

# L'APPORT DE L'ANTHROPOLOGIE MÉDICALE CLINIQUE (AMC) DANS LA RELATION DE SOINS

**Stéphanie Larchanché, PhD**

Anthropologue médicale, psychothérapeute, formatrice en interculturalité

**Marie Jo Bourdin**

Ex-Directrice adjointe du centre médicopsychologique Françoise Minkowska

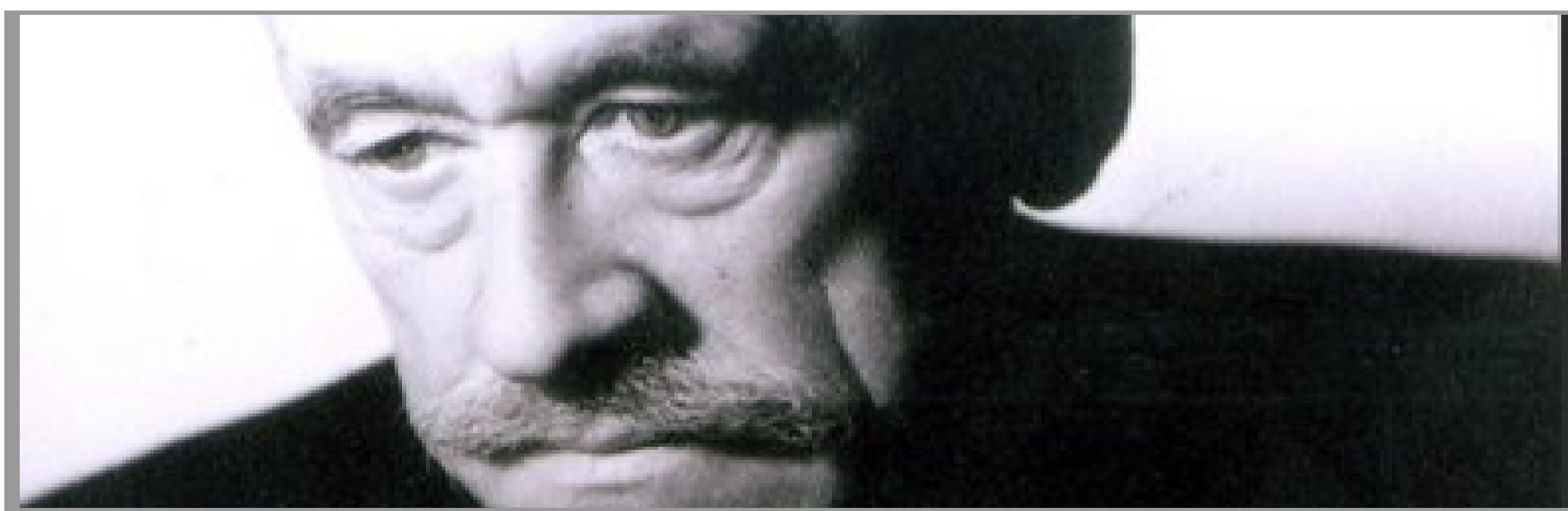
Thérapeute psycho sociale

Présidente de Alfapsy International (Fédération Alternative des Associations de Psychiatrie)

Vice Présidente du MISC Ile de France

**Les jeudis de Alfapsy International**

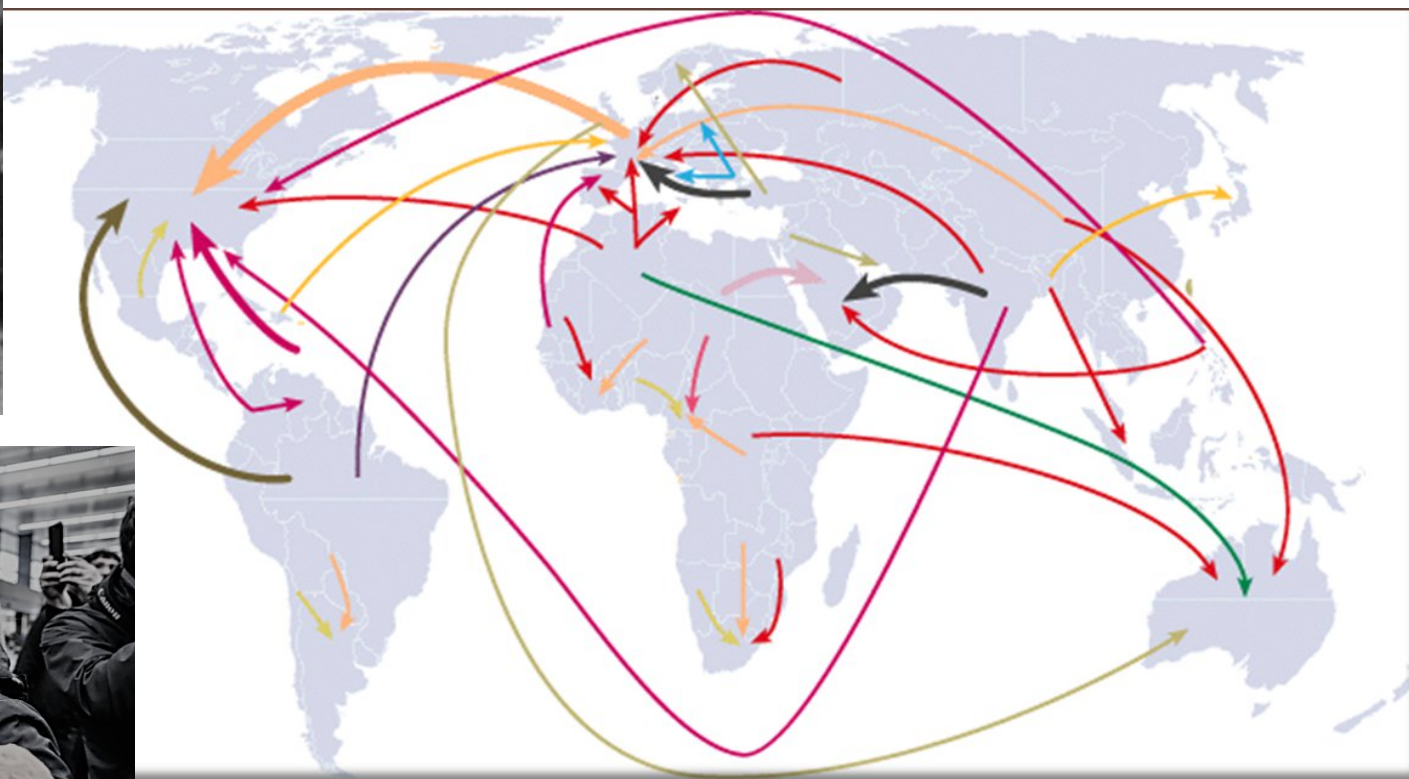
05/09/2025



« L'HOMME EST FAIT POUR RECHERCHER  
L'HUMAIN »  
EUGÈNE MINKOWSKI

UNE PHRASE DE CE GRAND PSYCHIATRE QUE  
L'AMC ET LA TCI PEUVENT FAIRE LEUR, DANS UNE  
DÉMARCHE HUMAINE ET SOCIALE.

# Flux migratoires Internationaux 1960-1975



# Flux migratoires Internationaux actuels 258 millions de migrants internationaux dans le monde aujourd'hui (ONU 2017)

*Migrer, un  
phénomène  
consubstantiel à  
l'histoire des sociétés  
humaines.*



## FLUX MIGRATOIRES INTERNATIONAUX

304 millions de migrants internationaux dans le monde aujourd'hui (ONU, DESA 2024).

Les populations migrantes représentent environ 4 % de la population mondiale.

48% sont des femmes, 11% sont des jeunes entre 15 et 24 ans.

Entre 2022 et 2023, 223 000 personnes ont été reconnues victimes ou survivantes de la traite humaine, parmi elles, 71% de femmes et de filles.

A la fin de 2023, on recense 44 millions de réfugiés et demandeurs d'asile dans le monde.

Dans ce contexte de mondialisation incontournable, les professionnels du soin, du social, de l'éducation et de la justice se trouvent de plus en plus confrontés aux problématiques linguistiques et culturelles des populations qu'ils rencontrent.

Cette diversité peut être source d'incompréhensions, de décalages, de malentendus et complexifier les prises en charge.

# L'anthropologie médicale clinique

**Qu'est ce que l'anthropologie  
médicale clinique ?**

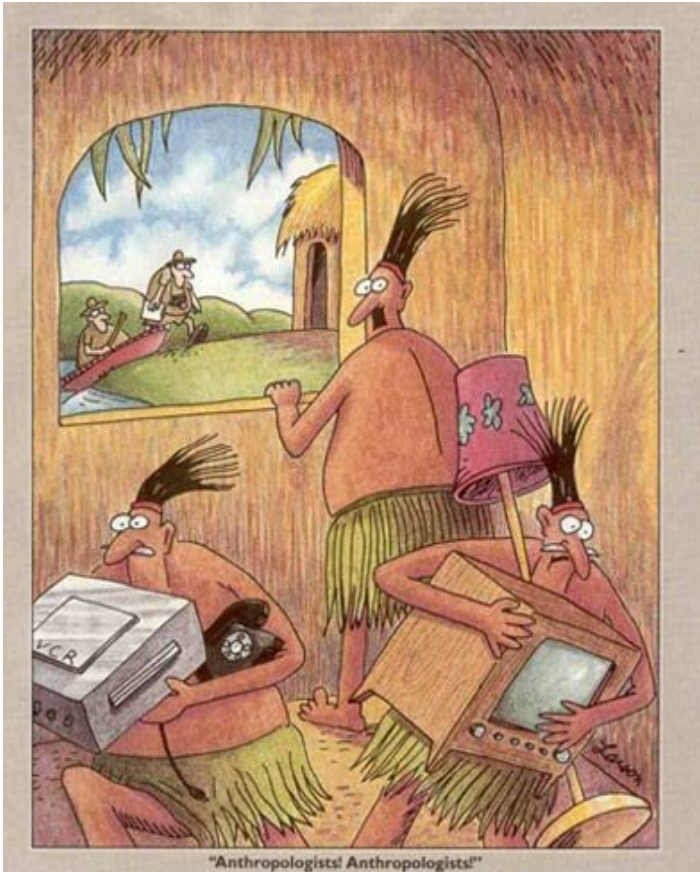


**L' anthropologie** rassemble l'ensemble des sciences qui étudient l'homme dans ses différentes dimensions, et en particulier l'homme en société.

Sylvie Faizang, anthropologue française, définit ainsi **l'anthropologie médicale** :

C'est l'étude et « les travaux qui portent leur attention sur les représentations de la maladie, les itinéraires des malades, le rôle des thérapeutes ou les pratiques thérapeutiques de toute sorte (dont les rituels de guérison), en fonction du système socioculturel dans lequel ils s'insèrent. »

On peut y ajouter l'étude des rapports de pouvoir soignants-soignés ou personne malade-société.



L' AMC est une branche appliquée de l'anthropologie médicale.

On peut la définir comme un outil théorique mais aussi pratique destiné à faciliter le travail thérapeutique et l'accompagnement social, et particulièrement dans le cadre particulier de l'interculturalité.

Elle permet la compréhension et la gestion de la relation soignant/soigné (ou aidant/aidé)

**Une approche où l'on ne clive pas le social du médical et/ou du psychologique**  
(Paris, Bennegadi, Bourdin 2009)

Une des contributions majeures de l'Anthropologie Médicale Clinique a été de réintégrer la maladie dans son contexte socio culturel au sens large.

Cet éclairage permet de se centrer sur le patient, sans le stigmatiser et sans se focaliser d'emblée sur la culture. Avec cette approche, « l'élément culture » n'intervient que dans le récit subjectif du patient (qui parle de sa souffrance psychique, sociale ou physique avec ses références culturelles).

## Quelles questions se pose l'anthropologie médicale clinique en situation interculturelle ?



Arthur Kleinman, psychiatre et anthropologue américain, dans les années 75-80, va poser la question dans ces termes :

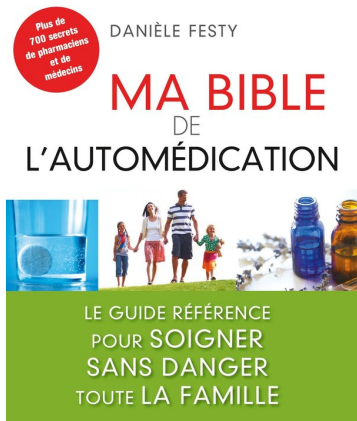
*« quel modèle est-il capable de « rendre compte de façon adéquate de la dimension phénoménologique de l'expérience de la maladie dans divers cadres culturels tout en donnant une analyse (...) d'interprétations divergentes et parfois conflictuelles de la maladie ? »*

# MODÈLES EXPLICATOIRES ET SYSTÈMES DE SOINS

Kleinman va développer 2 concepts :

- Les **modèles explicatoires** de la maladie : comment face à la maladie répond t-on aux divers questionnements qui s'imposent : que se passe t-il ? Mais aussi : Comment ? Qui ou quoi l'a produite ? Pourquoi ?...
- Les **systèmes de soins** : à quels systèmes, quels réseaux recoure-t-on lorsqu'on fait l'expérience de la maladie ?

Kleinman montre que **les modèles explicatoires vont différer en fonction du système de soins** que l'on va solliciter.



## Les systèmes de soins, 3 secteurs qui se chevauchent :

- Le **secteur populaire** : lieu d'identification et évaluation du trouble par l'individu et sa famille, lieu aussi de **l'automédication**
- Le **secteur professionnel** : il concerne la médecine scientifique moderne (**biomédecine**), il est fortement autocentré et c'est un lieu de pouvoir
- Le **secteur traditionnel** : formé de spécialistes non professionnels, il s'élargit vers le religieux et utilise des techniques et des **rituels**

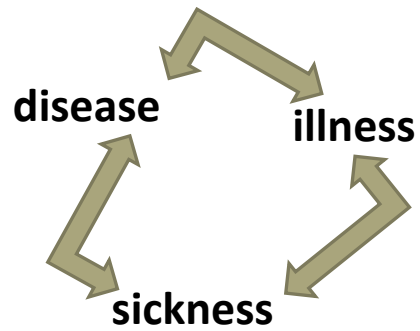
# LES 3 DIMENSIONS DE LA MALADIE



A partir de ces concepts de systèmes de soins et de modèles explicatoires, Kleinman va attribuer 3 notions à la maladie qui vont devenir le trépied de l'anthropologie médicale clinique :

- **Disease** : c'est la maladie dans sa réalité biomédicale, telle que la définit le médecin ou le professionnel de santé.(diagnostic).
- **Illness** : c'est la maladie vécue en tant qu'expérience subjective par le ou la patient(e). Le terme renvoie au discours du patient qui fait part de la perception qu'il a de son état de santé, de son vécu subjectif et de son mal être en fonction de sa culture et de son histoire personnelle.
- **Sickness** : c'est la maladie sous l'angle des déterminants sociaux. Le sickness englobe tout ce qui relève de la réalité sociale, tout ce qui concerne les aspects de l'environnement et du sociétal qui accompagnent l'expression de la souffrance.

# LA CONFRONTATION DES MODÈLES EXPLICATOIRES



Dans les pratiques cliniques et sociales,

l'AMC, qui respecte toutes les approches théoriques est donc un outil théorique et pratique qui, en prenant en compte les éléments du « **disease** » et du « **illness** », **sans jamais oublier les éléments du « sickness »**, va permettre la **confrontation des modèles explicatoires** de la souffrance (médicale et/ou sociale) pour aboutir à une dynamique de **co-construction créative**.

Si je mets mes mots à moi sur les mots du patient ce n'est pas pour les remplacer par les miens mais pour mieux comprendre le sens des siens.



# LE SICKNESS: L'IMPORTANCE DES DÉTERMINANTS SOCIAUX



Comment faire un travail psychothérapeutique, parler de son vécu traumatique, quand on ne sait pas où l'on va dormir le soir, si l'on va trouver un repas chaud, si l'on ne va pas se faire arrêter par la police... ?

Le social ne peut donc pas être clivé du médical et du psychologique. le travail en binôme clinicien / travailleur social prend tout son sens , toute sa cohérence.

(Bourdin, Sarr, 2010)

# L'IMPACT DES DÉTERMINANTS SOCIAUX SUR LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DANS UN CONTEXTE DE MIGRATION OU D'EXIL

Absence d'hébergement, logement insalubre, conditions de travail pénibles, chômage de longue durée, statut administratif précaire ou clandestinité... Autant de déterminants sociaux qui affectent particulièrement la santé mentale des migrants et réfugiés, comme nous le verrons avec un exemple clinique

L'impact de ces déterminants sociaux sur la santé mentale participe pleinement à l'expression de la souffrance psychique avec un rapprochement du champ psy et du social.

# PRENDRE EN COMPTE LES DÉTERMINANTS SOCIAUX: L'IMPORTANCE DES PRATIQUES PLURIDISCIPLINAIRES

Les réponses sociales peuvent permettre de dépasser certaines crises ou favoriser un certain changement et en ce sens l'accompagnement social peut avoir des effets thérapeutiques.

La souffrance psychique, tout comme la souffrance sociale nécessitent plus que jamais des regards croisés, des pratiques pluridisciplinaires et partager entre professionnels pour co-construire et innover pour promouvoir la santé mentale des personnes en situation de migration ou d'exil.

# ENJEUX DE LA RECONNAISSANCE DES DÉTERMINANTS SOCIAUX



... permet d'éviter de **culturaliser par excès la souffrance psychologique**, attitude qui prend d'une part le risque de la **stigmatisation** et d'autre part qui néglige **la responsabilité du politique et de l'économique** (à l'échelle internationale et nationale).

*En effet :*

focaliser sur la culture sans prendre en compte les déterminants sociaux, c'est « disséminer un modèle selon lequel les individus seraient eux-mêmes (uniquement) responsables de leur problème de santé. » (Larchanché, Sargent, Bourdin, 2010)

# EN RÉSUMÉ, L'AMC PERMET :

- ❖ D'opérer un mouvement de recentrage sur la personne et de décentrage par rapport à soi
- ❖ De s'intéresser aux personnes sans les stigmatiser (l'enfer de la stigmatisation est pavé de bonnes intentions) et créer une véritable rencontre en confrontant les références culturelles et les modèles explicatoires de chacun
- ❖ D'accompagner véritablement et de rendre l'autre acteur
- ❖ De comprendre les causes structurelles de la souffrance sociale  
Cette approche est humaine, sociale et centrée sur la personne.

# CAS CLINIQUE MME C. (1)

Madame C en France depuis 2009 et ses deux filles S et A respectivement âgées de 15 et 12 ans sont adressées au Centre F Minkowska par une psychologue et un éducateur de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

Les filles sont venues rejoindre leur mère trois ans plus tard et ont été placées dans deux foyers de l'ASE

# CAS CLINIQUE MME C. (2)

Leur trajectoire migratoire est en lien avec une tragédie familiale : deux années auparavant, l'aînée a été violée par son père. Une plainte est déposée (honte pour la belle famille qui devient menaçante)

Quelque temps après, la mère fait une dépression avec une tentative de suicide.

Un oncle maternel prend en charge les deux sœurs et aide sa nièce à fuir le Cameroun.

# CAS CLINIQUE MME C. (3)

L'équipe de l'ASE s'adresse au Centre pour une demande de prise en charge familiale, surtout pour S l'ainée qui présente un état dépressif sévère.

Elle exprime sa souffrance par des somatisations de type hypochondriaque. La mère quant à elle est très culpabilisée avec beaucoup d'amertume et de remords.

# CAS CLINIQUE MME C. (4)

Déroulement du premier entretien (position de l'aînée)

Proposition de prise en charge

Situation administrative de la mère

La place des déterminants sociaux dans l'évolution de cette prise en charge.

# CAS CLINIQUE MME C. (5)

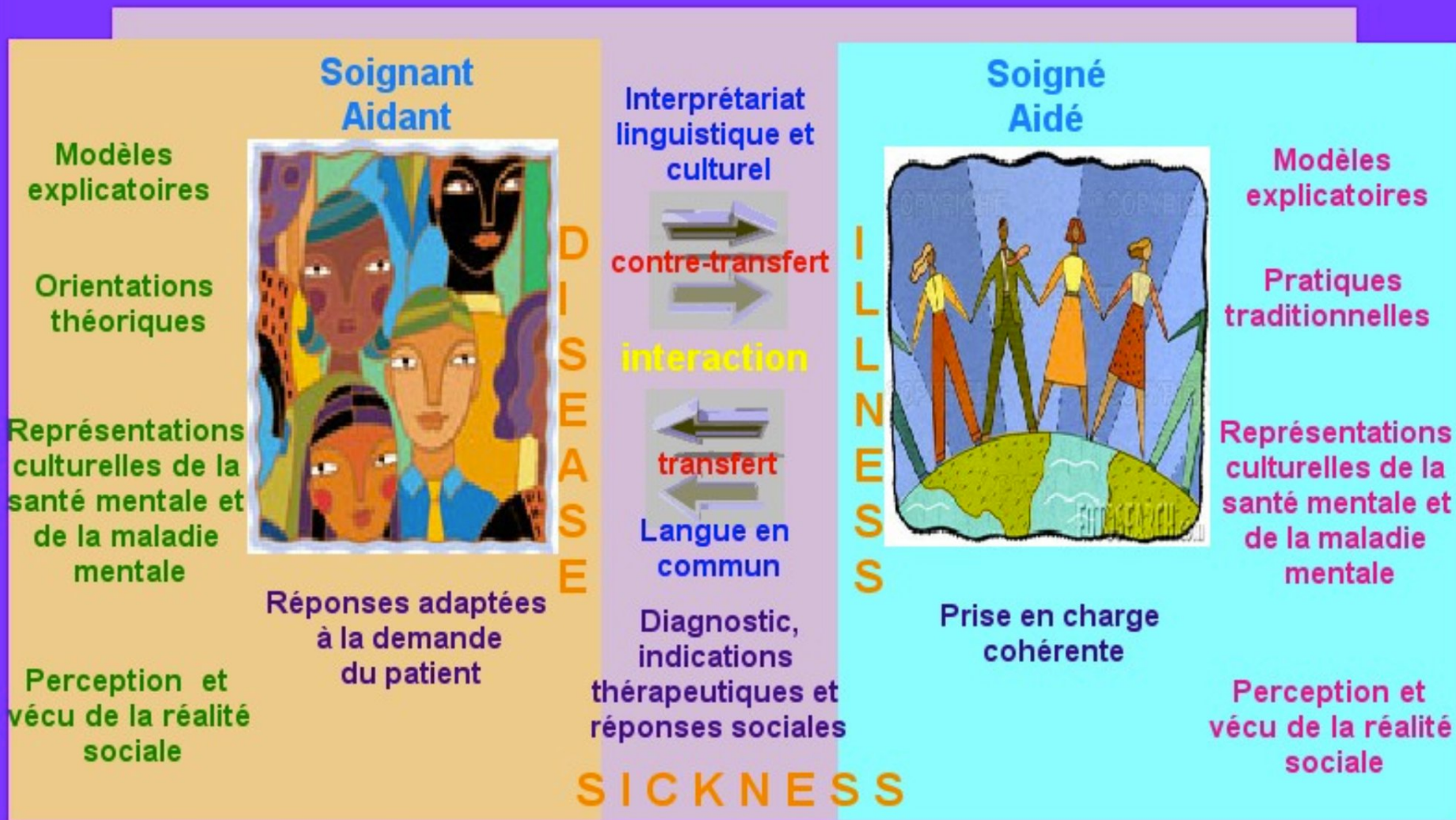
Un refus de renouvellement du titre de séjour de la mère accompagnée d'une OQTF (Obligation à Quitter le Territoire Français) vient mettre à mal cet équilibre encore fragile, ce « mieux être » de la mère et de la fille

Le social (sickness) revient au devant de la scène

Les déterminants sociaux (précarité administrative, celle du logement, l'absence de ressource...) interfèrent dans l'évolution favorable du travail thérapeutique mis en place depuis plusieurs mois

Ce cas clinique vient illustrer le travail de complémentarité entre clinicien et travailleur social dans l'accompagnement du migrant en souffrance psychique et sociale

# Accès aux soins pour tous



## Prestations de soins dans le cadre du droit commun



# DE L'AMC À LA COMPÉTENCE CULTURELLE

Développer ses compétences culturelles auprès des personnes en situation de migration :

- C'est d'abord **se positionner dans le système de droit commun** avec le droit à l'accès à l'intervention médicale, psychologique et sociale pour tous
- C'est **avoir une langue en commun** avec les usagers (soit directement soit via un interprétariat linguistique et culturel quand la situation clinique l'exige)

# DE L'AMC À LA COMPÉTENCE CULTURELLE (2)



Mais attention !

- La culture **ne peut être réduite à une compétence technique** auquel le professionnel doit être formé pour devenir un «expert»
- la compétence culturelle **ne peut pas se résumer à une liste de recettes** de savoir-faire avec chacun selon son origine.
- Les dangers d'un tel raisonnement:
  - ☞ **La reproduction des stéréotypes**: les africains pensent ceci, les chinois cela...
  - ☞ **L'assignation à la culture** : on cherche d'abord l'origine culturelle à une souffrance en oubliant la personne avec sa propre histoire, sa propre subjectivité.

# DE L'AMC À LA COMPÉTENCE CULTURELLE (3)

- Il s'agit donc plutôt de **savoir entrer en relation avec l'autre**, d'avoir de l'empathie pour ce à quoi il croît, ce qu'il ressent, la manière dont il perçoit son environnement
- Dans le contexte du soin, c'est une prise en charge **centrée sur la personne**, et pas focalisée sur sa culture
- c'est toujours considérer **la personne dans son contexte biopsychosocial**



# DE L'AMC À LA COMPÉTENCE CULTURELLE (4)

La compétence culturelle, qui s'appuie sur les outils de l'anthropologie médicale clinique, outre l'aptitude naturelle de chacun à entrer en relation avec l'autre, nécessite de travailler sur **2 notions fondamentales** :

- le **décentrage**
- le **contre-transfert**

# LE DÉCENTRAGE

- Le décentrage c'est « construire une position intérieure qui permette de ne pas ramener de l'inconnu à du connu » (Moro)
- C'est « émigrer de nos propres certitudes » (Bourdin)
- C'est « le désir d'apprendre du différent » (Cohen-Emerique)
- C'est l'effort permanent du « pas de côté » de l'anthropologue pour « passer de l'angoisse à la méthode » (Devereux), chausser une autre paire de lunettes et adopter une perspective différente sur le monde, sur la relation aux autres

*« Chaque culture dit quelle est la manière normale pour être anormal, et quelle est la manière anormale pour être normal. »*      *Georges DEVEREUX*

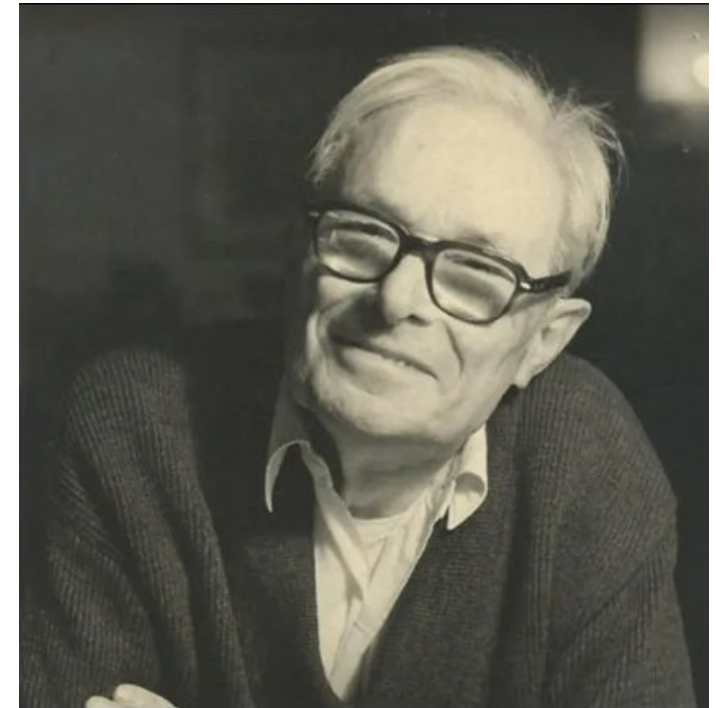
# LE DÉCENTRAGE (2)

**En pratique**, appuyons-nous sur l'approche de Margalit Cohen-Emerique (2015) :

- C'est d'abord **reconnaître son propre cadre de références culturelles** (au pluriel car entendues au sens large : nationale, ethnique, religieuse, professionnelle, institutionnelle, etc.), cadre qui est élaboré de façon unique en fonction de son histoire personnelle.
- Tout en sachant, sans se culpabiliser, que **l'ethnocentrisme, les préjugés et les stéréotypes sont des processus universaux** inhérents au fait d'appartenir à une société ou un groupe, et souvent inconscients, à l'origine d'un regard réducteur et dévalorisant sur l'autre. Le décentrage demande de **réfléchir sur « sa culture subjective, intériorisée »**.
- Pour ensuite **découvrir le cadre de référence de l'autre**. Par une attitude d'ouverture et d'écoute il s'agit **d'entrer dans la rationalité de l'autre**. Il ne s'agit pas de faire sienne sa rationalité mais de **la considérer comme autant fondamentale et respectable que la sienne** propre, sans niveau de valeur entre elles. C'est donc l'effort permanent pour aller de la culture vers la personne.

# LE CONTRE-TRANSFERT

- **Les notions de transfert et contre-transfert** ne sont pas réservées aux seuls psychanalystes. Elles **sont inhérentes à toutes relations humaines**, et en particulier lorsqu'il y a une recherche d'aide que ce soit dans le domaine du soin comme dans celui du social.
- Le contre-transfert (et le transfert) peut comporter une dimension culturelle. Pour Devereux (1967), **le contre-transfert culturel est en rapport avec l'angoisse que suscite la confrontation à l'altérité** (*qualité de ce qui est autre*).



# LE CONTRE-TRANSFERT (2)

- **Le contre-transfert culturel c'est donc la manière dont on se positionne par rapport à l'altérité** de la personne migrante, à ses manières de faire, de penser la souffrance, les relations sociales etc.
- **Analyser le contre-transfert**, c'est se poser la question de ce qui nous amène, face à une personne de culture différente, à penser telle chose, à formuler telle parole ou tel acte, c'est-à-dire à avoir toutes ces réactions implicites et explicites. (« cf article « une exciseuse dans mon bureau : la question du décentrage et du contre transfert »)

Exemples :

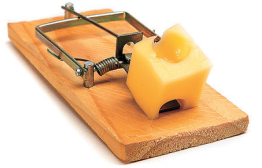
- ☞ Quelle est ma position intérieure face à une personne soninké qui me dit qu'il a été attaqué par un esprit et qu'il doit faire un sacrifice pour s'en débarrasser ?
- ☞ Pourquoi ai-je telles pensées et telles réactions si je suis une femme et que je reçois un homme maghrébin et son épouse voilée ?

# DÉCENTRAGE ET CONTRE-TRANSFERT

- Décentration et analyse du contre-transfert sont donc des notions intimement liées. « **Ce sont sans doute les mécanismes les plus difficiles à acquérir dans la pratique culturelle mais les plus précieux aussi.** » (Moro et Baubet)
- **Ils sont les garants** contre le risque de passage à l'acte agressif, de **rejet**, voire raciste ou, à l'inverse, de **fascination** envers l'exotisme aboutissant à des attitudes stigmatisantes .
- **Le rejet et la fascination** sont les deux bornes des attitudes qui nous animent face à l'altérité. **Le décentration et l'analyse du contre-transfert culturel nous aident à nous tenir à distance de ces deux bornes.**

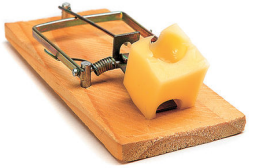
*Cf cas clinique « une exciseuse dans mon bureau : la question du décentration et du contre-transfert » MJ Bourdin*

# LES 10 PIÈGES CLASSIQUES DE L'APPROCHE CULTURELLE (RACHID BENNEGADI)



- 1- Ne pas s'intéresser à la langue en commun nécessaire entre thérapeute et patient et faire des entretiens basés sur un à peu près quand bien même empathique est une erreur clinique, acceptable il y a encore quelques décennies, mais intolérable de nos jours car les moyens linguistiques sont nombreux et disponibles
- 2- Ne pas vouloir entendre se dérouler le récit de la souffrance psychique ancré sur des références culturelles des approches magico religieuses ou tout autres approches proposées par le patient, ce serait là aussi commettre l'erreur de l'ethnocentrisme. (*rejet*)
- 3- Coller complètement aux formulations culturelles du patient à ses propositions thérapeutiques quelques qu'elles soient signifierait quelque part un contre transfert catastrophique (*fascination*)
- 4- S'appuyer uniquement sur l'interprète linguistique et culturel pour mener l'entretien à l'insu du thérapeute et de l'interprète lui-même, serait la preuve de la non maîtrise d'un entretien à trois.
- 5- Dire que l'approche psychanalytique ne conviendrait pas à telle ou telle culture en dit plus sur les a priori du thérapeute que sur la psychanalyse.

# LES 10 PIÈGES CLASSIQUES DE L'APPROCHE CULTURELLE (RACHID BENNEGADI) (SUITE)



6- Croire que la souffrance psychique ne découle que de troubles sociaux ou sociétaux est également un obstacle à éviter

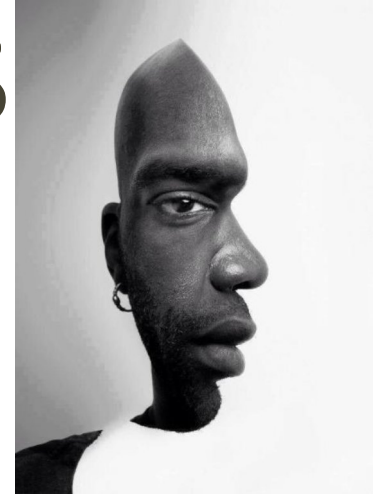
7- Penser que, seul le discours politique peut modifier la relation soignant/soigné et attendre que les choses changent pour répondre à la souffrance psychique d'un individu hic et nunc, est également une vision incomplète du soin

8- Penser que seul un thérapeute de la même origine culturelle que le patient est capable d'apporter le soutien psychothérapeutique nécessaire et adéquat relève d'une vision étriquée du système de soin en France, tout en risquant d'enfermer le patient et le thérapeute dans le même risque de stigmatisation.

9- Ignorer superbement le fonctionnement du système de soins en France, son attachement au droit commun, son refus du communautarisme et sa volonté de l'accès aux soins pour tous, fait partie d'une stratégie souvent inconsciente due à la mauvaise connaissance du fonctionnement des institutions.

10- Vouloir tout faire pour les migrants et n'avoir pour résultat que de les stigmatiser.

# MIGRER IMPLIQUE DES REMISES EN CAUSE PROFONDES



- *Qui suis-je ?*
- *Comment construire une unité faite de diversité ?*
- *Comment être tout à la fois d'ici et d'ailleurs, être reconnu dans mes différentes appartenances et pouvoir ainsi me défaire d'une identité stigmatisée ?*
- *Comment changer « sans trahir » ? Sans perdre son âme, son histoire personnelle, l'affection des siens ?*
- *Comment sortir de cette impasse ? Comment gagner l'estime de nouveaux amis, faire de nouvelles alliances ?*
- *Comment je vais m'en sortir ?...*

# EXIL ET MIGRATION



*Bilal, Sur la route des clandestins (2008)*  
Fabrizio Gatti

- Expérience dans le temps (souvent plusieurs années)
- Rupture que ce soit un exil forcé ou une migration décidée
- Raisons multiples : raisons politiques, contexte de guerre, sociales, familiales, raisons économiques, soif de liberté , d'aventure...
- Acte courageux et souvent ambivalent dans la volonté de partir
- **La migration n'est pas toujours pathogène** mais c'est une situation qui nécessite des réaménagements avec un long travail d'élaboration. (Ne pas pathologiser ce qui est culturel ni à l'inverse culturaliser ce qui est pathologique) attention à l'inflation des diagnostics !
- Une migration peut se transformer en exil...

# EXIL ET TRAUMA



*Les voyageurs, Marseille*  
Bruno Catalano

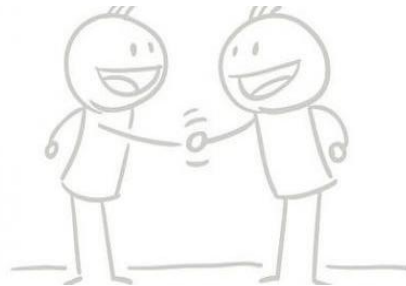
- L'exil est très souvent un véritable traumatisme : fuite d'une menace, d'un danger imminent pour soi et/ou pour les siens...
- L'exil résulte d'une violence quelle soit économique, sociale ou politique...
- L'exil entraîne une diminution des défenses psychologiques, l'individu est en situation de vulnérabilité

**«Partir c'est risquer de n'être plus»**  
**Ari Gounongbé**

*Ne pas oublier que...*

« si je me mets à la place de l'autre, l'autre a t-il encore sa place ? »

Jean-Paul Sartre



**Merci !**