

Douleur, cultures et migration

Marie Rose Moro

Marie Rose Moro, psychiatre et ethnopsychanalyste, exerce à Bobigny, au CHU Avicenne, dans le service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent du Pr Philippe Mazet. Elle est responsable avec le Pr Mazet d'un diplôme universitaire de psychiatrie transculturelle à l'université Paris-Nord, UFR Léonard-de-Vinci, Bobigny.

Phiou

Phiou est un homme qui ne se plaint jamais. Il est Khmer du Cambodge et a vécu dans des camps en Thaïlande avant d'arriver en France. Il voulait émigrer aux Etats-Unis, il a été refusé... Phiou travaille nuit et jour dans un restaurant, il s'occupe de tout. Sa femme travaille avec lui et elle non plus ne s'arrête jamais. Même après son accouchement, elle ne s'est pas arrêtée, alors qu'elle aurait dû rester quarante jours avec son bébé sans sortir. Mais de peur que son employeur « au noir » ne lui enlève son travail, elle a confié son enfant à une nourrice et est revenue travailler quinze jours après l'accouchement. Quelque temps après, son mari tombe malade, une grande fatigue qui l'empêche de travailler, des douleurs qui touchent la tête puis le ventre, puis le dos. Des douleurs rebelles, qu'il a du mal à nommer, qui l'empêchent de dormir, qui lui serrent la gorge. Son médecin généraliste diagnostique une hépatite C. On le traite. La fatigue persiste pendant de longs mois, et les douleurs, dit-il, le rendent fou. Il n'en peut plus. Les médecins au début disent que tout cela va disparaître avec le traitement de l'hépatite, mais si cette dernière se stabilise puis régresse, la fatigue et les douleurs ne font que croître. Il lui est finalement proposé de consulter un psychiatre.

Qu'y a-t-il derrière ces douleurs, à quoi les rattacher ? Comment comprendre le fait qu'elles augmentent alors que l'hépatite est traitée. Des entretiens centrés sur le sens de la douleur permettront de rattacher ces symptômes à un syndrome post-traumatique (traumas vécus au Cambodge pendant le génocide et pertes secondaires à la vie dans les camps thaïlandais ; son fils aîné est mort de faim dans un des camps). La douleur est vécue par Phiou comme une transgression vis-à-vis des ancêtres de la famille qui lui réclament leur dû à l'occasion de la naissance de son fils. Des consultations thérapeutiques permettront « d'expulser le traumatisme » et de trouver des voies pour réparer la transgression. Ainsi, en quelques séances, les douleurs s'apaiseront, puis la fatigue progressivement diminuera.

Pour arriver à ces deux mécanismes étiopathogéniques et pour les inverser dans des entretiens, il faut comprendre les déterminants culturels et psychologiques de la douleur. C'est ce que nous allons faire dans

cet ouvrage. Mais avant cela, analysons une autre vignette clinique concernant une patiente d'Afrique noire.

Aminata

Aminata est wolof du Sénégal. Elle a des douleurs abdominales très fortes qui surviennent quelques jours avant les règles. Elle a deux enfants, mais elle dit que lorsque les douleurs surviennent, elle ne peut plus rien faire : elle se couche toute la journée, elle n'emmène plus les enfants à l'école, elle ne leur fait plus à manger. Le médecin généraliste consulté pense qu'il s'agit d'un syndrome prémenstruel, lui prescrit des antalgiques et un traitement de fond, mais rien ne la soulage. A ces douleurs viennent s'ajouter, dans un second temps, des saignements menstruels très abondants, à tel point que le médecin généraliste propose un traitement œstroprogestatif. Mais la patiente refuse le traitement. Le médecin généraliste ne comprend pas : pourquoi refuser un traitement qui va soulager la douleur ? La patiente se tait ; elle change de médecin, puis arrête toute consultation. Le mari affolé, qui a entendu parler de notre consultation, prend un rendez-vous en ethnopsychiatrie. Nous faisons un entretien en wolof, au cours duquel nous apprenons que si Madame a arrêté d'aller voir son généraliste, c'est parce qu'elle craignait de devenir définitivement stérile avec les œstroprogestatifs et parce qu'elle pense que ces douleurs abdominales sont dues à de la sorcellerie qui lui a été jetée. Toute prescription qui ne prend pas en compte la théorie intérieure du patient (ici la sorcellerie) est vouée à l'échec et donc à l'inefficacité. Pour comprendre l'impact de ces représentations sur l'accès aux soins des patients migrants et l'efficacité des soins proposés aux patients douloureux, il faut faire un détour par l'anthropologie médicale et l'ethnopsychiatrie.

J'ai mal...

La douleur est sans aucun doute la première cause de consultation auprès du médecin généraliste. « Docteur j'ai mal... » sont les mots clefs de l'entrée dans le dispositif de soins. Le chirurgien Leriche, qui était un spécialiste de la douleur, disait ainsi de la santé qu'elle n'était rien d'autre que « le silence des organes ».

L'expérience clinique quotidienne nous enseigne que cette douleur est plus qu'une sensation particulière en relation directe avec une lésion somatique. Chacun peut observer dans sa pratique la variété et la dispersion des réactions à des causes, lésions ou soins, a priori semblables. Cette dimension subjective de la douleur n'a été prise en compte que tardivement par une communauté médicale largement dominée par le cartésianisme. Ce n'est en effet que vers le milieu du siècle que les chercheurs ont introduit dans les préoccupations médicales la dimension affective de la douleur. Quant à sa dimension culturelle, elle semble encore bien largement négligée.

Faut-il distinguer la douleur de la souffrance ? La distinction peut paraître aisée au premier abord : la douleur serait ce qui peut être traité par des antalgiques, la souffrance étant un état, avant tout psychologique, ne relevant pas de ces thérapeutiques. Pourtant, la différence est sans doute moins évidente qu'il n'y paraît. En psychiatrie, par exemple, pour définir ce qui est avant tout une souffrance psychique dans l'accès mélancolique (1) on parle bien de « douleur morale ». On sait par ailleurs que la douleur « physique » fait souffrir y compris moralement. Que douleur et souffrance soient dans le langage courant souvent synonymes n'est finalement pas étonnant et traduit le caractère global de la perception de la douleur : je souffre, c'est-à-dire je supporte (je porte aussi) ma douleur. Il s'agit donc de traiter non pas une douleur mais un patient douloureux ou souffrant. Quand je dis « j'ai mal à la jambe » ou bien encore « ma jambe me fait mal », c'est bien moi, être pensant, dans sa globalité, qui suis au centre de ma préoccupation et non seulement mon corps. J'opère inconsciemment une appropriation de cette douleur.

(1) Forme grave de dépression endogène.

Subjective donc, la douleur, mais aussi sa perception et partant son expression s'inscrivent dans l'histoire de la personne, histoire individuelle et groupale. Elle prend place bien sûr dans son trajet personnel. Elle réactive la mémoire d'anciennes douleurs, engendrant par conséquent la crainte de revivre des moments pénibles, ajoutant alors à la douleur elle-même l'anticipation de cette douleur, qui frappe ainsi deux fois. Elle réactive aussi des angoisses enfouies : peur de la maladie et de la souffrance, peur de la mort.

La douleur un fait social

D'abord intime, la douleur est aussi un fait social. Des observations datant du milieu du siècle (2) ont montré que l'expression de la douleur pouvait varier en fonction de la position sociale et du rôle que l'individu pense devoir tenir en raison de cette appartenance : on crie ou au contraire on « souffre en silence », on demande de l'aide ou au contraire on se replie sur soi... C'est par ailleurs un lieu commun que de constater que la perception de la douleur et son expression prennent des formes différentes en fonction de l'appartenance culturelle, même s'il faut se garder des idées reçues sur ce sujet, qui sont parfois d'inspiration plus idéologique que scientifique et qui sont souvent caricaturées. Comment d'ailleurs un fait aussi intimement lié à la condition humaine pourrait-il échapper à cette dimension fondamentale de l'humain qu'est son appartenance à une culture. Mais, attention ! les variations sont multiples, même à l'intérieur d'un groupe culturel donné.

L'attitude à l'égard de la douleur n'est jamais totalement figée. Elle évolue avec l'expérience individuelle mais aussi avec le contexte. Là encore, il est courant d'observer que l'on résiste mieux à l'assaut de la douleur quand on est entouré que lorsque l'on est isolé, loin des siens et plus encore loin de son pays.

L'expression de la douleur est donc, à un moment donné, la résultante d'une lésion, bien sûr, mais aussi d'une situation particulière, d'un trajet individuel et d'une appartenance culturelle. Chacune de ces dimensions a son importance dans la construction de ce fait complexe. Son appré-

hension doit donc, dans la mesure du possible, tenter d'intégrer ces données, de façon à affiner la compréhension que l'on peut en avoir et à mieux adapter une réponse qui ne saurait se limiter à la seule prescription d'analgésiques, même si cela aussi il convient de le faire le mieux possible.

Psychosociologie du phénomène douloureux

Le passage de la douleur à l'expression de cette douleur se fait par un processus qui échappe largement à la conscience. Ce processus est intimement lié à l'histoire individuelle et à l'éducation au sens le plus large, c'est-à-dire à cet ensemble d'événements, de contraintes, d'expériences ratées ou réussies, d'exemples édifiants ou repoussants qui participent à la construction de l'individu. Parmi tous les facteurs déterminants les modes d'expression de la douleur, nous nous intéresserons plus particulièrement, dans cet ouvrage, à la dimension culturelle.

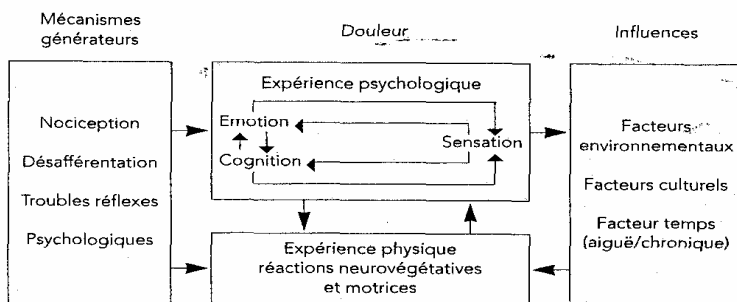
La douleur est un terme générique, un mot valise qui recouvre des expressions somatiques, psychologiques, comportementales variées et variables d'une situation à une autre.

Classiquement, la douleur provoque des modifications somatiques telles que la variation de la respiration, de la sudation, du pouls, auxquelles s'associent des réponses motrices réflexes à type d'augmentation de la tension musculaire, d'attitudes antalgiques, d'agitation ou au contraire de prostration. Ces transformations peuvent s'accompagner par ailleurs d'affects désagréables, allant de l'angoisse à la dépression. La situation est évidemment bien différente selon que l'on a affaire à une douleur aiguë, dans laquelle les éléments somatiques, neurovégétatifs, prédominent ou à une douleur chronique, où la dimension psychologique se mêle plus étroitement aux aspects somatiques.

Le retentissement sur la vie quotidienne est un élément essentiel pour appréhender la place qu'une douleur peut occuper dans la vie d'un patient. La douleur aiguë, brève et intense par définition, envahit tout le champ de la conscience, brouille le raisonnement, rétrécit le monde à ce seul fait. Le patient perd toute distance, toute critique, par rapport à cette douleur. Cette quasi-obnubilation renforce d'ailleurs la douleur

(2) Observations faites au Veteran Hospital à New York après la Seconde Guerre mondiale.

Les facteurs de l'expérience algique et leurs interactions
(tableau tiré de Bruxelles, p. 13 (1))



dans un processus itératif sans fin : j'ai mal, je ne pense qu'à ça ; j'ai très mal, je suis obsédé par cette douleur ; j'ai terriblement mal, je suis seul au monde avec cette douleur ; j'ai horriblement mal, les autres ne me comprennent pas, etc. C'est bien finalement à une forme d'isolement par le repli sur soi que conduit la douleur. Et cet isolement participe à son tour à augmenter la douleur, en lui donnant une signification telle que le patient ne se vit plus que comme un corps douloureux. Progressivement peuvent s'installer des sentiments à tonalité dépressive (3). Traiter une telle douleur, nous y reviendrons, c'est donc aussi lutter contre cet isolement, rompre ce lien unique en y introduisant un tiers, le médecin et ses alliés. La douleur chronique ne se traduira pas par des réactions spectaculaires comme peut en provoquer la douleur aiguë. Elle aura, en revanche, un retentissement important sur la vie quotidienne. La construction du phénomène douloureux est un processus complexe qui fait intervenir de multiples facteurs comme le montre le tableau ci-dessus.

(3) Ce qui peut d'ailleurs se traduire par de l'agressivité.

Anthropologie de la douleur

Dans son livre, très complet, sur l'anthropologie de la douleur, David Le Breton [4] s'appuie, pour développer son propos sur les aspects anthropologiques de la douleur, sur un article fameux de Lévi-Strauss. Cet article, intitulé *L'efficacité symbolique* [5] illustre en effet parfaitement bien les mécanismes culturels qui sont en jeu dans la douleur ou plus précisément ici dans la lutte contre celle-ci. Ce texte décrit le traitement, par un chaman, d'un accouchement difficile chez une femme cuna (4) – la douleur de l'accouchement est d'ailleurs un bon exemple pour introduire la dimension sociale et culturelle, dans la mesure où il y a mille et une façon de montrer et de dire sa douleur ou de ne pas le faire : au Maghreb, dans les villages, on poussait les femmes à crier pour sortir leur douleur ; dans la France traditionnelle et catholique, on leur demandait de se taire ; ailleurs, en Afrique, parfois on devise accroupie en accouchant, mais si la douleur apparaît insupportable, alors on crie sans retenue...

Mais revenons au texte de Lévi-Strauss, l'intervention du chaman a été réclamée à la demande de l'accoucheuse, qui ne sait plus que faire : le bébé ne sort pas, la femme a mal. Le traitement consiste pour l'essentiel en un chant rituel. Le chaman convoque par ailleurs des assistants (mythiques) pour les emmener jusqu'au séjour de Muu, puissance responsable de la formation du fœtus. Si l'accouchement est difficile, c'est parce que Muu s'est emparé de l'âme de la parturiente. Aussi le chant représente-t-il une aventure visant, à travers maintes péripéties, à rechercher cette âme et à la restituer à la future mère. Une fois l'âme retrouvée, l'accouchement pourra avoir lieu. Muu, vaincu, retournera dans son royaume et tout rentrera dans l'ordre. L'intérêt du texte, nous dit Lévi-Strauss, tient moins à l'histoire elle-même (la malade souffre parce qu'elle a perdu son âme) qu'au fait que « *Mu-Igala* (la route de Muu) et le séjour de Muu ne sont pas, pour la pensée indigène, un itinéraire et un séjour mythiques, mais représentent littéralement le vagin et l'utérus de la femme enceinte, qu'explorent le chaman et les nuchu, et

(4) Population indienne d'Amérique centrale.

au plus profond desquels ils livrent leur victorieux combat.» ([5] p. 215). Pour Lévi-Strauss, ce chant constitue une véritable « manipulation psychologique de l'organe » ([5] p. 219), et c'est là l'essentiel de l'enseignement de ce texte. Ce que raconte le chant fait appel à des éléments profondément ancrés dans la culture de la femme. Les monstres et autres esprits malfaisants qui peuplent l'histoire ainsi racontée sont autant d'êtres familiers pour la femme. Ils font partie de son monde fantasmatique. Et c'est parce qu'ils lui sont si familiers que le récit de leurs combats donne un sens à ce qui jusqu'alors n'était que douleur incontrôlable et incompréhensible. Ce qui n'avait pas de sens (pourquoi cette douleur ?), ce qui était étranger en quelque sorte, est alors replacé dans un schéma compréhensible, qui dès lors devient acceptable et apaisant. C'est ce que l'auteur appelle « l'efficacité symbolique ». Cette efficacité, pour qu'elle fonctionne suppose, nous l'avons vu, un certain nombre de conditions : il faut bien sûr que le chaman croit en l'efficacité de sa technique ; il faut également que le patient adhère à ce dispositif ; il faut enfin que l'entourage, les femmes et les hommes qui sont autour du couple mais aussi le groupe social auquel appartiennent ces acteurs, soit porteur des mêmes représentations. La symbolisation, c'est-à-dire le sens donné à la douleur, est efficace parce qu'elle s'appuie sur des représentations à la fois individuelles et collectives. Individuelles, ces représentations sont bien un processus de mentalisation de la douleur. La patiente acquiert progressivement les éléments qui lui permettent de nommer la douleur et, par là, de la repérer et de la maîtriser. Elle peut en quelque sorte la capturer par les mots. De sauvage, la douleur devient alors apprivoisée, d'étrangère elle devient familière. Ce processus n'est pas étranger à la psychologie occidentale. Il est en fait un mécanisme universel, qui prend des formes différentes en fonction du contexte. Le fait de nommer le mal entraîne, chacun le sait bien, un soulagement. Mais ces représentations fonctionnent aussi parce qu'elles sont collectives. Elles sont pour le moins partagées par le chaman et sa patiente, mais aussi bien sûr par l'accoucheuse qui a fait appel au thérapeute et par le groupe tout entier qui assiste l'accouchée. Le chaman sait son chant pertinent parce qu'il partage la même culture que sa patiente. Il n'est pas un théoricien ; si on le lui demandait, il n'au-

rait probablement pas d'avis sur la question. Aucune explication n'est nécessaire d'ailleurs, le récit se suffit à lui-même, il fonctionne sans autre formulation. C'est sa structure même, plus que son contenu, qui est efficace. Le mécanisme profond échappe ainsi complètement à tous, chaman, assistance, patiente. L'acte se suffit à lui-même, donc point n'est besoin de recourir à la théorie, il suffit de le partager.

La douleur, comme la maladie ou la mort, auxquelles elle est étroitement liée, est source d'angoisse. Elle s'introduit, parfois bruyamment, parfois sournoisement, s'installant progressivement puis se faisant lancinante. Elle est une rupture ou pour le moins un changement de condition. La douleur interroge d'une certaine façon, puisqu'elle révèle une lésion, un dérèglement, un dysfonctionnement. Son intensité, son rythme, ses recrudescences, ses accalmies sont autant d'interrogations que l'on n'aime pas laisser sans réponse. Cette quête de sens est universelle ; sa forme varie d'un groupe à l'autre, mais la démarche intellectuelle est commune à l'ensemble de l'espèce humaine. Elle en est même sans doute une des caractéristiques. Cette recherche de sens doit donc être comprise comme un travail de traduction d'un message inconnu – la douleur – en une information intelligible. Ce processus passe nécessairement, comme nous l'a montré l'exemple développé par Lévi-Strauss, par l'inscription dans un modèle de référence culturelle.

A propos de quelques systèmes de pensée

Pour les patients que nous recevons dans nos consultations, plusieurs facteurs entrent en compte : la religion, la culture, la migration. Examinons ces niveaux.

Les relations entre souffrance et religion sont étroites. Aussi, c'est sur les grands modèles de pensées religieuses que nous allons nous appuyer pour illustrer quelques-unes des différentes manières qu'ont les hommes de penser la douleur.

Dans la tradition judéo-chrétienne

La tradition judéo-chrétienne entretient avec la douleur des relations complexes qui ont évolué au fil des siècles. En réponse à une provoca-

tion de Satan, Dieu laisse Job souffrir les douleurs physiques et psychiques les plus vives, les plus intenses qui soient, dans un climat d'abandon total. Cette épreuve, imposée par Dieu, a pour but de tenter Job, de le pousser à renier sa foi devant tant d'injustice. Dans ce livre, la douleur n'est pas recherchée, comme elle le sera plus tard, mais elle est subie. Ce n'est qu'avec la mort du Christ sur la croix qu'apparaît la dimension « martyrologique » de la douleur. Cette douleur-là intègre la soumission à la volonté divine d'une part et participe d'autre part à la rédemption. Le martyr de Jésus sur la croix vise à sauver l'humanité de ses fautes. C'est de cette expérience-là, qui est en rupture avec les textes anciens, que naissent les mouvements, nombreux, mettant la douleur au centre de leur activité dans un but de rachats des fautes, les siennes mais aussi celles de l'humanité toute entière. Il n'est pas forcément besoin d'aller chercher très loin pour retrouver de telles expériences. Ainsi les pèlerinages de l'Espagne moderne où l'on retrouve des flagellants ou bien encore, plus près de nous, l'expérience du chemin de croix à Lourdes, que certains pèlerins n'hésitent pas à parcourir pieds nus sur les cailloux « pour racheter leurs fautes ».

Une citation de Pie XII en 1944 (5) décrit en quelques mots éclairants le statut de la douleur dans la foi chrétienne : « Dieu, en créant l'homme, l'avait, par un don de sa grâce, exempté de la loi naturelle à laquelle est soumis tout être vivant corporel et sensible ; il n'avait pas voulu mettre dans son destin la douleur et la mort. C'est le péché qui les y a introduites. Mais lui, le Père des miséricordes, il les a prises dans ses mains, il les a fait passer par le corps, les veines, le cœur de son fils bien-aimé, Dieu comme lui, fait homme pour être le sauveur du monde. Ainsi, la douleur et la mort sont devenues, pour chaque homme qui ne repousse pas le Christ, des moyens de rédemption et de sanctification. Ainsi, le chemin du genre humain, qui se profile dans toute sa longueur sous le signe de la croix et sous la loi de la douleur et de la mort, en mûrissant et en purifiant l'âme ici-bas, la conduit au bonheur sans limites d'une vie qui n'a pas de fin. »

(5) in F Durand-Gasselín [3].

L'islam

L'islam introduit d'autres positions vis-à-vis de la douleur. Pour les chiïtes, comme dans le christianisme, la douleur est porteuse de rédemption et offre au croyant la possibilité de réparer des fautes passées. A l'inverse, dans le sunnisme, la douleur ne peut être imputée à une volonté de Dieu. Si elle permet au croyant d'atteindre le paradis, c'est à travers la vertu de l'exemple. Enfin, dans certaines sectes soufites, la douleur provoquée dans des rites spectaculaires par des coups portés sur le crâne vise à délivrer l'homme de ses limites et à le rendre plus fort.

Les sociétés animistes

Dans la tradition animiste (6) des sociétés traditionnelles, la perception, l'expression et le traitement de la douleur sont très liés à la question du statut de la maladie. L'angoisse qui s'y rattache est bien entendu liée à l'intensité du symptôme, mais elle est également dépendante de la position sociale du malade et d'un éventuel caractère itératif du trouble, dans ce que les anthropologues appellent des « séquences du malheur », c'est-à-dire une succession d'événements malheureux. On invoque alors les attaques en sorcellerie, les attaques par les génies, les transgressions vis-à-vis des ancêtres ou des génies, voire des vieux du groupe... autant de théories étiologiques (7) qu'il faut rechercher pour « donner du sens à l'insensé », insensé qu'est le désordre douloureux [9]. Une théorie étiologique est, en anthropologie médicale, un énoncé d'origine culturelle qui donne un sens et pas une cause. Ces théories sont d'origine culturelle, et elles doivent être connues du médecin, au moins en partie, pour que le patient puisse s'autoriser à les dire dans le cadre de la consultation. Elles sont, sur le plan psychologique, de véritables leviers thérapeutiques [2].

La douleur tient par ailleurs une place importante dans les rites d'initia-

(6) Classiquement, l'animisme est défini comme une croyance à l'âme et à une vie future ainsi qu'à des divinités et à des esprits intermédiaires. Il désigne généralement, dans le langage courant, la doctrine des religions traditionnelles.

(7) Une illustration de ces théories sera donnée infra dans l'histoire de Tahar.

tion. Elle est de ce fait un élément important de structuration de l'organisation sociale. Résister à la douleur, ne pas se plaindre lors de manœuvres, d'incisions, de scarifications et autres rites constituent des impératifs fondamentaux pour accéder à une place dans la société.

Les références culturelles d'un patient peuvent ainsi utilement être approchées pour essayer de comprendre la place qu'un épisode douloureux rebelle peut prendre dans sa vie. Cependant, parmi toutes les situations, il en est une qui est très particulière et sur laquelle il est utile de s'arrêter : la migration.

Douleur et migration

L'émigration est une démarche pleine de contradictions. Elle est une libération et un espoir mais aussi une souffrance. Laisser les siens, quitter son monde, ne se fait pas sans sacrifices. Le sentiment d'isolement qui s'ensuit, total ou partiel, ressenti ou enfoui, n'est jamais totalement absent. Quitter son pays, c'est aussi laisser derrière soi un environnement culturel généralement fortement structurant. L'émigré emporte avec lui « son enveloppe culturelle », mais celle-ci n'est plus l'interface qu'elle était avec la culture génitrice ; elle se trouve au contact d'un monde différent, avec lequel elle doit nécessairement, et le plus souvent douloureusement, composer. Elle ne joue plus son rôle protecteur, elle devient un lieu de contradictions et de tensions. Le cas clinique rapporté ci-après illustre bien cette difficulté et les troubles douloureux qu'un tel déséquilibre peut engendrer [6].

Tahar, le corps endolori

Consultation d'ethnopsychiatrie du CHU Avicenne (Bobigny)

Tahar souffre de douleurs intenses : « Les douleurs partent de la tête et vont jusqu'aux pieds. Mon bras gauche me fait particulièrement mal. Ce sont des douleurs comme des éclairs. Parfois ces douleurs sont si fortes qu'elles m'étourdissent. Ma tête tourne, je crois qu'elle va éclater. Les médicaments endorment un peu les douleurs, mais dès que j'arrête d'en prendre cela reprend de plus belle. Tout cela a commencé quelque temps après l'accident, avant j'étais bien, je ne connaissais pas la douleur... ».

Tahar est en France depuis une douzaine d'années, il est originaire de Kabylie. Il travaillait comme maçon. Un jour, il est tombé d'un échafaudage et a perdu connaissance. Au réveil, il était à l'hôpital avec des fractures de côtes multiples et une fracture au niveau du bras gauche. Il a été opéré, plâtré. Son corps a été réparé, mais lui souffre d'algies diffuses.

Lors du premier entretien, Tahar égrène ses douleurs, ses pertes, ses ruptures. Peu à peu, il va, en utilisant essentiellement le kabyle, se mettre à parler de son accident de travail et de la frayeur (*khala'a*) qu'il a ressentie à ce moment-là : « Le choc a été si brutal que j'ai perdu connaissance. A mon réveil, il n'y avait autour de moi que des machines. J'avais peur. Je criais mais je ne sais plus qui j'appelais, ma mère, ma femme... ». Puis il ajoute : « C'est peut-être parce que j'ai été effrayé que je ne rêve plus... » L'évocation de la *khala'a* est pour lui une représentation culturelle structurante, dans la mesure où elle permet de penser le traumatisme et l'effraction vécue au moment de l'accident de travail. Dans la représentation culturelle, ce type de frayeur peut entraîner une véritable sidération psychique par séparation de « l'âme » et du corps. Après une telle frayeur, le corps, qui n'est plus habité, reste vide, proche de la mort.

Au cours de cet entretien, alors que nous sommes en train d'évoquer sa vie avant l'accident de travail, Tahar tient dans sa main un médicament. Il s'agit probablement d'un antalgique. Je dis alors : « Peut-être que vos douleurs augmentent lorsqu'on évoque votre histoire... ». Tahar acquiesce et serre de plus belle son médicament, tel un « objet protecteur ». On évoque alors les talismans que l'on confectionne au pays pour protéger les humains. Pour la première fois, Tahar s'anime. Il se met alors à parler systématiquement en kabyle, lève la tête et s'assoit plus confortablement dans son fauteuil : « Si vous saviez combien j'ai consulté de *taleb*, de marabouts et de guérisseurs de toutes sortes, ici, là-bas. Personne n'a trouvé ce qui m'arrivait ! Je crois que j'ai perdu confiance même en eux ! ».

Tahar a quitté son pays avec regret, pris entre le désir de faire plaisir à son oncle qui l'invitait à venir vivre en France et celui de rester sur la terre de ses ancêtres. Avant d'entreprendre les démarches administra-

tives, il alla voir un cheik (8), pour lui demander de faire... un « travail » (9). Ce travail devait lui permettre d'être refusé à la visite médicale nécessaire pour immigrer (10). En fait, on le déclara apte et il prit le bateau pour Marseille... « Voyez-vous, ajoute Tahar, si je n'avais pas quitté le pays, sans doute que le malheur qui m'atteint aujourd'hui ne serait jamais arrivé ! » Il évoque alors le fait qu'il a quitté le pays sans protection, « sans cela, l'accident ne serait jamais arrivé ! Je n'aurais pas pu être attaqué ! » ajoute-t-il pensif. Dans cet échange apparaît la seconde théorie étiologique culturelle : celle de l'« attaque sorcière ». L'effraction du corps de Tahar n'a été possible que parce qu'il se trouve dans un état de vulnérabilité extrême : sans père, sans pays, sans protection...

L'effet traumatique de l'accident de travail et son inscription corporelle, qui s'apparente ici à une véritable incarnation, se comprend donc à partir de chaînes associatives comme une cascade de traumatismes : l'accident de travail fonctionne comme l'après-coup du traumatisme migratoire, événement d'autant plus déstructurant qu'il s'est fait dans l'ambivalence et qu'il est venu réactiver un traumatisme non élaboré, celui de la mort du père survenue alors que Tahar était enfant.

A la seconde consultation, Tahar évoque le fait que, pour guérir, il ne faut pas être seul. Mais sa vie, dit-il, n'est que solitude et angoisse. Angoisse qu'il ressent quand, par exemple, il imagine que si ses douleurs augmentent, il va peut-être mourir. Or, s'il meurt, il veut être enterré dans la terre de ses ancêtres. Mais son fils saura-t-il s'occuper de la famille après lui ? A l'occasion de l'émergence de cet affect dépressif lié à la pensée de la mort, réapparaît le souvenir des douleurs : « Mon corps me fait moins mal, mais je crains que les douleurs ne reprennent si l'on ne fait pas quelque chose de plus ». Tahar évoque ici de manière culturellement codée la nécessité de faire un acte rituel qui vienne le protéger de manière durable contre l'effraction sorcière. C'est ce qu'il fera en retournant au pays pour clore le travail commencé à la consultation d'ethnopsychiatrie. Il reprendra alors sa place ici et là-bas.

(8) Sage et guérisseur.

(9) Mot utilisé pour évoquer les pratiques magiques.

(10) Et ainsi de résoudre son ambivalence.

Chez Tahar comme chez tant d'autres, le désordre s'exprime par le corps, dernier point fixe du migrant. Mais on voit que, si l'on permet aux patients d'utiliser leurs propres systèmes de sens dans un cadre thérapeutique qui les intègre, on contribue à co-construire avec eux des logiques complexes qui donnent sens à leur désordre en partant du niveau culturel pour aboutir au niveau individuel. La douleur de Tahar exprime ses traumatismes, ses deuils, ses ambivalences. Que cela puisse se dire dans les mots du patient et qu'un sens soit donné a permis un apaisement total de la douleur.

Plus généralement, le corps du migrant peut être considéré comme un des points de confluence entre le sujet migrant et la société d'accueil. L'immigration a en effet majoritairement une origine économique. Le capital santé représente de fait une richesse et le moyen pour l'immigrant de remplir sa part du contrat et donc l'espoir que la société qui l'accueille remplira la sienne. Il est donc le gage de la réussite de son intégration. Cela explique que toute menace, comme une douleur par exemple, mettant en péril ce capital puisse être très anxiogène. Il n'est dès lors pas surprenant d'observer des réactions bruyantes, en terme de plaintes, à des lésions normalement peu algogènes, car derrière la douleur il y a l'angoisse du rejet et la question fondamentale de l'identité.

Douleur et médecine, éléments de prise en charge

Nous l'avons vu, la prise en charge de la douleur dans toute sa complexité est une préoccupation récente. Ce n'est par exemple que récemment que le ministère en charge de la santé a, à travers une circulaire (11) adressée à ses services de soins et de prévention, engagé les praticiens « à mieux lutter contre la douleur ». La douleur, et plus particulièrement la douleur chronique, s'autonomise peu à peu de la maladie pour devenir une préoccupation en soi du praticien. Car, de fait, tout médecin sait bien que, parfois, apprendre au patient à vivre avec sa douleur, l'aider à en réduire le caractère pénible, l'aider à s'adapter à ce handicap sont les seules démarches disponibles, quand aucune thérapie-

(11) Circulaire du 19 janvier 1994.

tique de fond ne fonctionne. D'autres fois, cette construction de sens aboutit à son apaisement total.

Ce court texte n'est qu'une petite excursion dans un monde complexe, celui de la douleur. Aucune recette ne peut en être tirée qui pourrait permettre de faire face à toutes les situations rencontrées. Chemin faisant cependant, quelques pistes ont été exposées que l'on reprendra en guise de conclusion.

Quelques recommandations pour la pratique

Donner un sens au désordre est ce à quoi tout patient s'efforce de parvenir dans sa lutte contre la douleur. A chacun sa manière, compte tenu de son appartenance, de son histoire, de sa personnalité. C'est bien cette démarche qu'il faut, avec le patient, essayer d'identifier et qu'il faut soutenir. La raison seule ne suffit pas, la science en la matière n'est pas exacte. Elle est faite d'intuitions et d'écoute attentive. Tel patient sera sensible à des arguments scientifiques, tel autre aura avant tout besoin d'établir un lien solide, tel autre encore voudra être rassuré sur les idées qui l'obsèdent, tel autre enfin, entré dans la dépression, pourra bénéficier d'une prise en charge psychothérapeutique ou médicamenteuse. Tel patient de religion chrétienne pensera, plus ou moins consciemment que c'est une épreuve envoyée par Dieu, s'interrogera sur le sens de cette épreuve dans son histoire personnelle. Tel autre, originaire d'Afrique de l'Ouest, vivant dans un foyer, interprétera une douleur chronique comme une « attaque de sorcellerie », qu'il attribuera au non-respect de sa part de certaines règles de son groupe d'appartenance, etc. Le malade confronté à la douleur, surtout quand celle-ci est insupportable parce qu'intense ou chronicisée, fait feu de tout bois. S'il vient voir le médecin, pour ne rien laisser au hasard, il s'adressera aussi à Dieu, à un thérapeute traditionnel, à une voyante...

Pour soigner un patient migrant qui a mal, il convient de bien le connaître, de savoir d'où il vient, quelle langue il parle, pourquoi il a migré, comment il vit l'exil... Il ne suffit pas en effet de repérer les signes, de classer les symptômes, d'éliminer telle ou telle étiologie, de donner un traitement antalgique adapté à bonne dose et en respectant les

règles de l'art en matière de prescription. Tout cela en effet constitue le premier temps de la démarche médicale, mais ne la résume pas, loin de là. Cela ne suffit pas, il faut aussi permettre au patient de dire dans ses mots, pour déconcertants qu'ils soient, il faut comprendre ces énoncés tels qu'ils sont dits, sans les juger ni les interpréter en fonction de notre culture. On entre dans un travail patient et passionnant de co-construction du sens.

L'alliance avec le patient est sans doute la meilleure arme du thérapeute. Le malade, se sentant en sécurité et trouvant en face de lui une écoute attentive, ne manquera pas d'évoquer ce qu'il comprend, lui, de sa douleur. Mais il ne le fera que s'il croit que cela peut être entendu. Nul n'est besoin de partager ses convictions et ses croyances, il n'en demande pas tant. Elles devront cependant être respectées et prises pour ce qu'elles sont : une tentative de donner du sens. Après tout, le malade ne se livre-t-il pas, à sa façon, au même travail que le médecin : une tentative d'élucidation.

Il est donc important de replacer la douleur dans son contexte. Quel degré de handicap physique et social entraîne-t-elle ? Provoque-t-elle un arrêt de travail, une perte de salaire et donc des difficultés à vivre ? Il est important de replacer toutes ces conséquences dans leur contexte, celui d'une immigration traumatique par exemple. Par ailleurs, les mots pour dire et exprimer cette douleur dans son corps sont multiples. Il importe de les connaître, de les respecter, de s'appuyer dessus. Ces aspects contextuels donnent un sens à la douleur. Leur connaissance est une étape trop souvent négligée, et cette négligence empêche une véritable prise en charge du patient douloureux.

Bibliographie

- [1] BRUXELLES J. : « La douleur et son langage », *Tempo médical*, 1990 ; 373 A/B.
- [2] DEVEREUX G. : *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard, 1970.
- [3] DURAND-GASSELIN F. : *La douleur : entre modernité et tradition*, Laval, Siloë, 1995.
- [4] LE BRETON D. : *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métaillié, 1995.
- [5] LÉVI-STRAUSS C. : « L'efficacité symbolique », *Anthropologie structurale*, Paris, Plon, 1958.
- [6] MORO M.R. : *Parents en exil*, Paris, PUF 1994.
- [7] MORO M.R., LACHAL C. : *Introduction aux psychothérapies*, Paris, PUF 1995.
- [8] MORO M.R. : « La douleur et le sens », in Ain J. : *Souffrances, quel sens aujourd'hui ?* Toulouse, Erès, 1992.
- [9] ZEMPLÉNI A. : « Le sens de l'insensé : de l'interprétation "magico-religieuse" des troubles psychiques », *Psychiatrie française*, 1983 ; 4 : 29-47.

Copyright 1998 Edition et communication médicales

ISSN 0291-0233. ISBN 2-904942-03-3

Achévé d'imprimer par NRJB, Montmorency

Numéro d'imprimeur : 16688. Dépôt légal : septembre 1998