



MÉTISSE, la lettre de l'Association Internationale d'EthnoPsychanalyse

Métisse 1998 ; 2(sécial colloque « Nourrir un enfant ») : 14-7

Article original

Nécessité de prendre en compte les facteurs culturels pour l'établissement du diagnostic de dépression chez le sujet migrant

Variabilité temporelle du concept de dépression

On se doit d'insister sur la polysémie du terme de dépression. Celui-ci désigne un vécu particulier pénible, un ensemble symptomatique, mais aussi des processus inconscients à l'oeuvre, et pourquoi pas des processus biochimiques.

Mais le concept de dépression varie aussi dans le temps : il n'y eut, au début, que les dépressions endogènes, mélancoliques, puis, alors que les asiles s'ouvraient sur le monde, des dépressions névrotico-réactionnelles. Plus tard encore apparurent les dépressions masquées et les dépressions essentielles des psychosomaticiens, dans lesquelles il n'y avait plus, justement, de symptomatologie dépressive. Plus récemment encore, on assiste à un véritable foisonnement de concepts dont l'appartenance à ce que l'on nomme maintenant le « spectre » des troubles de l'humeur est plus ou moins affirmée : il s'agit de la dysthymie, des dépressions doubles, des dépressions récurrentes brèves, des états dysphoriques prémenstruels, etc.

Tout ceci pour souligner, donc, la variabilité dans le temps du concept de dépression dans nos sociétés occidentales, variabilité qui doit certainement trouver ses causes dans les progrès de la connaissance, mais, peut être aussi, dans l'évolution de la façon dont notre société considère la souffrance psychologique et la tristesse. Autrement dit : sommes-nous en train d'affiner nos connaissances, ou assistons nous à une évolution de nos représentations concernant la souffrance dépressive ?

Variabilité géographique, culturelle du concept de dépression

La douleur psychologique et la souffrance dépressive existent certes partout dans le monde. De nombreuses études réalisées avec les instruments diagnostiques issus des grandes classifications internationales actuelles, l'ont montré à maintes reprises. La prévalence du trouble, certaines particularités de son expression sémiologique semblent variables. On en a vite conclu qu'il y avait un « noyau invariant » de la dépression¹, et des auteurs, engagés dans le courant comparatiste de la psychiatrie transculturelle, l'ont décrit comme l'association du ralentissement psychomoteur, de l'insomnie et de l'anorexie. Autour de ce noyau universel, se grefferaient des symptômes propres à la culture considérée.

Pourtant, il y a là un biais énorme : les instruments diagnostiques utilisés possèdent une bonne spécificité (on identifie bien des dépressions) mais on ne sait rien de leur sensibilité, c'est-à-dire qu'on ne sait pas si on identifie *toutes* les dépressions. Autrement dit, parler d'un noyau sémiologique invariant de la dépression procède, à notre sens, d'une pensée ethnocentrée.

Il n'y a que dans nos sociétés occidentales que la nosologie psychiatrique est basée sur les symptômes

Dans les sociétés traditionnelles, la nosologie est basée sur l'étiologie du trouble : il peut s'agir de la manifestation d'êtres culturels (comme les *djinn*s au Maghreb), d'esprits tutélaires, de la transgression d'un interdit, de magie interpersonnelle, de sorcellerie.

Comme on le voit, ces étiologies fournissent un sens aux troubles observés, un sens qui est congruent avec la culture du sujet.

Il n'est donc pas possible de dresser un parallèle entre la sémiologie des sociétés traditionnelles basée sur le sens, et notre sémiologie basée sur les symptômes.

Ceci explique qu'à notre catégorie « troubles dépressifs » puisse correspondre toute une série de troubles d'expression clinique très variées : le codage culturel des troubles peut ainsi occulter totalement la symptomatologie dépressive.

Comment s'y prendre dans de telles situations ?

¹ Voir la bibliographie commentée.

La question souvent posée : « Est-ce que c'est culturel ou est-ce que c'est psychiatrique » n'a pas grand sens. Chaque phénomène peut et doit, selon les principes de l'ethnopsychiatrie, au sens de Devereux, être envisagé comme un fait psychique et comme un fait anthropologique de manière non simultanée. Ceci permet de ne pas confondre les niveaux anthropologique et psychologique.

La dépression chez le migrant peut ainsi se présenter sous des formes trompeuses. On peut citer :

- certains états délirants et/ou confusionnels ;
- des plaintes somatiques traînantes, parfois à l'origine de revendications trop vite qualifiées de « sinistrosiques » ;
- les tableaux qualifiés de psychose puerpérale (ici on mesure l'enjeu majeur que représente d'un traitement adapté et donc rapidement efficace).

Le décodage des symptômes passe par une analyse à un triple niveau (formalisée par Moro, 1994) :

- niveau ontologique, celui de l'être, consiste à essayer d'appréhender les manières de voir et de considérer le monde du patient ;
- niveau des théories étiologiques qui consiste à explorer le sens donné aux symptômes ;
- niveau thérapeutique, le faire, qui consiste à explorer les logiques thérapeutiques qui en découlent.

Permettre au patient d'élaborer un sens au désordre qui lui soit acceptable est souvent le temps décisif qui marque l'établissement de l'alliance thérapeutique et permet secondairement l'élaboration d'un récit.

Quels sont les enjeux ?

Ne pas se poser la question des facteurs culturels peut amener à de graves erreurs diagnostiques, et à des difficultés dans l'établissement de l'alliance thérapeutique.

Il faut commencer par reconnaître les biais liés au clinicien. Celui-ci est un être possédant une identité personnelle, sociale et culturelle et il doit être bien conscient des implicites que cela suppose.

En effet, la distance culturelle entre le patient et son thérapeute va influencer des éléments aussi variés que :

- la présentation ;
- la mimique, la gestuelle ;
- l'expression des affects, etc.

Autant d'éléments que nous avons tendance à évaluer d'après nos propres implicites culturels.

Donc l'enjeu est avant tout diagnostique. Combien avons nous reçu de patients déprimés traités par neuroleptique au long cours sans grande efficacité, ou bien victimes d'exams complémentaires de plus en plus invasifs devant une mystérieuse plainte somatique ?

L'enjeu est également thérapeutique. Il est habituel de parler de difficultés dans l'établissement de l'alliance thérapeutique avec les patients migrants.

Beaucoup de médecins regrettent les problèmes d'observance du traitement antidépresseur lorsqu'il est prescrit.

Ceci n'est pas inéluctable. Dans un grand nombre de ces cas, le discours médical sur la maladie n'a pas permis que s'élabore un sens à ce qui se passait.

Les travaux en anthropologie médicale ont montré que dès l'apparition de symptômes, un processus de recherche et d'attribution de sens se mettait en route chez le patient et son entourage. Ceci n'est bien sûr pas uniquement valable pour les migrants. Qui n'a jamais entendu un patient lui demander, au terme de longues explications sur le trouble présenté, son étiopathogénie, son traitement sur le trouble présenté, son étiopathogénie, son traitement.

« D'accord, Docteur, mais ça vient d'où ? Et pourquoi ? »

C'est que le discours scientifique n'est pas porteur de sens. L'attribution d'un sens par le patient va se faire de manière congruente à ses manières de voir, à sa culture.

Que le thérapeute énonce un sens en opposition avec celles-ci et l'alliance thérapeutique ne pourra pas s'établir.

Il en va de même avec les médicaments. Dans les sociétés traditionnelles, le traitement s'appuie le plus souvent sur la restructuration des liens externes du patient, ce qui permet en retour l'élaboration.

Donner un médicament n'est donc pas un geste banal en cas de désordre psychologique. En outre, là encore, le codage culturel va intervenir à plusieurs niveaux :

- sur la façon dont va être considérée l'objet médicament : forme, couleur, saveur ;
- sur ses effets latéraux et secondaires (bouche sèche, nausées, etc.)

Tous ces éléments vont donc être interprétés de manière congruente à la culture du sujet : les tremblements, par exemple, sont souvent mal supportés par les patients maghrébins qui leur attribuent une signification pronostique très péjorative.

Enfin, concernant l'alliance thérapeutique, on peut noter le manque de familiarité des praticiens avec la notion d'itinéraire thérapeutique. Il s'agit de la pratique qui consiste à interroger différents types de savoir en fonction de l'évolution du trouble et de la manière dont on se le représente : médecine occidentale, guérisseurs, religieux...

Nous serions là aussi bien naïfs de croire que cette pratique ne concerne que les migrants.

Ces allers retours sont parfois mal vécus par le médecin qui pense que son savoir est remis en question. Pourtant dans l'esprit des patients, ces différentes pratiques sont complémentaires et non concurrentielles.

Pour finir, je voudrais proposer quelques recommandations pour la pratique avec les patients migrants, qui soient utilisables en dehors d'un cadre ethnopsychiatrique.

1- Etre capable d'une écoute non ethnocentrée, non « jugeante », même si l'on ne comprend pas.

2- Permettre si possible des entretiens en langue maternelle, faire venir la famille avec l'accord du patient.

3- Inciter le patient à exprimer ses vues sur le sens de ce qui se passe, sur ce qu'il faudrait faire. Il faut savoir que le patient les exprimera rarement sinon. Ce moment de la co-construction de sens est déterminant pour la suite.

4- Savoir que le recours à d'autres modes de soins ne fait pas concurrence à ce qui a été entrepris ici. Inciter le patient à exposer son itinéraire thérapeutique, le sens de son recours à la médecine, ce qu'il attend.

5- Bien sûr, nous n'avons pas évoqué ce point, mais il est de première importance que le patient puisse parler de son expérience migratoire, de son déroulement, de ses déterminants, de ce qu'il pense de la vie ici, de la vie là-bas. La situation d'exil (réalisé pour fuir, sans espoir de retour) expose encore davantage au risque de décompensation dépressive.

6- Les prescriptions médicamenteuses se font dans les indications classiques, aux doses habituelles en ce qui concerne les antidépresseurs et les thymorégulateurs. Mais les représentations du patient concernant le médicament, les effets secondaires doivent pouvoir être exprimées.

Avec ces quelques adaptations du cadre thérapeutique classique, même si celles-ci sont finalement assez peu spécifiques, on doit pouvoir améliorer grandement la sensibilité du diagnostic de dépression chez le sujet migrant, et la qualité de l'alliance thérapeutique.

Thierry Baubet²

² Psychiatre, Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Avicenne (Bobigny).