostiquent une insuffisance cardiaque sur des critères qui, en France, en Angleterre ou aux Etats-Unis, ne mèneraient pas à un diagnostic de ce type. En France, tant les médecins que les patients tendent à attribuer au foie une grande variété des symptômes observés dans d'autres parties du corps. En Allemagne, la tension artérielle basse mérite un traitement tandis qu'aux Etats Unis elle entraîne une réduction des primes d'assurances de ceux qu'elle touche. Lynn Payer attribue ces différences à la culture. Pourtant, tous les médecins indépendamment du pays dans lequel ils pratiquent acquièrent un savoir, intègrent des modèles, des langages et des

méthodes scientifiques qui les distinguent de la population pour laquelle ils travaillent.

### ● **Modèles explicatifs de la maladie**

Le modèle explicatif est un des concepts d'anthropologie médicale le plus cité. Il a été défini dans les années 1970 pour faciliter l'analyse systématique des différentes conceptions qui entrent en jeu lors de la rencontre médicale. Ancré dans l'anthropologie cognitive (qui s'intéresse à la construction culturelle du savoir), ce concept a été mis au point et largement utilisé par l'anthropologue et psychiatre Arthur Kleinman. Les personnes conçoivent leur maladie uniquement à travers leurs expériences sociales et personnelles. Ce faisant, ils créent chaque fois qu'ils sont malades leur propre modèle explicatif des causes, de la signification, de l'évolution, des mécanismes, des diagnostics, de l'action des traitements et des conséquences de la maladie. Modèles explicatifs et croyances générales concernant la santé ne sont pas synonymes. Contrairement aux croyances générales, qui existent en tout temps, qu'il y ait maladie ou non, chaque modèle explicatif découle d'une situation de maladie. Bien sûr, tous les modèles explicatifs sont influencés par les croyances générales, mais ils sont intimement liés aux expériences personnelles et au contexte spécifique de la maladie. Ainsi, une mère peut penser que le rhume est dû à un virus tout en croyant que son fils est enrhumé parce qu'il est sorti avec les cheveux mouillés ; un patient hypertendu peut penser que l'hypertension est héréditaire tout en attribuant sa tension élevée au fait d'avoir travaillé dur dans sa jeunesse. Les modèles explicatifs tentent de trouver la signification d'une maladie, d'apporter des réponses à des questions telles que : Qu'est-ce qui ne va pas ? Pourquoi moi ? Pourquoi maintenant ? Que faire ?

### ● **La consultation comme négociation de modèles explicatifs**

Les patients ne sont pas les seuls à construire des modèles explicatifs. Quiconque est impliqué dans les soins cherche à donner sens à ce qui se passe en faisant appel à son propre savoir et à ses propres expériences. Les médecins ont assimilé les valeurs, les croyances, le langage et les techniques de la biomédecine. Ils recourent donc directement à leur modèle explicatif biomédical pour décider des informations à prendre en compte, formuler des hypothèses et choisir un traitement. Par conséquent, toute interaction soigné-soignant est une interaction entre deux modèles explicatifs, qui comprend une négociation de la réalité clinique sur laquelle portera la prise en charge médicale et le traitement. Comme les modèles explicatifs des patients et des médecins sont le reflet de bagages culturels différents, les réalités cliniques qu'ils engendrent peuvent être très différentes. De nombreuses études montrent à quel point les modèles explicatifs des patients et du personnel soignant peuvent être

différents et expliquent que la non-prise en compte de ces différences peut avoir des conséquences telles que la non-adhérence, une insatisfaction du patient, un faux diagnostic, un traitement inadéquat et de mauvais résultats. Il se peut aussi que les médecins ressentent une certaine frustration face à ceux qu'ils considèrent alors comme des patients difficiles.

## **Anthropologie et compétence transculturelle clinique**

La prise en charge médicale centrée sur le patient (plutôt que sur le traitement de la maladie) considère le malade dans son contexte biopsychosocial afin de répondre à ses besoins spécifiques et uniques. Plusieurs études ont montré qu'une approche centrée sur le patient a des effets positifs sur la satisfaction du patient et des professionnels, sur l'adhérence, sur l'état de santé et sur l'efficacité des soins. Néanmoins, face à des patients provenant de divers horizons sociaux et culturels ce type d'approche demande une certaine « compétence transculturelle clinique » qui consiste en des attitudes, connaissances et méthodes spécifiques

## **Le rôle de l'anthropologue en milieu clinique**

Il existe une littérature croissante sur les méthodes d'enseignement des connaissances, comportements et techniques nécessaires à une prise en charge centrée sur le patient et attentive aux paramètres culturels. Certaines des premières expériences ont été mises au point par des anthropologues médicaux travaillant dans des établissements de soins ; Noël Chris man et Thomas Maretzki ont décrit une série de modèles destinés à intégrer les concepts et les méthodes anthropologiques à la pratique médicale et à la formation. Les anthropologues travaillant dans un cadre médical mènent des recherches sur le rôle de la culture dans les soins. Ils participent à des formations médicales pré-graduées et post graduées, par exemple sur les aspects culturels de la maladie et de la prise en charge des malades ou sur les techniques d'entretien culturellement adéquates, interviennent dans le cadre de supervisions de médecins internes et peuvent même être sollicités comme consultants cliniques en cas de problèmes liés à la communication interculturelle. Face à la diversité croissante de la population des patients, de plus en plus d'hôpitaux et de départements de santé publique engagent des anthropologues médicaux pour qu'ils aident à mettre sur pied