

Actes



Groupe de réflexion Migrant de l'hôpital Avicenne

Journée Migrant

mardi 20 mai 2014

Hôpital Avicenne

La représentation du corps chez les Migrants

*(comment concilier le corps « imaginaire » avec
le corps soigné, manipulé, purifié, greffé,
transcrit...)*

Programme

Grand Témoin : Luc Guichard, artiste

8h30 accueil des participants

9h00 introduction Dominique de Wilde, directrice de l'hôpital Avicenne & Pr O. Bouchaud

9h15 Paroles, façonnages et soins relatifs aux corps sains et malades en Afrique et dans les diasporas (approche anthropologique de la représentation du corps). Alain Epelboin, médecin, anthropologue, CNRS-Muséum d'Histoire Naturelle

9h45 : A qui appartient le corps ? Maria Teixeira, anthropologue

10h15 : discussion

10h30 : la représentation du corps selon

- o...les cultures du Maghreb. Mohamed Sabri, aumônier musulman d'hôpital

- o...les cultures chinoises. Porly Sim, Institut Ricci, Centre d'études chinoises

- o...les cultures Indo-pakistanaïses. Kayani Naghmana, association Ensemble Pour le Développement Humain

- o Discussion

11h15 pause & intermède musical (Fantani Toure)

11h30 : corps donné – corps reçu : la greffe chez les Migrants. Marc Grassin, pharmacien et philosophe

12h00 : témoignage d'un donneur : Jean Aimé Rakotoarisoa

12h15 : discussion

12h30 : repas

14h00 : « c'est coupé » : une histoire de vie. Catherine Briand, association Thérapie, Art et Médiation

14h15 : parole de migrants (film). Association DEME

14h30 : imagerie médicale : corps vu et corps imaginaire. Simon Pierre Mvone,
Université catholique de Lyon

15h00 : un service de radiologie dans un hôpital de Migrants au quotidien.

Martine Sacier, hôpital Avicenne

15h15 : discussion

15h30 : le corps au quotidien dans un service hospitalier. Delphine Lerclerc

15h45 : sang donné- sang reçu : la symbolique du sang au quotidien. Delphine
Lerclerc

16h00 : Table ronde : les représentations du corps sont elles un obstacle ou une
aide pour les soins chez les Migrants ? Dr A Epelboin ; Tahar Abbal,
psychologue clinicien ; Delphine Leclerc

16h45 : Conclusion Grand Témoin et Pr O. Bouchaud

exposition du filet des femmes, œuvre collective de tissage de liens

www.le-soi-tisse.fr

note importante : les textes proposés ont été enregistrés pendant les interventions des orateurs puis retranscrits et relus par un comité de rédaction mais pas par les auteurs eux-mêmes. Même si nous avons fait le maximum pour être le plus fidèle possible à la parole originale nous ne pouvons pas exclure des erreurs, le langage parlé nécessitant des adaptations voire des interprétations pour la transcription à l'écrit. Merci de bien vouloir nous excuser si de telles erreurs apparaissent.

Ouverture

« Mieux faire notre métier »

P' Olivier Bouchaud

Bonjour à toutes et à tous, merci de venir pour cette douzième journée Migrants dont le thème, comme vous le savez, est la représentation du corps, quelque chose qui nous paraît particulièrement important dans les soins quotidiens. L'objectif de ces journées, c'est de nous aider tous, à quelque niveau que l'on soit, directement dans le soin ou autour du soin, en tout cas autour des patients et dans le cadre de la santé, particulièrement des migrants, à mieux faire notre métier. Je vais demander à M^{me} la directrice générale du groupe hospitalier de venir faire un petit mot de présentation puisqu'elle est très attentive, elle va vous le dire, à ce qu'on fait et ensuite, on va la libérer parce qu'elle a un métier.

« Nous n'en savons jamais assez »

Dominique De Wilde, directrice des Hôpitaux universitaires

Paris Seine-Saint-Denis

Effectivement, j'ai une grande fidélité à cette journée qui est emblématique de ce que nous souhaitons dans nos divers métiers et dans nos métiers hospitaliers en particulier, pour prendre en charge l'ensemble de ces populations que nous accueillons à des titres divers, que ce soit dans nos urgences ou de façon programmée. Et je crois que finalement, nous n'en savons jamais assez sur d'où elles viennent, leur culture, la manière de mieux dialoguer pour mieux les prendre en charge.

Merci bien sûr à M^r Bouchaud, à toutes les équipes qui participent à cette journée et qui sont très fidèle. Merci aussi à tous ceux qui sont dans la salle et qui ne travaillent pas pour la plupart directement à l'hôpital mais qui, par leur action, leur métier et leurs convictions nous permettent de contribuer collectivement à cette prise en charge à laquelle nous sommes effectivement très attachés. Cela fait aussi partie de notre mission de service public.

Olivier Bouchaud : Avant qu'on commence, je voudrais vous présenter notre grand témoin qui est en fait un peu un grand témoin surprise. Il est très proche de Dogons, n'a absolument aucun lien avec le médical, il s'appelle Luc Guichard, et c'est le seul à pouvoir parler quand il veut, sur la durée qu'il veut, tout en étant raisonnable mais je sais que c'est un homme par définition raisonnable et en fin de journée, il nous fera une petite conclusion. Merci Luc d'avoir accepté au débotté puisque la personne qu'on avait pressentie avant s'est désistée un peu au dernier moment, mais je sais que tu seras un grand témoin exceptionnel. Je le dis à tous ceux qui sont venus.

« Je suis venu apprendre avec vous »

Luc Guichard

J'ai accepté de venir ici parce que ça me passionne de réfléchir aux relations humaines, je ne fais que ça du soir au matin. Je le fais en utilisant des métiers artistiques pour parvenir à réunir des gens et créer des émotions communes. Donc quand je vous ai rencontré, j'ai compris qu'il y avait un enjeu de cet ordre aussi dans ces journées, je me suis dit que les relations humaines étaient, devaient être façonnées comme votre titre, justement, c'est-à-dire que même si on n'a pas le sentiment de les façonner, tous nos gestes, on les façonne en réalité. Et de rencontrer des gens qui s'interrogent à mieux comprendre les cultures qui sont éloignées des leurs pour parvenir à des guérisons, à des situations heureuses finalement, tenter de soulager la douleur des autres. C'est ce que je fais de ma vie au pays Dogon depuis vingt-cinq ans, donc ça me paraissait intéressant. Je suis venu apprendre en fait, apprendre avec vous. Merci beaucoup.

Paroles, façonnages et soins relatifs aux corps sains et malades
en Afrique et dans les diasporas

Alain Epelboin, médecin, anthropologue, CNRS-Muséum d'Histoire naturelle

Bonjour. C'est toujours un plaisir renouvelé, c'est une parole banale mais c'est vrai que j'aime beaucoup venir ici parce qu'on rencontre plein de monde de tous milieux, anciens, nouveaux, toutes catégories, et sans démagogie, c'est vraiment une journée où, notamment via les contacts interpersonnels, on glane toujours quelque chose.

Quel corps et quelle représentation ?

« La représentation du corps chez les migrants » : d'emblée, le titre est assez frappant. De quelle représentation du corps parlons-nous ? De la représentation de soi ? De l'autre ? De la représentation interne ? De l'extérieur ? On sait que le

corps proprement dit, ça n'a pas de sens si on ne l'associe pas au genre et vous avez vu par différentes interventions la façon dont chaque société va d'une façon ou d'une autre construire le genre. Et beaucoup plus globalement ce dont il est question, c'est de la personne. Dès qu'on va parler de migrants, on va parler de colonies, d'anciens colonisés et approcher des vieux fantômes, notamment l'anthropologie raciale du XIX^e siècle basée sur des caractérisations physiques du corps donnant une idée de la psyché et du caractère des gens totalement dépassée. Et puis, de quel corps de migrant parle-t-on ? Du corps anthropologique/biologique ou effectivement, des maladies qui sont associées à des sociétés qui façonnent le corps, la drépanocytose, des maladies génétiques ? Mais il y a aussi la notion d'un corps de migrant façonné par l'environnement originel, la bilharziose, les différents cycles endémiques du pays d'origine. Une autre représentation du corps chez le migrant, et de la personne, c'est aussi des constructions de goûts, de dégoûts, de phobies et d'interdits. Tout ce que je dis s'adresse au migrant, à l'autochtone, et participe de la construction culturelle du corps, quelles que soient les sociétés. Et puis, toujours dans cette représentation du corps chez le migrant, dans les situations professionnelles auxquelles nous sommes confrontés, se pose aussi le problème de l'ethnocentrisme, de la distance culturelle, distance culturelle et distance sociale qui peuvent être des obstacles rédhibitoires. Ce n'est pas parce que je suis Sénégalais, si j'ai habité des grands quartiers, que j'ai forcément compétence et communication pour parler avec un petit paysan d'une minorité du même pays. La distance sociale peut être aussi rédhibitoire que la distance culturelle. Et dès qu'on parle de culture, le culturalisme, c'est un bon alibi pour ne pas parler de problèmes de fond, de problèmes économiques, sans papiers, logement, précarité, usage politique de la xénophobie. Et quand on parle de culture aussi, comme on ne sait pas bien jusqu'où ça intervient, on a toujours une sur- ou une sous-estimation du rôle qu'elle peut jouer, notamment dans l'observance des prescriptions biomédicales, préventives et curatives. Et quand on parle de la représentation du corps chez le migrant, point de vue de l'intérieur/point de vue de l'extérieur, c'est aussi une construction identitaire, une

certaine xénophobie et un racisme, qui peut effectivement fonctionner dans un sens ou dans l'autre. Le même discours qui rapportera le nombre d'originaires d'autres pays de l'équipe de foot, l'inverse de la personne qui jettera une banane à un footballeur, sera aussi celui qui construira éventuellement une identité nationaliste, black, maghrébine ou autre avec des propos qui friseront ou qui seront tout bonnement dans le racisme.

Un apprentissage et une gestion différente des sens

Comme d'autres disciplines, l'approche anthropologique est basée sur l'observation participante et elle aboutit à un éclairage différent, un changement de regard. Et quelque part, prétend à approcher le point de vue de l'autre et en particulier à apprécier l'interaction des cultures, des soignés et des soignants. On ne peut pas envisager la culture de l'autre sans avoir une réflexion sur sa propre culture.

Pour prendre des exemples dans cette représentation du corps du migrant, étant entendu qu'il s'agit aussi de la personne, ce qui va faire la différence d'une culture à l'autre, c'est un apprentissage et une gestion différente des sens, la façon dont on va les utiliser, de façon associée ou dissociée. Et puis, pour reprendre l'odeur qui est quand même un des très bons éléments, il est vrai qu'une culture va aussi renvoyer à une odeur corporelle. Cette odeur corporelle de l'environnement culturel et de l'environnement tout court, nous allons subir la vie intra-utero avec un certain nombre de produits, notamment de l'alimentation qui vont passer de manière transplacentaire et créer une vie sensorielle. De la même façon, in utero, les mouvements du corps de la mère, qu'elle soit ouvrière dans une usine avec des gestes répétitifs ou qu'elle soit danseuse quasiment professionnelle, l'oreille interne est en place et des stimulations vont se mettre en place. Le lait maternel, le lait maternel est imbibé des saveurs spécifiques à une culture, à un terroir, à un environnement. Les choux, les crucifères et toute une série de produits de ce type-là vont passer en transplacentaire et renvoient toujours à la notion d'identité culturelle, qui est d'abord une définition de soi par rapport à l'altérité. Et le pas à franchir par rapport au racisme est très facile à

faire. Quand un pays qui prétend que sa cuisine est la meilleure du monde, le nationalisme poussé à l'extrême de ce type-là n'est pas loin d'un discours assurant la survalorisation d'une société par rapport à l'autre.

Les apprentissages des odeurs et des goûts, on les a aussi dans les bercements : ce qui va nous façonner d'une culture à l'autre, c'est qu'on ne va pas être calmé de la même façon. Le geste de berceement dans nos sociétés sera complètement différent, avec des stimulations sur le corps de l'enfant, une stimulation par la proximité de la voix qui berce l'enfant, jouant aussi bien sur la conduction osseuse que sur la conduction aérienne. Tout cela ne peut pas ne pas laisser de traces et façonner des individus qui soient différents.

La culture nous façonne différemment

Finalement, un des moyens de résumer la culture quand on veut montrer l'image de la culture, c'est de montrer la diversité des toilettes d'enfants dans les différentes civilisations et les différents pays. J'ai fait exprès de passer en introduction quelques images sénégalaises sérères, une toilette de nouveau-né particulière et qui en même temps, nous montre la construction idéelle du corps, avec des façonnages du corps, l'insistance sur le nez, le front qui n'ont aucune efficacité physique, ce n'est pas ça qui va façonner la boîte crânienne du nourrisson alors que par contre, serrer des cordes pour obtenir effectivement des déformations du crâne... Une diversité du schéma corporel qui est transmise quotidiennement avec une première interrogation, pour les pubères et ceux qui s'occupent de pédiatrie : qu'est-ce que ça fait à un enfant de subir une toilette massage d'un certain type quand il est à la maison et dans une crèche, d'avoir un schéma corporel totalement différent instillé par l'institution ? Là aussi, la construction du corps, et une fois de plus, je ne parle pas du migrant, je parle de toutes les sociétés, c'est aussi une construction qu'on va analyser au travers du traitement des déchets corporels. La façon dont une partie de la salle ici présente a été éduquée depuis la petite enfance à utiliser exclusivement sa main gauche pour s'essuyer les fesses, et comment une autre partie de la salle utilise indifféremment droite gauche et plutôt la main préférentielle de droite. La façon

dont cette représentation de la droite et de la gauche avec un gradient différentiel de souillure va amener, dans des pratiques de personnels infirmiers, dans des moments d'émotion, à des actes manqués, des lapsus corporels, ce qui surviendra en réflexe, c'est la protection de la main droite parce qu'elle doit rester pure et un gradient différentiel où la main gauche peut être beaucoup plus polluée. Sauf que ça ne marche pas en microbiologie puisque la pollution des mains est à l'identique.

Et puis, puisqu'on est toujours dans la représentation des fluides corporels, le statut de la selle du nouveau-né nourri exclusivement au lait, qui n'est pas une souillure. Mais à partir du moment où il y a une alimentation mixte qui se met en place, on peut dire là aussi où la culture survient parce que l'alimentation mixte va donner des selles différentes selon ce que nous mangeons, et tout cela participe de la construction du corps, Une image qui interpelle également, c'est dans la civilisation chinoise, le temps extrêmement pénible que constitue dans mon système le nettoyage des oreilles d'un bébé avec un coton-tige (il va s'agiter et ça va être désagréable), qui est une construction culturelle du rapport à ses orifices. Dès qu'on met un coton-tige dans l'oreille d'un bébé, d'un enfant construit dans cette culture, la mère vous dit qu'il aime beaucoup ça et effectivement, dès qu'on commence à lui titiller l'oreille, le gamin se calme instantanément. Donc là aussi, la culture nous façonne différemment. Et quand on parle des orifices, on parle de l'anus, des oreilles, mais il y a aussi des orifices que les sociétés construisent, imaginent, qu'il s'agisse des chakras ou, pour l'immigration africaine, du rapport très particulier qu'il y a à la fontanelle, qu'on retrouve dans la médecine traditionnelle européenne ancienne.

Goûts et dégoûts

Pour vous donner un exemple de jusqu'où peuvent aller ces questions de la construction des données naturelles, voici deux gobelets à ablution qui nous montrent des différences très subtiles, peut-être infimes mais en même temps peut-être très importantes, entre judaïsme et islam. Lorsque je suis musulman et que je fais mes ablutions, je prends un gobelet avec une poignée, l'eau doit être

versée sur la main droite et sur la main gauche, et le gobelet va passer de la droite à la gauche. Avec donc un système qui confie des tâches très fines à la main gauche puisque s'essuyer les fesses demande une coordination psychomotrice extrêmement fine. Là où en système musulman le gobelet passe de la main droite à la main gauche, en système juif traditionnel, la main droite touche l'anse droite, la main gauche touche l'anse gauche et il n'y a pas de rencontre entre les deux hémisphères alors que dans l'autre système, il y a rencontre. Ça n'a pas une grande importance en microbiologie parce que dans les deux cas, on a une pollution, mais vous voyez qu'en même temps, ça peut être assez intéressant. La construction du corps, c'est la construction du genre et la construction du genre, c'est aussi des goûts et des dégoûts. Pardonnez-moi de prendre des exemples très triviaux, mais dans un système, la construction du genre, la représentation du corps fera qu'après toute miction féminine, une toilette à l'eau est absolument indispensable alors que dans d'autres systèmes, ça n'aura pas d'importance et un essuyage permettra d'attendre la grande toilette. Et en même temps, si on analyse en termes de souillure, on pourra trouver dans l'échec d'un couple mixte un homme qui, face à une femme qui n'ayant pas fait de toilette à l'eau complète avant l'acte sexuel, consciemment ou inconsciemment, par rapport aux valeurs qui ont été transmises sur la représentation de la souillure des goûts et des dégoûts associés, aura une perte de libido complète alors que s'il y a une toilette à l'eau, il n'y aura aucun problème. Le rôle du sang de l'hymen avec, dans certaines cultures essentiellement maghrébines, la conservation par la mère de la fille de la tache de sang du drap qui va devenir une amulette. Ce qui est intéressant avec le sang menstruel, c'est que quelles que soient les sociétés, vous avez une définition de ce qui est la souillure maximale et des normes qui régissent l'organisation de la propreté de la souillure. Si on reprend par exemple les sociétés qui sont organisées le long d'un fleuve, l'eau potable sera prise en amont, les hommes se baigneront en amont et les femmes se baigneront en aval. Et les femmes qui ont leurs règles seront exclues parce que le sang menstruel, c'est une atteinte à l'ordre du monde, une atteinte au pouvoir masculin et il s'agit de le cantonner

comme une espèce de souillure, une espèce de virus Ebola qu'il faut enfermer dans un hôpital de Pékin. Et si vous basculez en Asie, dans certaines sociétés asiatiques, en aucun cas un linge féminin ne pourra être posé au-dessus d'un linge masculin. Et si vous fonctionnez dans la France ancienne traditionnelle, mais dont il reste des notions extrêmement importantes, la notion de souillure sera associée au haut et au bas et au sec et à l'humide puisque dans la société traditionnelle française, une femme qui avait ses règles ne devait pas descendre à la cave, lieu de fermentation, lieu de saloir, sous peine de les compromettre. Ces pratiques sont encore vivaces. Pour celles d'entre vous qui ont eu l'occasion de faire des vendanges, le maître de chaix s'enquiert auprès de ses vendangeuses, et encore récemment, de savoir si certaines ont leurs règles. Si elles ont leurs règles, elles peuvent travailler dans les champs mais les faire venir au chaix, lieu de la fermentation, risquerait de la compromettre.

Sang, mort et dents de lait

Cette analyse de la construction du corps au travers des fluides corporels, des déchets, est donc extrêmement fructueuse avec, là aussi, des spécificités sur la représentation du sang que vous connaissez bien. Par exemple pour une société subsaharienne, où le sang est aussi l'objet du désir des sorciers dévoreurs, de personnes nées ou ayant renforcé, acquis, un pouvoir d'addiction aux substances vitales de l'autre, y compris dans sa propre famille. Et les difficultés que vous allez avoir dans vos pratiques professionnelles face à ce type de clientèle à faire des prises de sang régulières parce qu'il y a à chaque fois l'impression d'une spoliation de la force vitale complète. Le rôle toujours intéressant du métèque dans une institution, métèque au sens grec, au sens de l'étranger à la cité, c'est qu'il est en même temps révélateur de dysfonctionnements. Et le patient originaire d'Afrique de l'Ouest qui proteste (*« mais vous m'avez fait une prise de sang aujourd'hui, vous m'en avez fait il y a trois jours et il y a quatre jours »*) nous amène souvent à nous apercevoir qu'en fait, il y a une rationalisation des prises de sang et qu'effectivement, il n'y a pas besoin de faire ces prélèvements tous les jours et qu'il y a des

dysfonctionnements institutionnels mais aussi des dysfonctionnements de personnes. La culture et le façonnage, c'est aussi la représentation de la mort, de l'après-mort, la communication, la façon d'entretenir le souvenir et là aussi, je prends un exemple de petite mort assez particulière : la perte de la première dent de lait. La première dent de lait est un objet social très intéressant parce que les variantes sont extrêmement importantes dans toutes les sociétés. Le rituel qui concerne la majorité des personnes présentes lorsque la première dent de lait tombe, est que l'enfant brandisse sa dent et qu'on lui dise « *c'est très bien, tu vas la nettoyer et la mettre dans un chiffon blanc, dans un morceau de papier blanc, la mettre sous ton oreiller, et la petite souris va venir cette nuit* ». Si on fait une analyse de cette petite souris, on retrouve un des principes qui traverse l'humanité depuis ses origines, le principe de l'analogie : quelque chose est efficace parce que le fait de porter une peau de serpent, d'utiliser une couleur jaune va faire que je vais acquérir les vertus associées à cet animal, à cette plante. Donc en invoquant une souris qui a des dents de rongeur, qui va se renouveler, j'invoque également l'avenir des dents de l'enfant avec des dents solides, dures. En même temps, la souris est une espèce de saloperie qui bouffe les vêtements, qui fait des saletés, qui est liée à des milieux socio-économiques pauvres, à un habitat rustique, donc que veut dire cette souris qui va venir sous l'oreiller même dans les beaux quartiers ? Une lecture anthropologique est de dire qu'on a là une survivance d'un temps anté-chrétien où chaque maison était protégée par des esprits avec lesquels il s'agissait d'entretenir une relation de protection en leur offrant certains restes humains, certains restes alimentaires et où la petite souris qui vient sous l'oreiller serait un ersatz ou un substitut de ces esprits protecteurs. Et là, on va basculer, on va retrouver l'Aïd-el-Kebir en milieu kabyle où dans les traditions, le sang du mouton sacrifié ne doit pas être manipulé en Islam strict. Mais le seuil de la maison va en être barbouillé ou une soucoupe de sang va être déposée sur une armoire parce que ce sang sacrificiel est aussi l'occasion d'entretenir une relation préférentielle avec les esprits protecteurs. Dans la construction du corps, dans le rapport à la mort, on va avoir des sociétés où on cache à l'enfant l'origine de sa viande et où le Findus surgelé

est considéré comme un poisson vivant, et des sociétés où l'enfant assiste à la mise à mort et a donc conscience du travail social qui est fait sur un animal vivant pour le transformer en aliment.

Biomédecine versus représentations culturelles

La construction du corps, c'est aussi les représentations du corps mais également de la maladie, du malheur, de la mort, du « guérissage ». Et là où les modèles biomédicaux prétendent avoir les références en matière d'hygiène et d'alimentation, les modèles culturels pensent aussi avoir le monopole de ce qui est bien en matière d'hygiène ou d'alimentation. Là où les modèles biomédicaux vont, avec des termes différents selon les époques, parler d'équilibre de la santé, d'équilibre bactériologique, les systèmes de représentation de la maladie et du corps parleront d'équilibre avec des variantes extrêmement importantes, d'équilibre de chaud et de froid quand on est dans les civilisations antillaises, d'équilibre par rapport à l'environnement quand on est dans des civilisations chinoises. Et là où nous prétendons avoir le monopole des sémiologies et des nosologies, des modèles explicatifs de la causalité des maladies de nos patients, les systèmes d'interprétation traditionnelle ont aussi des sémiologies, des nosologies, des regroupements de symptômes qui n'ont pas forcément de correspondance avec le biomédical. Même avec le traitement le plus efficace que vous pouvez administrer, si la cause du malheur n'a pas été levée, si les sorciers responsables, l'alliance avec les esprits, la réconciliation avec les ancêtres n'a pas eu lieu, y compris si la réconciliation avec son dieu n'a pas eu lieu, les médicaments n'auront pas d'efficacité. La causalité sera à la fois volonté et preuve divine, esprit non humain, génie, diable, ancêtre totem...

Un premier exemple dans la représentation et la construction du corps, c'est « l'obésité » parce qu'obésité est un terme à consonance péjorative, c'est une maladie, un malheur annoncé par la biomédecine alors que du côté des représentations culturelles, ce sont des canons de beauté, ça participe de la construction sociale de la libido, d'une représentation de la santé, de la richesse du pauvre. Et on l'a vu en matière de sida, une des façons de vaincre la maladie

et de montrer qu'on l'a vaincue définitivement, c'est, au-delà des lipodystrophies, d'assurer un surpoids qui va étaler aux yeux de tous la réussite sociale, la réussite sanitaire.

Puisqu'on est en train de parler d'alimentation, parlons aussi d'ethno diététique. Je suis terrifié qu'en 2014, on continue à prescrire des régimes alimentaires, que ce soit pour faire maigrir, pour des cholestérolémies, etc., sans se soucier et avoir connaissance des techniques de cuisine de son interlocuteur : comment fait-il sa cuisine ? Est-ce qu'il faut diminuer ou augmenter certains aliments ? Comment sont organisés les repas ?... Et on continue à avoir des diététiciennes qui, face à des gens de cultures tout à fait différentes, sont toujours dans entrée/plat de résistance et légumes/fromage et/ou dessert. Sans prendre le temps de faire une prise de connaissance élémentaire, que ce soit pour des questions de distance culturelle évidente ou simplement de sensibilité psychologique, de représentation de l'alimentation. Les conseils vont toujours être stéréotypés et ne jamais tenir compte, ou en tout cas très rarement, du fait que, quand une dame sénégalaise fait le fameux riz au poisson, il y a du chou et des carottes et que s'il y a un enfant qui a la diarrhée, il suffit donc d'augmenter d'une ou deux carottes pour aboutir le traitement.

Deux registres en même temps

Toujours dans la reconstruction du corps, il est évident que si on est originaire du sud de la France ou d'une civilisation du thym et de l'ail, ce type de produits se retrouvera dans la pharmacopée, et à tout bout de champ. Les pharmacies familiales sont différentes selon les terroirs, selon les cultures, et au-delà de migrant ou pas migrant. Migrant signifie en même temps amener son système de représentation du monde, ses recours diagnostics et thérapeutiques. C'est quelqu'un qui est bi, si j'ose dire : selon les moments, selon les événements, il y aura besoin d'un recours à des logiques traditionnelles, culturelles, des guérisseurs et des interprétations et à d'autres moments, la même personne va être complètement observante des prescriptions médicales, du discours scientifique, et va fonctionner sur deux registres en même temps. Ce n'est pas

parce que je suis blond que je veux être traité en blond dans un milieu hospitalier. Je veux avoir le choix d'être soigné en blond ou en gris (ma couleur désormais), d'être soigné selon ma culture ou d'être soigné comme tout le monde. Trouver le juste ton face à un interlocuteur est d'une très grande subtilité parce que du coup, c'est la chasse au faciès. Face à un faciès « typé », on va immédiatement passer dans un registre qu'on n'aura pas avec celui qui a les cheveux gris.

Les mondes imaginaires, les réalités virtuelles, à partir du moment où il y a un nombre suffisant de personnes qui y croient, vont faire vivre une machine et acquérir une intelligence autonome alors que jusqu'à preuve du contraire, ça n'est pas viable. Et puis, on va peut-être retrouver davantage chez les migrants (mais pas seulement), tous ces objets suspendus au corps des enfants, suspendus autour du cou, depuis la chaîne de baptême qu'on va conserver à l'âge adulte, une médaille religieuse, un gri-gri, une amulette, une cordelette, une vieille montre qui continue à marcher alors qu'elle devrait être morte depuis je ne sais pas combien de temps... On va passer du statut d'ornement, bijou, à celui du talisman, c'est-à-dire l'objet avec lequel on est mieux quand on l'a, on a une impression de manque quand on ne l'a pas, et que petit à petit, on charge de mémoire, de lieux, de personnes, d'émotions : on se dit que tel jour où on avait telle amulette, tel objet, qu'on a touché de telle ou telle façon, on a effectivement réussi son examen, son entretien d'embauche et on y croit très fort. Sans s'interroger sur le fait que les petits enfants de la même « race », lorsqu'ils sont construits culturellement à réagir face à un objet, que ce soit un doudou ou une amulette suspendue au corps, vont s'endormir instantanément en le touchant. Pourquoi des objets conservés, des objets transitionnels ne pourraient-ils pas avoir d'efficacité du même type à l'âge adulte ?

La toilette

« *Comment concilier le corps imaginaire avec le corps soigné manipulé et purifié ?* » Nous n'avons pas insisté dans cet exposé sur le rôle de la communication verbale et non verbale, et sur l'importance de recourir à des

traductions culturelles, des actions transculturelles. Un exemple que certains d'entre vous m'ont déjà entendu évoquer : la toilette, couchée, assise, immergée. Le schéma qui est donné en école d'infirmières veut qu'une toilette se fasse du plus propre au plus sale avec généralement un schéma qui part du haut vers le bas, quelque chose qui va poser un grave problème dans la toilette d'une personne dépendante de culture musulmane. Pour vous donner une image puisqu'il y a une majorité de femmes, c'est la même sensation que vous pouvez avoir ressentie lorsque vous montez sur la table gynécologique et qu'au moment d'écartier les jambes, il y a une odeur « sui generis » qui envahit, d'autant plus importante s'il y a eu des rapports sexuels la veille, et qu'à ce moment-là, il y a une espèce de contracture de la personne. Cette espèce de crispation consciente ou non qui va se produire chez la personne qui a « les fesses sales, malodorantes ». Un autre exemple, qui permet également de travailler les problèmes de genre, toujours autour de la toilette et des soins infirmiers entre hommes et femmes : on est dans des civilisations, dans la migration, où la position de repos, non fatigante, même pour quelqu'un d'extrêmement malade, c'est la position accroupie, les pieds à plat. Il suffit d'accompagner la personne à la douche, de trouver un petit tabouret et là, déjà, elle va pouvoir gérer elle-même, éventuellement sans se fatiguer, ses parties intimes avec ce que ça signifie de reconstruction d'image de soi, éventuellement de problèmes de genre, l'assistant pourra éventuellement lui faire les soins qu'il faut, et notamment vous avez des sociétés à peeling, à frottage. Ce même exemple de la toilette et du bain marche également par rapport aux vieux paysans issus de cultures où la toilette est une toilette des oreilles, je pense particulièrement à ceux et celles d'entre vous qui ont eu la possibilité de travailler dans des hôpitaux à proximité des montagnes où il y a des bergers qui descendent et qui vivent au milieu de leur bétail, avec des odeurs qui envahissent la totalité... Dans ce type de représentation être immergé dans son propre bain est quelque chose d'absolument infernal, une disparition des défenses, émollient, quelque chose qui est tout à fait contraire. Dans ces civilisations, qu'elles soient indiennes, maghrébines ou africaines, la même personne dépendante que vous trempez

dans son bain, que vous frottez, et qui trempe au milieu de sa crasse, c'est comme l'autre toilette dont on parlait tout à l'heure : vous aboutissez à un acte thérapeutique, un acte de respect de l'identité, de la construction de la personne, de sa représentation.

À qui appartient le corps ?

María Teixeira

Cette intervention va plus particulièrement se concentrer sur une population sur laquelle j'ai travaillé pendant plusieurs années, la population Manjak, qui a fait l'objet de ma réflexion pendant mes années de doctorat et pendant mes études post-doctorat. Actuellement, je travaille comme chercheur sous contrat à l'hôpital Robert Debré, donc en milieu multiculturel.

La cosmogonie manjak

Les Manjaks sont des populations qui sont arrivées en France au début du XIX^e siècle, à peu près en même temps que les Soninkés, elles font partie des migrations les plus anciennes que l'on a ici en France. Ils venaient comme travailleurs sur les bateaux de haute mer, comme main d'œuvre et au moment où il y a eu un blocage au niveau de l'immigration dans les années 70, ils se sont installés dans les ports. Donc on a beaucoup de Manjaks à Marseille, Toulon, au Havre, et ensuite, ils se sont installés dans la vallée de la Seine et notamment autour de Paris. Vous en connaissez très certainement, ce sont des personnes qui s'appellent Gomis, Mendy, Preira. Ils sont en France depuis fort longtemps, donc il y en a qui sont nés ici et il y a également des primo-arrivants.

Pour vous parler d'à qui appartiennent les corps, j'ai besoin de vous donner 2-3 notions de la cosmogonie Manjak : les Manjaks se trouvent au nord-ouest de la Guinée-Bissau, une zone de riziculteurs, récolteurs de vin de palme, et sont pour la plupart d'entre eux animistes dans le pays d'origine. Mais lorsqu'ils sont en

migration, que ce soit au Sénégal, en Gambie, en Guinée-Conakry, en Italie, en France ou aux États-Unis, ils ont tendance à se présenter comme catholiques pour éviter un regard discriminant (« *l'animisme n'est pas une religion* »). Il y a donc une démarcation par rapport à l'Islam, notamment au Sénégal où la religion musulmane est majoritaire. Mais il y a quand même quelques Manjaks musulmans, ceux du royaume de Pount dont le roi s'est converti à l'Islam quand il était chez les Peuls et qui, en revenant régner dans son royaume, a dit que ne pouvaient épouser ses filles que les hommes qui se convertiraient à l'Islam. C'est ainsi qu'il a converti son royaume à l'Islam. Mais dans le pays d'origine, ils sont à 95% animistes. Dans cette religion animiste, on a un dieu créateur de toute chose qui insuffle le souffle vital. Dessous, il y a plusieurs puissances invisibles parce que dieu, une fois qu'il a créé la terre s'en est un peu désintéressé et surtout, il se cache parce qu'il n'a pas envie que les hommes viennent le solliciter. Donc il n'y a pas d'autel où prier Dieu. Si on veut faire appel au monde invisible, on passe par les kasaras pour entrer en communication avec Dieu. Je ne vais pas rentrer dans le détail de toutes ces puissances, qui sont globalement positives ou négatives mais cela dépend surtout de la personne qui s'adresse à elles. Si une personne mauvaise, que je vais appeler sorcier, lui demande de faire le mal, elle fera le mal. Si une personne bonne, que je vais appeler un contre-sorcier, lui demande de faire le bien, elle fera le bien. Elle va simplement faire ce que les hommes lui disent de faire. Les personnes qui n'ont pas le pouvoir de vision, quand elles veulent entrer en contact avec ce monde invisible, doivent passer par ces contre-sorciers.

La construction de l'enfant

Pour savoir à qui appartiennent les corps, puisque c'était le thème qui m'a été proposé, il faut avoir quelques idées de la notion de personne et des représentations de l'engendrement dans cette société-là. Dans cette société, on appelle le sperme « ituâ nint », ce qui veut aussi dire urine. Donc le sperme et l'urine sont proches au niveau linguistique et symbolique puisque le sperme est un fluide fécondant et que l'urine peut aussi dans certains cas être considérée

comme un fluide fécondant, on le verra plus tard. Le sperme, lorsqu'il rentre dans le ventre de la femme, s'il n'est pas apparenté à cette femme, donc s'il n'est pas un cousin de cette femme, s'il est extérieur à la famille, va devoir s'agiter pour faire sa place à l'intérieur du ventre de la femme. Alors que si c'était un cousin ou une personne de sa famille, il se sentirait chez lui et n'aurait pas besoin de s'agiter. C'est de cette agitation que va s'amorcer un mouvement dans l'œuf qui va déclencher le processus d'engendrement. Il y a donc ce sperme qui s'agite et dans les représentations locales, par analogie avec le haricot qui une fois qu'on le plante en terre continue et laisse une carapace solide au moment de la germination, on pense que le sperme va donner les os de l'enfant. Donc nous avons tous les os de notre père. C'est le sperme de l'homme qui construit le squelette. Donc tout ce qui ne se décompose pas après la mort est considéré comme masculin. Ensuite, dans le ventre de la femme, c'est essentiellement le sang de la femme qui va construire l'enfant. C'est essentiellement son sang qui va le construire tout au long de la grossesse, on n'est pas du tout dans le cas de Danielle Jonckers au Mali, qui a écrit un article s'intitulant « *Le pénis est un sein pour le fœtus* ». Effectivement, chez les Miniankas, il faut avoir plusieurs rapports sexuels répétés pour bien construire l'enfant et bien le nourrir puisqu'on considère que le sperme participe à la construction de l'enfant. Là, on n'est pas du tout dans ce cas de figure, il suffit d'un rapport sexuel pour enclencher le mouvement et ensuite, c'est le corps de la mère qui va construire peu à peu l'enfant. Cela n'empêche pas de continuer à avoir des rapports sexuels, mais l'interprétation va être différente, on va dire que c'est simplement pour que la femme puisse garder une certaine humidité du vagin qui lui permettra d'accoucher plus facilement. C'est donc pour aider sa femme à accoucher que le partenaire va continuer à avoir des rapports sexuels. Cette chair, cette moelle, donc le sang sont considérés comme féminins donc transmis par la mère. C'est la mère qui va donner tout ce qui se décompose après la mort. Il y a donc une transmission sexuée des fluides masculins/féminins dans la construction d'un enfant. Mais il y a une part prépondérante de la mère dans cette construction de l'enfant, non seulement intra-utéro mais également après l'accouchement : il va

falloir continuer à façonner ce petit corps. On va continuer à le façonner par l'allaitement qui est quelque chose de très important, il y a même tout un rituel qui s'appelle le kabuatâ (qui veut dire allaitement), un rituel de construction de l'humanité de l'enfant. Et il y aura également beaucoup de massages qui vont durer pendant toute la première année, jusqu'à l'acquisition de la marche, massages qui vont permettre de modeler le corps de l'enfant. En fonction de son sexe, ces massages ne seront pas exactement les mêmes. Il y a donc prépondérance de la mère dans la construction de l'enfant

Le pouvoir maternel

Chez les Manjaks, dans le système de parenté, lorsqu'on désigne un parent, on ne peut pas repérer le sexe de la personne : on peut avoir des pères femmes et des mères hommes. D'ailleurs, n'importe quelle personne, homme ou femme, peut dire « *j'ai mis au monde cet enfant* » ou même « *j'ai accouché de cet enfant* ». Mais en revanche, il n'y a qu'une seule personne qui peut dire *a ci inje tâmbiu lo*, ce qui veut dire « *c'est moi qui t'ai déféqué* », c'est la mère génitrice. Il n'y a qu'elle qui peut dire ça et en général, elle le dit quand elle est très énervée. *Kantâmbi* est un seul terme qui veut dire à la fois l'anus et la vulve mais c'est un terme extrêmement vulgaire en Manjak, on ne l'emploie pas comme ça. À ce moment-là, on sait que c'est vraiment cette femme qui a accouché de cet enfant, sinon, il n'y a pas de moyen de s'en rendre compte. Et ce n'est que lorsqu'elle est en colère et ce n'est pas par hasard, c'est aussi parce que si elle peut le déféquer, je ne suis pas psychologue, elle peut aussi le dévorer. Si elle peut le dévorer, elle peut le déféquer.

C'est finalement une métaphore du pouvoir et du droit maternel sur l'enfant. Une femme a le droit de dévorer (dévorer en sorcellerie, on est toujours dans des représentations symboliques de la mort et de la maladie), c'est le droit d'une mère de dévorer son enfant en sorcellerie. On va dire qu'elle n'a pas dévié, qu'elle a suivi son chemin, qu'elle n'a pas volé la semence d'autrui (l'enfant est considéré comme une semence), donc on ne peut rien lui faire. On ne peut pas faire de rituel de contre-sorcellerie qui va l'atteindre, elle est en quelque sorte

immunisée contre les retours de sorcellerie. En revanche, si c'est le père qui attaque son enfant en sorcellerie, tout rituel qui va viser à lui renvoyer la sorcellerie va être efficace. Les hommes aussi peuvent dévorer mais il faudra qu'ils dévorent leurs neveux utérins. C'est donc le côté maternel qui a le droit sorcier et non pas le côté paternel. Une femme peut manger son enfant, un homme peut manger l'enfant de sa sœur. Et cette appartenance au maternel, on peut aussi l'observer lors des malheurs, lorsqu'il y a un enfant qui est malade par exemple. Au début, j'étais très étonnée de constater que la mère formulait des auto-accusations en disant « *c'est moi la fautive, c'est moi qui mange mon enfant* », ce qui allait complètement à l'inverse de mes représentations et qui m'a posé problème pendant longtemps. Je me disais « *pourquoi ces femmes disent que c'est elle la sorcière* » ? C'est évidemment dangereux de s'accuser de sorcellerie parce que les gens vont faire tout ce qu'il faut pour retourner la sorcellerie. Mais de toute façon, on ne peut rien contre elles et c'est aussi une façon d'effrayer les véritables coupables, en exclamant haut et fort leur droit de dévoration. C'est elles qui ont le droit, elles peuvent même le proclamer en public. C'est donc aussi une façon d'intimider la personne qui a mal agi et qui n'osera rien dire parce que si on découvre qu'elle a attaqué en sorcellerie, on va pouvoir renvoyer cette sorcellerie contre elle-même, ce qui aboutira à son malheur ou à sa mort.

Principes ancestraux

À qui appartient l'enfant ? Il a des substances paternelles et maternelles, au niveau sorcier, il appartient au côté maternel, mais il y a aussi un principe ancestral. Ce principe ancestral peut venir soit du côté du père, patrilinéaire, soit du côté de la mère, matrilinéaire. Ce n'est pas le retour d'un ancêtre, c'est juste le retour d'un principe, l'ancêtre continue son existence au pays des ancêtres et si on fait des libations sur l'autel des ancêtres, il est toujours là. C'est juste un principe qui revient parmi le monde lorsqu'il le décide. Les ancêtres, on les appelle des balugum, vont se transformer en ulugum, tous les mots qui commencent par «u» désignent soit des puissances invisibles soit des animaux.

C'est donc un petit être qui n'est pas encore considéré comme un être humain et petits, les enfants, on les appelle « ulugum », ils n'ont pas de nom immédiatement, on attend de voir s'ils vont vivre ou pas. Il faut un certain temps. Donc cet ulugum c'est une espèce de petit enfant qui va s'introduire dans le ventre de la femme pendant l'acte sexuel. Et la naissance de jumeaux va par exemple être interprétée comme deux ulugums extrêmement butés, chacun voulant rentrer dans le ventre de la femme et aucun des deux ne voulant céder le passage. D'où la mauvaise réputation des jumeaux considérés comme extrêmement têtus.

Lorsque l'enfant naît, il faut un certain temps avant qu'il se transforme en personne. Et après la mort d'une personne, l'ulugum va être libéré du corps et retourner dans le monde invisible.

Il y a encore un autre principe ancestral dans d'autres familles qui est le principe du matriclan, principe qui relève du lignage avec une puissance invisible qui protège tous les membres de la parenté maternelle. Même si vous avez été un abominable sorcier, un meurtrier reconnu ou un grand voleur, c'est le lieu de l'ultime refuge. Sur les terres du matriclan où il y a cet autel du matriclan, vous pourrez toujours aller et on vous accueillera. Et dans cet autel du matriclan, il y a un principe qui n'est pas un principe ancestral identifié (on ne dit pas que c'est telle ou telle personne qui est revenue comme dans le cas du ulugum où on sait que c'est telle personne, tel ancêtre qui est revenu nommément), on ne sait pas qui vient mais on sait juste que c'est un principe qui vient du lignage qui est sur ces terres-là. Donc on retrouve encore l'importance du matriclan.

Humaniser les enfants

Toujours dans la construction de la personne, on voit maintenant se dessiner fortement l'importance de la parenté maternelle. L'enfant a aussi l'*uwas*, le principe de vie qui lui a été transmis par Dieu, la divinité, principe qui se trouve dans le plexus solaire. Et parfois aussi, il faut l'intervention d'une autre puissance invisible qu'on appelle *ngecay* ? pour construire l'humanité d'un enfant que l'on a identifié comme étant un être qui n'a plus l'apparence d'un nourrisson mais qui

en fait, n'est pas un être humain et qu'il faut transformer en être humain. La bonne nouvelle, c'est qu'on peut transformer des puissances invisibles maléfiques en être humain, par ce rituel du *nabuata*, ce rituel de l'allaitement qui va durer trois ans pendant lesquels on va façonner le corps de l'enfant, le malmener pour qu'il se transforme en personne. Pour qu'il se transforme en personne, on va le confier au *mbos*, c'est-à-dire à la terre qui est aussi considérée comme une divinité qui est fécondante, qui permet la venue d'autres êtres humains, on dit que c'est l'ancêtre des humains. Donc ce principe du *ngecay* est capable de donner cette humanité, de transformer des êtres invisibles en êtres humains. Pour cela, on va faire une stercomancie, une divination par la production d'excréments, où on retrouve l'analogie entre le sperme et les urines : s'il urine quand on dépose l'enfant devant l'autel, cela veut dire que la divinité accepte de transformer cet enfant en être humain. Au moment où il urine, il y a, au niveau symbolique, une captation du sang de l'enfant par la puissance invisible pour une nouvelle gestation de la mère et de l'enfant, dans une espèce de matrice symbolique où la mère et l'enfant vont rester reclus pendant trois ans. Il s'agit bien d'une captation du sang, et si on fait une analyse par rapport au rituel sacrificiel des animaux : lorsqu'on doit faire un sacrifice animal chez les Manjaks, avant de sacrifier, on va attendre de voir si l'animal va uriner ou déféquer. Si l'animal urine, cela veut dire que la puissance invisible a accepté le rituel et a pris le sang de l'animal qui est transféré dans le monde invisible. Finalement, on va égorger l'animal simplement pour montrer à l'innocent, c'est-à-dire la personne qui ne voit pas le monde invisible, qu'il a bien été transféré auprès de l'Utchary. Par contre, s'il défèque, cela veut dire qu'il y a un problème et il va falloir faire d'autres divinations. On va tout arrêter, le rituel ne va pas pouvoir avoir lieu. Dans le cas du nourrisson, on ne va évidemment pas l'égorger puisqu'on veut le fixer dans le monde des vivants, mais en cas de défécation, cela signifie que la divinité ne peut pas s'en occuper. Ou alors qu'il va falloir faire d'autres divinations pour voir ce qui bloque. Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de solution, cela veut dire que telle divinité ne peut pas s'en occuper et que peut-être une autre le pourra. Mais comme l'enfant a plutôt plus de chances

d'uriner que de déféquer, on va dire qu'on est dans une société optimiste où on pense que la plupart du temps, on peut sauver ses enfants et les humaniser. Parce que si on n'arrive pas à les humaniser, évidemment ça veut dire qu'ils vont mourir avant les trois ans et qu'ils vont repartir dans le monde invisible.

Parenté spirituelle

À qui appartient l'enfant ? À ce moment-là, il appartient à une parenté spirituelle parce que pendant les trois années où il aura été transformé en être humain, il aura créé des liens de parenté avec la puissance invisible qui aura permis une nouvelle gestation pour transformer la femme en mère et l'enfant en être humain. Il va appartenir également aux devineresses/guérisseuses qui s'occupent de ce temple-là, qui se seront occupées de lui, lui auront fait les massages pour le transformer en être humain, auront fait des ablutions, qui l'auront malmené pour le transformer. Et souvent à la fin du rituel, ces femmes vont essayer de garder cet enfant auprès d'elles, de le marier avec leurs propres enfants pour essayer de garder ce bien précieux. Il y a une parenté spirituelle avec la divinité qui l'a humanisé, où il pourra toujours se réfugier en cas de malheur. Par exemple lorsque j'habitais chez la prêtresse de ce temple-là, il y avait une dame qui devait avoir une quarantaine d'années et qui avait deux enfants, une fille d'une vingtaine d'années et un fils d'une quinzaine d'années. Elle était avec d'autres femmes avec leur nourrisson et je lui demandais « *Qu'est-ce que tu fais là ? Pourquoi es-tu là ? Tes enfants sont grands, ils n'ont donc pas besoin d'être humanisés...* » Et elle m'a dit « *je suis venue là parce que mon mari est mort et normalement, j'aurais dû poursuivre le mariage avec son frère (dans le système du lévirat, la femme peut continuer le mariage avec le frère de son époux) mais je sais que c'est ce frère-là qui a tué mon mari en sorcellerie, donc je ne veux pas me marier avec lui.* » Que va faire cette femme puisqu'on est dans une société matrilineaire, la plupart des terres appartiennent aux hommes ? Comment va-t-elle faire pour vivre ? Elle n'a plus de moyens. Comme elle avait fait ce qu'il faut pour ses enfants quand elle était plus jeune, elle pouvait se réfugier dans ce temple-là. Donc elle est partie vivre là-bas en attendant que son

fil de 15 ans soit suffisamment grand pour pouvoir la prendre en charge. C'est donc un lieu de refuge. En cas de difficulté, de problème, on pourra toujours y aller dormir, on vous aidera pour manger, vous laver, on vous prendra en charge. Parce que la majorité de l'argent que les devineresses récoltent par leurs rituels sert à l'entretien de ces femmes malheureuses qui sont venues se mettre sous la protection de la divinité. Donc quand je vous dis que l'enfant appartient à la divinité, c'est vraiment le cas. C'est une mère pour cet enfant-là et les prêtresses le sont aussi pour eux.

Bien sûr, l'enfant appartient aussi au côté patrilinéaire même si je n'en ai pas beaucoup parlé. Mais c'est une appartenance qui est assez fragile et qui ne peut finalement être effective qu'après le mariage, qui est pourtant tardif chez les Manjaks. Une personne immigrée qui vit en France et qui a laissé sa femme au pays peut parfois rester plusieurs années sans retourner la voir. Pendant ce temps-là, il peut arriver que la femme rencontre un autre homme et que de cette union naisse un enfant. Lorsque le mari revient, si la femme dit à l'homme avant qu'il ne s'assoit sur le lit conjugal qu'elle a eu un rapport sexuel avec un homme et que de ce rapport est né un enfant, voire deux, le mari peut lui pardonner. Un ou deux enfants, ça va, tout enfant est une richesse dans cette société à philosophie nataliste. Mais si la femme ne lui dit rien, le mari s'assoit sur le lit conjugal et va mourir. La confiance envers la femme restée au pays n'est pas toujours très solide, ce qui fait que les mariages chez les Manjaks, notamment immigrés, s'effectuent de plus en plus tardivement, parfois même alors qu'ils ont largement atteint le troisième âge. Et c'est une grande cérémonie, très importante, avec beaucoup de sacrifices, c'est assez fastueux et ça coûte de l'argent, donc il faut aussi en avoir les moyens. Mais il y a aussi cette idée qu'on ne sait jamais et qu'il vaut finalement mieux attendre la retraite, retourner au pays et être sûr que sa femme... on peut la surveiller plus facilement. Ce n'est donc que par le mariage que l'enfant peut être rattaché à la famille paternelle et notamment avoir accès à l'héritage des pères. Et ce n'est que par le mariage que le mari peut enterrer son épouse, qui appartient elle aussi à sa famille d'origine. Cette parenté patrilinéaire ne se construit que par le mariage et c'est tellement

tardif que parfois, la personne meurt avant l'accomplissement du rituel. Il ne m'a été donné qu'une seule fois d'assister au rituel de mariage avec l'épouse défunte : on organise en même temps le rituel de mort et le rituel d'alliance. Un rituel où on doit alterner des danses extrêmement gaies de mariage où tout le monde rigole comme si tout allait bien et en même temps, le rituel de mort où les gens doivent pleurer. Et on doit alterner les pleurs, les rires, les pleurs, les rires. Mais ce n'est qu'à cette condition-là que l'enfant de ce couple pourra être rattaché dans le patrilignage et que le monsieur pourra enterrer son épouse. Pour vous dire qu'on attend très tard et parfois même la mort, ce que personne ne souhaite évidemment. On n'attend pas la mort mais si la mort survient on peut quand même se marier avec l'épouse défunte.

Donc à qui appartiennent les corps ? Ils appartiennent au côté maternel, au côté paternel, à certains esprits au niveau invisible et aux prêtresses. Il y a donc une parenté sociale, rituelle, une parenté patrilinéaire et une parenté matrilineaire. Je vous remercie.

(vous avez là 3 articles que j'ai écrits sur la petite enfance si vous souhaitez aller plus loin, avec l'adresse de mon site Internet où vous avez différentes publications et des petites vidéos que j'ai réalisées et qui ont été mises en ligne par mon laboratoire. Plusieurs vidéos autour des soins, du « guérissage » et du corps)

Jusqu'où va le droit maternel ?

Un participant dans la salle : Quand vous dites que la mère a le droit de dévorer ses enfants, jusqu'où cela va-t-il ?

Maria Teixeira : Nous sommes dans un univers symbolique d'explication du malheur. Ce n'est pas que la mère va blesser intentionnellement son enfant ou le dévorer. Simplement, nous sommes dans des sociétés où (au nord de la Guinée-Bissau) la moitié des enfants meurt avant 5 ans et où forcément, face à un tel malheur, on a besoin de donner du sens à cet événement. Et effectivement, la sorcellerie peut être un des sens donnés. Quand je parlais d'humanisation des nourrissons, j'ai travaillé avec une femme qui a vu mourir les uns après les autres 7 de ses enfants. Quand j'y suis retournée quelques années après et que je l'ai vue, je n'ai pas osé lui demander si le dernier enfant qu'elle avait essayé de transformer en être humain avait survécu. J'ai demandé à d'autres personnes et j'ai bien fait parce que cet enfant-là aussi était mort. Il y a des femmes qui perdent tous leurs enfants et face à une telle horreur, il faut arriver à élaborer des représentations qui donnent du sens et des rituels qui permettent de porter ces femmes aussi, pour qu'elles ne s'effondrent pas totalement.

L'organe le plus important

Olivier Bouchaud : Considérez-vous selon votre expérience qu'il y a un ou des organes plus importants que d'autres dans cette représentation du corps ?

Alain Epelboin : La première difficulté, c'est que dans de très nombreux systèmes parler d'organes n'est déjà pas évident. On a beaucoup de schémas (je parle de traditions populaires, pas écrites) où, avec l'expérience des animaux qui ont été ouverts, il y a deux tuyaux, l'un qui va permettre de transférer les liquides (œsophage et trachée), l'autre transférant les solides, avec des systèmes de filtrage de la nourriture. Mais la notion d'organe en tant que tel ne va pas avoir de correspondance. Ce qui va être le siège des sentiments, c'est un cœur mais cœur et foie ne sont pas forcément véritablement dissociés. Il n'y a pas de construction qui va jusqu'à dire « *On a deux poumons, etc.* ». Il y a des sociétés, comme les bamilékes au Cameroun, où on fait des dissections post-

mortem, on ouvre le ventre de certaines personnes pour regarder si on y retrouve le principe de sorcellerie ou pas, mais ça ne va pas jusqu'à un dialogue avec les représentations d'organes que tu soulevais. Ne serait-ce que parce qu'en général, les organes, on ne va pas les étudier à l'intérieur. Les lésions cutanées, les douleurs, c'est à ce niveau-là qu'on va soigner à l'intérieur. Donc cette représentation de l'intérieur, organe, je ne le sens pas bien.

Maria Teixeira : Quand vous avez posé la question, ce qui m'est immédiatement venu à l'esprit, ce sont les *uwas*, les principes de vie. Je me suis dit que c'était ça le plus important parce que c'est par ces principes de vie qu'on va rendre malade la personne. Et pour protéger une personne d'une sorcellerie, on va extraire son principe vital et la mettre à l'abri dans un autel protecteur. Donc pour moi l'organe le plus important, même s'il est invisible, c'est l'*uwas*. Après, pour ce qui est de l'intérieur du corps, effectivement, c'est assez complexe. Chez les *Manjaks*, tout ce qui est siège des sentiments, la colère, c'est plutôt au niveau du foie que ça va se situer. Une personne qui a un foie très humide, bien irrigué, va être calme, ne pas s'énerver. Avec quelqu'un qui a un foie qui est plutôt sec, il va falloir attendre que l'eau des poumons s'écoule sur le foie pour l'humidifier, pour que la personne puisse se calmer. Tant qu'il n'y a pas eu ce travail d'écoulement de l'eau, d'écoulement vers le foie, on ne pourra pas calmer la personne.

Un participant dans la salle : La question consistant à nommer l'organe le plus important me pose problème. Et surtout aussi qu'on continue à dire l'Afrique parce que l'Afrique me paraît être un continent très vaste, donc avec des conceptions différentes. Du côté de l'Afrique centrale, notamment les travaux effectués chez les *Bantous*, on parle plutôt de force vitale. La question est plutôt métaphysique. Or ce qui est métaphysique n'est pas nommé, n'est pas touché. Il y a donc une démarche qui est faite dans la vie de tout un chacun pour avoir de plus en plus de forces vitales, qui va expliquer un ensemble de rites et de rituels. De telle sorte que je puisse agrandir et retenir en moi le plus de forces vitales

possible. Ce qui peut s'exprimer par les mangeurs d'autres : on va faire des sacrifices pour avoir plus de forces vitales. Mais il n'y a pas un organe. Dans le monde bantou, ce monde qui est du côté du Congo, du Gabon, et de la Centrafrique, si le cœur a une force importante, c'est la force de la sagesse. On demande à quelqu'un d'avoir du cœur, de supporter. Le cœur a dès lors toute sa dimension en termes d'organe nommé. Mais dans le monde initiatique, et c'est le plus important, il y a le derrière du cœur, au-delà du cœur, en fait une place centrale au niveau du cœur, comme si le cœur était une construction, comme si c'était une maison, comme s'il avait un siège que seul des sages peuvent atteindre. La maladie serait donc une expression de cette force vitale. Lorsque la force diminue, on est malade, et si on veut avoir le plus de force possible, on est en bonne santé parce que la force est équilibrée.

Alain Epelboin : En Afrique centrale, ce qui me frappe, c'est que quand il s'agit d'animaux, on peut connaître l'anatomie totalement, on peut le disséquer, dire que ça, c'est le foie, ça c'est le cœur, etc., surtout quand il s'agit de divination. Quand il s'agit d'êtres humains, l'organe n'est plus nommable car il n'est pas nommable en termes d'anatomie. Et on n'imagine pas ouvrir quelqu'un, en tout cas chez moi. Ce qui fait que c'est une catastrophe si on fait une césarienne. On ne nomme qu'un ou deux organes essentiels, vitaux.

Un univers poétique et un univers rationnel qui se mélangent constamment

« J'ai appris au pays Dogon que le pancréas était l'organe qui contenait les paroles de la mère. Et toute sa vie on peut avoir recours à ce disque dur que représente le pancréas. Pour mon expérience, il y a un univers poétique et un univers rationnel qui se mélangent constamment. Ces deux univers forment les relations sociales. Quand on est en phase de se remémorer les paroles de sa mère ou quand on a des problèmes existentiels ou des malheurs importants dans la vie, ce sentiment est très fort. À la fois intellectuel et physique parce qu'il y a souvent cette boule d'angoisse qui se forme et, chez les Dogons, c'est très

important d'avoir cette appréhension poétique presque de l'organe. Mais je ne sais pas s'ils l'ont pour d'autres organes. »

Luc Guichard

La représentation du corps dans la culture chinoise

Mme Sim Poorly

Bonjour à tous. Je suis là pour vous parler de la représentation du corps dans les cultures chinoises.

Représentation du corps en Chine

En Chine, il faut savoir que le corps est imbriqué à l'esprit, c'est donc l'articulation des deux qui définit l'être. La représentation du corps découle de 3 systèmes de pensée : le confucianisme, le bouddhisme et le taïisme. Dans le bouddhisme, dès l'origine, il s'agit d'être dans le non-attachement au corps, mais sans pour autant le déprécier. L'attachement au corps n'apporte que souffrance, donc tout excès est à éviter. Cet attachement s'exprime sous deux formes radicalement opposées, le narcissisme, l'adulation du corps, ou l'ascétisme, mortifier le corps et être dans une rudesse dans son rapport au corps. En fait, il faut prendre le corps tel qu'il est parce que c'est un instrument qui permet à l'homme d'être dans la progression vers l'éveil.

Deuxième point, le confucianisme. Selon le confucianisme, la conservation de l'intégrité parfaite du corps individuel est importante. Confucius a dit « *notre corps, nos cheveux, notre peau, nous les avons reçus de nos parents. La piété filiale commence par ne pas oser les blesser* », ce qui explique pourquoi dans l'ancienne Chine, même les hommes avaient les cheveux très longs. Il ne fallait pas y toucher puisque ça faisait partie du corps donné par les ancêtres. Lors de la première tonsure de l'enfant, on lui coupait les cheveux et on laissait une tresse derrière qui signifiait, symbolisait la piété filiale et donc le lien aux ancêtres. Le confucianisme n'est pas une religion, c'est au départ un système de pensée, enfin une philosophie dont le fondateur, Confucius, était ministre à la cour impériale. Son ambition était d'éviter toute forme de violence dans la société à l'époque où la Chine était divisée en plusieurs royaumes. Il y avait des guerres de territoire, ce qui provoquait famines, morts, et il fallait réorganiser tout ça.

Pour Confucius, la vie d'un homme devait donc être ordonnée par des rites, des règles artificielles et culturelles auxquelles il fallait se plier pour éviter la violence. Pour élaborer ces rites qui devaient s'appliquer dans la société, Confucius s'est basé sur les liens hiérarchiques qui relient les membres d'une famille. C'est ainsi que la hiérarchie familiale s'est transposée à la hiérarchie sociale. Le confucianisme est devenu la morale sociale qui est imposée par l'État pour engendrer une politique paternaliste venant du pouvoir centralisé. En raison de la nécessité de préserver l'intégrité parfaite physique du corps individuel, la Chine ne se résout pas à adopter de façon systématique l'incinération. On voit bien que depuis une ou deux décennies, le rapport au corps dans la société chinoise s'est radicalement modifié, en transgressant toutes ces traditions avec l'utilisation massive de la chirurgie esthétique, d'abord surtout chez les femmes mais à mon sens, les hommes vont s'y mettre aussi.

Troisième point, le taïisme. Le Tao, si je traduis schématiquement, ça veut dire « *enseignement de la voie* », dans le sens chemin. C'est le principe vital qui a formé et qui régit l'univers. Ce concept explique le monde et est représenté par un symbole, le yin et le yang, un cercle dans lequel s'entrelacent deux éléments, un blanc/un noir, le blanc pour le yang, le noir pour le yin, et dans chaque élément, il y a un point de la couleur opposée. Ce qui veut dire que pour qu'il y ait de la vie, il est nécessaire qu'il y ait deux entités à la fois opposées et complémentaires. Dans la pensée taïiste, le corps humain est le microcosme qui est en correspondance avec le corps du ciel et de la terre, donc de l'univers, avec lequel il constitue le macrocosme. La vie pénètre avec le souffle. La médecine traditionnelle chinoise découle du taïisme qui, en mettant au premier plan le maintien de l'équilibre et au second la prise en charge des troubles, signifie bien que l'être humain est responsable de sa santé.

La notion de la face

On ne peut pas comprendre la pensée chinoise si on ne prend pas en compte la notion de la face, au sens réel et symbolique. La face, c'est le visage, la figure, en rapport avec le regard de l'autre. Dans les cultures asiatiques, surtout

chinoise, la notion d'individu n'est pas prédominante, c'est le groupe qui prime. En 1937, l'écrivain Lin Wu Tang qui était philosophe, a dit « *La face ne peut être traduite et définie. Elle est semblable à l'honneur mais n'est pas l'honneur. Elle ne peut s'acheter mais sa possession est pour l'homme et la femme source d'orgueil. Elle est chose creuse mais les hommes sauront se battre et les femmes mourir pour elle. Elle est invisible mais par définition est faite pour être exhibée en public.* » Ce qui veut bien dire qu'en Chine, le sujet n'existe pas seul, il est pris dans un réseau d'interrelations sociales et groupales et pour maintenir l'harmonie sociale dans les relations, il est primordial d'avoir des règles et des codes de conduite, des codes sociaux et culturels. Chacun doit s'y soumettre, appliquer ces règles, sous peine d'être rejeté, même exclu, du groupe, de la communauté, voire même de la nation. Donc l'identité du Chinois se construit en partie à partir de la notion de la face. La face relève d'une idée de prestige, de norme sociale et culturelle fondamentales, puisque la société chinoise insiste bien sur l'harmonie des relations sociales. C'est un sentiment d'entente qui s'appuie à la fois sur la solidarité, l'interdépendance et qui constitue l'ordre réel et symbolique où s'organise la vie des Chinois. Et ces règles, ces rapports sociaux, je vous le redis, sont vraiment basés sur des rapports familiaux où dominent les liens de sang, les hiérarchies intangibles, une interdépendance affective et matérielle. Dans les jeux de face, il ne s'agit pas seulement de préserver la face de l'autre ou de donner la face à l'autre, c'est aussi pour soi : quand je donne de la face à l'autre, je me donne aussi de la face. Je peux vous donner une illustration concrète de la vie quotidienne : en Chine, lorsqu'on offre un cadeau, le destinataire ne l'ouvre pas devant le donateur pour ne pas lui faire perdre la face au cas où le cadeau ne plairait pas. Si l'autre ne perd pas la face, je ne perds pas la face, et on crée donc l'équilibre dans la relation interpersonnelle.

Les relations soignants-patients d'origine chinoise

En prenant en compte tous ces paramètres, on peut comprendre le comportement et l'attitude du patient chinois. En Chine, il faut savoir que les

relations entre les patients et les soignants sont basées sur la tradition confucéenne. Conformément aux principes de la hiérarchie, les soignants ont donc une situation d'autorité face aux patients, étant donné leur savoir scientifique et médical. Les médecins chinois ont donc souvent une attitude paternaliste envers le patient telle que le père pourrait l'avoir envers le fils. C'est vrai que dans le cadre de la migration, ce fonctionnement peut créer des malentendus, voire des incompréhensions qui peuvent aller jusqu'au rejet réciproque entre patient et soignant. En France, certains médecins disent que les patients d'origine chinoise sont méfiants et qu'il faut tout leur expliquer pour qu'ils comprennent, alors que d'autres disent que trop expliquer crée un étonnement chez le patient qui va trouver ça bizarre. Alors, quelle position adopter ? Parce que si tout expliquer permet de rassurer, c'est vrai que cela peut interpellier. Le patient ne comprend pas, il se demande « *mais pourquoi le médecin m'explique, il n'a pas à m'expliquer, il a le savoir et la connaissance, il sait ce qu'il faut faire* ». Mais si le médecin n'explique pas, ne va pas dans les détails, le patient ne va pas forcément suivre les indications, les préconisations ou même les traitements, ne va pas faire les examens ou prendre le traitement correctement. Il faut donc trouver un juste milieu. Au-delà de la compréhension de la langue, ce n'est pas qu'une histoire de patients d'origine chinoise ayant du mal à comprendre le français, c'est aussi une incompréhension – qui peut provoquer des agacements – venant du fait que dans les attitudes et les réactions des patients, on dit souvent que les patients d'origine chinoise présentent le syndrome du « *oui, oui* ». Quand le soignant dit quelque chose, il dit toujours « *oui, oui* », ce qui ne veut pas forcément dire qu'il a compris mais qu'il a bien écouté. Il hoche de la tête et acquiesce comme si le message c'était « *docteur, je vous ai écouté attentivement* ». Mais il ne va pas dire qu'il n'a pas compris parce que s'il dit ça, il fait perdre la face au médecin, ce qui reviendrait à dire que le docteur a mal expliqué, et lui-même, le patient, perd la face (« *je n'ai rien compris, je suis ignare* »). Donc en Chine, les docteurs disent les indications, point. Le patient, compris ou pas compris, doit s'en débrouiller.

Parfois, le patient peut être silencieux après la parole du médecin. Alors il faut savoir qu'en Chine, le mode de communication qui est utilisé, c'est le modèle de type alterné : mon interlocuteur a terminé de parler, je m'exprime. On utilise aussi le modèle de communication de type ponctué : mon interlocuteur a terminé de parler, je marque un temps de silence pour réfléchir et je m'exprime. Alors qu'en Occident, la plupart du temps, c'est le modèle de communication chevauché : tout le monde parle en même temps parce que c'est la parole individuelle qui doit être affirmée et que c'est le dernier qui a parlé qui a raison. Donc c'est vrai que parfois, quand le patient chinois marque un temps d'arrêt de silence, à moins qu'il ne fasse des gros yeux qu'il ne fera pas, il faut essayer de décoder : est-ce qu'il est en train d'assimiler ce que le médecin est en train de dire, est-ce qu'il est en train de réfléchir à la réponse adaptée ? C'est l'ensemble. Mais la meilleure des choses, je crois, c'est de reformuler, très simplement. Là, tout le monde garde la face, on veut être clair, limpide, on reformule et on demande « *est-ce que vous avez compris pour les examens ?* »

C'est vrai que pour le patient, l'apparence compte. Le médecin est celui qui a le savoir de par son statut. Comme il a ce statut qui met en route la hiérarchie sociale, un patient écouterait davantage un médecin qui le recevra avec une blouse dans un beau bureau parce qu'il aura l'impression qu'ainsi, il sera bien soigné. Dit comme ça, c'est vrai que c'est réducteur, vous avez peut-être l'impression que les Chinois s'attachent à l'apparence et c'est tout. Mais si vous resituez ça dans la perspective de la face, on est aussi dans des histoires d'harmonie : c'est la cohérence. Un médecin qui a fait des études, qui a le savoir, qui est là pour soigner, rassurer, s'il reçoit en jogging, il y a un décalage, ce n'est pas harmonieux. Et si je vais dans un cabinet médical où c'est très beau, tout clinquant, etc., ça veut dire que je me donne de la face. Je vais voir un praticien qui a une grande face et ça rejaillit aussi sur moi. On n'est donc pas que dans l'apparence. C'est vrai qu'aujourd'hui, la Chine, avec l'enrichissement, tout le monde est dans la course à se montrer, à se faire voir et on est toujours dans ce jeu social de la face.

Le lieu de soins peut être vécu comme un lieu de risques. Pourquoi ? Parce que les Chinois, surtout ceux qui sont en situation irrégulière, craignent d'être dénoncés aux autorités par l'équipe soignante et que s'ensuivrait une reconduite à la frontière, une expulsion vers la Chine, un emprisonnement, voire même ils seraient mis dans des camps, torturés et fusillés. Et ça, ce n'est pas qu'un fantasme parce qu'on sait qu'en Chine, ça arrive, il y a des arrestations arbitraires, des détentions dans des camps avec tortures. Ensuite, l'hôpital dans la représentation des patients, surtout des femmes, avec la politique de l'enfant unique où on a systématiquement fait des stérilisations forcées, voyez un peu comment est vécu le lieu de l'hôpital et comment l'équipe soignante peut aussi être vécue. Les Chinois ignorent la règle du secret médical donc ils pensent que les soignants même en France sont des fonctionnaires de l'État qui ont à rapporter toute situation illégale ou irrégulière. Parce qu'en Chine, les médecins sont soumis à l'autorité du parti central. Je vous rappelle aussi que sous le gouvernement de Mao, avec la Révolution culturelle, il y a eu énormément de dénonciations, de délations au sein même d'une même famille. Donc pour tout ce qui incarne l'autorité, il y a cette crainte en arrière-fond. Même si aujourd'hui, la génération que vous allez recevoir n'a pas forcément vécu la Révolution culturelle, elle en a entendu parler, il y a des traces qui sont là, une transmission directe ou indirecte, des choses comme ça, qui passent et dans les familles et dans la communauté.

Autre point dans le rapport aux soignants : dans la philosophie confucéenne, le corps n'est pas montré dans son intégralité, tout nu. Même quand on va voir un médecin, la femme ne va pas se dévêtir, se mettre en sous-vêtements pour un examen médical. D'où cette gêne qui va apparaître et qu'on peut également retrouver lors des accouchements, elles vont être extrêmement gênées toutes nues sur la table d'accouchement. Il y a la pudeur, mais il y a aussi le regard des autres et elles ne vont pas forcément le dire. Elles vont rester avec cette gêne, ce qui fait qu'elles peuvent être moins concentrées dans le travail de l'accouchement.

Au niveau psychologique, le patient d'origine chinoise désigne toujours ses douleurs somatiques pour éviter de se plaindre d'un mal-être psychique ou mental et il insiste sur les symptômes physiques pour ne pas évoquer les plaintes psychologiques. C'est vrai qu'à ce moment-là, il est difficile d'identifier une personne qui est dans une phase dépressive, qui ressent de la solitude ou un isolement parce que le patient ne va pas forcément le dire. Le langage du corps peut aussi montrer qu'il est mal mais de lui-même, il ne va pas oser s'exprimer sur cet angle-là. Parce que pour les Chinois, le fait de se plaindre de ses humeurs ou de ses émotions relèverait d'un « luxe » occidental. Et ça viendrait le distinguer du reste du groupe parce que tout ce qu'un individu fait peut rejaillir sur le reste du groupe. Donc on ne se plaint pas. Et le patient n'est pas censé exprimer ses affects parce qu'il se dit que le médecin le sait. Le médecin est censé savoir que le corps est relié à l'esprit et maîtriser cette pratique. En auscultant le corps, il sait aussi qu'il y a un déséquilibre au niveau des humeurs et du mental.

Si la population chinoise accepte quand même bien l'idée d'une prise en charge par les professionnels français, elle a préférentiellement accès aux médecins chinois. Ce n'est pas qu'une question de langue parce qu'il y a des Chinois, les langues ne sont pas les mêmes, les pratiques culturelles et familiales peuvent différer, un Chinois du Nord ne peut pas discuter avec un Chinois du Sud, ils n'ont pas la même langue. Donc le patient peut aller consulter un médecin d'origine asiatique qui maîtrise la médecine traditionnelle chinoise pour différentes raisons. Tout dépend parfois de l'ancienneté du patient en France. Les primo-arrivants ne connaissent pas le système, le circuit de soins auquel ils n'auront pas forcément accès et c'est au sein des communautés que les choses circulent : on a l'adresse d'un médecin chinois, on peut y aller, on se passe les médicaments de main en main. Mais même s'il y a cette préférence, ils ne vont pas se détourner, s'ils en ont l'opportunité et que c'est nécessaire, d'aller consulter les professionnels des pays d'accueil. Dès l'instant où une personne entre dans le milieu hospitalier, elle en accepte les contraintes et les règles, et elle adaptera ses pratiques aux exigences du milieu hospitalier. Elle est à ce

moment-là reconnaissante des soins qui lui sont prodigués et s'efforcera de voir son hospitalisation de manière positive pour préserver l'énergie vitale. Parce que dans le cadre de l'hôpital, cette énergie est forcément atteinte.

Concernant l'alimentation, c'est vrai que les Chinois s'appliquent à avoir un équilibre entre le chaud et le froid. C'est pour ça que les repas qui sont servis à l'hôpital sont plutôt boudés et que les patients vont attendre que la famille apporte les repas qui répondent à cette exigence d'équilibre chaud/froid. Surtout pour la jeune accouchée qui ne mangera pas ce qui est servi parce qu'il est important de retrouver un équilibre interne après l'accouchement, il y a beaucoup de pertes et son corps s'est refroidi. La souffrance et la douleur sont bien évidemment à combattre et la chambre du malade est souvent transformée en lieu de réunion familiale. Il y a d'abord un étayage affectif indéniable, une présence, mais certains Chinois peuvent également faire appel à des moines bouddhistes pour venir réciter des mantras, des prières répétitives, pour les soulager de la douleur.

Concernant l'accompagnement des mourants, il n'y a pas de texte à lire ou de gestes nécessitant forcément la présence de religieux. C'est la dernière pensée ou la dernière parole avant la mort qui peut être importante et recueillie par un proche. Dans le bouddhisme et l'idée de transmigration de l'âme, il faut avoir une pensée positive pour activer un karma positif. Cela dit, il y a une cérémonie qui ne se fait pas forcément au sein de l'hôpital mais qui est ensuite réalisée au foyer familial. L'autopsie ne pose pas de problème pour le bouddhisme qui prône le non-attachement au corps physique et matériel. Il peut en poser chez les confucianistes (mais ce sont vraiment les plus anciens) parce qu'on touche à l'intégrité parfaite du corps. Du temps de Confucius, il n'y avait pas forcément de chirurgie, on n'ouvrait pas le corps, il n'y avait pas de greffes mais aujourd'hui, ce qui est important, c'est la préservation de la vie. Et s'il le faut, il peut bien sûr y avoir transplantation, amputation... Pour sauver la vie, il n'y aura pas d'opposition.

Un Chinois seul ne sait pas se confronter aux autres, aux soignants et au reste de la société. C'est pour ça que le patient peut venir accompagné toujours au moins d'une personne qu'il va vous présenter comme étant quelqu'un de la famille alors même qu'il n'y a pas forcément de parenté ou de lien de sang. Mais du moment qu'il fait partie de la même famille linguistique, c'est un membre de la famille. Ça peut être un voisin, une connaissance, l'ami d'un ami, le voisin d'un voisin mais cette présence rassure et permet au patient d'être dans une relation qui restera symétrique mais quand même un minimum avec le soignant.

En conclusion, j'ai envie de vous dire que les éléments que je vous ai donnés sont certainement à prendre en compte mais il ne s'agit pas de dire à un patient chinois « *ne vous inquiétez pas, je vais vous préserver votre face* ». Parce que je vous en parle mais les Chinois n'en parlent pas. C'est quelque chose qui est construit depuis la petite enfance, qui est transmis de génération en génération, et aujourd'hui encore dans la Chine qu'on dit moderne, ouverte et occidentalisée, c'est extrêmement important. Mais ça diverge selon les régions. Au Nord, où vous avez le pouvoir central, Pékin et où Confucius a œuvré (à la Cité interdite), cette notion de face est extrêmement importante alors qu'au Sud, c'est plus loin du pouvoir, il y a eu des aménagements. Les Chinois dans leur ensemble s'ajustent. Ils ont quand même opéré une acculturation positive et ils s'adaptent. Encore une fois, ils sont tellement reconnaissants des soins qui leur sont donnés. C'est vrai qu'ils sont discrets, qu'ils ne vont pas se plaindre, revendiquer, mais ça ne veut pas dire qu'ils n'auront pas de saute d'humeur, qu'ils ne savent pas s'énerver, s'imposer. Autant il y a un contrôle, même un hyper contrôle, des mouvements d'humeur dans les relations sociales, autant lorsque ça éclate, ça peut être extrêmement fort.

Quid des soins palliatifs ?

Un participant dans la salle : Quand le médecin dit qu'il ne peut plus soigner, qu'il n'y a plus rien à faire, quel est le vécu des soins palliatifs ?

Mme Sim : C'est un sujet que je ne maîtrise pas tellement mais quand vous annoncez la fin, le patient va aller chercher ailleurs. Il peut aller consulter un médecin qui pratique la médecine traditionnelle chinoise, il peut aller au temple bouddhiste pour prier, il va chercher un recours, une aide. Même s'il sait que ça peut se terminer. Les Chinois sont très attachés à la thérapeutique traditionnelle basée sur les plantes, les décoctions, les racines... et parfois, ils peuvent parler de miracle parce qu'ils auront pris une infusion de je ne sais quoi qui aura fait céder des symptômes de la maladie. Ils vont l'annoncer à tout le monde et ce moment vécu de façon empirique sera généralisé voire même théorisé.

Corps donné – corps reçu

Marc Grassin, pharmacien et philosophe

Je vais essayer de faire une hypothèse : aussi importante soit la dimension culturelle du rapport au corps, et elle est évidemment déterminante, elle n'a de sens finalement qu'intégrée dans la réalité concrète d'un corps vécu, d'un corps expérimenté, d'un corps « relationné ». Et du coup, ces représentations n'ont de sens qu'au regard de ce que les professionnels et l'organisation de la pratique de greffes et de prélèvements sont capables de mettre à disposition pour que des hommes et des femmes entrent progressivement dans la démarche de prélèvement et de greffe et dans cette médecine très particulière de plusieurs points de vue. D'une part, elle est une médecine qui sans cesse joue et déplace les frontières, les frontières de la vie et de la mort. Elle déplace la question du rapport au corps qui devient un objet de prélèvement avec la question que tu évoquais tout à l'heure de la représentation de l'organe ou pas. Et joue avec l'idée qu'un corps peut être l'objet d'une substituabilité, de remplacement, de

pièces de rechange. Un dépassement de la représentation peut-être plus naturelle que nous avons de notre propre corps. Complexité également de la médecine de greffe au regard de la tension entre dualisme implicite et représentation de soi comme unité, un corps qui serait séparé de l'unité de la personne, etc. Et également un déplacement de frontière autour de la question de l'identité, c'est-à-dire comment construire la possibilité de maintenir son identité avec un corps étranger, un corps qui n'est pas soi et un corps étranger d'un mort ?

« Le déterminant culturel n'est pas surdéterminant »

Donc je fais ici l'hypothèse que le déterminant culturel, s'il est important, n'est pas surdéterminant. C'est une hypothèse qui mérite évidemment d'être discutée. À surdéterminer, on risque de renvoyer la difficulté rencontrée avec la greffe chez le migrant sur le facteur culture, au détriment de questions plus organisationnelles et de manières de faire. Dit autrement, la manière d'organiser et de penser le lien dans cette pratique très particulière.

Un deuxième élément contre la surdétermination culturelle dans la problématique des greffes me semble être qu'on risque de négliger les facteurs socio-économiques qui impactent très certainement en partie certaines catégories de migrants, les questions de fragilité, de modalités d'accès, d'accès aux soins, d'éloignement, de supports familiaux, etc. Et on sait d'une manière générale en médecine que la fragilité sociale d'un individu va très fortement conditionner son adhésion, son inclusion dans des parcours de soins qui sont évidemment très compliqués dans le cadre de la pratique de greffe. Ceci étant dit, par-delà les représentations culturelles très hétérogènes des individus, nous avons peut-être aussi en même temps une sorte de réalisme qui ressurgit quant au rapport au corps, avec un modèle que la médecine de greffe va d'ailleurs promouvoir et que la médecine occidentale en général pourrait promouvoir : une représentation du corps comme objet, une représentation du corps comme segmentable, manipulable, réparable, transformable, etc. Et on peut peut-être faire l'hypothèse que, par-delà les représentations culturelles, on a aussi ce modèle-là qui tend

malgré tout à s'imposer, à être en arrière-fond de tous ceux et celles qui à un moment donné vivent dans un même espace social comme le nôtre. Donc il y a évidemment sans doute un phénomène d'acculturation, d'assimilation, d'intégration progressive de différents modèles de représentations qui vont jouer et qu'il n'est pas très facile de constamment séparer. Il y a une sorte de métissage dans la représentation du corps et dans le vécu du corps qui est aussi sans doute le lieu d'une certaine forme d'ambivalence et peut-être aussi parfois d'ambiguïté. Dans notre société, que nous le voulions ou non et quelles que soient nos représentations culturelles liées à nos origines, à nos parcours, on a quand même une représentation du corps qu'on pourrait dire « occidentale », « mondialisante », qui tend à s'imposer et à devenir dominante.

Ce que j'essaie de dire par là, c'est que malgré ça, l'étrangeté des représentations de certains que nous pourrions identifier par le fait qu'ils sont migrants, donc porteurs d'autres représentations, n'est sans doute pas totale. C'est pour ça que je dis qu'il y a des mécanismes de métissage, donc sans doute d'ambivalence. Donc l'étranger avec sa différence culturelle ne dit pas étranger en tout. Cela veut dire qu'il y a sans doute des modalités de passage dans les différentes représentations et pratiques sociales qui y sont liées. Il y a sans doute des points de convergence et évidemment, sur la pratique des greffes et du don d'organe, c'est autour de ces questions de convergence qu'il faut essayer de travailler.

Deuxième élément pour compléter le problème : l'étrangeté qu'on pourrait identifier par le fait d'avoir une représentation différente du corps par rapport à celle qui est proposée par la médecine de greffe et de prélèvement, finalement est peut-être en réalité une étrangeté fondamentale que chacun d'entre nous avons à vivre et à assumer. Dans le fait que nous avons un corps qui va devenir progressivement un corps avec un corps étranger, un corps noué ou lié définitivement dans un réseau avec quelque part un étranger, un corps qui aura évidemment à affronter les déplacements de la frontière entre la vie et la mort. Ce que je veux dire ici, c'est que quelles que soient nos représentations culturelles, y compris les plus occidentalises, nous vivons autour de la question

du prélèvement et de la greffe quelque chose de l'ordre d'un changement d'état, de la vie à la mort et de la mort à la vie. La médecine de greffe et la médecine du prélèvement, c'est d'abord la question d'une migration. Une migration de son existence, de son histoire, de son être, de son psychisme, de son élan vital. Et cela conduit nécessairement à une sorte d'obligation à vivre un conflit entre ce que j'étais avant la greffe et ce que je deviens après, ce que je pensais avant et ce que je fais désormais, ce que j'ai été et ce que je serai. Donc l'hypothèse ici, c'est qu'au-delà des différences de représentations culturelles du corps, nous sommes toujours quelque part face à cette question des migrants, c'est-à-dire des hommes et des femmes qui auront à affronter l'inévitabilité de la pratique de prélèvement d'organe parce qu'elle porte quelque chose de central qui est la question du corps, qui est aussi la question de l'unité de l'homme dans son rapport au monde, qu'il faudra évidemment négocier.

La question centrale de la confiance

Quelques préalables rapides. Il n'y a pas beaucoup d'études sur cette question-là, on sent bien qu'il faut investir cette question des représentations culturelles en matière de greffe. Mais les études que j'ai trouvées montrent globalement les choses suivantes : elles reconnaissent l'importance des facteurs culturels, des croyances, des représentations, des situations sociales, etc., comme étant impactantes de la problématique du prélèvement. Pour les professionnels, rendre efficiente cette pratique (au sens qu'elle fonctionne et qu'elle fonctionne bien dans l'intérêt des patients et des gens qui tournent autour) va supposer, dans les modalités d'abord des proches, d'entretien avec les familles en particulier, d'avoir une formation et de comprendre les ressorts, les mécaniques qui déterminent les habitudes des gens. Les représentations de la maladie, de maladies spécifiques en Occident par rapport à d'autres, les représentations du corps, les représentations et la compréhension de ce qu'est le lien avec des mises en forme en réseau ou des rapports individualistes. Et aussi évidemment des formations sur les représentations culturelles du rapport à la vie et à la mort et à la survie. Mais les études montrent d'une manière générale que le

phénomène culturel n'est évidemment pas le seul et que ce qui va être très déterminant dans les adhésions ou pas au prélèvement d'organe et donc à la greffe, c'est la connaissance effective par les individus de la problématique de la greffe et du don, la qualité de la discussion avec les équipes, c'est aussi l'état du corps dans lequel on va être amené à prélever ou pas, donc le contexte de mort. Des corps très délabrés par des accidents, c'est évidemment assez différent d'un prélèvement cadavérique lié à un AVC. La représentation et le lien au corps mort et au cadavre sont déterminants. Reste enfin la question centrale de la confiance que peuvent avoir les patients ou les familles dans les soignants et dans le système de santé. Ça c'est déterminant.

De mon point de vue, il faut donc évidemment pondérer le culturel sur ces facteurs mais en même temps maintenir qu'il y a une interdépendance évidente entre ces choses-là.

Le rapport à la mort

Quelques éléments d'hypothèse. D'abord, sur la question de la mort, du mort et du cadavre, je vais faire quelques rappels que vous connaissez sûrement en partie. Edgar Morin, dans un livre qui s'appelle *L'Homme et la mort*, de mémoire ça devrait être en 1956, rappelait que le point d'entrée en partie de l'humanité passe par l'horreur fondamentale du cadavre. En rencontrant la question du cadavre, l'individu va progressivement rencontrer, à travers la décomposition, va prendre conscience de sa propre individualité et de lui-même. La modalité, dit Morin, de la prise de conscience de soi comme individu passe en quelque sorte par le rapport à la mort et en particulier le rapport au cadavre. Il dit globalement que le cadavre est un fondamental anthropologique qui va générer à rebours une angoisse fondamentale de la perte de soi. Face à cela, un ensemble de pratiques seront mises en place pour gérer la question du cadavre. Dans toutes les pratiques de ritualité dès les origines, on va prendre soin du cadavre, l'accompagner, l'enterrer, ce qui est en quelque sorte une manière d'éloigner et de gérer cette angoisse qui est en train de surgir. Et l'accompagner aussi de mises en récit, en particulier à la fois des récits de survie, donc d'existence des

morts dans d'autres lieux, et en même temps des récits des cycles mort/renaissance. Donc il y a des ritualités qui s'organisent et dont la finalité est en partie de prendre en charge. Et ce point est central pour la problématique qui nous concerne ici, les restants, les vivants, en prenant en charge les morts pour rendre supportable et vivre le traumatisme que représente la mort et la perte d'un autre. Philippe Ariès, qui était historien, disait que c'était une lutte contre la décomposition de la communauté par la perte d'une autre. Louis-Vincent Thomas, dans un livre qui s'appelle *Les rites de mort*, rappelle qu'il n'y a pas de société sans rite et que les rites de mort sont d'abord des rites de vie. Loin d'être finalement rien, le corps mort, donc le cadavre, en tant qu'objet socioculturel devient le support positif d'un culte, de ritualisations au service des survivants. C'est une manière de conjurer le désarroi et de repousser le désordre que la mort va introduire. La dimension culturelle va évidemment être centrale dans ce rapport à la mort, au corps, et dans le rapport aux vivants. Et ce rapport va évidemment dépendre des constructions collectives, historiques, très profondément enracinées qui vont configurer les rapports au monde qu'un individu va pouvoir éprouver. Il est toujours débordé par un cadre conceptuel, symbolique, qui va cadrer et border cette affaire-là.

La tension liée à la décision

Le prélèvement et la greffe d'organe vont imposer malgré tout une décision dans ce cadre normatif. Quand on est tout d'un coup confronté à la réalité de savoir si 1) on peut prélever le cadavre ; 2) si on va se faire greffer ou pas ; on rentre dans une tension assez forte entre les supports collectifs et représentationnels qui nous permettaient jusqu'à présent de fonctionner dans notre rapport au monde et quelque chose qui sera en tension assez forte avec ces représentations. La demande de prélèvement d'organe va remettre en question les représentations culturelles des individus, va les forcer à se mettre en interrogation par rapport aux fondamentaux qui les déterminaient mais qui n'étaient pas questionnés parce qu'ils les déterminaient. La décision de prélèvement vient bousculer, rouvrir en quelque sorte un questionnement

anthropologique, un questionnement culturel sur son propre rapport au monde. La proposition ici, c'est de dire que la question de la greffe vient fondamentalement chez chacun d'entre nous, quelle que soit sa culture et quelle que soit sa représentation, mettre en question et en tension le rapport de notre décision à ce qui nous est proposé avec nos représentations très profondes. Une décision sur un terrain où normalement, on ne décide de rien, et c'est ça qui est particulier et parfois un peu compliqué, un peu violent, dans la pratique de greffe. Un travail d'élaboration qui est forcément très déstabilisant puisque c'est l'arrière-fond qui va être remis en question. Évidemment, si individuellement ma représentation du corps correspond au sol culturel, à la médecine de greffe et de prélèvement d'organe, on peut imaginer qu'il n'y aura pas trop de problème et que plus il y a un décalage entre les représentations, plus la tension liée à la question de la décision va être aigüe et plus il faudra être précautionneux et la travailler intelligemment. Mais cette tension-là n'est jamais complètement simple, y compris chez chacun d'entre nous qui porterions une représentation d'un corps substituable, morcelable, réparable, etc. Parce que ce qui se joue fondamentalement à travers cette question, c'est celle du lien, du lien avec soi-même, avec la mort et avec la manière dont on va maintenir en lien ou se maintenir en lien avec le mort qui va être l'objet de prélèvement. Dit autrement, maintenir aussi le lien avec la communauté, c'est-à-dire la question des réseaux qui font que des individus peuvent construire une identité. La médecine de prélèvement oblige à redécider du lien et ce n'est pas spécifique à une culture propre. Nous avons toujours à affronter la question délicate de ce que nous faisons du corps, de notre corps et du corps de l'autre, avec bien entendu l'idée très compliquée, sans doute pour tout le monde, du morcellement et de l'éclatement du corps. Je laisse ici comme hypothèse que la question est peut-être moins culturelle qu'anthropologique et psychique dans la problématique du prélèvement, même si la question culturelle est articulée à cette problématique. On pourrait donc dire qu'on est tous touchés de la même manière fondamentalement lorsqu'on est face à cette question du prélèvement d'organe. Et la question qui est derrière, c'est évidemment celle du rapport et du

lien, du vivant avec le mort et des vivants entre eux, dans et par la manière de porter le mort.

La mort comme fait ou comme évènement

Deuxième point, c'est la tension qu'il y a, chez chacun d'entre nous, dans la représentation autour de la mort, entre la mort comme fait et la mort comme évènement. Dans la pratique de prélèvement, la mort est d'abord appréhendée comme un fait (« *il était vivant et il est mort, donc on va pouvoir entrer dans une pratique de prélèvement* »), on est dans une alternative vie/mort. Évidemment, le vécu des familles et le vécu des soignants n'est pas réductible à cette alternative-là. Patients et soignants, nous ne sommes pas en réalité complètement dans un rapport vie/mort mais plutôt dans la question d'une mort comme évènement, c'est-à-dire d'une mort qui est en train de générer des passages et des transitions. Et vous savez que dans la médecine de prélèvement, il y a un problème de timing, c'est donc une transition à jouer de manière très accélérée. Mais c'est bien la question d'une transition qui est en jeu. La mort prend du temps et même si on est bien convaincu que le mort qu'on va prélever est bien mort, il n'est pas complètement mort dans la tête des familles et on peut dire qu'il y a cette tension : le mort est encore un peu un vivant et le vivant est déjà un peu mort. La pratique de cette zone frontière de prélèvement d'organe est donc une espèce d'inter espace où se côtoient des morts et des vivants, quelque part des morts-vivants, et il va du coup y avoir la nécessité de travailler et d'organiser ce passage-là. Vous savez que les rites funéraires sont d'abord souvent des rites de passage, c'est-à-dire qu'il s'agit d'accompagner les morts et les vivants pour installer les uns et les autres dans des espaces dévolus qui vont permettre la plupart du temps d'assurer une pérennité et une tranquillité à la vie et redonner une possibilité d'existence sociale autour de ce passage.

La question du prélèvement, c'est évidemment « *qui joue le rôle de passeur dans les rites de passage ?* » Et l'hypothèse que je travaille, c'est que les soignants et les acteurs de la médecine de prélèvement sont les acteurs de ce passage et de

rites très nouveaux, particuliers, liés à la médecine contemporaine, de nouveaux rites de passage des morts et des vivants. Ce qui veut dire que la question de l'acceptabilité possible du prélèvement d'organe, sur fond des représentations individuelles que les uns et les autres peuvent avoir, y compris quand elles ne correspondent pas à la représentation du corps, va dépendre en grande partie de la qualité, des modalités relationnelles qui vont s'établir pour assurer et permettre le passage progressif et l'acceptabilité pour des individus de la pratique du prélèvement. Cela tient moins à la question de la représentation culturelle qu'au lien à l'organisation et d'une certaine manière à l'éthique des professionnels de santé qui vont réussir à garantir que les morts sont protégés et que les vivants sont protégés et que ça ne rompt pas la question de la mise en réseau fondamentale entre morts et vivants.

Au regard de la médecine de greffe, nous sommes tous les uns et les autres, d'une certaine manière comme des migrants devant assumer l'in évidence de cette pratique, de la tension de nos propres représentations personnelles au regard de cette pratique. Ce qui se règle en grande partie (mais peut-être que ça ne se règle jamais complètement) dans un vécu qui va évidemment supposer que la médecine de greffe travaille très fortement sur la question de la signification culturelle de ce qu'elle est en train de produire.

La conscience de l'impératif culturel

Un participant dans la salle : Si nous sommes tous des êtres en transition, des migrants, est-ce que nous sommes conscients de l'impératif culturel ? Que dans notre société, chacun soit conscient de l'impératif culturel, de son existence dans une culture, me paraît difficile à accepter parce qu'il y a dans nos pays une forte partie des personnes qui ne sont pas conscientes de leur culture. Est-ce que finalement chacun est conscient ? Parce qu'on ne réagit qu'au regard de certaines connaissances de la chose reçues. Je sais quelle est l'importance de

ce qu'on me propose et je suis conscient de quelque chose qui me rappelle ce que je suis.

Marc Grassin : C'est aussi un enjeu pour les patients de comprendre qu'ils sont eux-mêmes pris en tension et déterminés par ces choses-là. Il y a une nécessité de faire émerger les différences culturelles et en même temps, le défi c'est où sont les points de convergence qui vont permettre qu'on avance par-delà ces diversités ? Je fais une hypothèse mais il faut voir si elle est vraie : l'hypothèse de points de convergence qui pourraient être un dénominateur commun et qu'autour de cette zone-là, il y a un rapport à la transition et au passage qui prend des formes extrêmement diverse et variées. La question fondamentale et fondatrice, c'est la question du lien qui est en jeu, qui se défait et qui se reconstitue. Il faut travailler sur ça. On sent bien que l'organe, qu'il soit identifié clairement ou pas, est le porteur de quelque chose qui met en relation. Fondamentalement, le rapport au corps, c'est la question de la relation, de la mise en réseau. Évidemment qu'il y a différentes formes de mise en réseau. Comment on les met en scène et comment la médecine occidentale travaille en intégrant les données anthropologiques, en intégrant des données culturelles pour faire en sorte que ce qu'elle met en place est audible et vivable pour les individus, quelles que soient leurs représentations culturelles ? C'est ça l'enjeu. Si effectivement ce que les patients ne peuvent pas accepter, c'est qu'on les coupe de manière brutale du lien avec leurs morts, qu'on coupe le réseau et dans un temps très serré, alors que leur existence, c'est du lien, c'est du réseau à la communauté, etc., comment on porte ça ? On coupe les réseaux et le défi aujourd'hui, c'est comment par la prise de conscience de la diversité culturelle, de l'importance de ce que les autres cultures viennent dire sur la question du corps, comment on réarticule une médecine qui briserait les réseaux alors qu'elle a besoin de renforcer la mise en réseau. Ça passe de mon point de vue par les acteurs particuliers que sont les professionnels de santé, qui doivent évidemment travailler la question. On ne peut pas arriver vierge de toute représentation.

Don et contre-don

Un participant dans la salle : Ne peut-on pas ajouter la question du don et du contre-don, notamment par rapport à toute la question du don anonyme ou du don ad hominem qui du coup n'est pas anonyme, à cette réflexion ?

Marc Grassin : Je ne vais pas répondre à la question. Évidemment qu'autour de la question du don d'organe, il faut reprendre la question du don par rapport à la dette, contre-don, Mauss, etc., il y a des travaux qui existent là-dessus, bien évidemment.

Si on en fait une lecture maussienne, ça veut dire que de toute façon, quand l'organe est changé, c'est bien d'une certaine manière qu'il y a quelque part (je force le propos) plus qu'un objet simplement substituable, il y a quelque chose de l'ordre du réseau qui perdure et qui peut être sécurisé par un certain nombre de pratiques et de retours. La grande difficulté autour du don d'organe, c'est de savoir quels mécanismes de reconnaissance on met en place, qu'est-ce qu'on invente socialement et symboliquement pour garantir qu'il y a un contre-don à la hauteur de l'objet échangé. De mon point de vue, l'objet échangé n'est pas qu'un organe, c'est bien plus puisque c'est l'histoire des individus qui sont « effractés » par la pratique elle-même. Il y a beaucoup à réfléchir et on ne sait pas bien faire puisque nous sommes plutôt dans une culture du don et pas du contre-don, dans une culture du don comme acte gratuit, « décérémonialisé », décommunautarisé, etc., il n'y a pas besoin de contre-don. Mais nous savons bien qu'autour de la question organe, donc de la vie et la mort, la question du contre-don est centrale.

Du métissage culturel

Un participant dans la salle: Quand le patient arrive comme ça, isolé, que brutalement il est mis en condition de recevoir une greffe, je crois qu'on ne peut pas dire qu'on est tous dans le métissage des facteurs culturels, le métissage prend du temps. J'aime bien cette notion de métissage et d'incorporation

progressive des deux cultures, médecine occidentale/médecine traditionnelle, mais ce n'est pas toujours le cas et je pense que s'il y a des donneurs (puisqu'on cherche quand même à multiplier les prélèvements qui sont encore trop rares), pour le coup, on a zéro temps parce que le prélèvement doit se faire dans des temps très rapprochés de la mort. En état de mort cérébrale, on n'a pas des jours et des jours pour en discuter, et je ne sais pas comment on pourrait faire pour essayer d'améliorer ça de façon à ce qu'on ait un meilleur taux de succès des prélèvements, en sensibilisant encore plus, je ne sais pas.

Marc Grassin : Sur la question du métissage, vous avez raison, la temporalité va forcément être variable : plus je suis proche de la représentation culturelle de ce que l'on m'offre, moins j'ai besoin de temps pour l'intégrer. Donc plus il y a d'écart, plus la question du temps est centrale et plus c'est difficile. C'est évident. Ce que je voulais dire, c'est que ça reste, y compris lorsque l'écart est très réduit, une pratique très compliquée. Et que du coup, intégrer ça permet de réfléchir sur la pratique lorsque c'est encore plus compliqué parce qu'il y a de l'écart. Et mon hypothèse, c'est de rentrer par ce biais-là pour pouvoir retrouver la question de l'importance culturelle et prendre soin de cette différence culturelle.

Sur le comment faire pour favoriser le don : une des approches, c'est de dire qu'il faut faire comprendre et donc travailler la problématique d'un point de vue culturel. Et plus on va travailler l'intégration culturelle de la problématique, plus on va aller facilement à la question du don. C'est un élément, je ne suis pas convaincu que ce soit complètement suffisant. Je pense qu'il y a d'autres ressorts, d'autres mécanismes en jeu. Mon sentiment, c'est que c'est bien dans la manière dont on va être garanti qu'il y a une vraie prise en considération de la dynamique de passage qui est en train de se jouer qu'on va augmenter progressivement la possibilité d'adhésion à la pratique du don d'organe. Si je sais qu'on prend soin des vivants et des morts, on a une vraie chance de ne pas faire de la médecine de greffe et de prélèvement un pur rapport technique au corps. Si c'est un pur rapport technique, alors effectivement, les organes, on peut

les acheter, trafiquer... Mais on sent bien qu'on est sur autre chose et qu'il faut être sur autre chose, ce qui est évidemment plus compliqué.

Témoignage d'un donneur

Jean-Aimé Rakotoarisoa

J'ai donné un rein à mon épouse en 2010. Je vais être assez bref sur mon parcours personnel, mais j'aimerais partager à travers ma propre expérience ce que pense un Malgache de ces aspects de dons d'organe en général et au niveau culturel.

Assis entre deux mondes

Je voudrais pour commencer d'abord me situer culturellement parce que je crois que c'est aussi important : je suis Malgache, donc Africain politiquement mais Asiatique culturellement. Le Malgache est toujours assis entre ces deux mondes et je vais commencer par dire ce que pensent les Malgaches de ces histoires des dons d'organes. D'abord, il faut bien distinguer le Malgache rural et le Malgache urbain, les premiers représentant environ 85% de la population, tout en étant les moins visibles. Personne ne s'en occupe et on parle davantage des 15% qui sont peut-être les plus bavards. C'est important parce que quand on est confronté à une maladie comme cette insuffisante rénale qui nous a frappés, on se rend compte qu'il y a deux visions complètement différentes. Dans le monde rural, j'en suis persuadé, beaucoup de gens meurent sans savoir qu'ils ont cette maladie. Et là se pose la question « *est-ce qu'il faut leur dire ?* » Je ne pense pas, parce qu'on ne peut rien faire pour eux et que le dire à quelqu'un qui est en pleine brousse où il n'y a ni médecine traditionnelle ni hôpital n'apportera seulement qu'un grand malheur dans la famille. Dans le milieu urbain, comme dans notre cas, quand on nous a annoncé cette maladie, tout un processus s'est enclenché : qu'est-ce qu'on fait ? Qu'est-ce qui se passe ? On se documente, on lit, on parle aux amis et là, vous avez déjà deux tiraillements : ceux qui vous poussent à aller voir le grand professeur de la ville, et ceux qui disent « *surtout, n'y allez pas, on peut faire ça avec telle plante, etc.* » Et vous, vous ne savez pas, vous êtes à la merci de n'importe quel avis. On est même tenté de dire « *mais il paraît qu'on peut aller en Inde et avoir un rein, ou en Chine...* » Alors

est-ce qu'on y va, est-ce qu'on n'y va pas, le temps passe, on entre dans le processus et on voit qu'il sera inévitable d'aller vers des dialyses . Mais entretemps, on prend des médicaments pour retarder les choses parce qu'on n'est pas sûr de ce qui va se passer.

La catégorie des gens qui font peur

Mais avant de voir ce côté purement médical, je vais revenir un peu sur le côté culturel. À Madagascar, le don d'organe tel qu'on le voit ici, je crois que ça n'existe pas parce qu'on n'a pas la technique, les appareils, ça ne rentre même pas dans la discussion. Ça ne viendrait à l'idée de personne de parler de ça. Et là, il y a quand même une chose étonnante parce que dans notre culture, il y a une rumeur/croyance terrible, celle de quelqu'un pouvant prendre le cœur ou le foie de quelqu'un sans trop savoir pour en faire quoi. Une rumeur extraordinaire parce que tout le monde en a peur, tout le monde a peur de tout le monde. Mais c'est saisonnier, et il y a un renforcement de cette rumeur qui ne s'arrête vraiment que lorsqu'il y a un accident : accusé d'être le voleur de cœur ou de foie, quelqu'un est exécuté. On ne connaît pas trop l'origine de cette rumeur mais elle a été renforcée par le christianisme au XIX^e siècle, quand on chantait dans les cantiques « *Jésus, donne-moi ton cœur...* ». Les gens ont davantage pris peur et ça a démultiplié cette croyance.

Donner un organe, c'était donc très difficile à imaginer parce qu'on vous plaçait tout de suite dans cette catégorie de gens qui font peur, on en a peur donc quelque part, il vaut mieux éviter. Au niveau culturel aussi, dans quelle mesure maintenant est-ce qu'on peut donner un organe à quelqu'un ? Parce qu'il y a tellement d'interdits, de peur des ancêtres, etc. Pour le dire autrement, si je devais être greffé à Madagascar, je crois que ça poserait quelques problèmes. Heureusement pour moi, c'était ici, j'étais déraciné de tout le contexte traditionnel, déconnecté de toute l'emprise communautaire et sociale. Donc ça s'est fait techniquement et médicalement sans trop se poser de questions. Mais si ça avait été possible de le faire chez moi à Madagascar, je suis presque sûr que des membres de la famille auraient dit « *est-ce que tu penses vraiment que*

tu peux donner ça ? » C'est ma femme, donc le problème de l'inceste ne se pose pas mais si j'avais dû donner un rein à ma sœur, je suis sûr qu'il y aurait eu des grandes discussions.

Dans le milieu culturel et la tradition, parce qu'il faut aussi en tenir compte, aucun Malgache ne croit qu'il est mort naturellement. Parce qu'on ne meurt que parce qu'on a transgressé un interdit ou que quelqu'un vous a jeté un sort. La mort naturelle, je parle du milieu rural, n'existe pas. De toute façon, il y a une espèce de fatalisme puisque quand on est mort, on accède au sommet social qui est de devenir un ancêtre. Un mort continue toujours à participer à la vie sociale, on se réfère à lui, il a plus de poids politiquement et socialement que de son vivant. Donc à la limite, vivre ou mourir, c'est juste une question de passage. On est tout le temps un migrant en attente.

Avant la greffe

Je vais vous raconter deux histoire d'avant la greffe. Avant, on sait souvent ce qu'on doit faire (des dialyses) mais c'est hors de prix, aucun Malgache ne peut se payer ce genre des oins. Juste pour vous donner une échelle : le salaire minimum est de 50 €, une séance de dialyse coûte déjà 60 € et il en faut 3 par semaine, calculez sur un mois, c'est impossible. Et il y a beaucoup de gens qui, ne pouvant pas payer, font une dialyse dans la semaine ou quand ils se sentent mal, et au bout de compte, c'est la mort. Deuxième exemple, c'est quelqu'un qui a dit « *arrêtez de vous endetter pour me soigner, laissez-moi tranquille* », parce que sa famille avait commencé à s'endetter. Il leur a demandé d'arrêter et il est mort 15 jours après. Dernier exemple culturel, l'histoire de don et de contre-don : j'ai connu deux frères, au bout de discussions l'un a décidé de donner un rein, ils sont venus en France et on a fait la greffe. Et que s'est-il passé ? Le frère donneur n'a eu de cesse de dire à l'autre qu'il avait une dette à vie envers lui. L'autre n'a pas supporté et s'est suicidé. Des tragédies. Voilà ce que je peux dire de la période d'avant.

Et puis est venue la dialyse. Pour un Malgache, si on fait la dialyse, c'est jusqu'à la mort puisqu'il n'y a rien après. Et quand vous voyez votre épouse diminuer, il

n'y a plus qu'une seule chose à tenter : la greffe. Et grâce à un réseau d'amis, tout s'est enclenché, on peut parler de miracle parce que c'est une succession de solutions qui s'est présentée. C'était inimaginable de penser se faire greffer en France.

Pendant

On est donc arrivés en 2009 et on a continué la dialyse. On a commencé à parler à l'équipe médicale. On est allés à Bordeaux pour deux raisons, d'abord parce qu'on ne pouvait pas se loger à Paris, c'était trop cher, et parce que l'antenne médicale de Bordeaux avait des relations avec l'antenne de l'équipe de néphrologie de Madagascar. C'est pour ça que je parle de réseau d'amitié et de camaraderie. On s'est inscrits sur la liste des personnes en attente de greffe, on nous a dit qu'au minimum, ça prendrait 18 mois ou deux ans, on n'était pas sûrs de pouvoir tenir jusque-là, et c'est là que j'ai demandé au professeur « *pourquoi ne pas voir si je suis compatible ?* » On a fait tout le processus et j'ai été compatible. Heureusement que j'étais tout seul quand on m'a annoncé ça au téléphone parce que je ne sautais pas vraiment de joie, j'ai commencé à être inquiet. Vous n'avez plus qu'une idée en tête : que ça ait lieu et que ça réussisse.

Après

Une fois que la greffe est faite, les gens ont un autre regard sur moi, ils me regardent comme si j'étais un héros. Non, je suis resté le même, mais il y a le regard de l'autre comme si j'avais fait un gros sacrifice. Je n'ai pas cette impression-là et par rapport au don/contre-don, j'espérais que ma femme allait me regarder comme un sauveur. Mais apparemment, son regard n'a pas changé non plus. Il y a quelquefois des situations embarrassantes quand on veut jouer les héros : un jour on était devant le chirurgien, je savais que j'avais deux reins mais il y a eu une question embarrassante « *vous voulez donner le rein gauche ou le rein droit ?* » J'ai répondu « *peu importe* » et le chirurgien m'a dit « *vous ne le savez pas mais il y a toujours un rein qui fonctionne mieux que l'autre* ». Ce

qui était embarrassant, c'est qu'il m'a posé la question avec ma femme à côté de moi.

Une fois que vous avez vécu cette expérience-là, vous êtes conscient qu'il faut aussi aider les autres. Et nous, tout de suite après, on s'est associés à l'équipe médicale pour aller dans des conférences, parler à d'autres greffés. Et on a eu une expérience assez personnelle puisqu'il y a eu après nous une Malgache qui devait se faire greffer mais qui ne parlait pas très bien français. C'est très important d'expliquer, d'être sûr que la personne comprend bien ce qu'on va lui faire, aussi bien le transplanté que celui qui donne. Et là on voit qu'il y a quand même une différence culturelle. On a passé beaucoup de temps à traduire et à expliquer, on a invité ces gens chez nous pour parler librement. C'est très important parce qu'on peut très bien avoir l'attitude « *qu'on le fasse et on verra bien* » mais on voit aussi que dans le cas des deux frères, il y en a un qui s'est suicidé. Et surtout, on a parlé du rôle et du poids de la communauté, parce qu'une communauté peut très bien faire pression sur un donneur en lui disant « *tu ne peux pas faire ça* ». Je trouve d'ailleurs que la France a un très bon arsenal juridique parce que le chirurgien ne fera rien sans l'autorisation d'un juge. Moi je suis allé voir le magistrat de Bordeaux qui a fait une enquête pour être sûr que je n'avais subi aucune pression, que je n'avais pas vendu mon rein, etc.

« C'est coupé » : une histoire de vie

Catherine Briand, association Thérapie, Art et Médiation

Ce filet a été réalisé en plusieurs années, avec un groupe de femmes qui étaient accueillies à l'association Uraca à Paris, dans le XVIII^e arrondissement. Je suis tisseuse et mon rêve, c'était tisser avec ces femmes. Le seul souci que je n'avais pas prévu dans cette histoire, c'est qu'en fait en Afrique de l'Ouest, les femmes ne tissent pas, ce sont les hommes qui tissent. Donc il m'était impossible de

réaliser mon rêve de tissage tel que je l'avais vu et prévu au départ et je leur ai proposé d'utiliser ce maillage pour partir avec moi en voyage. Eh bien, ce voyage a duré plusieurs années et nous a menées jusqu'au bord de la mer.

Rôle de meneur de jeu

La première fois que je les ai rencontrées, j'avais amené un beau tapis que j'avais réalisé en lin, qui représentait la mer. Pourquoi ça représentait la mer ? Parce que mon origine et celle de mes ancêtres, je viens de Bretagne. Voilà pourquoi ces métissages et ce filet sont en lien avec mon histoire et pourquoi cette histoire a été aussi forte avec ces femmes pendant toutes ces années. C'est un travail qui a duré cinq ans, avec une année d'approche, une année où je suis allée partager des fêtes, des repas, les joies, les naissances, et toutes ces histoires.

Il a été réalisé dans le cadre d'une association parisienne qui s'appelle l'Uraca et qui co-organise cette journée Migrants. Maintenant, par le biais de l'association TAM (Thérapie, Art et Médiation) qui s'est créée en 2010, je m'adresse principalement à des migrants, des publics qui sont reçus dans des foyers, dans des résidences sociales, dans des centres de soins et dans des associations. Je suis cartonnier-tapissier de formation et dans ma pratique, j'utilise principalement des supports textiles. Des maillages comme celui-là ou sur des tissus dans le cadre d'ateliers autour de la broderie, du fil. Mon rôle avant toute chose est celui du meneur de jeu, je suis le capitaine du navire, j'encadre le bon déroulement du voyage. C'est une guidance parfois accompagnée de musique dans un espace qui dépayse, qui transporte. Comme vous le savez peut-être, la notion d'art n'est pas un pré-requis dans toutes les parties du monde. C'est ainsi qu'en Afrique de l'Ouest, il peut s'énoncer autrement. Par exemple, la musique s'utilise dans des rituels de transe et permet de reconnaître l'esprit qui envahit, dérange ou trouble une personne.

Invitation au voyage

En introduction de ce travail de tissage collectif, j'évoquerai d'abord cet atelier qui s'appelait « Tisser au fil des mots » et qui a démarré dans la cité d'une grande ville de la banlieue parisienne en 2010. Une enquête avait été faite concernant les publics, principalement de femmes isolées, des familles monoparentales, et de grandes souffrances se mettaient à jour, des inquiétudes et des violences qui s'amplifiaient au cœur de cette cité. Au pied de cette cité, une association a accueilli cet atelier suite à une présentation que j'avais faite en août sur la place du marché. Les ateliers ont pu démarrer en septembre 2012, des ateliers qui se déroulaient toutes les deux semaines durant deux heures. Dans la présentation que je viens de vous faire, je vous ai dit que la notion de voyage avait une place très importante et était au centre de ce tissage. Ce maillage entraîne la personne dans ce voyage qui implique d'emblée une mobilité, voyage qui permet la rencontre avec les autres et avec soi. Puis dans un second temps, c'est la rencontre avec ses origines qui emmène la personne là-bas, l'air de rien, un va-et-vient qui n'est pas sans évoquer la navette du tisserand. Un voyage qui s'initie simplement durant les séances dans cet entre-deux entre deux réalités, ici et là-bas, maintenant et avant.

Je vais donc évoquer ce maillage que je vous présenterai tout à l'heure et qui a lui aussi son histoire : c'est un grand filet de pêche qui a pêché en Méditerranée il y a plus de trente ans et c'est une amie qui, connaissant mon travail, m'a apporté ce filet qu'elle avait trouvé dans un hangar. Un filet qui a pêché durant de nombreuses années, qui mesure 4 mètres de long et 2 mètres de haut. Dans cet atelier que j'ai encadré, c'est simplement une partie du filet qui a été utilisée, l'autre partie est explorée par d'autres femmes un peu plus loin. Le maillage que je propose d'investir a 4 données principales : le fil, le nœud, le trou et la forme de la maille. Il fonctionne avec un mouvement, qui peut être celui du poisson qui symbolise le sens, ce qui ne peut se voir ni s'attraper facilement. Ce support permet aussi de contacter un temps autre, un temps comme en suspension dans cet entre-deux, un hors-temps. Généralement, le filet est présenté verticalement où il s'étend du sol au plafond maintenu par un fil. Il peut également se travailler des deux côtés.

À chaque nouvel arrivant, j'énonce les règles du jeu qui sont simples :
premièrement, pour que le voyage ait lieu, il faut être trois. C'est un travail de groupe qui commence avec le capitaine et les deux autres personnes qui tissent. La seconde information qui est très importante, c'est qu'on ne défait pas ce que l'autre a fait, on peut prolonger un fil, nouer, retisser, poursuivre son histoire, mais pas détruire. Toutefois, un fil mal accroché peut tomber et ce petit bout qui tombe ne sert plus, c'est une histoire qui est terminée, elle ne présente plus d'intérêt maintenant. La troisième règle, c'est que dans ce maillage sont utilisés exclusivement des matériaux textiles, des fils, des rubans et des tissus dits « de seconde vie ». Ce sont des matières qui ont pu servir à d'autres utilisations, des restes de confection ou quelques fois, des fonds de boîtes de couture de grand-mères. Ces matériaux sont disposés dans des paniers au sol ou sur des tables autour des participants. Quand je propose ce voyage, la première évocation qui vient, c'est l'élément eau, qui tient une très grande place dans ce travail. Et les images ou les évocations qui s'y relient avec sa grande force poétique qui apparaît, l'eau peut s'agrandir, s'enténébrer, s'approfondir, se matérialiser. Et apparaissent parfois sous des reflets des profondeurs abyssales.

Déchirure

Ce que je vais faire maintenant, c'est vous énoncer deux séances pour vous montrer à quel point ce travail est très fort. Avec deux femmes que j'ai reçues dans ces ateliers. La première était originaire d'un pays de l'Est et lorsque j'ai travaillé avec elle, un mot a surgi de mon tissage, c'était la déchirure. Dès le départ, Rosa semble donc être familière à l'idée de ce qui peut se jouer dans ce travail, elle pense qu'elle aura du mal à rester assise, elle n'aime pas rester assise. Rosa aime être active, elle parle spontanément d'elle, elle est Serbe et déforme les mots mais ne semble pas dérangée d'être questionnée pour éclaircir ses propos. Elle parle de ses deux enfants, 21 et 30 ans, qui vivent avec elle, l'un travaillant la nuit. Elle voulait venir plus tôt en septembre mais elle a dû travailler pour quelqu'un de très malade et elle est allée un mois dans son pays. La séance commence, je sors le petit pochon transparent de dentelles de grand-

mère qu'une amie m'a apporté il y a plusieurs mois. Personne jusqu'à ce jour n'a osé le faire, je prends du ruban violet et je ressens un irrésistible besoin d'accrocher des fils noirs en bas, en lien avec cette terre. Puis je place des petits fils blancs dans un filet mauve, air et ciel se placent en conscience. Ces couleurs me font penser à cette association, blanc et mauve, des chakras de la conscience. Un ruban de satin mauve vient s'accrocher là, au bord du trou. Déchirure, c'est le mot qui me vient. J'éprouve le besoin d'adoucir, réparer, avec ce mauve irisé et le parer de dentelle. Christine, l'art-thérapeute qui m'a accompagnée stagiaire pendant ce travail, raconte : « *j'ai accroché du ciel (elle parlait de ce ruban bleu) et des dentelles, j'ai commencé par le bas et me suis levée. Ce sont des rubans qui m'ont permis de m'élever, le fil conducteur est comme un aimant dans ce que j'ajoute, des liens qui se rejoignent* ». Et elle précise qu'elle cherche à faire quelque chose comme un circuit. Rosa raconte : « *je suis partie tellement loin, jusqu'en Syrie, mon frère m'a amenée là-bas, c'est mon passé, c'est mon frère à qui je pense. Il est médecin, il est plus petit que moi, je l'appelle « mon petit » mais je dis que c'est mon grand frère. Rosa, c'est le prénom de ma grand-mère, c'est le jour de la Sainte Rose.* » Elle évoque la disparition de sa mère, il y a quatre ans, et son récent voyage qui lui a fait éprouver son manque. Il a ressurgi là comme une déchirure, dit-elle. Rosa n'est pas certaine de pouvoir revenir mercredi parce qu'elle partira en voyage. La séance suivante, « *choukrane* », lance Fatoumata, elle se souvient de cette première rencontre il y a un mois avec Yasmina, originaire d'Algérie. Le début de cette séance, après présentation et petits mots de salutation, avait offert à chacun un partage chaleureux et une reconnaissance de la langue d'origine. Ce sont ces petits riens qui ressourcent et mettent du baume au cœur quand on se trouve isolé. Fatoumata est originaire du Mali, en France depuis quinze ans, elle parle peu le français. Couper, rubans, tissus, fils, Fatoumata lors de cette deuxième séance ôte ses chaussures et reprend sa place debout sur le tapis. Elle coupe, cherche la bonne position, glisse ses doigts gourds dans les ciseaux qu'elle a encore du mal à tenir. Couper, déchirer, ses gestes alternent, puis elle noue solidement dans un élan brusque et marqué, presque à les rompre. Je suis

installée là, tout près d'elle, et m'apprête à accrocher un petit bout de fil au bord de la déchirure dévoilée lors de la séance précédente. À ce moment où je repense à Rosa, Fatoumata me bouscule presque et referme la déchirure de ce petit bout de tissu en lançant : « *c'est coupé.* » Mon esprit est saisi, que faire ? Je ne voulais rien, j'étais simplement dans cette pensée en lien avec Rosa qui n'est pas venue aujourd'hui. Fatoumata : « *c'est coupé* », répète-t-elle comme pour me secouer et me voilà obligée, contrainte d'accepter. Oui, je la laisserai réparer, rapprocher des bords.

(Film)

(Je voulais juste vous dire que cette femme a été hospitalisée en psychiatrie pendant plusieurs années, a été séparée de ses enfants et donc nous avons pu ensemble retisser cette histoire avec Fatoumata.)

Parole de migrant (Film)

Christian, association DEME

Nous intervenons depuis plusieurs années dans deux foyers de travailleurs migrants, un foyer Adoma à Pantin avec une population principalement d'Afrique subsaharienne et notre travail consiste à faciliter l'accès aux droits et l'accès aux soins. On travaille aussi dans un autre foyer, un foyer Adef à Bobigny avec une autre population, une population maghrébine, donc une autre approche. À Pantin, c'est un foyer ouvert où tout le monde peut venir, le foyer Adef est un foyer fermé avec digicode, donc c'est une autre approche. Nous participons au groupe Migrants du Pr Bouchaud depuis maintenant 4-5 ans, nous sommes des membres actifs, et l'idée de départ, c'était de faire venir des résidents afin qu'ils puissent témoigner en fonction des thèmes choisis et abordés. Vu la difficulté de

la tache (on nous dit toujours oui et au final, personne ne vient), nous avons décidé de tourner in situ, dans le foyer, avec une petite caméra et les moyens du bord et de réaliser un petit film puisque une journée Migrants sans paroles de migrants ne serait pas vraiment complète.

(Projection)

Merci à eux d'avoir bien voulu se prêter au jeu. Juste deux petites choses : pour bien les connaître, les foyers de travailleurs migrants, aux deux questions concernant la prise de sang (examen sanguin et don du sang), on se rend compte qu'ils sont tous les 4 d'accord pour dire qu'ils n'ont aucun souci avec ça (« *le médecin m'a fait l'ordonnance, je fais l'examen sanguin* », « *le don du sang, c'est très bien ça aide les autres, ça m'aide aussi...* »). Dans la réalité, Delphine tout à l'heure dans son intervention pourra développer un petit peu, ça n'est pas vraiment comme ça que ça se passe. J'accompagne beaucoup de gens sur ce foyer à Pantin, une centaine de personnes depuis deux ans et au bilan de santé de la Cnam, je remplis les questionnaires médicaux et je vois bien qu'à la question « *faites-vous des dons du sang* », 95% me disent « *non* ». Et quand ils vont au laboratoire pour un prélèvement de tubes, c'est toujours « *il ne faut pas en prendre de trop parce que vous allez me vider de ma force* ». Donc un tube, ça va, mais je ne vois pas pourquoi on m'en prend 10.

Concernant le don d'organe aussi, j'ai été assez surpris parce que s'ils disent tous « *c'est très bien, ça va sauver des vies, moi je donne...* », je sais profondément qu'il y a une méconnaissance du sujet chez les travailleurs migrants. Je voulais juste apporter une ou deux rectifications. Là c'est bien, idyllique, parfait, mais dans la réalité, ce n'est pas toujours ça. Mais c'est bien qu'ils se soient prêtés au jeu. Ils ont participé et ils ont eu la parole, je vous remercie de les avoir entendus.

Imagerie médicale : corps vu et corps imaginaire

Simon Pierre Mvone, Université catholique de Lyon

Je vais d'abord remercier le professeur de m'avoir associé à cette réflexion ou plutôt à cette fête des cultures. Le sujet qui m'a été proposé est « Imagerie médicale : corps vu et corps imaginaire ». Je vais situer ce sujet dans la perspective d'un voyage et d'une histoire de la rencontre des cultures pour le ramener réellement dans la discussion d'aujourd'hui, notamment dans la perspective de la transition.

Aventure ambiguë

La problématique de la rencontre des cultures s'est réellement posée dans les années 60 en Afrique par le biais de l'écriture et de l'école : faut-il envoyer nos enfants à l'école ? Les uns ont dit « *non parce qu'ils vont oublier nos valeurs* », d'autres ont dit « *oui* » et c'était la minorité. Vous trouverez cette histoire dans un ouvrage, *L'Aventure ambiguë*, et effectivement, nous sommes engagés dans une aventure ambiguë. Le malade africain que je suis moi ici est engagé dans une aventure ambiguë : faut-il se soigner par la médecine traditionnelle ou aller en médecine « officielle » occidentale ? On ne sait pas quoi choisir. Et on est donc engagé dans une aventure ambiguë où nous voyons des malades aller à la fois à la médecine traditionnelle, de nuit parce que ce sont, dit-on, les illettrés ou des non-croyants qui vont là-bas, donc il ne faut pas qu'on me voie y aller. Et le jour, ils vont voir des médecins. Il y a une question de choix.

Voir et parler

La question de l'imagerie médicale, je voudrais vous laisser méditer sur le verbe « voir ». En réalité, la véritable question qui se pose aussi bien quand il s'agit d'aller en médecine moderne ou en médecine traditionnelle. Au Gabon, chez moi, on veut voir. Et c'est le véritable problème : au lieu de dire « *je vais me soigner pour guérir* », on transforme la perspective en « *je veux voir pour guérir* ». Comme si le fait de voir entraînait la guérison. C'est finalement pour

moi, nous parlons de la transition, mais le point nodal entre l'idée de la médecine moderne et la médecine traditionnelle mais aussi leur point de séparation.

« Voir », rapidement en médecine technoscientifique comme on l'appelle, c'est se soumettre aux exercices des examens complémentaires : la radiologie et la biologie. Et aujourd'hui, nous sommes allés jusqu'à l'IRM. Le patient africain qui se trouve dans la trajectoire de la médecine et qui est soumis à l'IRM veut voir. Mais il ne voit rien. Qui voit ? Le médecin, qui traduit aux quelques spécialistes qui forment son équipe et qui croient dur comme fer à ce que dit le médecin. Le médecin a un pouvoir extraordinaire dans le système de santé occidental qui me fait peur. Mais ce pouvoir fait que le patient qui veut lui aussi voir a des questions à poser au médecin. Mais le médecin est absent, parce qu'il est difficile de le rencontrer et de parler avec lui. Or chez l'Africain, et là, je mélange l'Afrique de l'Ouest et toute l'Afrique subsaharienne, la question de la parole est essentielle : il faut parler. Le donneur de médicaments doit parler. C'est la force de la parole, le pouvoir de la parole qui entraîne la guérison. Donc au début, il faut voir, ensuite, il faut parler pour qu'il y ait guérison. Or ici, ce monsieur à qui on propose d'abord de voir ce qui est cause de la maladie ne voit rien mais en plus, ne rentre pas en dialogue avec celui qui lui donne le médicament ou plutôt qui lui envoie le médicament par le biais de l'infirmière. Pour le patient africain, ne partager avec personne est une souffrance particulière qui finit par être pour lui une obsession à vouloir sortir de l'hôpital parce qu'il ne sait plus ce qu'on lui fait. La confiance s'amenuise, il y a le besoin de partir de là parce qu'il y a absence de parole.

Le fil de la vie

En parallèle, au niveau de la médecine traditionnelle, il y a l'imagerie. L'imagerie consiste, lorsque j'ai fréquenté ces messieurs, parce que le professeur, ce qu'on appelle le sorcier, c'est bien ça : il parle debout pour que sa parole ait force d'enseignement. Lorsque vous arrivez chez quelqu'un qui s'appelle tradipraticien et qu'il prend de l'eau, fait boire au patient qui en prend un peu et lui aussi. Il en prend un peu, dépose l'eau au centre de ceux qui sont présents et cette relation

à Dieu a été traduite par notre consœur par ce filet où chacun tisse quelque chose dans la vie. Mais on va le traduire dans ma langue par un terme qui veut dire le fil de la vie. Mais ce fil n'est pas comme chez vous l'arbre généalogique, c'est plutôt la généalogie comme un fil où chacun tisse quelque chose pour que ça avance. Et seuls les grands trouvent leur nom comme nœud. Ainsi, mon nom est composé de deux noms, veulent dire « fils de Mvone ». Et je peux faire l'exercice d'associer les noms de « fils de... » jusqu'à vingt générations. Qui me donne le pouvoir de voir ? Ce sont mes ancêtres. Il ne faut pas les invoquer ailleurs, il faut dire qui on est. Le verbe « être » maintenant se juxtapose au verbe « voir ». Le verbe être comme musique de la vie, pour rythmer la vie et faire venir ce qui est caché. Je dirais donc, non pas « *je m'appelle* » mais « *je suis* ». Je ne suis pas comme vous où toute la famille a un seul nom, toute la famille s'appelle Dupont. Si toute la famille s'appelle Dupont, ça veut dire que toute la famille a la même existence. Or chacun a son existence tirée de quelqu'un. Donc la vie est tirée de tel, tel, tel et on évoque toutes ces personnes pour voir. Alors ce monsieur commencera à dire devant moi « *tu es malade, tu as mal au dos* », je lui dis que c'est évident vu comment je marche, « *mais ce qui te rend malade, c'est ton père, c'est ton père qui te tue* ». Il va se poser un problème de vocabulaire, de compréhension : comment mon père qui m'a accompagné veut-il me tuer ? Beaucoup s'arrêtent à ce niveau mais il faut demander pourquoi. En fait, c'est parce que je me suis marié sans l'inviter, donc je ne suis pas en harmonie avec mon père, j'ai brisé l'harmonie. Pour être à l'aise, en bonne santé, il faut être en harmonie avec toute sa famille, tout son environnement. Donc ici ils veulent voir mais avec leurs méthodes. Est-ce que le patient voit ce que ce monsieur voit ? Non. Mais dans le cas du Gabon, il y a des possibilités qui permettent au patient de voir, d'être confronté à sa vérité. On appelle cela l'initiation, la médecine initiatique. Vous avez la possibilité de faire confiance à ce monsieur : « *que faut-il faire ?* », « *va te réconcilier avec ton père* », « *réconcilie-toi avec ta femme que tu as trompée tel jour, c'est tout cela qui t'a fragilisé et quand tu es parti, s'il est vrai que tu as eu la sarcoïdose, c'est là où tu as été le plus fragile. Quand tu viendras, je vais te soigner. Une fois que*

tu seras confronté à ta vérité, alors tu trouveras la plante avec laquelle on te soignera ». Faut-il faire confiance ou pas ? Je ne sais pas, je suis rationaliste critique. Beaucoup y trouvent la solution mais ce que je veux montrer ici, c'est qu'il y a la possibilité pour que j'aie vu moi aussi. Il y a une sorte d'imagerie. Est-ce que le patient, dans la rationalité de la médecine moderne, a la possibilité de voir ? Oui, mais c'est trop long.

La possibilité d'une rencontre

Donc je viens de trouver la possibilité d'une rencontre entre les deux cultures par l'imagerie. Mais est-ce vraiment de l'imagerie dans chacune de ces médecines ? Je voudrais revenir très loin. À Descartes qui nous a demandé d'être maîtres et possesseurs de la nature, et qui a pourtant dit que le corps était plus facile à voir que l'esprit mais que l'existence de l'esprit était plus facile à connaître que l'existence du corps (contradiction). Descartes nous dit qu'il peut prouver rapidement l'existence de l'esprit, plutôt que l'existence du corps et il nous dit que l'esprit existe tant que je pense, je pense donc je suis. Mais il y a une contradiction, c'est que finalement, la culture cartésienne est commune à tous les Français. Chacun d'entre nous est cartésien : je ne crois pas à l'esprit à toutes ces choses-là, je suis cartésien. Mais si je pose la question à dix d'entre vous, peut-être qu'un seul aura lu *Le Discours de la méthode*. Ça ne nous intéresse pas. Alors puisque notre sujet c'est le corps, qu'est-ce qu'on voit ? Qu'est-ce que l'Africain veut voir pendant qu'il est malade ? Il rêve. Il a envie de partager ses rêves avec le médecin, des rêves qui sont de véritables préoccupations : « *j'ai mal dormi parce que je suis malade, est-ce que ce que j'ai vu en rêve perturbe l'évolution de mon traitement ?* » Mais le médecin n'est pas là. Il y a les infirmiers mais qui n'ont pas le temps de l'écouter.

Mais la véritable question serait alors une question de la perception. Les critères de beauté, de perception du corps sont aussi différents en Afrique qu'il y a des pays et d'ethnies. Seulement, puisqu'on parle de santé, le corps d'un Africain est chargé. C'est un corps chargé, dès la naissance. Un enfant naît, on le prend, on l'amène sous l'arbre. Vous verrez que la plupart des Africaines, notamment

celles de l'Ouest, ont des scarifications sur certains points du corps qui dénotent ou appellent la force vitale, la force qui permet à cette personne de vivre et d'affronter l'autre. On dit alors que « *ce monsieur est vraiment chargé, on ne s'amuse pas avec lui n'importe comment, il est blindé* ». Mon arrière-grand-père que j'ai eu la chance de connaître m'a appelé un matin, m'a fait asseoir et a commencé à me faire un truc. J'ai grandi à Strasbourg et une bonne partie à Lyon, je suis reparti tardivement au Gabon. Comme il parlait bien français, il m'a dit « *tu mourras vieux, même en pleine guerre, on tirera sur toi et les balles ne te feront rien* ». J'étais content, mais je n'ai pas essayé, je ne sais pas si je suis comme ça. Le corps d'un Africain est donc surpris d'être malade, d'une maladie qui tue, parce qu'il est chargé. Le corps perçu entraîne un corps imaginaire mais dans l'imaginaire africain, on vit surtout avec le corps imaginaire : « *si je suis malade, c'est parce que je ne suis pas suffisamment chargé.* »

En conclusion, je pense que nous avons la possibilité de nous rencontrer, de construire une rencontre des cultures par le biais de la médecine. Comment ? En faisant que la rationalité de la médecine occidentale pénètre la médecine traditionnelle, c'est-à-dire que ceux de la médecine traditionnelle acceptent de construire certaines thérapies rationnellement. Mais aussi que, par une double articulation, la médecine occidentale accepte de laisser pénétrer dans l'univers de la médecine une part de l'esprit qui lui manque.
Je vous remercie.

Un service de radiologie dans un hôpital de migrants au quotidien

Martine Sacier, hôpital Avicenne

Je suis manipulatrice depuis trente ans, essentiellement de garde donc travaillant souvent dans l'urgence. Je ne sais pas si mon intervention va être

complémentaire ou redondante par rapport à l'intervenant précédent mais c'était en tout cas très intéressant.

Aujourd'hui, le recours à l'imagerie médicale est systématisé, même le scanner en première intention notamment lorsqu'il y a barrière de la langue. Lors de l'examen, il y a une rencontre, une interaction entre deux, voire, trois cultures : celle du patient, celle médico-technique, chacun ayant sa langue, son langage, ses codes, et celle du soignant, celui-ci étant l'interprète, faisant le lien entre les deux.

Nous allons voir quelle perception peut avoir ce migrant de notre pratique scano-graphique mais avant, je voudrais revenir sur la réalité de l'imagerie médicale. Au scanner, grâce à la puissance de calcul des ordinateurs, les corps et l'organe sont étudiés et restitués dans leur moindre détail. Grâce aux centaines de milliers de voxels restitués par les ordinateurs, cette technique des coupes morcelle notre corps, chaque fonction et organe peut être étudié en tant que tel, sans tenir compte de l'enveloppe charnelle du patient. Regard technique, corps virtualisé selon la machine employée, une information quantifiée, matrice recomposable à l'infini une fois l'examen réalisé. L'organe se trouve donc réduit à un modèle mathématique, un rêve de transparence se réalise, nous fabriquons un modèle de la réalité qui dépend de la puissance des et de la puissance des calculateurs. De nouvelles perspectives voient le jour. C'est ainsi que Nicolas Ayache, à partir de ses acquisitions élabore un patient numérique (je vous renvoie pour cela à sa leçon inaugural au Collège de France le 10 avril, intitulée « des images médicales au patient numérique).

La réalisation de l'examen

Nous constatons que les temps d'acquisition sont de plus en plus réduits, de une à deux minutes, alors que celui de post-traitement augmente les possibilités offertes. Le travail en réseau permet d'envoyer les examens dans un autre centre pour un avis médical, patient absent, corps virtuel présent. Ce n'est pas

sans incidence sur la prise en charge du patient. Vu l'accélération des rythmes entre augmentation de la puissance des ordinateurs et celle des demandes des cliniciens, c'est ainsi que le temps patient s'amenuise, notamment dans l'urgence.

Quelle perception de nos pratiques pour ces migrants ? D'abord, le local, le lieu de l'examen, l'architecture, la salle où il doit s'allonger, la climatisation, le froid. De l'autre côté de la vitre, le manipulateur qui réalise l'examen. Place imposante de la machine et conditions de l'examen, interrogatoire pour s'assurer de l'identité du patient, des contre-indications, et là apparaissent les premières barrières de la langue sur les explications de l'examen. Entre la parole de la manipulatrice et le langage médico-technique, les premières difficultés entre ce que le patient peut ou veut entendre.

La préparation du patient

Le déshabillage qui est en fait assez restreint puisque peu d'objets sont radio pax . Là évidemment, on touche à toutes ces ceintures magiques reconnues de pouvoir dans certaines sociétés d'Afrique de l'Ouest et qui sont à la fois union du matériel et du spirituel, qui donnent pouvoir à l'objet. Donc demander de se déshabiller à ces patients révèle une autre dimension de leur être qu'ils ne tiennent pas forcément à révéler. Certaines protections ne peuvent d'ailleurs pas se retirer parce qu'on couperait le pouvoir. S'allonger sur le lit du scan qui va se déplacer, poser une voie d'abord, le sang...

La réalisation de l'examen

La voie enregistrée, le lit qui se déplace, l'injection d'iode, ce produit amer, les bouffées de chaleur, effet magique pour certains. Les patients africains rejettent souvent ce produit, ce fluide étranger. La manipulatrice de l'autre côté de la vitre, une séparation, cette distanciation nécessaire du personnel, le bruit des machines font partie des contraintes de l'examen qui peuvent être ressenties comme étranges par un néophyte, un non-initié. Le temps très court d'acquisition par rapport à la notion du temps dans d'autres civilisations. Et je pense que ce

temps est important parce que quand on va chez un tradipraticien, le temps est beaucoup plus long et ce temps particulier du scanner est tellement bref, notamment par rapport au temps de l'attente et par rapport au temps de l'hôpital. Souvent, les patients nous disent « *tout ça pour ça* ».

La fin de l'examen

L'important, c'est la parole, les gestes, écouter le ressenti du patient, le déperfusionner, l'inquiétude d'avoir toujours ce tuyau dans le bras... C'est là que je rejoins l'intervenant précédent au sujet du compte-rendu. Évidemment, c'est un compte-rendu opératoire de radiologue, donc c'est un langage spécifique. Quelle réalité pour ce migrant ? Comment peut-il lier et relier son héritage et sa propre symbolique à ce mode particulier de représentation qu'est le scanner ? N'est-ce pas un mode de représentation opaque ? N'est-ce pas vouloir imposer un système de transparence, vouloir l'assigner aux différentes images numériques et méconnaître aussi la symbolisation que celui-ci opère à partir de celle-ci. D'autre part, il y a quand même ce problème du voir parce que dans certaines sociétés, seules certaines personnes sont autorisées à voir. Et voir la maladie, voir certaines choses, n'est-ce pas réactiver le mal ?

À travers ce bref descriptif, l'imagerie médicale n'est-elle pas un rite ? Le rite étant une création culturelle, nous pouvons nous demander si nous ne sommes pas dans la réalisation d'un rite. Dans le cadre de l'imagerie médicale, on est dans une structure ternaire : les actes, les paroles, l'interprétation. Les actes, se déshabiller, la préparation physique, le centrage, la luminosité... Les paroles, ce langage médico-technique que nous employons pendant la préparation et le déroulement spécifique de notre pratique. Même le terme compte-rendu qui n'est compréhensible que dans notre cercle d'action.

Les représentations

De tout cela découlent des représentations dont nous n'avons pas toujours conscience et là j'insiste sur prendre le temps de lever les yeux de l'écran qui souvent fait écran aux yeux du patient et ce, quel qu'il soit, migrant ou non.

En conclusion, je reviendrais sur l'importance de rappeler que tout patient quel qu'il soit a une représentation symbolique de son corps, un schéma propre à la fois de son héritage culturel, personnel et historique. Cette part de l'invisible entre le corps et la chair, cette partie du corps investie, l'imagerie médicale n'est qu'une représentation parmi d'autres. Elle est pertinente dans une culture, médicale et occidentale. Et bien sûr que c'est un langage universel puisque c'est un langage médico-mathématique mais il ne faut pas vouloir l'imposer à tout prix. Elle a sa pertinence, mais elle est complémentaire. Faire l'économie de ce rappel, c'est aussi passer à côté de ces migrants, de ces personnes, et quel que soit le regard, le patient restera opaque. Tout n'est pas exposé sur des planches de TDM ou sur des Cd-rom, en aucun cas accessible ou cessible... L'image ne substitue en aucun cas à la richesse de l'expérience de cette rencontre singulière entre ce migrant et ces soignants que nous sommes.

L'importance de la parole

Un participant dans la salle : Je voudrais reposer une question sur l'importance de la parole parce qu'en fait, il y a une différence de la parole ici et là-bas. En Afrique, on est beaucoup plus dans une parole imagée, imaginant, que dans une parole « efficace » chez nous, cartésienne, disons.

Simon Pierre Mvone : En Afrique, dans toute l'Afrique centrale, la parole est un pouvoir. On ne donne pas la parole à n'importe qui, ne prend la parole que celui qui connaît, qui est initié. Ainsi, la parole du père, c'est la parole de l'ancêtre, c'est cette parole qui ancre la généalogie, c'est pour cette raison qu'il faut l'invoquer. En Afrique, la parole tue et donne la vie. Ce qui veut dire que le médicament, ce n'est pas n'importe quelle herbe, le médicament peut être n'importe quelle herbe mais c'est l'intention de celui qui donne le médicament qui formate le médicament pour qu'il donne vie et guérison. Voilà le grand problème de la chose. Ce qui fait que celui qui vit dans cette tradition et qui ne voit pas son

médecin lui donner le médicament et qui donne le médicament en silence peut commencer à manquer de confiance. Parce que « *peut-être qu'il dit des mauvaises choses sur moi et c'est pour cette raison que je ne guéris pas.* » Il faut que le médecin parle, lui parle en donnant force à ce médicament. Cela manque à la médecine occidentale, aussi bien en Europe qu'en Afrique puisque le médecin africain est occidental.

Luc Guichard : Je ne sais pas bien ce que je vais pouvoir rajouter mais effectivement, la parole tue et la parole donne vie, et pas seulement en Afrique, on le voit partout. Mais en Afrique, c'est symbolisé et transmis aux enfants. Ce que je trouve touchant, c'est de voir qu'effectivement, personne n'a de solution à tous les problèmes. Je suis probablement très candide mais ce que vous avez dit sur l'imagerie médicale, cette façon d'essayer de faire prendre conscience qu'il faut lever son nez de l'ordinateur pour communiquer aux autres, ça me paraît tout à fait une évidence et le mariage que vous proposez aussi, cette rencontre entre la vision occidentale et la vision africaine, je la souhaite évidemment et j'espère qu'on aura beaucoup de discussions de ce type pour l'affiner. On ne sait pas dans quelle mesure utiliser les savoirs de l'autre, donc il faut vraiment en discuter.

Le corps au quotidien dans un service hospitalier

Delphine Leclerc, infirmière, hôpital Avicenne

Ça fait de longues années que je travaille avec le Pr Bouchaud. Depuis des années aussi, j'ai un intérêt particulier pour les personnes venant d'ailleurs à travers mes voyages et pour découvrir différentes cultures. Je ne pouvais pas faire cette intervention sans parler des infirmières, des aides-soignantes et j'ai demandé à Alexandra de venir parce qu'elle a une spécificité très particulière sur l'hôpital. Elle prendra la parole tout à l'heure.

Face au corps malade, ce corps qu'on ne connaît plus, le silence des organes, occulté par la maladie et les souffrances se pose le problème de la visibilité et de l'approche du corps. Là où les soins du corps se perdent, retranchés derrière l'écran social de l'indicibilité et du silence, quelque part lorsque les soignants touchent le corps, cela signifie être au contact avec le tabou et l'impur. Si des soins infirmiers touchent le corps, il apparaît que le corps est resté en marge des écrits infirmiers et de ce fait, de la discipline infirmière. Lorsque les écrits des infirmiers abordent le corps, ils ne le font qu'en termes de procédures techniques, voire de recettes. Ils s'intéressent peu aux aspects existentiels du corps ni aux déchets corporels auxquels sont quotidiennement confrontés les infirmiers et les aides-soignants. On peut légitimement se demander ce que signifie pour le patient de laisser une personne étrangère s'approcher de leur corps, le découvrir, le dévêtir, entrer dans leur intimité la plus profonde et générer des salissures. Enfin, on peut se poser la question du délaissement par beaucoup d'infirmiers des soins du corps qui deviennent la tâche des aides-soignants.

La toilette, un soin d'hygiène particulier

Il est 6 heures dans un service de médecine, l'infirmière et l'aide-soignante entrent dans une chambre pour faire la toilette de Mr X âgé de 70 ans et admis

pendant la nuit pour altération de l'état général et amaigrissement. La transmission indique que le patient ne parle pas français, il vient du Maroc, il a passé une nuit assez calme. Patiemment avec des gestes accompagnant leur parole pour exprimer ce qu'elles veulent faire, les soignantes s'apprêtent à faire la toilette du patient. À leur grande surprise, il se débat très violemment et avec de grands cris. Nouvelles, elles essayent de se faire comprendre mais le malade devient de plus en plus agressif, le conflit dure longtemps. Les deux soignantes insistent pour assurer les soins de propreté à cet homme dont les vêtements sont sales. Le vieil homme répond par des coups à ces mains qui veulent le dévêtir, le personnel est dérouté par cette situation et préfère attendre l'arrivée du médecin, pensant que le patient est totalement désorienté. Plus tard dans la matinée, son petit-fils donnera l'explication à cette crise : le patient est religieux, il ne doit pas être touché par des mains de femme. À travers cet exemple, nous pouvons remarquer à quel point la toilette n'était pas adaptée au patient. Mais qu'est-ce qu'une toilette adaptée ? Quelle connaissance des diverses cultures doit avoir le soignant pour avoir une prise en charge adaptée à son patient ? Comment prendre en compte la culture du patient sans que cela interfère dans l'organisation du service et dans la réalisation des soins ? Les représentations du soignant jouent-elles un rôle dans la prise en charge ? Malgré ces interrogations, il faut garder à l'esprit que quelles que soient la culture et l'appartenance du patient, la toilette reste un soin d'hygiène particulier où on pénètre dans l'intimité la plus profonde du malade et dont la réalisation se doit alors de prendre en compte les habitudes de vie et d'hygiène afin qu'elle devienne un soin individualisé, personnalisé et non un soin protocolisé.

En Islam, le corps est drapé de symboles et de rites sacrés, le moultant ainsi dans un système extrêmement élaboré de rites et de règles qui constituent le socle de la morale. Le corps doit être soigné, entretenu, habillé, et un mot, il doit être propre. Le soignant doit pouvoir éviter certaines situations inconfortables en ayant des connaissances de base de la religion musulmane. La toilette quotidienne des musulmans s'effectue selon des codes précis afin d'atteindre le plus haut degré de pureté dès le matin : avec la main droite, ils débutent par la

tête, la poitrine, le ventre, le dos, les fesses, pour se terminer par les pieds. La main gauche est toujours réservée aux tâches impures.

Je vais conclure mon intervention par une citation de Carmel Camilleri : « *Le meilleur médiateur sera cette part de nous-mêmes qui, s'approchant de l'autre en toute empathie, reçoit en écho les vibrations d'un langage universel, celles d'une confiance qui a rencontré une conscience.* »

Une autre dimension que le soin

Alexandra

Je suis psycho-socio-esthéticienne au sein de l'hôpital Avicenne depuis un peu plus d'un an et j'interviens en transversal et en pluridisciplinarité avec les équipes. L'acte esthétique est l'outil que je vais utiliser pour approcher les patients, pour qu'il y ait une autre dimension que le soin. C'est un soin relationnel, un soin basé sur l'écoute pour finalement aller au plus profond, qu'il y ait une libération de la parole. En oncologie, le corps est mutilé, abîmé, il y a une perte de poids, l'image corporelle et l'estime de soi sont altérées et grâce aux infirmières de consultation d'annonce et à l'équipe, les patients me sont adressés suite à ces problématiques. Et ce qui ressort le plus chez les personnes africaines – je vais vraiment rester sur des banalités en vous donnant des exemples –, c'est l'apparence. On souhaite me rencontrer pour me dire « *je ne veux pas que ça se voit, je veux le cacher, qu'est-ce qu'on peut faire ?* » Un premier contact se fait, la relation de confiance s'établit et à partir de là, mon travail commence. Effectivement sur les premières consultations, les premières interventions, ça va être l'apparence, apprendre à se remaquiller, reprendre soin de sa peau, à s'hydrater parce que la peau est asséchée... Suite à ces premières séances, la personne se confie de plus en plus et commence à parler de ses problématiques plus profondes. On se rend compte que la cicatrice de cathéter, c'est vraiment quelque chose qu'elles vivent très difficilement. Du coup, elles le cachent, elles ne savent pas comment faire parce que ça se voit. Et puis

d'autres problématiques viennent, « *je n'ai pas d'argent pour m'acheter des crèmes, comment je peux faire ?* » Tout ressort au fur et à mesure de ces consultations. Chez les personnes plutôt maghrébines, ça va être la douleur. Elles vont venir me voir en me disant « *voilà je viens parce que j'ai des douleurs au niveau des jambes, du dos...* ». Et là pareil, le premier contact est fait. J'ai commencé par du modelage (des massages) et là, pareil, une relation de confiance commence à s'instaurer par ce biais du toucher et après on peut évoquer d'autres problèmes. Et effectivement, les équipes, les infirmières n'ont pas forcément le temps, les médecins, c'est un peu pareil, et grâce à cette relation qui s'instaure, les problématiques, elles m'en parlent et après, j'en parle aux équipes. Et tout ça c'est un travail qu'on fait ensemble. Avec la population africaine, ça va être énormément de modelages, chez les personnes maghrébines aussi. Avec les populations d'origine asiatique, c'est plus difficile, il faut pouvoir travailler différemment.

Sang donné, sang reçu

Delphine Leclerc, infirmière, hôpital Avicenne

C'est une intervention que j'ai eu l'occasion d'écrire il y a 4-5 ans pour une journée dédiée au sang, dont je reprends l'essentiel. Je suis désolée d'être dans la lecture mais comme je n'ai pas eu la chance d'écouter les interventions de ce matin, je n'aurais pas pu dire spontanément quelque chose sur le sang.

Donner du sens

J'ai un peu changé le titre en « sang donné, sang reçu, et sans définitivement perdu », c'est important. La différence fait peur, elle suscite des stigmatisations, des rejets. La maladie est liée à un dysfonctionnement physiologique invisible à l'œil nu. Le patient migrant d'origine africaine est différent, de par sa culture, ses codes de vie et ses références à la maladie. Si le soignant maîtrise les craintes liées à la pathologie par la connaissance biomédicale moderne, en revanche il est peu préparé à appréhender un migrant dans son intégrité. Le migrant a du mal à accepter les codes qui lui sont dictés par les soignants alors qu'il est touché par une pathologie chronique qu'il ne comprend pas toujours. Des consultations spécifiques d'ethnomédecine comme celle d'Avicenne sont ouvertes dans certains hôpitaux afin d'aider les migrants et les soignants à faire face à la maladie. La symbolique du sang, un sang prélevé, un geste quotidien chargé de sens, un geste technique banal pour les professionnels que nous sommes mais qui doit s'inscrire dans une démarche plus globale et donner du sens au regard de nos patients. Donner du sens pour faire de ce geste technique un geste chargé de sens. Un soin s'inscrivant dans un projet thérapeutique et un soin relationnel. Derrière le protocole du prélèvement s'inscrit une symbolique nourrie de l'histoire propre du patient. Notre établissement s'insère dans un territoire de santé au sein d'une population multiethnique, nous recevons au sein de nos unités de soins des patients d'origines diverses, pour beaucoup d'Afrique subsaharienne, souvent atteints de maladies chroniques comme le VIH ou le

diabète. Culturellement, le sang est vecteur, le support de la force, de l'énergie et de la vigueur. Alors leur prendre du sang, c'est au regard du nombre de tubes prélevés : « *on me prélève trop de sang, je suis déjà malade et vous m'affaiblissez encore davantage.* » Ils s'inquiètent du devenir du sang, maraboutage possible. Ils se demandent ce que nous allons pouvoir faire de tout ce sang prélevé et si certaines personnes du pays ne veulent pas leur mort. « *Je perds du poids, ma force, vous voulez que je guérisse ? Ce sang véhicule ma force.* » Mr B. se demande « *peut-être allez-vous vous servir de mon sang pour effectuer des expériences et vous faire de l'argent avec* », « *en me piquant avec une aiguille, vous pouvez m'introduire des maladies* », en référence aux conditions sanitaires souvent rencontrées en Afrique, « *vous me prélevez de mon sang qui est définitivement perdu* ». Certains acceptent le prélèvement de 2 tubes mais pas 2 puis 3, nous devons sans cesse négocier. Certains craignent de perdre leur identité. Le don de sang, on l'a vu ce matin, est quelque chose de difficile, quelle que soit sa culture ou sa religion. On peut observer que le prélèvement sanguin n'est pas un acte anodin, non dénué de sens, chez les migrants. Mais on observe également que la transfusion sanguine soulève de grandes inquiétudes auxquelles l'infirmière est peu préparée. Je me souviens d'un cas il y a quelques années, Mr K., d'origine africaine, à qui on prescrit une transfusion sanguine et qui refuse le soin au moment de poser les culots globulaires. L'infirmière lui explique que le sang a été contrôlé et qu'il ne risque pas d'attraper d'éventuelles maladies et que c'est très important par rapport à son taux d'hémoglobine. Du charabia, il ne comprend pas grand-chose, son seul souci n'est pas la peur d'une maladie mais de recevoir le sang d'un Blanc fatigué. L'infirmière lui expliquant que le don de sang pouvait aussi être celui d'une personne africaine parce que c'était anonyme, il a finalement accepté la transfusion après quelques temps de négociations.

Un moment privilégié pour échanger

Dans la pratique quotidienne, nous ne cherchons pas à expliquer à un patient mais à donner du sens dans l'environnement accessible des familles. Nous nous

efforçons de transformer l'acte de soin en un geste transculturel où le prélèvement est investi dans une symbolique, un imaginaire perçu par le patient. Nous investissons leur espace. Bien souvent, lors de leur hospitalisation, nos patients ont recours à la médecine traditionnelle où l'interlocuteur est le marabout, le féticheur. Nous palabrons avec le patient pour lui tracer le trajet et le devenir de son sang. Nous allons lire dans son sang pour lui donner un traitement adapté, le soulager, le soigner. Le prélèvement du sang devient alors le vecteur des échanges, ce moment privilégié pour échanger, rassurer, expliquer au patient ses traitements souvent lourds. Ainsi le patient rassuré peut livrer ses angoisses et se sentir en sécurité. Le prélèvement n'est plus souffrance pour lui mais un moment où il peut se confier sans être jugé. Je vais vous lire un poème écrit par Sarah, une femme médiatrice qui vient d'Ouganda. Quand j'ai présenté cette intervention il y a 4-5 ans, je lui ai demandé décrire quelque chose parce qu'elle avait plein de choses à dire et elle a écrit ce poème :

« Ne touche pas à mon sang.

Toi femme à la blouse blanche, moi qui viens d'ailleurs, pourquoi m'accuses-tu, pourquoi m'en veux-tu ? Je ne suis ni méchante ni intolérante. C'est la différence qui règne entre nous, cette barrière intolérable et infranchissable. Ces aiguilles le matin qui me donnent le frisson, ces tubes de couleur sur le plateau alignés comme des soldats sur le champ de bataille, et la blouse blanche matinale me donne l'impression que c'est en fait pour moi. Je suis un être en quête de la réponse, je ne suis pas un objet. Non, ne me touche pas. Les papiers dans mes mains n'ont pas d'importance pour moi, ces analyses médicales, je ne les connais pas. Ce sont tes soucis, ta salade, mais moi, je ne les connais pas. Ne me touche pas. La maladie m'angoisse, l'angoisse m'étrangle et toi tu m'angoisses aussi. Chez moi règne une double angoisse. Non, ne me touche pas, et à mon sang non plus. Tu veux prendre mon sang ? Non, je ne le permettrai pas. Tu prends mon sang, tu prends ma vie, tu prends mon âme. Non, le sang c'est sacré. Pourquoi hier, aujourd'hui et encore demain ? Non, tu me vides de la vie. Ne touche pas à mon sang. Dis-moi pourquoi prends-tu mon

sang ? A qui le donnes-tu ? Aux esprits mauvais pour me faire du mal ? Non, ne touche pas. Parle-moi au moins, parle-moi de nos différences d'ailleurs, celles d'où je viens, de mon pays. Parle-moi au moins, explique-moi même les choses simples et je te dirai mes pensées, mes intrigues. Ensemble nous briserons le tabou. Veux-tu me donner du sang ? La vie de quelqu'un d'autre. Non, je ne mélange pas ces choses car la vie est dans le sang. Mon sang, je le donne pour des alliances fortes et pleines de force. Femme en blouse blanche, explique-moi le but de notre manœuvre. Quelle est ta réponse à mes inquiétudes ? Enfin, je te le donne mon sang. Sans crainte et sans peur. »

La place des familles

Un participant dans la salle : Je voulais revenir à la place accordée aux familles lors des hospitalisations. Quelle est votre acceptation ou votre adaptabilité par rapport à leur intervention, notamment la toilette, l'aide au repas, des choses comme ça.

Delphine Leclerc : On a la chance de travailler avec un chef de service qui a une grande tolérance et qui accepte beaucoup de choses. Souvent on dit que les enfants sont interdits dans les hôpitaux, ce sont des choses qu'il a levées dans le service, permettre aux enfants de pouvoir voir un parent si c'est possible. Le patient peut être vu à la cafétéria s'il peut bouger ou dans le service s'il y a lieu. Aucune interdiction pour que les parents puissent voir leur enfant ou qu'un enfant puisse voir un parent malade. Quand je parlais tout à l'heure de la toilette, le soignant essaye aussi de faire participer la famille si c'est possible, si ça ne dérange pas. La toilette, c'est vraiment quand le patient ne peut pas faire autrement que se faire laver par un soignant. Autrement, il y a d'autres moyens à mettre en œuvre pour que le patient le vive le mieux possible. Pour une personne hospitalisée, quelle que soit sa culture, c'est difficile de se faire laver. Donc du coup, on peut faire intervenir la famille ou un proche, si c'est accepté.

Alain Epelboin : Faire intervenir un proche ou la famille, sauf que dans un grand nombre de cas, on ne satisfait pas d'une personne. Sans parler de populations avec lesquelles on se retrouve avec 30 personnes dans la chambre, crachant et fumant, etc., qui posent effectivement des problèmes règlementaires. Mais dans les périodes précédant les trithérapies (ça ne date pas d'hier) où, dans les services hospitaliers, on redécouvrait la mort, que prendre en charge la mort faisait partie de nos métiers, et dans les soins palliatifs, on se retrouvait avec une norme (accepter une ou deux personnes) et de l'autre côté, des gens qui ne veulent pas compter le nombre de personnes qui vont venir. Et dans les interventions que nous faisons à l'époque, on avait à réagir à des propos « *regardez ce monsieur d'Afrique centrale, la famille a voulu venir mais ils sont à 10 dans la chambre, ils parlent entre eux, sont assis sur le lit, ne lui causent pas, c'est un véritable scandale...* » Et moi leur disant « *mais attendez, c'est formidable, un cocon sensoriel est recréé, il y a une ambiance, effectivement des mouvements et si c'est fait de cette façon-là par la famille, c'est vraisemblablement que la personne en ressent un vrai bienfait* ». On est toujours dépassé sur sa droite ou sur sa gauche et on doit accepter d'être dépassé, c'est-à-dire là où on pense être déjà très conciliant, s'apercevoir qu'effectivement, ça n'est pas suffisant. Une personne ne suffit pas parce que la représentation du corps signifie qu'il y a un côté maternel, un côté paternel, toute une parentèle qui doit d'une façon ou d'une autre témoigner, être présente.

Qui s'adapte à qui ?

Un participant dans la salle : Je voulais juste revenir à la toilette à ceux qui refusaient d'être lavés par une femme. Dans ces cas-là, vous faites quoi ? Vous vous adaptez ou vous vous dites que ce sont eux qui ne veulent pas s'adapter ?

Delphine Leclerc : Il y a des recueils de données quand la personne entre à l'hôpital, on a des informations sur chaque patient. Là, il était rentré le soir mais généralement, dans chaque service, il y a des transmissions, des recueils de données. Et les aides-soignants le font très bien, voir aussi avec le patient. Moi souvent, on me dit, « *les explications données sont une perte de temps parce que forcément on n'a pas toujours le temps* » mais tout ça, c'est un temps énorme de gagné. Je l'ai vu pour les prises de sang, la toilette, discuter avec son patient, voir ses habitudes de vie, son quotidien, et tout ça, c'est un temps de gagner. On a une file active assez importante de patients qui viennent faire leur bilan toujours au même endroit, on les connaît très bien, ils nous connaissent bien, il y a un lien qui s'est tissé, de la confiance. Ils nous posent une fois la question, s'ils ont eu la réponse, on ne va pas rediscuter, négocier à chaque fois. Pour une toilette, si on a le recueil de données, si on a vu au préalable avec la famille, avec le patient ce qu'il peut faire aussi par lui-même, il y a aussi des aides-soignants dans les services. Et j'étais ce matin avec Patrick qui me disait que c'était assez rare, en tout cas lui dans son expérience, ça fait je crois vingt-cinq ans qu'il est aide-soignant, il n'a jamais eu de souci. Donc il y a une raison. Parce que la première chose qu'il me dit, c'est « *je prends l'habitude de vie des patients dans les services où c'est possible* ». En vingt-cinq ans, j'ai dû avoir un seul refus de soins. Et la raison, c'est toute l'implication que l'on donne et je pense que c'est nécessaire. Tout ça de fait, il faut le comptabiliser, c'est du temps de perdu comme on dit, parler avec un patient, on n'a pas le temps. Eh bien moi ce temps, je le prends, une prise de sang qui peut durer 3 mn, si j'ai envie d'y mettre 45 mn avec le patient, à travers cette prise de sang, il va nous parler d'autre chose, de sa sexualité, de son désir d'enfant, de plein d'autres choses. Et la prise de sang a duré 45 mn et pour moi, c'est fondamental. La toilette, c'est pareil, c'est un moment d'échange, un jour il y a un souci et le lendemain, il n'y en a pas et on trouve des outils, un palliatif pour justement essayer de gérer tout ça.

Olivier Bouchaud : C'est un sujet auquel je suis particulièrement sensible et qui m'exaspère, non pas votre question mais la réponse qui y est parfois apportée : est-ce que ce sont les patients qui doivent s'adapter à l'institution ou l'inverse ? La réponse est pour moi très claire : c'est la notion de service public, le service au public, c'est donc l'institution qui doit s'adapter au patient. Avec des limites évidemment. Quand Delphine dit qu'elle prend 45 mn pour parler avec un patient, il y a des moments où elle ne peut pas le faire parce qu'elle en a dix ou quinze derrière qui attendent pour une prise de sang et qui ne vont peut-être pas apprécier de rester quatre heures à attendre. Mais si l'institution reste figée dans ses bottes en disant que les patients sont tous pareils et doivent rentrer dans le moule, on ne répond pas à notre mission de service public. Pour moi, c'est aussi simple que ça : on n'est pas un « bon » professionnel de santé si on considère que chaque patient doit recevoir le même soin dans les mêmes conditions.

Table ronde : les représentations du corps

sont-elles un obstacle ou une aide pour les soins chez les migrants ?

Dr Alain Epelboin, anthropologue, Tahar Abbal, psychologue clinicien, Luc Guichard

Montrer l'image ou pas ?

Olivier Bouchaud : Comme première piste de réflexion, je voudrais reprendre ce qui a été dit sur la radiologie et l'imagerie pour raconter une toute petite histoire, l'histoire d'un patient qui a fait une tuberculose pulmonaire toute simple, dont le diagnostic a été fait par une radiologie thoracique toute simple et par un scanner thoracique. On a expliqué au patient qu'on avait besoin d'un scanner thoracique pour mieux voir l'image. Et comme je sentais une certaine incrédulité sur la réalité de la maladie, peut-être ai-je eu tort et ça sera justement l'objet de ma question tout à l'heure, je lui ai montré la radio pour lui montrer le mal, et je lui ai montré le scanner. On lui a donné le traitement, il s'est amélioré et quand les

choses allaient mieux, je lui ai remontré la radio qui s'était franchement améliorée. Pour ses yeux de non-spécialiste, il pouvait voir que la maladie avait disparu. Et à ce moment-là, à ma grande surprise, il m'a dit « *mais montre moi l'autre radio* », c'est-à-dire le scanner qu'on avait fait au début. Je lui ai montré le scanner initial et évidemment, la maladie était toujours là, et il m'a dit « *mais je suis toujours malade puisque le mal est toujours là* ». Et j'ai eu beaucoup de peine à le convaincre que le mal était parti même s'il était toujours visible. Donc Tahar, faut-il montrer le mal sur les radios au patient ?

Tahar Abdal : Je ne sais pas si on peut l'appeler le mal ou la trace, moi, je dirais la trace de désordre qui est encore là. Je pense qu'il faut montrer cette trace, déjà parce qu'on ne peut pas la faire disparaître, et parce que toi tu as réussi là où le radiologue l'a fixé à l'intérieur du corps, à l'en faire sortir. Moi, je l'interpréterai comme ça, en faisant sortir l'image. Il y en a une qui a disparu, l'autre qui est restée là, je dirais que maintenant, elle est sortie, elle n'est plus dedans, on l'a fait sortir du corps. Voilà la réponse que je donnerais.

Un participant dans la salle (pneumologue Nantes) : Cette relation à la radio, au scanner, est-elle très différente entre le public non migrant et migrant ? J'ai passé toute ma carrière à montrer des radios thoraciques aux gens en essayant de les faire parler à propos de cette radio. Et sur une radio du thorax, 99% des gens pointaient un endroit qui les inquiétait : la poche à air gastrique. C'est ça qui frappe. Je passe aussi beaucoup de temps à montrer des scanners de dépistage de sujets exposés à l'amiante (non pas pour des migrants mais des gens de la SNCF), je passe du temps à faire défiler les images du scanner et je ne sais pas vraiment ce qu'ils voient. Je leur montre le cœur, les vaisseaux pulmonaires, la plèvre... parfois, ils sont plutôt inquiets qu'on leur cache quelque chose parce que c'est dans le cadre de la SNCF. Et quand j'écoutais tout à l'heure l'exposé de notre radiologue, je me disais que ce rapport à l'image qui passe par un compte-rendu que personne ne comprend, comme la plupart des gens je pense qu'on voit en consultation, je ne sais pas comment faire passer cette vision du

corps. Les gens de France ont peut-être un peu plus de notions théoriques anatomiques mais je ne pense pas que ce soit vraiment l'image qui y correspondait. Alors le migrant a, lui, effectivement une image qui n'est sûrement pas la même. Je me souviens quand j'étais en Algérie, il y avait des symptômes qui n'étaient pas ceux des Français, il y avait des douleurs qui avaient une sémiologie qui leur était propre et qui correspondait à une image corporelle très différente.

Épistémologie de la cause, épistémologie du sens

Simon Pierre Mvone : il y a deux épistémologies. Vous êtes sur celle de la cause, vous cherchez la cause et quand vous la trouvez, vous vous y attaquez et elle laisse une trace. Mais lui, il est dans une épistémologie du sens, pourquoi cette maladie est arrivée là ? Il ne doute pas qu'il y ait maladie mais pourquoi est-elle arrivée ? Elle pouvait être là sans se manifester mais elle s'est manifestée. Pourquoi ? C'est cette question fondamentale qui est la question du sens et qui, pour ma part, dérange. Universitaire que je suis en Afrique (je suis au CNRS), je ne comprends pas, je suis perturbé par cette question. Je vois qu'avec mes collègues, souvent des aînés et même les moins âgés que moi, on parle de Bachelard ou d'Aristote mais quand on se retrouve entre nous, le discours est celui des rites initiatiques. Ils sont empêtrés dedans, de telle sorte que quand ils sont malades, la première consultation pour eux, c'est le Nganga (thérapeute traditionnel en Afrique centrale) comme on l'appelle. C'est une question déterminante et qui m'a poussé depuis quinze ans à tenter de trouver une réponse sur cette aventure ambiguë : on enseigne une chose en classe mais on dit autre chose.

C'est une question vraiment importante. Je souffre de sarcoïdose et j'ai eu des amis qui sont venus me perturber à Lyon, partant de Paris, pour me poser la question « *mais pourquoi cette maladie t'atteint toi ?* » Quand on vous pose cette question, on vous rend responsable. Le pourquoi entraîne une question de

responsabilité et par conséquent, celle de la culpabilité. Il faut culpabiliser l'autre et c'est pour cette raison que dans la médecine du Nganga, le premier acte est celui de l'examen de conscience.

Tahar Abdal : C'est vrai qu'il faut donner du sens, qu'ils cherchent du sens, mais je pense que par moments, les patients arrivent saturés de sens. Il y a un sens qu'ils donnent, eux, et qui sature toutes leurs représentations et tous les dialogues. Donc « désaturiser » ces choses permet le sens, permet de penser, de travailler, de parler et de toucher, de se représenter avec le patient. Parfois, c'est le sens que donne le patient qui est trop fort, qui empêche la recherche du sens. Et non pas le manque de sens. Le sens, quand il est saturant, sature la pensée et le lien, le contact. Et on est confronté. Quand le patient vient, il vous dit « *c'est la sorcellerie* » ou « *c'est le mauvais œil* ». J'ai rencontré un patient Malgache qui a des problèmes somatiques graves au niveau du cœur et de l'ensemble du corps mais il continue à boire, à s'alcooliser. Et notre problème est d'essayer de l'aider à arrêter l'alcool. On m'a appelé, j'ai été le voir et je lui ai posé une petite question : « *avec qui vous buvez ?* », il disait qu'il buvait avec son père qui est décédé. Et je lui dis « *mais finalement, vous buvez pour vous avec lui ?* », il me répond « *non, je bois pour lui* ». Parce qu'il était ici en France, il ne pouvait pas aller là-bas faire le rituel, il était obligé de boire ici à la place de son père. C'est un sens qui avait saturé tout le travail thérapeutique, et on a essayé de travailler tous les deux, pour voir si on pouvait négocier que quelqu'un fasse le rituel en son absence là-bas parce qu'il ne pouvait pas y aller. C'était impossible parce que c'était à lui d'être présent, parce que dans la lignée et dans la hiérarchie, c'était à lui de le faire. Et on a commencé à négocier comme ça, à trouver un sens moins fort, moins saturant pour permettre à ce patient d'aller mieux. J'ai été voir les collègues en leur disant « *s'il vous dit qu'il est en train de boire avec son père, n'appelle pas le psychiatre de garde parce qu'il n'est pas délirant. C'est quelque chose de codé culturellement* ». Ce sont des représentations que nous ici, dans nos représentations à nous, on peut prendre pour des représentations pathologiques et inscrire le patient dans un processus.

Donc pour répondre à la question « *est-ce que la représentation aide ou pas ?* », c'est les deux. Le problème, c'est nos représentations parce qu'on est habitué par des techniques et des moyens qui nous obligent à penser l'autre en tant qu'être malade mais jamais en tant qu'être pensant, être différent, être culturel tout simplement. Et sur l'idée d'aller chercher un sens, il faut d'abord se poser la question de savoir quel sens donne le patient à ce qui lui arrive. Si on ne pose pas la question, on ne va pas trouver ensemble, autrement dit, faire ensemble, partager la pensée.

Aide ou obstacle ?

Olivier Bouchaud : C'est vrai que quand on s'intéresse à l'approche ethnoculturelle, on a parfois tendance à faire croire que c'est parce que les différences culturelles sont plutôt toujours des obstacles. Or en pratique, on se rend bien compte que quand on est dans cette démarche d'intérêt ethnoculturel, cette approche est au contraire plutôt une aide. Dans le service, il y a 75 à 85% de patients d'origine étrangère, on devrait être confronté en permanence à des difficultés, or on n'en a pratiquement jamais. À la consultation du voyage où on fait beaucoup de vaccinations et de consultations pour les départs à La Mecque, avec des gens qui sont parfois très croyants et très extrémistes dans leur croyance, en tout cas si on en croit leur apparence vestimentaire, on a extrêmement peu de difficultés. Ça veut donc dire qu'il y a une approche préventive qui évite ce genre de difficulté. Pour la petite histoire, à l'époque où il y a eu cette fameuse loi sur les signes extérieurs de religion, une journaliste du Figaro Magazine qui m'a appelé toute de suite en me disant « *il faut absolument qu'on vienne vous voir parce que vous à Avicenne, vous devez avoir un tas d'histoires à nous raconter, est-ce que je peux venir demain ?* » Je lui ai dit « *venez demain si vous voulez mais je vous préviens tout de suite, je ne vais pas avoir grand-chose à vous dire parce qu'on n'a pratiquement aucun problème* ».

Elle n'a jamais voulu me croire et m'a dit « *on va en rester là puisque vous ne voulez pas en parler* ». Alors que la réalité, c'est qu'on n'avait de fait rien à dire. Avez-vous des histoires où cela a été une aide et non pas un obstacle ?

Tahar Abdal : La responsable de la psychiatrie m'a appelé il y a quelques années. Dans le service, tout le monde était en panique, une patiente était nue dans le couloir en train de courir avec un string. Donc Béatrice m'appelle et me dit :

« *Tahar, est-ce que tu peux venir voir la patiente pour une évaluation ?* » (ethno-psychiatrique ou ethnoculturelle).

Je descends les deux étages, j'arrive et je ne trouve pas la patiente. Quand je demande où elle est, on me dit qu'elle est dans sa chambre. Je rentre dans la chambre et je la trouve recouverte par son drap. Elle était cachée dans son lit, je frappe à la porte, j'ouvre et elle me regardait avec les yeux comme ça. Je lui dis : « *Excusez-moi, je croyais que vous étiez seule* », je ferme la porte et je sors. Je croise Béatrice et je lui dis « *elle n'est pas seule* », « *comment ça, elle n'est pas seule ?* », mais Béatrice a compris. Je remonte, une demi-heure après, l'infirmière m'appelle « *la patiente demande à te voir* ». Je descends et elle me dit « *mais pourquoi avez-vous dit « excusez-moi de vous déranger » ? « euh, je ne sais pas, j'ai senti qu'il y avait une présence* ». Je savais qu'elle était origine antillaise et finalement, on a parlé du Dorlis, (esprit qui vient coucher avec les femmes qui sont très fatiguées, et sont donc prises par des mouvements), nous avons mangé et je lui ai dit « *mais ce n'est pas comme ça qu'on se protège du Dorlis, pour se protéger il faut retourner les habits de l'intérieur et mettre un certain nombre de choses* ». Elle m'a regardé comme ça et on a continué dans cette démarche, en pensant avec elle les troubles, la présence, la culture. C'est après qu'on s'est rendu compte qu'elle n'était pas délirante, pas psychotique, pas schizophrène, qu'elle n'était pas folle tout simplement. Et qu'il s'agit à un certain moment d'angoisses massives qui réactivent des choses qu'il faut penser avec les patients dans les moments de crise.

Alain Epelboin : Il ne s'agit pas de trier ce qui serait positif ou négatif. Quel que soit l'élément qui apparaît dans une différence en transculturel, on peut rester dans un premier degré qui est une espèce d'horreur où effectivement, la situation est bloquée ou au contraire, faire comme tu l'as fait face à une attitude qui n'était pas raisonnable, qui ne rentrait pas dans la raison : lui donner un sens, ne pas atténuer sa force mais de l'utiliser et la retourner dans le but de l'action. À ce moment-là, on n'a pas à apporter de jugement positif ou négatif.

Delphine Leclerc : Je n'ai pas de compétence, de notion d'ethnomédecine, être capable d'analyser n'est pas donné à tous les soignants. Mais je suis toujours à l'écoute, j'essaye de comprendre. Il y a une multitude de coutumes, de personnes qui viennent de destinations différentes, donc on ne demande pas à chaque soignant de connaître chaque culture. Mais en tout cas, d'être toujours à l'écoute, d'essayer de comprendre. On a la chance d'avoir une équipe extraordinaire sur Avicenne, on sait que s'il y a un problème donné, on peut en référer. On essaye de comprendre, il faut bien souvent des années pour analyser et comprendre les choses qui arrivent. Des histoires, on en a pas mal, chaque patient a ses histoires, son histoire de migration, de représentations. Mais je pense qu'avec de toutes petites notions un soignant peut arriver à respecter des codes et des rites. J'ai choisi la toilette mais j'aurais pu faire une multitude de choix de soins invasifs : quand je suis dans mon box de consultation et que je demande à quelqu'un d'aller faire pipi dans un pot, c'est très compliqué, la personne va cacher le pot et se cacher. Ce qui sort du corps est impur, donc on ne va pas lui demander devant d'autres personnes une coproculture, des selles ou des urines. Et c'est pour ça que je me bats tous les jours quand on est en train de faire un prélèvement sanguin ou un soin pour ne pas être dérangée par des gens qui rentrent dans le box. On est en train de faire une prise de sang et on me parle parfois de choses très intimes. C'est vrai que c'est quelque chose qui est pour nous important, ce respect de la vie de l'autre, du soigné en l'occurrence, et c'est vrai que je n'ai absolument pas les compétences de

connaître et de pouvoir analyser chaque situation. L'important, c'est d'écouter et de se référer à des personnes compétentes.

Olivier Bouchaud : Tout à l'heure Alain disait qu'il ne faut pas faire la part entre ce qu'il y a de bon et de mauvais, il ne faut pas trier. Tu as raison. Le seul problème, c'est qu'actuellement en pratique hospitalière, tout ce contracte, tout se cristallise, on regarde tout ce que vous faites à la minute près pour savoir si c'est rentable, il faut maintenant justifier de ce type d'activité. Et quand on essaye de développer cet état d'esprit dans un service, ça ne plaît pas à tout le monde parce que pour beaucoup de gens, et notamment les managers, c'est du temps perdu. Ce qui est rentable, c'est la perfusion, le truc et le machin. Heureusement, il y a quelques oreilles attentives et un peu plus intelligentes que les autres mais il faut arriver à démontrer que ce temps perdu n'est pas du tout perdu et que ça permet d'éviter des difficultés, parfois de régler des problèmes et d'avoir des arguments.

Que faire des restes corporels ?

Un participant dans la salle : Juste une petite question concernant les patients qui ont eu une chirurgie comme une ablation de sein ou une greffe tout court : est-ce qu'il arrive qu'on vous demande l'organe et si oui, est-ce qu'ils justifient ce qu'ils vont en faire ?

Alain Epelboin : Je crois bien que dans les amputations, le reste corporel doit faire l'objet d'un traitement rituel, que ce soit dans l'Islam ou le judaïsme. Mais c'est la même chose pour ce « déchet » que pour le placenta, on s'en sort très bien en posant la question : « *Madame, monsieur, que voulez-vous qu'on fasse du placenta, du morceau de corps qu'on vous a retiré, quels sont vos désirs* » ? », ensuite, on réfléchit. Mais tant qu'on ne pose pas la question, en la posant d'une façon souple pour ne pas être dans une stigmatisation, qu'on n'a

pas l'imagination de passer de l'autre côté du miroir, de se dire « *qu'est-ce que j'aimerais qu'on me pose comme question si j'étais de l'autre côté* »... Là, la solution est simple : on pose la question. Ensuite, la réponse peut être moins simple mais finalement, la parole résout beaucoup de difficultés.

Clôture

« Faire circuler la parole »

Luc Guichard

Ce qui me touche d'abord c'est que sur les dernières interventions vous parliez des sujets qui nous réunissent ici et qui sont en confrontation avec l'administration médicale. Ça c'est quelque chose qui me parle très directement même si je ne fais pas partie de la médecine. Faire circuler la parole, c'est quelque chose que vous vous employez à faire (c'est ce que j'ai compris ici) et l'administration, quelle qu'elle soit, de la santé ou d'un autre secteur, doit évidemment contrôler ça. Parfois avec une extrême violence, les traces du colonialisme (où l'administration était peut-être encore beaucoup plus violente que de nos jours) n'ont pas été beaucoup évoquées ici mais restent sans doute très fortes.

Ce qui m'a touché, c'est qu'il y a quand même beaucoup de monde qui remplit la salle. On cherche à faire circuler la parole et on cherche à se soigner peut-être nous-mêmes ici puisqu'on est tous en questionnement, en souffrance, on s'interroge les uns, les autres, on interroge aussi par nos comportements, pas uniquement par la parole. Et c'est touchant de voir une humanité qui cherche à se soigner, à se comprendre, à faire en sorte que les valeurs des uns viennent au secours des valeurs des autres. Je crois qu'on est tous en très grand changement, peut-être qu'on a le sentiment que notre culture occidentale est encore maîtresse du jeu et qu'on aurait une espèce de raison qui dominerait et on voit ici le contraire. On n'apporte pas les solutions uniquement par la technique et sûrement pas par l'imposition d'un traitement ou d'une idée. Je ne peux que vous remercier d'avoir eu la chance d'assister à ça. Entre les différentes réflexions qu'on a transmises aujourd'hui et la réalité du terrain, les

questions se poseront toujours, éternellement, constamment. Il faudrait que ça ait plus de retentissement et je ne sais comment ça pourrait être porté. J'ai le sentiment que le combat est infini. Aller à la rencontre des autres comme vous le faites, c'est formidable. Relativiser aussi ses convictions, c'est ce que j'ai compris du travail que vous cherchez à faire ici. Une prise de conscience mais sans vouloir parvenir à un état de compréhension définitif puisque c'est un mouvement.

Je pense à cette phrase de Franz Fanon qui disait « *o mon corps, fais de moi toujours un homme qui interroge* ». Parce qu'il y a aussi cette notion très importante : on manie les idées et en même temps, on le voit bien, il s'agit vraiment d'un être. On est parti des matières fécales, des complexes, des rejets, on est passé par l'intérieur du corps, les organes, on voit qu'on est totalement combinés, on n'est ni un corps ni un esprit, les deux sont absolument en mouvement constant et en questionnement constant. Si tout le monde pouvait s'enrichir de ça, ça serait effectivement une avancée, du moins peut-être un monde avec plus de soin et une meilleure santé globale, santé physique et psychologique. Je crois que nos technologies nous amènent à une vitesse très grande à nous rencontrer. Les Dogons aujourd'hui ne parlent plus dogon, ils parlent une langue qui mélange tout, l'anglais, le français, le dogon. Et on a aussi des conceptions qui se mélangent. À certains moments, on se sent possesseur d'une nouvelle possession, d'un nouveau paradigme, tout nous semble clair et dans l'instant suivant, parfois la même journée, on peut être totalement perdu. Une image par exemple peut tout remettre en cause. L'imagerie médicale peut par exemple créer un choc comme simplement une image d'un film ou une idée transmise. Et comme ça va très vite aujourd'hui, on a besoin d'exercice, je le vois comme ça. C'est un exercice de venir parler devant vous, c'est un exercice pour nous tous de se réunir, et cette pratique-là, il faut la valoriser. Si vous pouvez le faire au sein des services de santé de nos hôpitaux, c'est formidable, et si je peux de mon côté favoriser cette ouverture dans un autre domaine, je le fais aussi.

Ça peut parfois amener à des situations très violentes puisque vous pouvez vous retrouver face à une administration extrêmement violente avec vous. Ce que les infirmières ou les aides-soignantes peuvent aussi nous transmettre de leur quotidien, on sent que c'est fragile puisqu'au moment où elles nous aident à prendre conscience, à nous ouvrir, l'instant d'après, elles seront confrontées au rythme et à la productivité qu'on va leur demander. Peut-être que tout ça va voler en éclats, en tout cas pendant un temps, et ça va être très difficile à vivre, très déstabilisant puisqu'on aura le sentiment de pouvoir concevoir des choses mais de ne pas pouvoir les partager. Ce qu'on fait ici, c'est tenter de le rendre partageable, du moins c'est comme ça que je le ressens, faire en sorte que quelque chose accroche en moi et que quelque chose vous questionne et que je me questionne évidemment moi-même. On ne sait jamais trop ce qu'on pense ni véritablement de quoi notre corps est capable. Des gens peuvent avoir des déficiences très importantes et d'un seul coup, dans un contexte particulier, opérer quelque chose qu'on ne les pensait plus capable de faire. On peut parfois parler de miracle, je l'ai vu au pays Dogon, j'ai vu des gens remarcher alors qu'ils ne marchaient pas depuis des années. Je pense que c'est vraiment l'affaire de la parole, d'être ensemble, se faire confiance, d'avoir aussi ce besoin, presque ce désir de remettre en cause ses principes ou ce que nous avons préconçu. Ça n'est évidemment pas facile puisque c'est le socle sur lequel on est assis, donc le remettre en cause peut même être très troublant et nous amener à perdre le contact avec la réalité. Mais pour moi, l'enjeu est celui-là. Merci beaucoup de m'avoir permis d'être là avec vous et de découvrir ce lieu de la santé que je ne connaissais qu'uniquement en tant que patient.

S'intéresser aux différences c'est se rapprocher de l'Universalisme

Olivier Bouchaud : Quand on s'intéresse comme nous tous ici à la transculturalité ou à l'interculturalité, on recherche et on observe beaucoup les différences mais

en fait, c'est pour mieux voir les ressemblances et pour être mieux convaincu de notre universalisme. Et je crois que c'est sur ça qu'il faut qu'on se mette tous d'accord et qu'on ne reste surtout pas bloqués sur les différences qui ne sont que des aspects très superficiels.

Luc Guichard : Quand je suis allé en pays Dogon, c'est la première chose que j'ai dite et qui a été vraiment perçue comme une surprise par les gens : je leur ai dit que d'après ce que je voyais, si on faisait une balance entre nos ressemblances et nos différences, j'étais absolument convaincu qu'il y avait beaucoup plus de ressemblances. Et ça s'est confirmé depuis vingt-cinq ans. Les souffrances, les amours, les sentiments, les émotions, les besoins d'appartenance, les générosités..., on est des hommes, on se retrouve et on peut voyager, aller les chez les uns et chez les autres, aller se former. Et, c'est pour moi un sacerdoce en tout cas, on a le devoir d'inventer la suite, de nourrir le rêve de nos enfants, qu'on soit parent ou pas. Et je trouve que c'est un enjeu magnifique : inventer une nouvelle façon, de nouveaux us et coutumes, en tout cas, de nouvelles façons d'être et de s'accueillir mutuellement. Et bien sûr, on le fera en partageant ce qu'il y a de plus ancien, nos rituels les plus anciens, et la technologie la plus moderne.

On nous a souvent demandé des minutes de nos journées et comme vous savez, c'est un énorme travail. Comme on vous l'a dit aussi, pour être totalement libres de nos thèmes et du contenu, on ne sollicite pas de subvention et l'année dernière, compte tenu de l'importance du thème – mourir ici quand on vient d'ailleurs -, on a cassé la tirelire et on a demandé à quelqu'un, après enregistrement, de nous faire les minutes. Du coup nous avons récidivé pour cette année et nous espérons pouvoir le faire en 2015. Les minutes de 2013 et 2014 existent, on les vend, parce qu'il faut quand même bien compenser un peu

les coûts de transcription et d'impression, pour la modique somme de 10 €. Vous pouvez aussi les télécharger sur le site www.imea.fr.