

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2007

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de psychiatrie)

par

Jeanne-Flore Rouchon

née le 12 octobre 1976 à Angers

Présentée et soutenue publiquement le 16 octobre 2007

**LA NOTION DE CONTRE-TRANSFERT CULTUREL :
ENJEUX THÉORIQUES, CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES**

Président : Monsieur le Professeur Venisse

Directeur de thèse : Madame le Professeur Moro

Les traits de l'étranger à la fois appellent et rejettent : « Je suis au moins aussi singulier et donc je l'aime », se dit l'observateur ; « or je préfère ma propre singularité donc je le tue ».

(Julia Kristeva, 1988)

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	8
PROPOS SUR LA CULTURE : REPERES THEORIQUES ETAYANT LA QUESTION DU CONTRE-TRANSFERT CULTUREL	11
A. DEFINITION DE LA CULTURE :	11
B. DE L'ANTHROPOLOGIE A L'ETHNOPSYSCHIATRIE GENERALE : REPERES EPISTEMOLOGIQUES	12
1. <i>La culture une affaire d'anthropologue ?</i>	12
2. <i>L'articulation culture-psyché : les prémisses de l'ethnopsychiatrie</i>	12
a) L'observation de la spécificité culturelle :	12
b) Le postulat de l'universalité psychique :	13
3. <i>Georges Devereux, les bases de l'ethnopsychiatrie</i> :	15
a) La théorie : universalité et spécificité de la culture d'appartenance :	16
b) La rigueur complémentarisme : principes méthodologiques	17
c) Une position métaculturelle qui définit la psychanalyse comme axe de réflexion :	18
4. <i>Penser la dialectique universalité psychique/spécificités culturelles en clinique : généralisation à propos des positions épistémologiques</i>	18
a) La perspective comparatiste :	19
b) La perspective complémentariste :	19
C. LES LIENS PSYCHE-CULTURE : STRUCTURATIONS PSYCHIQUE ET CULTURELLE, FONCTIONS, ET, TRANSMISSION DE LA CULTURE	20
1. <i>Focus sur quelques fonctions psychiques de la culture</i> :	20
a) Généralités :	20
b) La culture dispensatrice d'une identité individuelle et groupale :	20
➤ Les alliances et pactes inconscients :	21
➤ Les formes du lien et du groupement :	21
2. <i>Structuration psychique et structuration culturelle</i> :	22
a) Les conceptions de Georges Devereux :	23
b) Winnicott : l'expérience culturelle comme aire transitionnelle	23
c) Tobie Nathan : de la notion de contenant et d'enveloppe culturelles (à partir des travaux d'Anzieu) à la notion de " clôture culturelle "	24
d) Le concept de troisième différence : la différence culturelle (Kaës, 1998)	25
3. <i>Transmission de la culture</i> :	26
a) Précocité de transmission de la culture :	26
b) Transmission de la culture et surmoi culturel :	27
c) Les deux modalités de transmission de la culture (selon Kaës, 1998) :	28
D. CULTURE ET MIGRATION :	28
1. <i>Aspects théoriques : les notions de traumatisme migratoire (T.Nathan), de métissage culturel (M.R.Moro), et d'acculturation</i>	29
a) La notion de traumatisme migratoire	29
b) La notion de métissage culturel :	29
c) La notion d'acculturation :	30
2. <i>La migration, aspects cliniques</i> :	30
a) Migration, métissage et altérité :	30
b) Migration, acculturation, exposition, vulnérabilité et protection :	32
E. REPRESENTATIONS DE LA MALADIE ET SYSTEMES DE SOINS :	33
1. <i>Apport de la psychiatrie transculturelle : la notion de théorie étiologique</i>	33
2. <i>Les apports de l'anthropologie et de la sociologie médicale</i> :	33
a) La notion de système de soins :	33

b) La dimension socio-culturelle de la maladie :	34
F. LA METHODE EN PSYCHIATRIE TRANSCULTURELLE :	35
G. LA PSYCHIATRIE COMME OBJET CULTUREL :	37
1. <i>A propos des convictions de base de la pensée psychiatrique</i> :	37
2. <i>La place ambiguë des facteurs culturels dans le DSM-IV</i>	39
a) Concernant le glossaire des <i>culture-bound syndrome</i>	40
b) Concernant le guide de formulation culturelle :	41
c) Des avancées réelles, mais insuffisantes	41
3. <i>A propos des misdiagnosis (exemple des troubles dépressifs souvent diagnostiqués à tort comme troubles psychotiques)</i> :	42
4. <i>Un racisme institutionnel en psychiatrie ?</i>	44
5. <i>Cependant, une lecture sociologique de la littérature peut être discutable</i> :	45
LE CONTRE-TRANSFERT : ETAT DES LIEUX	45
A. LE CONCEPT DE CONTRE-TRANSFERT DANS SON ACCEPTATION PSYCHANALYTIQUE CLASSIQUE :	45
1. <i>Approche conceptuelle (perspectives historiques)</i>	45
a) Perspectives historiques : l'émergence du concept de contre-transfert dans l'œuvre de Freud	45
➤ Le transfert :	46
➤ Le contre-transfert :	47
b) Evolution du concept de contre-transfert : les différentes théories du contre-transfert	49
➤ La théorie classique du contre-transfert ou le contre-transfert dans sa dimension défensive :	50
➤ La théorie moderne du contre-transfert ou du contre-transfert comme totalité : 51	
➤ L'exception lacanienne :	54
2. <i>Approche métapsychologique du concept de contre-transfert</i> :	56
a) Niveaux, registres, fonctions et nature du contre-transfert :	57
➤ Les niveaux inconscients, préconscients et conscients du contre-transfert :	57
➤ Les registres émotionnel, représentationnel, cognitif et comportemental du contre-transfert :	58
b) Les fonctions du contre-transfert : soutènement du processus analytique	59
➤ Le contre-transfert : fonction de "pare-excitation"	60
➤ Le contre-transfert instrument étayant les potentialités mutatives de la thérapie analytique :	60
➤ Le contre-transfert : fonction de signal	61
➤ Le contre-transfert : fonction de contenance	61
c) Les processus psychologiques et métapsychologiques étayant le contre-transfert : nature du contre-transfert	62
3. <i>Les origines du contre-transfert</i> :	63
a) Le point de départ du contre-transfert comme réponse de l'analyste au transfert du patient :	63
b) Le point de départ du contre-transfert comme réponse de l'analyste, indépendamment du transfert du patient : les éléments "stables" du contre-transfert :	65
➤ Généralités :	65
➤ Le contre-transfert "d'accueil" :	65
4. <i>Le contre-transfert : spécificité de la pratique analytique ?</i>	68
a) L'analyse de l'analyste : l'élaboration de son contre-transfert, par investigation de son fonctionnement psychique, condition de la pratique analytique	68
b) La spécificité du contre-transfert : contre-transfert et contre-attitudes	68

c) La spécificité de la pratique analytique : le contre-transfert ?	70
B. APPROCHE CLINIQUE ET ASPECTS METHODOLOGIQUES DU CONTRE-TRANSFERT :	71
a) Les composantes cliniques du contre-transfert :	71
b) Aspects méthodologiques de l'étude clinique du contre-transfert :	72
➤ Généralités :	72
➤ Des recherches essentiellement axées sur le psycho-traumatisme :	72
C. APPROCHE TRANSCULTURELLE DU CONTRE-TRANSFERT : LA NOTION DE CONTRE- TRANSFERT CULTUREL	74
1. <i>Apport de Devereux</i> :	74
a) “ De l'angoisse à la méthode ”, la révolution épistémologique introduite par Devereux dans le domaine des sciences du comportement et de la recherche :	74
b) Apport de Devereux à la question du contre-transfert :	76
➤ Devereux définit le contre-transfert comme un transfert d'apprentissage, et en élargit la notion :	76
➤ Pour Devereux, ethnologue et psychothérapeute confrontés à des situations anxiogènes : une problématique commune	77
➤ Les mécanismes de défense : mise en évidence des réactions contre- transférentielles de nature culturelle	78
➤ Rôle joué par la complémentarité et la réciprocité dans le contre-transfert : ...	80
➤ La “ ligne de démarcation ” du couple transféro-contretransférentiel :	80
➤ Synthèse de l'apport de Devereux à la question du contre-transfert :	81
2. <i>Apport de la clinique transculturelle: la notion de contre-transfert culturel</i>	82
a) Définitions et élaboration du contre-transfert culturel :	82
➤ Définition du contre-transfert culturel :	82
➤ Considérations techniques : décentrage et élaboration du contre-transfert culturel en clinique	83
b) De quelques applications cliniques du contre-transfert culturel :	84
➤ En situation interculturelle :	84
➤ En situation intraculturelle :	87
c) Transfert culturel et applications cliniques :	88
ILLUSTRATIONS CLINIQUES.....	89
A. CAS CLINIQUE 1 :	90
B. CAS CLINIQUE 2	111
DISCUSSION	131
A. SYNTHÈSE CONCERNANT LA NOTION DE CONTRE-TRANSFERT CULTUREL	131
1. <i>Généalogie de pensée ayant conduit à l'introduction de la notion de contre-transfert culturel</i> :	131
a) Le contre-transfert en psychanalyse :	131
b) Mise en évidence de la dimension socio-culturelle du contre-transfert:.....	132
2. <i>Le contre-transfert culturel : de quoi s'agit-il ?</i>	133
a) Avertissement :	133
b) Généralités :	134
c) Le poids des représentations collectives dans le contre-transfert culturel :	135
d) Le contre-transfert culturel : implications cliniques	136
3. <i>La dimension collective du contre-transfert</i> :	137
B. CONTRE-TRANSFERT DU CHERCHEUR A SON OBJET DE RECHERCHE « LE CONTRE- TRANSFERT CULTUREL » :	139
1. <i>Généralités</i> :	139
2. <i>Analyse du contre-transfert et de l'implication du chercheur dans ce travail de recherche</i> :	141

a) Les préambules de la recherche : buts explicites	141
b) A propos des cas cliniques : l'influence « du savoir subjectif » dans le processus de recherche	141
c) Mécanismes de l'implication et prise de distance :	144
d) Dimension culturelle (politique et idéologique) du contre-transfert du chercheur :	146
C. QUELLE PLACE POUR L'ALTERITE ?	147
1. <i>Concept d'identité et définitions</i> :	148
a) Le concept d'identité : l'identité comme « processus »	148
b) Définitions minimales de l'identité en psychopathologie et en philosophie : identité et altérité, deux notions (nécessairement bien) distinctes mais indissociables	148
2. <i>Les notions d'identité et d'altérité : aspects dialectiques (et avatars)</i>	149
a) Une lecture du « narcissisme des petites différences » (Freud, 1929) : la dialectique amour/haine de la rencontre avec l'autre	149
b) Apport de la pratique groupale interculturelle à la question de la confrontation à l'altérité culturelle :	151
c) L'inquiétante étrangeté ou les paradoxes de l'altérité :	153
➤ Présentation générale de l'œuvre de Freud et de la lecture qu'en fait Kristeva (1988):	153
➤ L'inquiétante étrangeté et le retour du refoulé :	154
➤ L'inquiétante étrangeté comme « difficulté à » se « placer par rapport à l'autre » « qui gît au fondement de » l' « accession à l'autonomie » (<i>Ibid</i> p. 276) :	154
➤ Inquiétante étrangeté et « logique décontenancée » :	155
➤ Nos remparts contre l'inquiétante étrangeté : sublimation ou refoulement absolu ?	155
➤ Une lecture de la Genèse (M. Balamary) : le respect de soi condition d'une position médiane dans la dialectique soi/l'autre	155
D. PERSPECTIVES CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES	158
a) L'élaboration du contre-transfert culturel, élaboration de l'altérité (en soi) et décentrage, une nécessité individuelle (mais aussi collective)	159
➤ Généralités :	159
➤ L'élaboration de l'altérité... « en soi » (Moro, 2004) :	160
➤ Le décentrage culturel, élaboration de la <i>Culture en Soi</i>	161
2. <i>Adaptations du cadre des interventions psychothérapeutiques en situation interculturelle en dehors d'un dispositif spécifique : une réduction des effets de contre-transfert culturel</i>	162
a) Les adaptations concernant le thérapeute lui-même (méthodologiques et théoriques) :	163
➤ Des outils méthodologiques souvent nécessaires : complémentarisme et décentrage	163
➤ La nécessité d'une attention particulière aux travaux de recherche en psychiatrie transculturelle, anthropologie médicale et épidémiologie culturelle :	164
b) Les adaptations techniques :	165
➤ L'introduction de la langue maternelle parfois nécessaire :	165
➤ Des techniques d'entretien qui peuvent être (re)pensées :	166
3. <i>Le dispositif groupal de psychiatrie transculturelle : perspectives thérapeutiques du contre-transfert culturel</i>	167
a) Un dispositif centré par la psychanalyse et l'anthropologie dans une perspective complémentariste, mais aux références multiples et syncrétiques	168
b) Pourquoi et quand proposer un dispositif de groupe ?	168
➤ Pourquoi un groupe ?	168

➤ Les indications et les limites :	169
c) Description, spécificités et objectifs thérapeutiques du dispositif :	170
➤ Description :	170
➤ Objectifs thérapeutiques :	171
➤ La fonction majeure du dispositif groupal : de la figuration de l'altérité à la transformation de l'altérité en levier thérapeutique	172
d) Modalités de fonctionnement du dispositif (à partir d'une vignette clinique) :.....	172
e) Utilisation thérapeutique des représentations, contre-transferts culturels et transformation de l'altérité dans le groupe :	178
E. LIMITES ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE :	179
1. <i>Limites</i> :	179
2. <i>Perspectives de recherche</i> :	180
<i>CONCLUSION</i>	182
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	186

INTRODUCTION

La relation thérapeutique s'établit à la fois dans un espace temporo-spatial défini par le lieu, la durée des entretiens, les personnes qui y sont présentes mais aussi dans un espace symbolique marqué par des paroles et/ou des actes ayant fonction de représentations. Cet espace se crée au cours de la rencontre thérapeutique, et est fonction des sujets en présence, de leur positionnement les uns par rapport aux autres, et de leurs échanges. Pour Pinosof (1994, cité par Lazignac, 2002), systémicien, la relation thérapeutique ne se limite pas au lien existant entre le patient et le thérapeute. Selon lui, la thérapie est également une interaction entre le système du patient et celui du thérapeute (le système étant défini comme toutes les personnes qui entrent en jeu dans la maintenance ou la résolution du problème présent). On peut entendre par là que la relation thérapeutique inclut des personnes affiliées¹ tant au thérapeute qu'au patient, c'est-à-dire à dire celles de leur(s) groupe(s) d'appartenance.

Originellement la relation thérapeutique était envisagée comme dépendante uniquement des caractéristiques et des dispositions du patient à l'égard du thérapeute et du processus thérapeutique. Actuellement, le rôle du thérapeute dans celle-ci est de plus en plus interrogé. En outre, il a été montré que l'adaptabilité et la plasticité psychique du thérapeute, son attitude empathique, le mode de relation entretenu avec les théories auxquelles il se réfère, la pertinence du cadre thérapeutique qu'il propose, ainsi que la prise en compte de son contre-transfert sont des paramètres essentiels à une relation thérapeutique de qualité et à l'efficacité de la thérapie (Le comte et Castonguay, 1987; Lazignac, 2002).

Le concept (freudien) de contre-transfert à l'origine réservée à la cure type a été élargi et peut actuellement être défini comme l'ensemble des réactions explicites et implicites, conscientes et inconscientes du thérapeute par rapport à son patient (Devereux, 1980 ; Moro, 2004 ; Chambon et Marie Cardine, 1999). Devereux postule qu'il se déploie chez tout chercheur en sciences humaines par rapport à son objet de recherche. Cela dit, du fait même que tout être humain est un être de culture (Röheim, 1943), on peut reconnaître aux réactions transféro-contretransférentielles une dimension socio-culturelle (Devereux, 1967, Spiegel, 1976). Cette dimension du contre-transfert a été nommée « contre-transfert culturel » par Nathan (1977). Par la suite, cette notion a été reprise et développée par d'autres auteurs pour majorité ethnopsychanalystes (Nathan, 1977, 1986, 1988 ; Nathan et Moro, 1989, 1990 ; Comas-Diaz

¹ L'affiliation correspond « à la transmission interne à la famille et à la transmission externe assurée par les groupes d'appartenances traversés aux différents âges de la vie ». La filiation, elle, correspond à la « transmission interne à la famille dans un axe vertical conscient et inconscient » (Moro et Baubet, 2003 p.176).

et Jacobsen, 1991 ; Moro, 1994, 1998, 2004 ; Moro et Baubet, Réal, Mestre, Sturm 2003 ; Lachal, 2006 ; Fermi, 1998). Tous insistent sur l'importance de prendre en compte cette dimension du contre-transfert en clinique inter/transculturelle (voir définition *infra.*), certains en soulignent la difficulté (Devereux, 1980 ; Nathan, 1986, 1988 ; Moro, 1994, 1998, 2003, 2004).

Depuis le début du siècle les psychiatres ont témoigné des effets de la culture et de l'environnement sur l'individuel. La période après la deuxième guerre mondiale fut celle d'un profond optimisme, car, les travaux anthropologiques ont facilité l'union de la psychiatrie et de l'anthropologie, aidés par le pont paradigmatique de la psychologie psychodynamique. Néanmoins, le mouvement de l'antipsychiatrie, la perspective biologique adoptée par la psychiatrie et le déclin de la psychologie psychodynamique a entraîné une relative dissolution de l'alliance entre psychiatrie et anthropologie. L'approche anthropologique relativiste (voir *Infra.*), centrée sur le sens, est « devenue l'antithèse de la tendance biologique de la psychiatrie » (Bains, 2005) puisque celle-ci avait pour visée principale de standardiser les diagnostics psychiatriques. A partir des années 70, certains psychiatres anglo-saxons, qui ont critiqué l'utilisation des instruments d'évaluation psychiatriques aux populations non occidentales ont contribué au développement de la psychiatrie transculturelle.

Actuellement, celle-ci recouvre schématiquement trois grands types de réflexions, d'études ou de propositions techniques. Il s'agit en effet : (1) de recherches de type anthropologique de terrain sur la forme et la nature des désordres psychologiques présentés par les populations non occidentales ; (2) de réflexions sur la forme et sur la nature des désordres psychologiques présentés par les populations migrantes dans les pays occidentaux ainsi que des propositions techniques pour mieux les comprendre et mieux les prendre en charge ; (3) enfin, des études de type épidémiologiques cherchant à établir des corrélations entre l'appartenance culturelle et la prévalence de tel ou tel syndrome psychiatrique. Son objectif est de comprendre l'impact des différences sociales et culturelles sur la maladie mentale et ses modalités de traitement (Kirmayer et Minas, 2000 cité par Baubet, 2003). En France, ces travaux sont encore bien peu connus alors que tout clinicien soit amené à travailler en situation interculturelle. Or, pour la grande majorité, les thérapeutes se montrent curieux des systèmes de soins qui leurs sont peu familiers, volontaires pour penser leurs théories et leurs pratiques et demandeurs pour appréhender de nouveaux outils méthodologiques.

Ce travail théorico-clinique est centré sur la notion de contre-transfert culturel. Dans une première partie, nous exposerons des repères permettant d'appréhender les liens psyché-culture qui nous seront utiles, c'est-à-dire soit étayant directement la question du contre-transfert culturel, soit utiles à la compréhension des illustrations cliniques. Puis, nous ferons

un état des lieux sur la question du contre-transfert. Il s'agira de développer cette notion dans son acception psychanalytique classique, puis selon une approche clinique et enfin selon une approche transculturelle. Après cette revue de la littérature, nous exposerons deux cas cliniques qui nous permettront de recueillir des données cliniques. Dans une dernière partie, nous discuterons l'ensemble de ces données en proposant, entre autres, une synthèse de la notion de contre-transfert culturel puis en développant ses perspectives cliniques et théoriques de manière approfondie.

Sans doute cette recherche témoigne t-elle des remises en causes, des questionnements, mais aussi des satisfactions et plaisirs tant professionnels que personnels qu'il est possible d'éprouver lorsque l'on se forme à la pratique transculturelle : celle-ci est riche, passionnante, quelque peu déroutante, soit... *transformante*.

PROPOS SUR LA CULTURE : REPERES THEORIQUES ETAYANT LA QUESTION DU CONTRE-TRANSFERT CULTUREL

Soulignons tout de suite que ce chapitre ne se veut pas exhaustif. Il n'a pour vocation que de fournir au lecteur quelques repères conceptuels, épistémologiques, et théoriques pour la compréhension de la suite de ce travail.

A. Définition de la culture :

Nous souhaitons en préambule, donner une définition et un cadre minimum à la notion de culture, avant que d'aborder les repères épistémologiques qui permettent de penser l'articulation psyché-culture.

“ Un système culturel est constitué d'une langue, d'un système de parenté, d'un corpus de techniques et de manières de faire (la parure, la cuisine, les arts, les techniques de soins, les techniques de maternage...) (Moro, 2004,p.12) ». « Toute culture définit des catégories qui permettent de lire le monde et de donner un sens aux évènements [...]. Se représenter, c'est “ tailler ” dans le réel ”, c'est choisir des catégories communes pour percevoir le monde de manière ordonnée. Ces mondes fondent la pertinence des représentations pour un groupe donné ” (Moro et Baubet, 2003 p.182). “ Tous ces éléments épars sont structurés de manière cohérente par des représentations. Ces représentations culturelles sont les interfaces entre le dedans et le dehors, elles sont le résultat de l'appropriation par les individus de systèmes de pensée d'origine culturelle. Elles permettent l'expérience subjective. Le sujet incorpore ces représentations culturelles, et, les retravaille à partir de ses propres mouvements, ses conflits internes et ses traits de personnalité ” (Moro et Baubet, p.182). Aussi, la culture “ met à la disposition de l'individu une grille de lecture du monde ”, qui “ lui permet d'anticiper le sens de ce qui peut survenir et donc de maîtriser la violence de l'imprévu ».

Relevons, dès lors un point capital : la culture est un “ système instable et “ ouvert ” en perpétuelle transformation ”, “ dynamique ” (*Ibid*,p.17). “ Le changement est le mode d'être de la culture ” (Dahoun, 2005 p. 212).

B. De l'anthropologie à l'ethnopsychiatrie générale : repères épistémologiques

1. La culture une affaire d'anthropologue ?

Après avoir défini la notion générale de la culture et ayant fait l'observation de l'existence non pas d'une culture mais d'une multitude de cultures, les anthropologues sont amenés à se poser la question de ce qui fonde les différences entre ces cultures, c'est à dire celle de la spécificité culturelle.

La culture, en tant qu'émanation humaine, ne concerne pas que les ethnologues, qui se la sont données pour champ d'étude. Elle concerne tous ceux qui s'intéressent aux sciences de l'homme. Car, à la suite de Róheim, on sait qu'il n'existe pas d'homme sans culture.

“ Culture signifie humanité car même les manifestations les plus élémentaires de l'existence humaine [...] peuvent être considérées comme les renoncements de la culture ” (Róheim, 1943).

Psychiatres et psychologues se confrontent donc à leur tour à la question de la culture, et à la conception (controversée) de son articulation avec le psychisme. La constitution d'un champ commun à la psychiatrie et à l'ethnologie participe des questions intellectuelles de notre siècle. Elle correspond également à une nécessité de santé publique du fait de l'accroissement des échanges et des migrations de population. (Raveau et Rechmann, 1993).

2. L'articulation culture-psyché : les prémisses de l'ethnopsychiatrie

a) L'observation de la spécificité culturelle :

En France, l'ethnologie ne se différencie que tardivement de la sociologie. Avec l'école de sociologie française, la tentative sera de distinguer ce qui relève respectivement du psychologique et du sociologique. Durkheim, donne la priorité au social sur l'individuel et théorise “ une conscience collective ” qui est une théorie où les représentations communes transcendent et s'imposent aux individus d'une société (Mouchenik, 2004). Elles mettent

donc l'accent sur l'extériorité et la contrainte. Pour lui, il y aurait subordination du psychologique au sociologique, que l'on pourrait traduire ainsi : si chacun est libre de penser ce qu'il veut, il ne peut le faire qu'à travers des codes fixés par la culture.

Dès 1899, Marcel Mauss, montre que la culture assure une fonction symbolique qui se transmet à travers les mythes, les rites, les croyances (1899, 1923-1924, cité par Govindema, 2003). Avec lui, il est possible de comprendre que l'efficacité symbolique de la culture est matérialisée par des signifiants culturels, notamment par des rites qui impliquent des mythes. En développant la notion de Don, il montre que l'efficacité symbolique de la culture vient rappeler au sujet sa condition d'être humain mortel (par rapport à l'immortalité du monde invisible), et lui permet de ne pas cultiver un fantasme d'immortalité. Mauss montre également que le don symbolique règle les rapports sociaux dans toutes les sociétés : le Don est une obligation de donner et de recevoir, permettant ainsi l'échange social et l'évitement des conduites agressives (Mauss 1930, cité par Moro, 2003 p.47).

b) Le postulat de l'universalité psychique :

A la même époque, Freud inverse la problématique. Dans *Totem et Tabou*, il postule l'existence d'un "mythe fondateur" de la civilisation : le meurtre du père de la horde primitive. En cela, cet ouvrage, postule l'universalité du complexe d'Œdipe. Même si elle possède une pertinence théorique contestée, cette œuvre a au moins deux intérêts : premièrement, elle affirme l'universalité du fonctionnement de l'inconscient ; deuxièmement, elle souligne l'existence d'une transmission transgénérationnelle d'un sentiment de culpabilité (Patuard, 2007).

Les anthropologues seront tentés de vérifier ou d'infirmer l'hypothèse de l'universalité du complexe d'Œdipe. Ce débat polémique entre psychiatres et anthropologues situe, alors, la psychanalyse au cœur de l'ethnopsychiatrie naissante (Rechmann et Raveau, 1993 cité par François, 2007).

Les travaux du courant *fonctionnaliste*, et notamment de Malinowski, loin d'invalider l'hypothèse freudienne, décrivent néanmoins certaines variations de ce complexe en fonction des spécificités des sociétés dans lesquelles il fut étudié (notamment sociétés matrilineaires des îles Tobriand). En outre, il émet la théorie fonctionnaliste de la culture : la culture a pour but essentiel de répondre aux besoins psychologiques de l'homme (théorie constructiviste : la culture se construit selon les besoins du psychisme). L'universalité du psychisme n'est plus

alors, comme chez Freud, une universalité de structuration autour d'un complexe organisateur, mais une universalité de besoins, auxquels la culture apporterait une réponse.

Les travaux de Geza Roheim, père fondateur de *l'anthropologie psychanalytique*, s'orienteront délibérément vers une interprétation psychanalytique de la culture. L'interprétation des rêves y occupera une place déterminante. Pour cela, il analysera minutieusement des productions oniriques recueillies à travers le monde entier. Pour lui : “ les systèmes de défense contre l'angoisse sont l'étoffe même dont la culture est faite, et que, par conséquent, les différentes cultures sont structurellement similaires aux différentes névroses” (1943, cité par Mouchenik, 2004), ce qui est une manière fort audacieuse de théoriser la culture. Par ailleurs, il réfute la phylogénèse de *Totem et Tabou* (Freud, 1912) pour une ontogénèse, en soutenant que chaque société transmettrait un type de personnalité spécifique à travers un trauma ou une situation infantile particulière.

Le courant *culturaliste* (ou autrement dit “ Culture et Personnalité ”), non homogène, cherchera (à l'aide de l'apport de la psychanalyse et de la psychologie) à cerner comment les cultures s'incarnent chez l'individu en exerçant une influence déterminante sur la formation de sa personnalité et de ses comportements. Dans ce courant, la culture est théorisée comme un tout cohérent avec ses caractéristiques propres. Elle offre un modèle culturel inconscient (“ pattern of culture ”) d'être, de ressentir, d'agir aux individus qui composent la société qu'elle spécifie. Avec les travaux de M. Mead, ce courant a souligné la place prépondérante de l'éducation des enfants, des soins de puériculture, mais aussi des représentations et des affects comme vecteurs essentiels de la transmission culturelle. En cela, son apport est majeur. Cependant, il lui a été reproché de concevoir les cultures comme des totalités autonomes en favorisant le particularisme au détriment de l'universalisme. Notamment, la notion de métissage est difficile à penser à partir de telles conceptions. Elles peuvent donc être considérées à l'heure actuelle comme obsolètes (Moro, 2004).

Levi-Strauss, fondateur du *structuralisme* bouleverse durablement l'anthropologie, la psychanalyse, et la sociologie (ainsi que d'autres disciplines). Il élabore les fondements du relativisme culturel : toute culture n'est définissable que relativement à une autre. Pour lui l'intelligibilité d'une culture ne repose ni sur sa genèse, ni sur sa fonction (et encore moins sur ses rapports avec le psychisme individuel), mais sur la mise en évidence des arrangements et des organisations systématiques qui y prévalent. En étudiant les différences culturelles, il cherche à saisir et à définir les invariants de la culture c'est à dire les fondements universels.

Ainsi, la règle de prohibition de l'inceste est pour lui, à mettre en rapport avec la nécessité de l'exogamie qui permettra aux sociétés de survivre et de se renouveler par l'échange des femmes. Levi-Strauss « repense l'universalisme oedipien, en le fondant non pas comme Freud sur un renoncement nécessaire au désir d'inceste mais sur l'existence d'une fonction symbolique comprise comme lois de l'organisation inconsciente des sociétés humaines. Il s'agit bien, pour l'anthropologie, de critiquer l'inconscient pulsionnel et de le remplacer par une forme signifiante dans laquelle la subjectivité n'a aucune place » (Roudinesco, 1998, p.181)². A partir des conceptions de Lévi-Strauss, Lacan (1966) peut produire une reconceptualisation et une refonte de la théorie freudienne d'un impact imprévisible. Cela dit, *l'anthropologie structurale* est un courant qui s'attachera à découvrir des lois d'organisation des systèmes symboliques culturels. Si les conduites individuelles présentent une dimension symbolique culturelle, c'est qu'elles traduisent sur le plan du psychisme individuel, la structure proprement sociologique du rapport normalité-anormalité. Les conduites psychopathologiques des malades mentaux sont à comprendre d'une part comme émanant d'un individu, d'autre part comme se situant dans un rapport (symbolique par définition) avec les conduites normales définies par le groupe. Pour l'observateur intraculturel, elles donnent l'impression d'être détachées du symbolisme du groupe (qui définit la norme). Mais un observateur étranger va déceler en elles une symbolique qui, du fait du relativisme culturel, peut lui évoquer quelque chose de connu dans sa propre culture.

Ainsi, les rapports du psychologique au social, vont pouvoir être pensés, non pas dans un rapport de cause à effet, mais dans une relation d'analogie. C'est l'hypothèse princeps de l'anthropologie structurale : il existe une structure inhérente à l'humanité, qui est l'universalité de la contrainte symbolique. Elle n'est pas plus sociale que psychologique, mais on en perçoit la présence analogue dans les deux domaines.

3. Georges Devereux, les bases de l'ethnopsychiatrie :

Devereux a construit le champ de l'ethnopsychiatrie à partir de l'anthropologie et de la psychanalyse. La discipline devrait donc s'appeler ethnopsychanalyse. Sur le plan technique, elle peut être pensée comme une psychothérapie d'orientation psychanalytique. Le terme d'ethnopsychiatrie, lui, permet d'envisager l'ouverture sur d'autres champs de la psychiatrie

² il a été reproché à Levi-Strauss de conceptualiser un inconscient comme une forme vide dont le contenu importe peu : « [...] l'inconscient structuraliste, vide de tout contenu, n'a qu'une fonction organisatrice des représentations et n'est pas lié à la vie affective et à ses refoulements » (Juillerat, 1995, cité par Mouchenik, 2004 p.58).

telle que la chimiothérapie ou d'autres techniques psychothérapeutiques non psychanalytiques (Moro, 1998). Au cours de ce travail nous utiliserons l'un ou l'autre de ces termes selon la dimension sur laquelle nous souhaitons insister.

a) La théorie : universalité et spécificité de la culture d'appartenance :

Nous énonçons là un postulat fondamental sur lequel nous ne reviendrons pas, mais qui nous sera utile tout au long de notre travail.

Pour Devereux, l'ethnopsychiatrie repose sur le principe de l'universalité psychique : ce qui définit l'être humain est son fonctionnement psychique (Moro, 2004 p.38). L' " universalité psychique est un des postulats théoriques de base de l'ethnopsychanalyse ", sans lequel, d'ailleurs " elle n'aurait pu se construire " (Moro, 2005 p.110), et, ce quelque'en soit le courant. De ce postulat découle la nécessité de donner le même statut (éthique mais aussi scientifique) à tous les êtres humains, à leurs productions culturelles et psychiques (Devereux, 1970). Il s'agit " d'une universalité de fonctionnement, de processus, d'une universalité pragmatique et structurelle " (Moro, 2004, p.38)

Mais " si tout homme tend vers l'universel, il y tend par le particulier de sa culture d'appartenance ". En effet, il est également un fait que les cultures, les langues, les manières de faire etc. sont plurielles. Ces cultures " ne constituent pas des essences séparées mais des formes d'expression différentes d'un universel que l'on ne peut décrire, jusqu'à maintenant que par approximation " (*Ibid*, p.111). C'est à dire que l'universalité dont nous parlons n'est pas une universalité de " contenu ", mais de " statut ".

Pour Devereux, la culture n'est " qu'un détour " ; sa théorie entraîne le rejet d'une définition ethnocentrique, mais " non d'une définition absolue de la personnalité normale " (*Ibid*, p.38).

Ceci étant dit, d'autres conceptions sont plus personnelles à Devereux dont certaines sont partagées par toute la communauté des ethnopsychiatres et d'autres non. Notamment, Devereux, reprenant l'idée doublement héritée du structuralisme et du relativisme culturel, postule qu'il n'y a pas de conduite humaine anormale dans une culture qui n'ait son analogue dans une conduite humaine normale d'une autre culture ou dans un fantasme individuel (ce qui reste à valider sur le plan universel).

Selon lui, la sélection à laquelle se livre chaque société entraîne, par définition, la disparition d'un certain nombre d'idiomes (pensées, conduites, symboles etc.). Les productions humaines

ne peuvent s'élaborer au sein de chaque univers culturel que dans un nombre limité de formes de la dotation commune. Cette dotation commune fonde la spécificité de la culture d'appartenance.

b) La rigueur complémentarisme : principes méthodologiques

“ Le complémentarisme n'exclut aucune méthode, aucune théorie valable. Il les coordonne ” “ (Il est) une pluridisciplinarité non fusionnante (et) non simultanée, un double discours obligatoire ” (Devereux, 1972 p. 27)

L'ethnopsychiatrie a été construite à partir d'un principe méthodologique et non d'un principe théorique. En effet, “ Le complémentarisme n'exclut aucune méthode, aucune théorie valable – il les coordonne ” (Devereux 1972, p.27).

Pour Devereux, certains phénomènes humains nécessitent un double discours obligatoire qui ne peut être tenu simultanément. En effet, selon lui, il est impossible d'analyser le même fait de deux manières différentes, simultanément. Il s'inspire, là, du principe d'indéterminisme de la physique des quantas de Bohr qui affirme qu'il est impossible de déterminer (mesurer) simultanément et avec la même précision la position et le moment de l'électron.

En ethnopsychiatrie, discipline qui appartient aux champs de la psychanalyse et de l'anthropologie, il convient, pour sa pratique, de tenir obligatoirement les deux discours (anthropologique et psychanalytique) mais de manière non simultanée. Autrement dit, on ne peut pas analyser simultanément le même fait dans un registre ethnologique et dans un registre psychanalytique. On peut “ complémentariser ” l'analyse ethnologique d'un fait par une approche psychanalytique, mais on ne peut pas les réduire l'une à l'autre. Car, “ lorsqu'une explication sociologique d'un fait est poussé au-delà de certaines limites de rentabilité, ce qui survient n'est pas une réduction du psychologique au sociologique, mais une disparition de l'objet même du discours sociologique ” (Devereux, 1969, cité par Moro 2004, p.39).

Aussi, l'obtention des données est conditionnée par l'outil choisi pour les analyser. Si un même fait relève des deux registres analytiques de l'anthropologie structurale et de la psychanalyse, ce n'est pas tant dû au fait lui-même qu'à la méthode d'analyse utilisée (Moro, 1998).

c) Une position métaculturelle qui définit la psychanalyse comme axe de réflexion :

Devereux définit trois types de thérapies en ethnopsychiatrie (1978) :

- (1) Thérapie intraculturelle : le thérapeute et son patient appartiennent à la même culture, mais le thérapeute tient compte des dimensions socio-culturelles des troubles du patient et du déroulement de la thérapie.
- (2) Thérapie interculturelle : bien que le patient et le thérapeute n'appartiennent pas à la même culture, le thérapeute connaît bien la culture de l'ethnie du patient et l'utilise comme levier thérapeutique.
- (3) Thérapie métaculturelle : le thérapeute et le patient appartiennent à deux cultures différentes mais il comprend, en revanche, le concept de " culture " et l'utilise dans l'établissement du diagnostic et dans la conduite du traitement.

Soulignons que, dans les pays anglo-saxons, à partir de cette classification, on distingue la " cross-cultural psychiatry " (interculturelle) et la " transcultural psychiatry " (psychiatrie transculturelle ou métaculturelle).

Devereux va mener une seule thérapie interculturelle (1951), tout en soulignant tout au long de son œuvre l'importance des thérapies métaculturelles. Le terme " métaculturel " se fonde sur une " reconnaissance systématique de la signification générale et de la variabilité de la culture, plutôt que sur la connaissance des milieux spécifiques du patient et du thérapeute " (Devereux 1969, cité par Moro 2004, p. 37). Il n'est donc pas nécessaire d'être spécialiste d'une culture pour s'inscrire dans une démarche ethnopsychiatrique.

Devereux, est le premier à avoir conceptualisé l'utilisation de leviers culturels à des fins de facilitation des *insights*. Il parle alors de *levier thérapeutique*. Ce terme peut donc être entendu comme " support d'élaboration psychique ". Pour lui, " ces leviers thérapeutiques ne sont pas des fins en soi et s'effacent lorsqu'ils ne remplissent plus leur rôle de potentialisateurs de récits, de transferts ou d'affects " (Moro, 2004 p.37).

4. Penser la dialectique universalité psychique/spécificités culturelles en clinique : généralisation à propos des positions épistémologiques

Nous l'avons vu, si le postulat de l'universalité psychique n'est pas admis, il ne peut y avoir de pratique ethnopsychiatrique. En effet, comment prétendre être thérapeute (on pourrait

même dire “ rencontrer ” le patient) si la spécificité culturelle est pensée comme irréductible ?

Certains, “ faisant fi du développement de l’anthropologie moderne, nient la dimension culturelle de toute interaction humaine, et, par-là même de l’interaction thérapeutique ” (Moro, 2004 p.35). Bien sûr, éthiquement et déontologiquement, cette position, où l’altérité culturelle du patient est niée, n’est pas recevable. D’autres admettent les présupposés culturels de la relation thérapeutique. Parmi ces cliniciens, on distingue, schématiquement, au moins deux grandes positions épistémologiques :

a) La perspective comparatiste :

Cette position consiste à rechercher les invariants entre sa propre culture et celle du patient ou les correspondances entre un trait psychopathologique et une caractéristique culturelle, ou bien encore, entre un énoncé culturel et un diagnostic de la psychopathologie occidentale. Sur le plan clinique, ce choix conduit à introduire la langue du patient dans certains dispositifs, voire à apprendre à reconnaître les représentations culturelles du patient. L’approche peut être psychologique, psychiatrique, et, plus rarement psychanalytique. Dans cette perspective, les éléments culturels sont “ posés comme une coloration de la relation clinique, le noyau (la partie efficiente) étant la même que celle qu’on établirait en situation intraculturelle ” (Moro, 2004 p.36). Autrement dit les éléments culturels sont pensés comme un “ habillage culturel ” des troubles psychiatriques/psychopathologiques (ce qui sous-entend ni plus ni moins que les “ vrais ” troubles sont ceux décrits dans nos catégories occidentales).

b) La perspective complémentariste :

A la suite des travaux de Devereux, cette perspective s’oppose au comparatisme dans la mesure où les logiques culturelles sont explorées en tant que telles, et, servent au travail d’élaboration psychique du patient. Cette perspective permet de poser et d’explorer le cadre de la relation et de “ co-construire des sens culturels sur lesquels viendront s’arrimer des sens individuels ” (*Ibid*,p.38).

C. Les liens psyché-culture : structurations psychique et culturelle, fonctions, et, transmission de la culture

1. Focus sur quelques fonctions psychiques de la culture :

a) Généralités :

La culture prescrit des règles, des limites et des codes. Aussi elle indique le permis et l'interdit. La culture définit des données telles que le rythme de vie, les habitudes alimentaires, les limites de contact et distances corporelles, les tabous sexuels, la retenue, l'exubérance des gestes (Correa, 2005 p.160). Dans chaque culture existent des " modèles de normalité " et des " modèles d'inconduite " décrit par Linton (1936, cité par Nathan, 1986 p.105), c'est à dire des manières normales d'être " normal " et des manières " normales d'être " anormal " ". A la suite de cet auteur d'autres ont développé cette idée (Devereux, Zempléni, par exemple). Ces modèles, dont la logique est culturellement autorisée, voire contrainte par la culture, sont purement implicites et, par ce fait, souvent partagés par patient et thérapeute.

La culture est dispensatrice de sens. Aussi elle propose un réseau d'énoncés, de croyances, de mythes, de légendes, de représentations et de chaînes associatives. Les mythes sont des récits " déjà là ", partagés et partageables, de représentations dramatisés, donnant des réponses aux grandes questions concernant l'origine, la sexualité, la différence des sexes, la castration. Le mythe n'est ni totalement individuel, ni totalement collectif (Valabrega, 1980 cité par Patuward), il est le produit d'une double causalité : la causalité psychique et la causalité socioculturelle ou historique. Les mythes constitutifs de chaque culture ont un rôle très important pour la richesse et la souplesse du fonctionnement psychique (Kaës, 2005). Ils étoffent le préconscient en représentations multiples disponibles pour l'élaboration intrapsychique des conflits. Ce sont des " ressources de figurabilité pour faciliter la représentation des conflits intra-psychiques " (*Ibid*, p.71)

b) La culture dispensatrice d'une identité individuelle et groupale :

La culture est aussi dispensatrice d'une identité à la fois individuelle et groupale. Cette question est vaste mais nécessaire à la compréhension de la suite de ce travail. Il nous faut

donc, ici, la développer brièvement. Nous allons d'abord évoquer ici les alliances et pactes inconscients qui existent entre les membres appartenant à un même groupe socio-culturel, puis les différentes formes de liens et de groupements (en nous appuyant sur les travaux de Kaës).

➤ Les alliances et pactes inconscients :

Ces alliances portent sur des contenus inconscients et elles-mêmes sont inconscientes. Nous citerons les deux principales. Il s'agit premièrement, des pactes de renoncement à la satisfaction pulsionnelle. Freud les évoque dans *Totem et tabou* et dans *Malaise dans la culture*. Ils représentent les interdits concernant la violence, le meurtre, l'inceste et certaines conduites sexuelles (viol par exemple). Ces comportements sont interdits entre les membres d'une même communauté culturelle mais pas nécessairement envers ceux d'une autre culture. Il est nécessaire ensuite, de citer le contrat narcissique (Aulagnier, 1985), qui est un contrat unissant les membres d'un groupe. Par ce contrat, le groupe assure une place, une identité au nouveau venu mais celui-ci s'engage à perpétuer les valeurs culturelles du groupe, l'assurant ainsi de sa continuité.

➤ Les formes du lien et du groupement :

Un groupe se structure comme tel dans la mesure où, au sein du processus et de sa dynamique, se dévoile un ensemble de représentations imaginaires communes. Il est possible de mentionner, dans le processus de structuration du groupe : la mise en œuvre d'un réseau d'identification, les fantasmes originaires, l'image du corps, les diverses imagos et les instances psychiques qui jouent un rôle d'organisateur. Tout groupe, s'inscrit inévitablement dans un contexte historique, socioculturel et institutionnel. L'institution, qu'elle soit réelle ou imaginaire, jouera, alors, comme arrière plan ou comme détonateur de l'imaginaire du groupe. Kaës soutient que les groupements ont des propriétés structurales. Ces propriétés dérivent des rapports éléments/ensemble, dedans/dehors, contenant/contenu. Elles s'expriment alors à deux niveaux: dans les lois de composition du groupe qui assurent son organisation, ainsi que dans les principes de transformations qui assurent son fonctionnement ou sa régression (Kaës, 2005 p.49).

Les lois de composition du groupe s'organisent grâce aux "organiseurs psychiques". Les organisateurs psychiques du lien (intrasubjectif et intersubjectif) sont des éléments essentiels pour la compréhension des fondements d'une théorie psychanalytique du groupement. Kaës considère que le groupe existe à partir du moment où commence à fonctionner un

organisateur psychique. Il définit ces organisateurs comme des formations inconscientes complexes qui soutiennent et définissent les liens du groupement. Le principe de base de chaque organisateur est de maintenir la relation de chacun des membres du groupe avec l'objet commun fantasmé.

Aussi, il distingue trois organisateurs psychiques. Les éléments du premier organisateur intrapsychique sont les fantasmes originaires (scène originarie, séduction, castration etc.).

Le second organisateur, lui, tend à fonctionner comme une enveloppe du groupe. La tendance à l'intégration se fonde sur l'assimilation de ce qui rend semblable et à l'exclusion de ce qui est différent. Ce processus contribue à la définition du "contrat narcissique" (Aulagnier) de groupe et constitue la base de l'illusion de groupe (" il n'est pas de groupe meilleur que le notre ", qui peut constituer une étape de transition vers d'autres. Ce second système d'organisation de la représentation du groupe, formé par les organisateurs socioculturels, est constitué par la transformation des noyaux inconscients de la représentation du groupe, à partir du processus socio-culturel (mythes, rites etc.). Le troisième organisateur de groupe marque tout le processus, avec les diverses interférences propres à l'identité et à l'histoire de chaque groupe, qui se forge dans le va-et-vient des diverses frustrations, souffrances et renoncements narcissiques. " C'est la constitution de l'histoire du groupe, avec une différenciation entre le temps du groupe et le temps du sujet " (Kaës, cité par Ruiz Correa 2005).

Les principes de transformation sont, alors, les principes qui assurent le développement ou la régression du groupe. Parmi ceux-ci il est possible de citer la maintenance d'un espace transitionnel, les processus de symbolisation et les mécanismes de défense.

Il propose alors que l'appareil psychique du groupement "qui se forme dans cette double organisation constitue, pour chaque individu une enveloppe et une limite, mais aussi la condition intersubjective de sa subjectivité (Kaës, 2005, p.49).

2. Structuration psychique et structuration culturelle :

Ayant d'ailleurs contribué à l'émergence des différents courants ethnopsychanalytiques, la question de l'influence de la culture sur la structuration psychique reste, encore à l'heure actuelle, objet de débat et de polémique (Govindima, 2003).

Cela dit, si les modélisations théoriques diffèrent selon les auteurs, la majorité s'accordent à dire que la culture est inscrite au plus profond de la psyché. Bleuger (1975, cité par Kaës et Ruiz Correa, 2005) évoque le " fond syncrétique " de la psyché, relativement immuable dans une aire culturelle donnée. Elle constitue, selon lui, la " base culturelle inconsciente des

composantes de la personnalité ” (Ruiz Correa, 2005 p.154). Devereux évoque, lui, “ le segment inconscient de la personnalité ethnique ” (1956, p.41), Nathan (1988) les “ contenants culturels ”. Aussi, “ la multiplicité des niveaux d’inscription de la culture (et du social) et leur profondeur rendent compte de la complexité du vécu individuel, et, de la force de ces paramètres dans la structuration psychique pour l’être humain ” (Moro, 2004 p. 18) ”. Avant d’aborder les conceptions des différents auteurs, soulignons que nous avons une conception dynamique des rapports entre psychisme et culture : il s’agit de deux entités qui se construisent, se fécondent en interactions et en étayages réciproques dans un mouvement de va-et-vient constant, tout au long de la vie, tout au long des générations. C’est un “ processus de création continue ” (Dahoun, 2005 p.211).

a) Les conceptions de Georges Devereux :

Devereux est celui qui a réintroduit la culture au plus profond du psychisme humain (Mouchenik, 2004). En effet, il considère que la personnalité est composée de deux aspects : l’ethnique et l’idiosyncrasique (nous ne développerons sa thèse sur ces deux pôles de la personnalité qui lui semblait à lui-même un peu réductrice (Bloch, 2003)). Pour lui, chaque structure du caractère (ethnique et idiosyncrasique) a un segment conscient et un segment inconscient. La phase inconsciente est composée, selon lui, de deux éléments : “ le segment inconscient de la personnalité ethnique ” et “ l’inconscient idiosyncrasique ”. Le segment inconscient de la personnalité ethnique désigne, dit-il, l’inconscient culturel représentant la partie que l’individu possède en commun avec la plupart des membres de sa culture. L’inconscient idiosyncrasique se compose, lui, des éléments que l’individu a été contraint de refouler sous l’action du stress unique et spécifique qu’il a dû subir (Devereux, 1956). Aussi, pour lui, psychisme et culture sont à penser dans une rapport d’homologie, qui historiquement sont des doublets co-émergents, et se présupposent réciproquement (Devereux, 1970). Cette idée est fondatrice de l’ethnopsychiatrie (Moro, 2004).

b) Winnicott : l’expérience culturelle comme aire transitionnelle

Winnicott (1975), lui, situe l’expérience culturelle dans “ un espace intermédiaire, une troisième aire qui articule la réalité psychique intérieure ou personnelle et le monde existant objectivement perçu ” (*Ibid*, p.143). La culture est donc pour lui un espace intermédiaire qui

articule le code psychique personnel et le code social.

Parce qu'il est l'extension de l'espace transitionnel, cet espace ne se situe pas dans le réel mais dans l'imaginaire, dans un espace d' " illusion créative ". Pour lui, la réalité psychique n'a de consistance que d'être partagée, dans une organisation plurisubjective dont la logique est différente de celle qui soutient la subjectivité du sujet singulier. Cette modélisation est très pertinente. Tous les auteurs s'y réfèrent.

c) Tobie Nathan : de la notion de contenant et d'enveloppe culturelles (à partir des travaux d'Anzieu) à la notion de " clôture culturelle "

Nathan, s'appuyant sur la notion de Moi-peau d'Anzieu (1975), avec lequel d'ailleurs il a collaboré (1987) va proposer une approche où la culture devient une fonction de contenance et de distanciation des espaces psychiques du dedans et du dehors. La fonction de la culture participe donc, d'après lui, des fonctions contenantantes du moi, pour assurer la cohésion du sujet (1986). Evoquant, le structuralisme de Lévi-Strauss, il avance que structure psychique et structure culturelle entretiennent des rapports d'homothétie, où l'une serait le double de l'autre. Elles sont, d'après lui, toutes deux gérées par les catégories du " dedans-dehors ".

En extrapolant la notion de contenant culturel et d'enveloppe culturelle, il va pouvoir penser la culture en terme de contenants et de cadre culturel externe et interne, et, non plus en terme de contenus (Moro, 2004 p. 42). Ceci est d'un intérêt majeur pour l'ethnopsychiatrie. En effet, avec lui, on comprend que le cadre " culturel interne, pour rester fonctionnel, c'est-à-dire pour conserver toute la souplesse d'un processus, doit continuer à s'appuyer sur un cadre culturel externe dans un rapport d'homothétie avec la structure intériorisée. C'est par cette fonction d'étayage systématique que la culture participe à la construction du fonctionnement intrapsychique de l'individu (Moro, 1994 p.98) ".

Nathan théoriserait ensuite la notion de " clôture culturelle ", où la culture est un système intérieur aux individus qui permet de clôturer leur espace psychique. Cette position théorique a été l'objet de nombreuses critiques, puisqu'elle semble laisser peu de possibilités pour penser la dynamique entre le psychisme et la culture dans un monde changeant où chaque sujet est constamment confronté à un environnement culturel qu'il connaît, d'ailleurs, uniquement en partie. Cette position théorique a des implications techniques discutables.

d) Le concept de troisième différence : la différence culturelle (Kaës, 1998)

Cet auteur propose de repérer les dimensions psychiques impliquées dans les diverses formes de la différence, qu'il sépare en trois catégories d'opposition. « La première différence » est constituée, pour lui, par « l'opposition humain/non humain ». Son accès organise le rapport du sujet à la question de la vie et de la mort et aux identifications à l'humain, et, sa transgression est de l'ordre du monstrueux. Les deux autres différences se situent, elles, dans la catégorie d'opposition « humain/non humain ».

Il appelle « deuxième différence » les classiques différences des sexes (dont « l'accès organise le sujet au manque et au désir ») et des générations (dont « l'accès introduit le sujet aux rapports de précession et de succession dans l'ordre du désir et du temps en le confrontant à son inéluctable mortalité ») dont la transgression est de l'ordre de l'incestueux.

La « troisième différence » est pour lui la différence culturelle. Selon lui, elle introduirait le sujet à l'ordre des appartenances sociales et de la culture (c'est-à-dire « à ses rapports identificatoires, aux identités partagées et aux alliances psychiques, narcissiques et défensives nécessaires à la vie en commun ») (*Ibid*, p.66). Sa transgression constitue la catégorie de "l'ennemi et du subversif". Il formule alors l'hypothèse que cette « troisième différence » « métaphorise » (Kaës, 2005 p. 11) les deux autres. Il entend par là que la différence culturelle se prête à la métaphorisation des deux autres parce qu'elle est infiltrée par les fantasmes et représentations qui permettant d'introduire les deux premières dans la réalité psychique. Aussi, pour lui, les alliances inconscientes qui se forment et se valident dans les formes de lien et de groupement, forment aussi "la trame psychique de la différence culturelle" (*Ibid*).

Par ailleurs, selon lui, si la culture fraie l'accès aux deux autres différences, elle n'ouvre pas d'elle-même l'accès à sa propre différence. En cela, chaque "culture se représente universelle", du moins, elle se donne pour telle tant qu'elle calme l'angoisse de ses sujets devant ce qui, pour eux, est l'étranger. Elle ne sera, alors, reconnue que dans l'épreuve du rapport au dehors, c'est à dire après franchissement de la frontière qui constitue le « nous ». L'auteur rappelle, alors, qu'à cette frontière s'attache les valeurs négatives, dangereuses, hostiles, haineuses, et d'étrangéité. Cependant, il souligne qu'à côté de (et en relation avec) ces aspects douloureux et angoissants de la différence culturelle, il est nécessaire de considérer sa dimension potentiellement créatrice. En effet, dans ce passage de la frontière, "de nouvelles liaisons et de nouveaux investissements deviennent possibles" (*Ibid*, p.17).

Il est intéressant de noter que pour cet auteur au registre de la différence culturelle, telle qu'il la définit, peuvent se substituer tous les enjeux des deux autres différences. Il donne un exemple pour expliciter son propos: dans la rencontre interculturelle, l'autre culturel,

l'étranger peut tout aussi bien être "un animal (un sous-homme), un monstre, un enfant, une femme, un malade, un sauvage, etc." (*Ibid*, p.67). Autrement dit, selon lui, la différence culturelle peut-être le déplacement de la différence sexuelle ou de la différence entre les générations ou des deux à la fois.

D'autres auteurs, telle Marie-Rose Moro, ont abordé de manière très pertinente la question de la structuration psychique, mais dans une perspective plus pragmatique. Aussi, nous aborderons ses contributions ultérieurement dans ce travail.

3. Transmission de la culture :

a) Précocité de transmission de la culture :

La culture se transmet très précocement, avant la naissance du bébé et durant toute la petite enfance (Patuard, 2007).

Comme le soulignent de nombreux auteurs (Mead, 1930 ; Nathan, 1986 ; Moro, 1994 ; Ruiz Correa, 2005 etc.), la culture est ce qui nous est transmis, ce qui est acquis et incorporé ou "introjecté" dans le lien primaire. Ce sont, en premier, les parents qui véhiculent de manière inconsciente les significations culturelles qui ont été "introjectées" dans chaque culture et ce à chaque époque (depuis ce que nous appelons conduites féminines et masculines, jusqu'aux rythmes d'alimentation du bébé et du sevrage).

Dès 1930, Mead (citée par Mouchenik, 2003 et Moro, 2005), a proposé un concept pour rendre compte des mécanismes de transmission de la culture dans le lien primaire : l'"enculturation". Ayant étudié les modèles éducatifs et les soins de puériculture (les petits soins aux enfants, les techniques du corps, à travers le langage etc.) dans de nombreuses aires culturelles elle montra comment ils pouvaient être une modalité d'inscription de la culture dans le corps de l'enfant, une "incarnation corporelle" de la culture (Moro 2005, p.112) et coder ainsi culturellement les sensations, les perceptions, certains affects, certains conflits etc. Sinatra (1998) a, quant à lui, beaucoup insisté sur "le rôle de la langue maternelle en tant que véhicule des signifiants, des premières sensations et des contenus "prélangagiers" comme les odeurs, les saveurs [...]. Elle s'inscrit avant l'accession au langage au niveau des racines sensorielles et corporelles du sujet" (Sinatra, 2005 p.135).

b) Transmission de la culture et surmoi culturel :

Avant d'aborder la question spécifique de la transmission de la culture en l'articulant avec la notion de surmoi culturel, il faut préciser les soubassements théoriques de cette notion (qui sont controversés).

Le surmoi est une instance psychique qui “ a pour rôle un juge ou de censeur à l'égard du moi ”, tel que Freud l'a décrit. Il voit donc dans “ la conscience morale, l'auto-conservation, la formation d'idéaux, des fonctions du surmoi ”. Pour cet auteur, il est héritier du complexe d'Œdipe (notons que d'autres auteurs, tel M. Klein, situent sa constitution à un stade plus précoce) et résulte du deuil des objets oedipiens et du désir de mort contre le parent du même sexe. Dans *Malaise dans la civilisation* (1929), il écrit que “ le surmoi de l'enfant ne se forme pas à l'image des parents mais bien à l'image du surmoi de ceux-ci ; il s'emplit du même contenu, devient le représentant de la tradition, de tous les jugements de valeurs qui subsistent ainsi à travers les générations ” (Laplanche et Pontalis, 1967 p.471). Il est donc porteur de tout l'héritage phylogénétique, et donc de toute la culture du passé. En cela le surmoi, parce qu'il est nécessairement culturel, est peut-être l'un des rares concepts métapsychologiques qui puissent servir à penser les rapports de l'individu et du collectif (Diatkine, 2000).

Il est à remarquer que la thèse de Freud concernant le surmoi culturel a vivement été critiquée. En effet, toujours dans *Malaise de la culture*, Freud écrit que les commandements du surmoi culturel coïncident point par point avec ceux du surmoi inconscient. En effet, du fait qu'il adopte une perspective phylogénétique, pour Freud, le développement de la civilisation est parallèle avec celui de l'individu. Autrement dit pour lui, de même que le surmoi individuel s'établit par identification aux objets oedipiens attaqués et perdus, le surmoi culturel résulte, lui, d'une identification secondaire à cet homme maltraité et mis à mort par son peuple (c'est à dire au père de la horde primitive de *Totem et tabou*, 1912). Or, nous l'avons vu cette perspective phylogénétique a été contestée dès 1943 (par Róheim). Cela dit, il semble que, si les soubassements théoriques du concept freudien de surmoi culturel sont discutables, le concept même de surmoi culturel reste pertinent, notamment en clinique (du moins tel que Diatkine l'indique dans son Rapport sur le Surmoi culturel paru dans *La revue Française de Psychanalyse* en 2000).

Dans le développement de l'individu, l'origine du surmoi culturel est limité à la “ puériculture ”, dans le sens où c'est la mère (ou du moins la personne qui prend soin de l'enfant) qui indique à l'enfant les “ bonnes façons de parler, les “ bonnes ” conduites, relativement à ses normes culturelles. Il s'agit là des idéaux culturels auxquels l'enfant doit se conformer s'il veut s'identifier au père (là de son histoire personnelle et non collective), et

devenir membre de sa famille, de son ethnie, de sa nation et par-là même de l'humanité entière.

Cette identification primaire au père " est à l'origine de l'idéal du moi " (Diatkine, 2000 p.1581). L'idéal du moi n'est jamais atteint, mais le sujet se donne l'illusion d'être identique à son idéal du moi. Cette illusion repose sur deux identifications narcissiques combinées. D'une part, une identification en miroir, à un *alter ego* (fantasme de double, visage de la mère, miroir véritable etc.). D'autre part, une identification à l'image idéale du père que le sujet voit dans les yeux de sa la mère quand elle le regarde (qui donc doit passer par l'acceptation du " message de castration "). La combinaison de ces deux identifications narcissiques donne au sujet l'illusion que son moi est identique à son idéal, c'est à dire qu'il a un moi idéal.

Par la suite le surmoi culturel va s'étendre à toutes les personnes auxquelles le sujet va s'identifier secondairement. Notamment à la " sortie du groupe familial " (enseignants, personnes aimées extérieures à la famille, leaders de groupe etc.), et dont les idéaux vont se condenser aux idéaux qui étaient déjà les siens. L'idéal du moi devient alors de plus en plus impersonnel (Diatakine, 2000).

c) Les deux modalités de transmission de la culture (selon Kaës, 1998) :

Kaës considère que la transmission culturelle s'opère selon deux modalités générales. La première modalité est non élaborative: il s'agit de la transmission traumatique de la culture "d'objets psychiques bruts", non psychisés, non élaborés (le préconscient étant court-circuité) dont l'incorporation entraîne la formation d'enclaves ou de cryptes. Celles-ci peuvent faire retour sous formes d'hallucinations, de somatisations ou de délires partagés. La deuxième modalité de transmission de la culture est, selon lui, une transmission transitionnelle, transformatrice, élaborative. Ici, les éléments transmis le sont sous une forme qui permet l'appropriation subjective de la culture par les individus.

D. Culture et migration :

Le développement de cet aspect a pour but d'exposer des repères théoriques importants concernant la migration (puisque les situations cliniques présentées concernent des patients migrants) mais aussi de montrer, même si cela peut paraître un lieu commun, que chaque histoire et vécu migratoire est unique et complexe.

Il appartient au thérapeute d'en appréhender la complexité.

1. Aspects théoriques : les notions de traumatisme migratoire (T.Nathan), de métissage culturel (M.R.Moro), et d'acculturation

a) La notion de traumatisme migratoire

Nathan postule que c'est la perte du cadre culturel externe qui est à l'origine de la souffrance psychologique des migrants (Nathan, 1986). " Le cadre sur lequel s'appuient (les migrants) vacille à donner le vertige jusqu'à ce que, longtemps après l'exil [...] intervienne la chute " (Nathan, 1986, cité par François, 227 p.76). Ainsi s'inspirant de Bateson, qui définit le " traumatisme du non-sens " (1956), Nathan définit le traumatisme migratoire comme un choc intellectuel (incompréhensibilité) entre plusieurs personnes. Le traumatisme qui en découle au niveau psychique apparaît alors au niveau psychopathologique, c'est une caractéristique intrinsèque à la psychopathologie du trauma, comme un " premier temps " de la migration. Pour lui, la migration, en elle-même, est potentiellement traumatique, du fait qu'elle entraîne une " perte du cadre culturel interne, permettant le décodage de la réalité externe " (Nathan, 1986). " La perte de l'enveloppe culturelle va donc provoquer des modifications de l'enveloppe psychique directes (du fait de l'homologie entre ces deux structures) et indirectes (par le sentiment de précarité liée à la migration) " (Moro, 2004 p.82). Néanmoins, le traumatisme migratoire n'est toutefois ni systématique, ni inéluctable (Moro, 1998).

b) La notion de métissage culturel :

Concernant la migration, Marie-Rose Moro apportera une contribution essentielle en introduisant la notion de métissage. Pour elle la migration est aussi une question de capacité à établir de nouveaux liens et à faire preuve de créativité. Comme nous l'avons vu, systèmes culturels et systèmes psychiques ne sont pas des structures rigides, mais fondamentalement dynamiques, quel que soit le migrant et les difficultés de parcours auxquelles il ait eu à faire face : les contenants psychiques peuvent se métisser.

Nous pourrions apprécier l'importance et la pertinence de cette notion tout au long de ce travail. Car si elle est de toute importance en ce qui concerne la migration, elle l'est également en ce qui concerne la relation thérapeutique en situation inter- et/ou métaculturelle (mais également intraculturelle, puisque qu'elle est pertinente pour toute " Rencontre ").

c) La notion d'acculturation :

La notion d'« acculturation » se définit comme le processus complexe de contact culturel au travers duquel une société assimile ou se voit imposer des traits ou un ensemble de traits d'une autre société (Bonte et Izard, 2000). Néanmoins, si cette notion tend à décrire le changement culturel dans la migration, ce n'est que du point de vue d'une seule des deux sociétés en présence (notions de culture cible, et de culture source), et, du fait même du caractère anthropologique de cette terminologie, ne dit rien des mouvements individuels à l'œuvre (Pradère et Revah-Levy, 2003). Seulement n'ayant, en l'état actuel des choses, pas d'autre terme plus approprié, c'est celui-ci que nous emploierons dans ce travail.

L'acculturation tel que nous l'employons est un terme qui décrit un phénomène dynamique, un processus en cours de création. Elle n'est pas à confondre avec l'« assimilation » qui décrit chez un groupe ou un individu la perte totale de la culture d'origine au profit de l'intériorisation complète de la culture du pays d'accueil. Par ailleurs, soulignons que « la diffusion » n'est qu'un aspect des processus d'acculturation car même s'il y a toujours diffusion dans un processus d'acculturation, il peut y avoir diffusion sans contact continu et direct. Dans l'acculturation la transformation de la culture initiale s'effectue par sélection d'éléments culturels empruntés. Autrement dit, dans le processus d'acculturation, d'anciennes significations sont attribuées à de nouveaux éléments ou, à l'inverse, de nouvelles valeurs modifient la signification culturelle de formes anciennes. Il semblerait que dans l'acculturation les éléments pragmatiques (techniques et matériels) d'une culture sont plus aisément transférables que les éléments symboliques (religieux, idéologiques etc.).

2. La migration, aspects cliniques :

a) Migration, métissage et altérité :

La migration est d'abord un événement sociologique inscrit dans un contexte historique et politique. Les raisons pour lesquelles on migre sont nombreuses. Si classiquement on distingue les motivations socio-économiques, politiques, et psychologiques, on se rend compte qu'elles sont souvent intriquées. Pour les demandeurs d'asile, il s'agit souvent d'échapper à une menace vitale. On parle plus, alors, d'exil, caractérisé par la fuite, donc non

précédé d'élaboration, et, ne s'accompagnant souvent d'aucun projet ou fantasme de retour. En ce qui concerne les motifs psychologiques, les motivations conscientes sont variées, et, si le fait de migrer est souvent un acte solitaire, cela peut autant être une sorte " de quête de soi-même ", qu'une " reconquête de sa dignité par l'argent et le travail ", que " l'aboutissement d'un rêve à plusieurs " (Moussaoui, et Frey, 1985 cité par Moro et Baubet, 2003 p.138), une soif d'exotisme, envie d'aventure etc. Sur le plan inconscient, elles peuvent être un " acte auto-thérapeutique " au travers duquel le sujet pourrait en quelque sorte " renaître " (Moro et Baubet, 2003 p.139), une fuite d'un contexte familial dysfonctionnant, d'une emprise parentale, une mise en jeu du fantasme d'être orphelin (Grinberg et Grinberg 1986) etc. Cela dit, l'expérience montre que même lorsque la migration est voulue, les motifs du voyage " restent ambivalents (désir de partir et peur de quitter les siens, modalités de résolution de conflits familiaux et aboutissement d'une trajectoire de rupture ou d'acculturation à l'intérieur de son propre pays " etc.) (Moro, et Baubet, 2003 p.139). En cela, cette ambivalence est souvent à élaborer en psychothérapie pour le sujet migrant, ce qui nécessite en premier lieu que le thérapeute la repère et ne la dénie pas.

Un autre point important est à souligner, si les motivations psychologiques sont complexes et variées, un point commun se doit d'être mis en exergue, le migrant souvent, en faisant ce choix, se place du "côté de la vie " (*Ibid*,p.138).

La migration est aussi donc aussi un phénomène psychologique qu'il faut appréhender comme tel. Suite à la rupture du cadre culturel externe et interne du patient, les implicites ne sont plus les mêmes : " il y a rupture douloureuse avec un monde sans véritable possibilité de s'inscrire dans l'autre ". La migration peut contraindre les migrants à " opérer un clivage entre deux référentiels culturels. Un tel clivage se manifeste par l'impossibilité d'établir des médiations entre deux univers référentiels. Lorsqu' éclate la souffrance psychopathologique, le patient, en l'absence de code d'expression de sa maladie assumant texte et contexte, se retrouve dans l'impossibilité d'exprimer ses deuils et conflits internes " (Moro, 1994).

Elle contraint à un double travail d'élaboration psychique : travail de deuil (passant par les classiques phases de deuil décrites par de nombreux auteurs) et de " relation post-traumatique " (Baubet et Moro, 2003 p.139).

Moro et Baubet (2003) ont décrit les vicissitudes du travail d'élaboration nécessaire en insistant sur l'importance des deuils et des affects dépressifs. En effet, la reconnaissance de la souffrance s'accompagne de l'incorporation progressif d'éléments de la nouvelle culture, d'une levée du clivage qui avait nécessairement été mis en place entre les deux univers

culturels, permettant “ le métissage culturel ” : “ il devient possible de fonctionner dans plusieurs logiques culturelles sans avoir à renoncer à aucune d’elles ” (*Ibid* p.142).

Mais si la migration a une double potentialité, elle a aussi des effets révélateurs de potentialités créatrices qui pourront s’exprimer à la faveur de cette modification de l’environnement. Marie-Rose Moro souligne que la situation transculturelle permet aussi des réussites souvent inattendues, parfois spectaculaires (1994).

La migration entraîne donc avec elle la nécessité du changement.

b) Migration, acculturation, exposition, vulnérabilité et protection :

Les migrants sont en général exposés à ce que Marie-Rose Moro nomme le “ risque transculturel ”, est le risque inhérent au passage d’un univers à l’autre. Face à cette situation de risque, comme devant tout autre événement qui intervient dans le processus de développement, quatre secteurs sont à considérer : la vulnérabilité, mais également la compétence, la résilience (Cyrulnik, 1999 ; Bourguignon, 2000), et la créativité (Moro, Rousseau, 2003).

Les capacités d’adaptation du migrant sont sollicitées, ainsi que celle de sa tolérance à la nécessaire confrontation de son identité : “ comment continuer à être soi-même tout en se modifiant, comment maintenir le sentiment de continuité de soi, de son rapport aux autres (visibles et invisibles), lorsque la réalité n’est que rupture ? ” (Baubet et Moro, 2003 p.138).

Trois dimensions sont à prendre en compte dans l’appréciation du facteur psychosocial qu’est la migration (Rousseau et Nadeau, 2003) : le contexte (politique, économique et familial), la culture (d’appartenance et d’accueil) et la communauté (du pays et/ou de l’exil). C’est l’intégration de ces trois dimensions qui permet au clinicien et au chercheur de saisir les configurations de facteurs de vulnérabilité ou de protection. Car “ pour ceux qui bénéficient d’un milieu suffisamment sécurisant et riche en stimulations de toutes sortes ”, le migrant trouve dans son environnement des tiers qui lui servent “ d’initiateurs, de guides dans un nouveau monde ”. Telle est la fonction du soignant : “ pour maîtriser ce risque transculturel, et le transformer en nouvelles formes de vie, nous devons nous mettre dans cette position médiatrice qui lui a manqué : appuyé sur sa filiation et ouvert sur le monde nouveau ” (Moro, 2003).

E. Représentations de la maladie et systèmes de soins :

1. Apport de la psychiatrie transculturelle : la notion de théorie étiologique

A partir de l'anthropologie de la maladie, Moro (1994) définit ce que sont les théories étiologiques. Ce sont des énoncés culturels sur les causes de la maladie, mais aussi sur son sens. “ Ils sont constitués d'un corps organisé d'hypothèses qui n'appartient pas à l'individu. Elles sont mises à sa disposition par son groupe d'affiliation et sont transmises sous de multiples formes : par l'expérience, par le récit, par des énoncés non-langagiers comme les rituels, par les techniques du corps, par les techniques de soins...Ces énoncés sont des mécanismes traditionnels de production de sens [...]” (*Ibid*, p.32).

L'individu peut se les approprier partiellement ou non, à un moment donné de sa vie, quand il en a besoin. “ Ce sont des mécanismes de production de sens *in fine* individuel, et donc très variables de l'un à l'autre et très mouvants dans le temps ” (Moro et Baubet, 2003 p.183).

“ Les théories étiologiques sont des “ formes vides ” suffisamment générales et implicites pour être pertinentes à tous les individus d'un même groupe culturel ” (Moro 1994 p.83). L'étiologie n'est jamais loin de la thérapeutique, car “ toute théorie étiologique énoncée implique ipso facto une technique de soins particulières ” (*Ibid*, p.84). Les théories étiologiques ont une fonction dynamique, l'identification de la cause imposant une procédure. “ L'efficacité est dans la procédure et non dans le contenu de l'énoncé lui-même ” (*Ibid*, p.84).

2. Les apports de l'anthropologie et de la sociologie médicale :

a) La notion de système de soins :

La notion de système de soins a été définie par Kleinman (1980, cité par Taïeb, 2006). Les systèmes de soins rassemblent le réseau des réponses aux problèmes humains entraînés par la maladie. Ce sont “ des systèmes sociaux et culturels qui constituent la réalité clinique de la maladie. La culture n'est pas le seul facteur qui modèle leurs formes : les facteurs politiques, économiques, sociaux, historiques et environnementaux jouent aussi un rôle important dans

leurs constructions” (Kleinman, traduit par Taïeb, 2006 p.14). Lorsque nous parlons de systèmes de soins, nous ne parlons en fait que d’un seul système de soin qui est composé de trois secteurs de soins qui se chevauchent. Ceux-ci sont : le système populaire (lieu de l’identification du trouble et de ses retentissements, de l’automédication, des conduites préventives) le plus important, mais le moins étudié ; le secteur professionnel (le plus puissant, concernant la médecine scientifique moderne, fortement auto-centré) ; le secteur traditionnel (formé de spécialistes non professionnels).

Kleinman insiste bien sur le fait que c’est le système pris dans sa totalité qui soigne et non seulement le thérapeute (Kleinman, cité par Taïeb, 2006).

b) La dimension socio-culturelle de la maladie :

Kleinman rappelle la dichotomie entre maladie - “disease” et maladie - “illness” introduite par Canguilhem (1966). La maladie-“disease” se réfère à un dysfonctionnement d’un processus biologique tandis que la maladie-“illness” se réfère à l’expérience psychosociale de la maladie et à sa signification. La séparation “illness” et “disease” est donc tout à fait différente de la séparation maladies organiques et troubles psychiatriques. De plus, non complètement séparées l’une de l’autre, elles entretiennent de très nombreuses interrelations.

Pour Augé (1984 cité par Taïeb, 2006), la maladie est un événement biologique individuel qui s’inscrit dans le corps d’un individu mais dont l’interprétation, imposée par le modèle culturel, est immédiatement sociale. Ce sont des formes simultanément individuelles et sociales. La maladie “incarne notre rapport conflictuel au social” (Augé 1984 et Herzlich, cité par Taïeb, 2006 p.26). Par ailleurs, il critique vivement la distinction faite entre médecine magico-religieuse (qui serait à visée étiologique) et médecine empirico-rationnelle (qui serait à visée symptomatique).

Le courant anthropologique interprétatif apporte des contributions particulièrement pertinentes sur ces questions. “Ce courant ne s’intéresse pas exclusivement à la représentation de la maladie en soi mais analyse comment les interprétations de la maladie agissent parallèlement aux processus sociaux, psychologiques et physiologiques pour produire des formes et des trajectoires distinctes de la maladie” (Taïeb, 2006 p.22). “Au lieu soit de nier soit de réifier l’importance de la biologie, le paradigme interprétatif a adopté une position

fortement interactionniste et perspectiviste ” (Good 1998, cité par Taïeb, 2007 p.22). L'idée fondamentale de ce courant “ est que la maladie n'est pas une entité mais un modèle explicatif ” (*Ibid.*)

Suite au développement de sa notion de système de soins, Kleinman définit l'existence, dans chaque secteur, de modèles explicatifs de la maladies (pour l'individu maladie, pour sa famille et pour le praticien qu'il soit professionnel ou non). Pour lui, seule une partie des modèles explicatifs est conscient, le reste restant inconscient. Ceux-ci doivent être distingués des croyances générales autour des maladies, car celles-ci appartiennent à l'idéologie des différents secteurs de soins et existent indépendamment de la maladie d'un sujet. Cette notion de modèles explicatifs tient compte des dimensions intrapsychiques et interpersonnelles du sujet (Kleinman 1980, traduit par Taïeb, 2006).

Aussi, la relation thérapeute-patient peut être conceptualisée comme une négociation entre le modèle explicatif du patient et celui du médecin, à condition bien sûr qu'il y ait énonciation des deux [...] (Kleinman 1980, traduit par Taïeb 2006 p.17).

Aussi, de ce développement nous retiendrons que “ l'adhésion des patients à des représentations traditionnelles ou culturelles de la maladie ne doit pas être perçue par les médecins ni comme un obstacle à la compréhension du discours scientifique, ni comme une entrave à l'établissement d'une alliance thérapeutique solide. Au contraire, la prise en compte des modèles explicatifs et des théories étiologiques des patients dans le dispositif de soins peut favoriser l'alliance thérapeutique dans une perspective clinique, comme en psychiatrie transculturelle ” (Taïeb, 2006 p. 30).

F. La méthode en psychiatrie transculturelle :

A partir des bases théoriques que nous avons déjà énoncées dans ce travail, M.R. Moro (1994 ; 1998 ; 2002 ; 2004) a proposé une méthode de prise en compte de la dimension culturelle dans les psychothérapies parents-enfants en situation migratoire dans une perspective complémentariste.

Dans de nombreux travaux, elle a montré que l'enfant avait un “ berceau culturel ”, l'interaction parents-enfants n'existant pas en dehors d'un système interactif généralisé, le système d'appartenance culturel des parents. Trois paramètres spécifiques et fonctionnels, “ c'est-à-dire ceux qui génèrent du discours autour de l'enfant ”, sont à explorer pour co-construire un cadre thérapeutique pertinent : ce sont les représentations ontologiques, les

théories étiologiques et les actes thérapeutiques, “ l’être, le sens et le faire ”. Chacun de ces niveaux contiennent leurs logiques propres et leurs propres procédures (Moro, 1994 p. 201).

- “ L’être ” : les représentations ontologiques correspondent aux représentations concernant la nature même de l’être ; il s’agit là des représentations que les parents vont avoir de l’enfant, de sa nature, son identité, son origine, des liens avec sa famille etc.
- “ Le sens ” : les logiques des théories étiologiques ; permettent de “ donner un sens culturellement acceptable au désordre concernant l’enfant, la mère, la relation parents-enfant ”, certaines procédures doivent être mises en œuvre pour les rechercher (*Ibid* p.202)
- “ Le faire ” : les actes thérapeutiques ; ils dépendent des deux premiers niveaux, et correspondent à ce qu’il faut faire devant le désordre, à la logique thérapeutique à mettre en oeuvre pour modifier la situation (*Ibid*, p.201-202).

Ces trois niveaux sont à considérer comme de “ véritables contraintes logiques, des éléments formels constitués de logiques et de procédures à la disposition de tous les membres du groupe culturel ” (*Ibid*, p. 203). Leur fonction première est d’établir un processus d’interaction. “ Les énoncer est un acte qui initie une série interactive et par là même des modifications psychiques ” (*Ibid* p.203). Ces énoncés sont à l’origine de la construction du sens. Ce sont des “ éléments formels ” qui “ contraignent les parents à penser un sens culturel qui ordonne leurs perceptions, leurs sensations, leurs pensées et qui permet une représentation du dysfonctionnement interactif ” (*Ibid*, p.206). Ce qui est important, c’est que ces contraintes interactives sont “ transitives ” et fonctionnent aussi pour le thérapeute qui “ établit lui aussi une interaction avec cet univers de sens d’origine culturelle ” (*Ibid*, p.246).

“ Le plus souvent les énoncés ne sont pas directement formulés par le thérapeute, mais ils découlent d’un véritable mécanisme de co-construction effectué par le patient et le thérapeute. Ainsi se construit un sens culturel, qui permet, ultérieurement l’énoncé d’un sens individuel. Cette étape est nécessaire mais transitoire. L’étape ultime reste la construction d’un sens individuel ” (*Ibid* p.206) .

L’objectif spécifique de toute thérapie parents-enfant en situation transculturelle est donc d’intervenir, non pas directement au niveau de la dyade ou de la triade, mais au niveau de l’interaction des parents avec leur système culturel d’appartenance. L’évaluation des interactions précoces est l’étape préliminaire du processus de soins. Elle se fait à deux niveaux : par l’observation directe décentrée et contextualisée ; par la résolution de questions cliniques : existe-t-il un système cohérent qui ordonne les différents univers des parents, est-il

efficace ? Est-il productif ? La dernière étape est thérapeutique, elle consiste à rendre explicite le système organisateur, à le faire fonctionner pour aboutir à un sens individuel ” (*Ibid.* p.205). Il est donc nécessaire de “ co-construire ” avec le patient et sa famille une partie de leur univers culturel.

Pour que cette co-construction soit possible, M.R. Moro a proposé certains aménagements du cadre thérapeutique, que cela soit dans un dispositif de psychiatrie transculturelle ou non. Nous développerons cet aspect dans ce travail ultérieurement.

G. La psychiatrie comme objet culturel :

La pensée psychiatrique est loin d’être culturellement neutre. Elle s’est, en effet, constituée dans un contexte historique et culturel spécifique, et, intègre des présupposés culturels, constituant des “ ethnothéories ” (Sturm, 2003 p.268). Ces présupposés se retrouvent tant dans ses convictions de base que ses catégorisations (nous nous arrêterons notamment sur le DSM-IV). Ce paragraphe, qui ne sera pas exhaustif, a pour but de mettre en évidence le caractère autocentré, autrement dit ethnocentriste de la pensée psychiatrique occidentale.

1. A propos des convictions de base de la pensée psychiatrique :

Nous développerons ici, par exemple, le lien corps-psyché. Historiquement, la science médicale occidentale s’est constituée selon une distinction nette entre le corps et l’esprit. Cette conception a marqué de façon durable et profonde les schèmes diagnostiques occidentaux (Hughes, 1985, cité par Baubet, 2003). Or, les apports de l’anthropologie médicale montre clairement que cette dichotomie est absente de la plupart des systèmes médicaux (par exemple en médecine chinoise) (Kleinman, 1980, cité par Sturm, 2003). Cette dichotomie constitue un des biais ethnocentriques de base de la science médicale contemporaine. En effet, dans certaines cultures, une souffrance est davantage exprimée par des douleurs ou des malaises attribués au dysfonctionnement du corps, même s’il est possible de la caractériser comme une souffrance socio-psychologique (Gailly, 1997).

Une des conséquences est que le clinicien occidental n’est pas toujours à même de déchiffrer de telles formes culturellement codées d’expression de la souffrance. Aussi, peut-il considérer que le patient est en train de “ somatiser ” une souffrance psychique. Peut-être même va-t-il en déduire une incapacité du patient à élaborer. Par ce genre de malentendu, le patient peut

être privé de soins, car en occident, habituellement, on ne propose pas une psychothérapie à quelqu'un qui n'est pas capable d'entrer dans un processus d'élaboration (Sturm, 2003).

Aussi, nous pourrions discuter les notions de base de la psychologie telle que la notion d'émotion qui est loin d'être universelle (Toussignant, 1980). En effet, les émotions, en occident, sont considérées comme des expériences subjectives, intérieures, quasi-corporelles, opposées à la pensée, alors que, dans certaines populations, comme chez les Ifaluk (vivant dans l'Océan-pacifique sud), il est décrit des "émotions pensées" qui circulent entre les personnes, et désignent plus, alors, des situations (Lutz, cité par Sturm, 1993).

De même, si, en Occident, il y a un certain accord pour qualifier ce qu'est une personne "mûre", un "développement "normal" ce n'est pas pour autant que ces notions soient applicables en situation interculturelle. Elles sont évidemment éminemment culturelles. Devereux dans son article *Normal et anormal* (1956) a apporté des contributions majeures sur ces questions, ainsi que bien d'autres auteurs à sa suite (Kleinman, Good etc.) mais ce serait trop nous écarter de notre sujet que de les développer.

De même, il faut aussi se questionner sur les normes qui sont à la base des buts visés en psychothérapie, qui somme toute se réfèrent aux normes définissant ce qu'est la "santé mentale". En Occident, les objectifs du traitement sont, entre autres, la recherche d'autonomie, le contrôle (émotionnel par exemple), la compréhension par l'analyse. Or, par exemple, dans les cultures asiatiques on cherche l'"acceptation, l'harmonie, la compréhension par la contemplation" (Fernando, 1995, p.269), alors que dans certaines cultures africaines, l'interdépendance est recherchée, du moins valorisée etc. Donc, il est important de définir avec le patient les buts visés dans tout traitement psychothérapeutique si l'on ne veut pas imposer des valeurs occidentales aux patients. Cela nécessite, en premier lieu, de reconnaître et d'accepter les normes auxquelles il se réfère.

En fait, il est aisé de se rendre compte que toute théorie psychologique/psychiatrique, parce qu'elles s'inscrivent dans des normes et des pratiques collectives, ne sont pas socio-culturellement neutres (Bourguignon, 2003). Si le clinicien les admet et les met en pratique en situation interculturelle sans s'interroger sur leur pertinence, la perception qu'il va avoir de la réalité de ses patients risque fort d'être déformée. De plus, dans ces cas, toute différence par rapport à la norme occidentale peut apparaître comme écart pathologique. De manière générale, le clinicien doit garder à l'esprit que "du seul fait qu'il agit", il engage "ipso facto des valeurs y compris morales" "dans la mesure où il est impossible d'expliquer ce que veut

dire “ avoir un sens ” sans faire appel à aucun concept normatif ” (Montefiore 1996, cité par Bourguignon 2003 p.17).

Afin de réduire les effets de l’ethnocentrisme en clinique psychiatrique, le recours aux données fournies par l’anthropologie et l’épidémiologie médicale est évidemment d’un grand recours. Actuellement, il existe de très nombreuses recherche portant, par exemple, sur les convictions de base de la psychologie (Stigler, Shwerder & Herdt, 1990, cités par Sturm, 2003), sur la validité transculturelle des catégories psychiatriques (Kleinman & Good ; 1985, cité par Baubet, 2003), des collaborations entre psychiatres, psychologues, anthropologues et historiens essayant, par exemple, d’échanger sur les différentes façons d’envisager l’accompagnement d’un enfant dans son développement (Guidetti, Lallemand & Morel, 1977) etc.

2. La place ambiguë des facteurs culturels dans le DSM-IV

Concernant les catégorisations psychiatriques et outils diagnostiques, nous avons choisi de ne développer que ce qui concerne le DSM-IV. Soulignons, d’ailleurs qu’aujourd’hui, les catégories et critères diagnostiques définis dans le DSM servent fréquemment de base à l’enseignement de la psychiatrie, et, il fait souvent office de “ manuel ” de psychiatrie, y compris dans les pays non occidentaux (ce qui rappelons-le n’était pas son but) (Baubet, 2003). L’ethnocentrisme des nosologies occidentales y a maintes fois été souligné.

A l’occasion de la révision du DSM-III et de la création du DSM-IV, des avancées considérables ont eu lieu dans la prise en compte des éléments culturels, notamment dans les troubles dissociatifs et la psychiatrie de l’enfant. La référence culturelle date, donc, de 1990 (suite à la conférence sur la culture et le diagnostic psychiatrique sous les auspices du National Institut of Mental Health et de l’APA). Depuis le manuel contient : (1) en introduction, une déclaration sur les aspects culturels (“ cultural statement ”) qui alerte le clinicien sur la prudence nécessaire dans l’utilisation du manuel dans un contexte interculturel (en soulignant l’importance des concepts de culture et d’ethnicité) et l’encourage à prendre en compte le biais de l’ethnocentrisme ; (2) des considérations culturelles dans la plupart des catégories diagnostiques (courts paragraphes concernant la sémiologie du trouble et sa fréquence dans les univers culturels) ; (3) en appendice, un glossaire des syndromes liés à la culture, ainsi qu’un guide pour la formulation culturelle.

a) Concernant le glossaire des *culture-bound syndrome*

Rappelons quelques éléments de la définition des syndromes liés à la culture retrouvés dans le DSM-IV-TR (APA, 2000) : “[...] des modèles de comportements aberrants et d’expériences de difficultés qui sont récurrents et spécifiques à une région donnée [...]. Plusieurs de ces tableaux cliniques sont considérés localement comme des “ maladies ” ou du moins des désordres et la plupart ont des dénominations locales. [...] les symptômes particuliers, leur évolution et la réponse sociale qu’elles suscitent sont souvent influencées par des facteurs culturels. [...] ils constituent des catégories diagnostiques locales populaires qui associent des significations cohérentes à certains types d’expériences et d’observations répétitives, structurées et exprimant de l’affliction ” (traduit par De Plaen, 2003 p.76).

Les *Culture-Bound Syndromes*³, (traduits par « syndromes liés à la culture ») seraient, donc, des entités culturellement spécifiques, “ aberrantes ” au regard d’un clinicien occidental, et qu’il conviendrait d’isoler du reste des comportements humains. On perçoit les limites de cette conceptualisation de la culture, qui appartient à une démarche de type culturaliste (car, met en valeur l’aspect culturel de l’expression symptomatique). Elle a l’avantage de la reconnaissance de la spécificité culturelle, et, offre un diagnostic différentiel, permettant ainsi d’éviter le risque d’un mauvais diagnostic et d’une mauvaise orientation thérapeutique. Mais elle a aussi l’inconvénient d’isoler sur le plan symptomatique une population dont les comparaisons avec la population générale ne sont alors plus possibles. Elle ne peut alors plus, par définition, aboutir à aucune des recherches que le DSM s’était pourtant fixé comme objectif. En insistant de façon exclusive sur la spécificité des symptômes, elle tourne le dos au postulat d’universalité psychique, et ferme la porte à toute démarche pragmatique interculturelle.

³ Nous ne donnerons ici que quelques exemples de « syndromes liés à la culture ». Le *piblotocq* serait, très schématiquement, une forme d’hystérie arctique. Le *koro* est un mot d’origine malaise : il décrit un état d’anxiété aigüe où la personne pense que son pénis rétrécit ou diminue, avec l’idée que l’impuissance et/ou l’infertilité peuvent en découler ainsi que la mort. Si le *Koro* a été initialement décrit dans la région malaise-indonésienne, on a retrouvé des tableaux très similaires au Nigéria, de même qu’au Sulawesi et aux Philippines. Il a été décrit autant dans des populations musulmanes que bouddhistes, chrétiennes, animistes (De Plaen, 2003). « En Occident, il a été tenté d’appliquer le concept de *Culture bound syndromes* à plusieurs entités cliniques. Un des intérêts de ces tentatives est certainement la « dé-exotisation » du phénomène culturel tout comme la prise en compte critiques des anxiétés et conflits éventuellement propres aux sociétés occidentales elles-mêmes. Plusieurs entités ont fait l’objet d’une telle analyse : l’anorexie mentale, l’obésité, le syndrome de fatigue chronique, le trouble dissociatif de l’identité etc. » (De Plaen, 2003, p.86). Nous avons décidé de ne pas développer ce sujet ici, car il pourrait en lui-même faire l’objet d’un travail spécifique.

b) Concernant le guide de formulation culturelle :

Ce dernier est une innovation importante du DSM IV (Mezzich, 1995, cité par Baubet, 2003). Ce guide conseille au clinicien d'évaluer quatre dimensions (APA, 1994) : (1) L'identité culturelle de l'individu (groupe de référence, langue, facteurs culturels de développement, implication dans la culture d'origine, implication dans la culture d'accueil) ; (2) Le modèle étiologique des troubles (manifestations de travail et catégories locales, sens et sévérité des symptômes en regard des normes culturelles, causes et modèles explicatifs, comportement et projets de recherche de soins) avec une référence à la distinction " illness/disease " et à l'approche " émique/étique " ; (3) Les facteurs culturels liés à l'environnement psychosocial et au niveau de fonctionnement (facteurs sociaux de stress et de protection, niveau de fonctionnement et handicap) ; (4) Les éléments culturels liés à la relation entre le sujet et le clinicien.

Son utilisation permet, donc, d'ajouter à la démarche diagnostique une démarche complémentaire du trouble telle qu'elle est vécue par le patient avec ses propres références. Différentes illustrations de l'utilisation de cet outil et de sa pertinence pour la clinique ont été publiés (Yilmaz et Weiss, 2001). Il offre donc des perspectives prometteuses sur le plan de la clinique, de l'enseignement et de la recherche.

c) Des avancées réelles, mais insuffisantes

Mais les facteurs culturels ont gardé une place ambiguë dans le DSM et l'ICD, et, les avancées décrites ci-dessus ont été jugées insuffisantes pour beaucoup. La définition du concept de culture n'y est, en effet, pas incluse. De même, il n'est pas mentionné le fait que le DSM et l'ICD, eux-mêmes, sont des créations culturelles. Malgré les avancées précédemment décrites, certains auteurs rappellent que des positions théoriques implicites ethnocentriques sous-tendent le DSM (Minas et Kirmayer, 2000 ; cités par Baubet, 2003).

Kleinman (1996 cité par Baubet 2003) a analysé un certain nombre de ces positions. Premièrement, les troubles mentaux seraient un phénomène naturel, une chose en soi, dont la présence ou l'absence peut être affirmée à travers l'observation. Deuxièmement l'évolution, et l'histoire naturelle des troubles seraient contenues dans la définition de la catégorie diagnostique. Or, il est avéré que les modalités évolutives des troubles sont au moins en partie influencées par le contexte culturel et social (par exemple le pronostic de la schizophrénie est meilleur dans les pays en voie de développement que dans les pays occidentaux). Troisièmement, la dichotomie corps/esprit sous-tend encore certaines catégories comme celles

des troubles somatoformes ainsi que la distinction forme-contenu implicite dans la description des grandes catégories diagnostiques et de leurs “ variants culturels ”. Enfin, les conceptions de la personnalité comme une entité stable et discrète et non comme une entité continue, sont toutes autant de conceptions qui ne sont pas universellement partagées. Il semblerait que le DSM-IV ne peut souffrir trop de relativisme culturel (Baubet 2007, communication personnelle), qui remettrait en cause les théories implicites qu’il contient (Kirmayer, 1998 cité par Baubet 2003).

Cela étant dit, il ne s’agit pas ici de dire que la psychiatrie n’est adéquate qu’à un univers donné (en l’occurrence le monde occidental) et non transposable (dans un autre contexte culturel). En effet, il s’agit là d’une position relativiste extrême qui, considérant chaque trouble comme n’existant que dans un contexte socioculturel donné, et, de façon absolue, revient à réfuter la validité même de la psychiatrie. Autrement dit si la culture implique la représentation phénoménologique du désordre, ce désordre est celui que l’on se représente et il n’y a plus d’objet scientifique (Lantéri-Laura, communication personnelle, cité par Selod, 1998). Or, on s’accorde à penser selon l’état actuel de la recherche, que les troubles psychiatriques en tant que phénomènes psychopathologiques comprennent des mécanismes étiologiques de nature à la fois neurobiologiques et psychosociaux. La force d’une approche qui serait à la fois clinique et anthropologique résiderait dans la coexistence d’un abord à la fois scientifique et constructif de sens pour l’individu évoluant dans un univers donné. Et, malgré les critiques adressées à la position trop universaliste de la nosologie psychiatrique actuelle (où persistent des erreurs catégorielles, voir ci-après) imposées par la prééminence d’une culture sur une autre, il reste clair que la reconnaissance et la conception de nombreuses maladies mentales se retrouvent régulièrement dans de nombreuses sociétés.

3. A propos des *misdiagnosis* (exemple des troubles dépressifs souvent diagnostiqués à tort comme troubles psychotiques) :

Kleinman (1978 cité par Baubet 2003) a proposé le concept de catégories trompeuses (*Category fallacy*) pour désigner l’application à un autre groupe culturel de critères diagnostiques définis au sein d’une autre culture et dont la validité n’a pas été établie. Un risque élevé d’erreurs, notamment diagnostiques (*misdiagnosis*) en découle.

Par exemple, en situation transculturelle, certains troubles dépressifs sont diagnostiqués à tort troubles psychotiques. La littérature anglo-saxonne est assez contributive à ce sujet où cette question a été largement débattue. Par exemple, Bell (1981 cité par Selod 1998) montre que

les patients Noirs maniaco-dépressifs sont plus susceptibles que leurs homologues Blancs d'être diagnostiqués comme schizophrènes. Les travaux de Murkherdgee (1983 cité par Baubet 2003) ont montré que les patients bipolaires afro-américains et hispano-américains encouraient un risque plus élevé que les patients caucasiens de se voir attribuer un diagnostic de schizophrénie. Un des facteurs prédictifs d'erreur était la survenue de phénomènes hallucinatoires au cours de l'épisode pathologique. Strakowsky (1995, cité par Selod 1998) retrouve une corrélation positive entre " race " et diagnostic de schizophrénie pour les Noirs aux dépens des troubles affectifs (non significatif) et des troubles de personnalité (significatif). Cochrane (1977 cité par Selod, 1998) remarquant que la catégorie des troubles de la personnalité est très peu employée pour diagnostiquer les sujets issus des " minorités ethniques " suggère que, dans le doute les médecins diagnostiquent les troubles les plus graves.

Si nous avons cité là (de manière non exhaustive) les études qui ont été validées de façon relativement consensuelle (hormis celle de Bell), il est important de préciser que dans la littérature les résultats sont souvent contradictoires. De plus, il existe peu d'études prospectives sur cette question (à notre connaissance) qui permettraient de pondérer ces résultats par une éventuelle réévaluation diagnostique. Cela dit, elles semblent mettre en cause d'une part la subjectivité du cotateur ou du clinicien dans l'établissement des diagnostics, d'autre part la validité de certaines entités nosographiques pour certains groupes " ethniques ".

Notons, que Jones (1986 cité par Selod, 1998) postule que l'hésitation de certains noirs à avoir affaire à des thérapeutes blancs peut se manifester par un contrôle émotionnel strict et une grande résistance à établir la communication, ce qui peut être interprété à tort par le clinicien comme une certaine froideur et induire un diagnostic de schizophrénie.

De nombreuses études ont aussi souligné la sur-prescription de neuroleptiques dans la population noire (et notamment afro-antillaise). Littlewood et Cross (1980 Cité par Selod, 1998, Ferando, 1995, Knowles 1991 etc.) retrouvent que les noirs sont plus susceptibles de recevoir des psychotropes, en intramusculaire de façon préférentielle, et, pour une durée de traitement plus longue. Ils soulignent que cette différence n'est pas due à une différence de diagnostic. Stratowski (1993 cité par Selod 1998) évoque l'hypothèse que les plus fortes doses de psychotropes donnés aux Noirs pourraient retentir sur leur présentation clinique, et

ainsi contribuer par la suite à certaines erreurs diagnostiques (émoussement affectif évoquant le diagnostic de schizophrénie).

Cela dit, de manière générale, il est à considérer qu'il existe trois grands ensembles de causes expliquant les difficultés diagnostiques : la distance culturelle (où les comportements, les attitudes, le langage, les croyances sont à l'origine de mauvaises interprétations) ; les préjugés, stéréotypes et contre-attitudes des cliniciens (ouvrant donc à la notion de contre-transfert culturel) ; et, la variabilité symptomatique de certains troubles dont l'expression culturelle peut également être source d'erreurs (les troubles dépressifs, anxieux, somatoformes et dissociatifs sont en général intriqués) (Selod, 1998)

4. Un racisme institutionnel en psychiatrie ?

Le terme “ racisme institutionnel ”, terme fort, désigne une forme de fonctionnement des institutions qui provoque des inégalités ou même l'exclusion de certaines populations dans des secteurs importants de la société. Bien sûr, ce fonctionnement n'est pas forcément fondé sur une conviction raciste des professionnels (il peut parfois être maintenu avec de bonnes intentions). Cependant il peut être la conséquence des mesures spécifiques d'évaluation et d'intervention pratiquées dans l'institution (Sturm, 2003).

Il a été souligné, qu'en situation transculturelle, les traitements proposés s'orientent plus souvent vers la chimiothérapie (avec des doses plus importantes que pour le reste de la population et une prescription prolongée dans le temps) et la sismothérapie que la psychothérapie et ce indépendamment du diagnostic (Littlewood et Cross 1980 cités par Selod 1998 ; Fernando, 1991 ; DoH and Home Office, 1992 cité par Fernando, 1995). Pour ces auteurs, ils y auraient, dans ces situations un taux de rupture thérapeutique augmenté.

D'autres études dévoilent la différence de trajectoire des patients .. Enfin, les patients “ issus de minorités ethniques ” seraient plus transférés en chambre d'isolement et seraient plus hospitalisés sous contrainte (Fernando, 1995). Ineichen (1990, cité par Selod 1998), lui, rappelle le constat fait aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne d'une sous-utilisation par les “ groupes ethniques minoritaires ” des services de santé mentale proposés dans le pays d'accueil. Ces patients seraient plus sujets à une errance thérapeutique.

Knowles (1991 citée par Knowles 1996), qui est une sociologue, développe la thèse selon laquelle la surreprésentation des noirs dans les services fermés et les unités médico-légales seraient une façon de détourner la loi et de permettre des détentions arbitraires (aux U.S.A. et en Grande-Bretagne). Elle évoque alors le fait que la santé ferait partie des instruments de

“ contrôle social ” par le groupe majoritaire sur les Noirs. Ce même auteur a interprété la psychopathologie des Noirs américains comme la voie de résistance ultime à l’oppression du groupe social dominant.

5. Cependant, une lecture sociologique de la littérature peut être discutable :

Pour d’autres auteurs la réflexion sociologique et culturelle en psychiatrie est à minimiser (Shashidharan 1993 cité par Selod, 1998) puisque la notion d’ethnie reste en général très arbitraire. Il postule qu’il n’existe pas dans les études de critères sélectifs scientifiquement valides d’inclusion de cette variable. Dans de nombreuses études on inclut selon le lieu de naissance (et pas selon le lieu de naissance des parents) et la dimension culturelle n’est non seulement pas prise en compte mais souvent confondue avec certaines caractéristiques phénotypiques fréquentes dans le groupe d’appartenance (telle la couleur de peau)(Senior 1994 ; Ayonride 1996 cité par Selod 1998).

Notons que ce dernier biais correspond ni plus ni moins à la “ racialisation de la culture ”, c’est-à-dire à une “ sorte de passage déguisé d’un déterminisme biologique à un déterminisme culturel ” (Abdallah-Preteuille 1996 cité par Moustache 2001).

LE CONTRE-TRANSFERT : ETAT DES LIEUX

A. Le concept de contre-transfert dans son acception psychanalytique classique :

1. Approche conceptuelle (perspectives historiques)

a) Perspectives historiques : l’émergence du concept de contre-transfert dans l’œuvre de Freud

Les notions de transfert et de contre-transfert sont indissociables dans l’histoire de la théorie psychanalytique, comme d’ailleurs dans le processus analytique. En effet, leur champ d’application intéresse la relation de réciprocité qui s’établit entre le médecin et son malade. Dans cette perspective historique, nous mettrons en évidence la co-émergence de ces notions

mais, nous nous attarderons plus longuement sur la notion de contre-transfert dans l'œuvre freudienne.

On retiendra que l'existence du transfert est attestée, avant Freud, par une terminologie foisonnante : rapport, influence somnambulique, besoin de direction, report affectif. Dans l'œuvre freudienne, la première mention du terme transfert remonte à 1895, celle de contre-transfert à 1909, c'est à dire à l'époque où la théorie psychanalytique et sa méthode (qui était cathartique ou hypnotique) cherchaient encore leurs voies. En fait, l'innovation freudienne consiste à reconnaître dans le phénomène du transfert une composante de la psychanalyse, à tel point qu'historiquement, les notions de transfert et contre-transfert prennent toutes leurs significations avec l'abandon par la psychanalyse de l'hypnose, de la suggestion et de la catharsis (Roudinesco et Plon, 1998). C'est à l'occasion de l'analyse de Dora en 1905 que Freud fait véritablement sa première expérience négative de la matérialité du transfert. Il est en effet l'objet du transport amoureux de sa patiente. Il dira alors qu'on ne peut éviter le transfert et qu'il faut le "combattre" : lutte contre les symptômes, la névrose, la maladie mais aussi contre les affects et les désirs transférentiels inconscients. Bien que Freud ait invoqué la nécessité d' "attacher l'analysé à son traitement et à la personne du praticien", il élimine ou réduit au minimum ce qui pourrait constituer une attitude active de l'analyste dans le surgissement du transfert (Denis, 2006). Freud oppose donc une résistance au transfert de Dora, qui déclenche en retour un transfert négatif de celle-ci, phénomène qu'il qualifiera quelques années plus tard de contre-transfert. Louise de Urtubey dans son rapport sur le contre-transfert de 1994 avance que Freud éprouvait, en réponse au transfert amoureux de Dora, d'intenses affects contre-transférentiels, "exemplaire pour le repérage d'un contre-transfert paternel séducteur refoulé que, consciemment Freud ne soupçonnait nullement". Elle souligne donc que c'est donc par son contre-transfert inconscient donc encore innomé que Freud découvrit le transfert (Urtubey, 1994).

➤ Le transfert :

Dès 1909, Ferenczi observe que le transfert existe dans toutes les relations humaines (maître et élève, médecin et malade, etc...), mais, il note que dans l'analyse le patient met inconsciemment le thérapeute dans une position parentale. A la même date, Freud commence à cerner que les sentiments inconscients du patient envers l'analyste sont les manifestations d'une relation refoulée aux imagos parentales.

En effet, en 1912, dans *La dynamique du transfert*, Freud écrit que le patient répond à la situation analytique en introduisant des "stéréotypes" et des "clichés" qui sont les modes

caractéristiques d'interactions orientées vers l'objet aimé, apprises dans l'enfance. Dans ce même ouvrage, il distingue le transfert positif (fait d'amour et de tendresse), du transfert négatif (vecteur de sentiments agressifs et hostiles), des transferts mixtes (qui reproduisent les sentiments ambivalents de l'enfant à l'égard des parents). En 1920, dans *Au-delà du principe de plaisir*, il constate que le caractère répétitif du transfert porte toujours sur des fragments de la vie sexuelle infantile. Il lie alors le transfert au complexe d'Œdipe, et conclut que la névrose originelle est remplacée dans la cure par une "névrose de transfert", qui dans le processus analytique doit conduire le patient à reconnaître sa névrose infantile. Selon la théorie de la séduction, le transfert est d'abord considérée par Freud comme un obstacle au travail de remémoration et comme une forme particulièrement tenace de résistance. Avec le développement de la théorie du fantasme, Freud s'écarte de la notion de remémoration. Tout en continuant à lier la résistance au transfert, il met l'accent sur l'importance de son utilisation comme voie d'accès au désir inconscient (Roudinesco, 1998). En 1923, avec l'analyse du cas Dora, c'est l'amour de transfert qui retient toute l'attention de Freud. Par ce terme, il désigne les cas où un patient - une femme en général – déclare être éprise de son analyste. Après avoir observé qu'il s'agit bien d'un processus transférentiel, puisqu'un changement d'analyste s'accompagne de la répétition du sentiment, il souligne que le travail analytique aura pour but de retrouver les origines inconscientes de cette manifestation qui envahit le transfert.

➤ Le contre-transfert :

Freud utilise pour la première fois ce terme avec des guillemets dans une lettre à Jung en 1909. Ce dernier, aux prises avec le transfert d'une patiente, lui avait appris qu'il avait eu des relations sexuelles avec elle. Freud se montre particulièrement indulgent et fait porter la responsabilité de l'affaire sur le comportement séducteur féminin : " De telles expériences bien que douloureuses, sont difficiles à éviter [...]. Elles nous aident à développer la peau dure dont nous avons besoin pour dominer le "contre-transfert" ". C'est en 1910 que cette dénomination devient publique dans *Perspectives d'avenir dans la thérapie analytique*. Il définit alors le contre-transfert (« gegenübertragen ») comme "l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste". Le contre-transfert est alors compris de manière plus large comme les réactions de l'analyste au transfert du patient (Denis, 2006). Il poursuit ainsi "Nous sommes tout près d'exiger que le médecin reconnaisse et maîtrise en lui-même ce contre-transfert...". On comprend que, dans ce même texte, suive la recommandation d'une analyse de l'analyste – et que celui-ci ne cesse jamais de l'approfondir par l'auto-analyse. Freud porte, en effet, une attention particulière à ce que l'analyste dispose

d'une connaissance parfaite de son propre fonctionnement psychique, ce d'autant qu' "aucun analyste ne va plus loin que ses propres complexes et résistances ne lui permettent " (Freud, 1910). La question de la formation (analyse dite didactique) et des dispositions à l'auto-analyse du futur analyste se posent donc d'emblée au regard du contre-transfert.

Il semblerait que "l'arrière-plan érotique des comportements de Jung (et d'autres) fait insister Freud sur la "maîtrise " du contre-transfert et sa domination alors même que sa définition porte sur les sentiments inconscients de l'analyste plus difficiles à repérer que les sentiments amoureux ou érotiques " (Denis, 2006). De 1910 à 1913, Freud multiplie donc les métaphores par lesquelles il tentait de protéger les analystes du passage à l'acte avec les patientes, et donc de se protéger lui-même dans le contre-transfert : la métaphore du chirurgien censé laisser de côté toute réaction affective, la métaphore du récepteur téléphonique, machine tentant de décoder l'inconscient du patient en mettant à distance les affects et la métaphore du miroir qui ne ferait que refléter ce qu'on lui montre. En 1912, dans *Conseils aux médecins sur le traitement analytique*, il dit que le travail analytique doit être effectué en toute connaissance de cause par un analyste ayant bénéficié de la "purification psychanalytique " (p.67), qui lui assure la totale maîtrise de son contre-transfert et rend sa problématique "soluble". C'est d'ailleurs dans ce même article qu'il distingue la pratique de la cure de celle de la psychothérapie pour laquelle s'associent utilement analyse et suggestion. Le débat sur le statut de la psychothérapie et la formation des psychothérapeutes était déjà présent au regard du travail du contre-transfert. Malgré l'aspect défensif que peut comporter la conception de Freud sur le contre-transfert dans cet article de 1912, on y trouve (avec la métaphore du téléphone) une position qui servira de tremplin à l'évolution de ses points de vue : appréhender l'inconscient de l'analysant par l'inconscient de l'analyste. Le fonctionnement psychique de l'analyste devient une source croissante d'intérêt qui conduit à définir, entre autres, l'attention flottante : pendant de l'association libre, consistant à ne rien privilégier du discours de l'analysant ni de ses propres associations. Par là, la spécificité de la pratique psychanalytique se précise par la prise en compte de l'engagement du psychisme de l'analyste dans la dynamique de la séance et de la cure dans son ensemble. En 1913, il écrit dans une lettre à Binswanger "Donner à quelqu'un trop peu, parce qu'on l'aime trop, c'est une injustice commise contre le patient et une faute technique [...] en certaines circonstances on peut accorder beaucoup, mais jamais en puisant dans son propre inconscient". De même dans *Observations sur l'amour de transfert* écrit en 1915, si Freud conseille de ne pas étouffer trop tôt le transfert amoureux, il encourage également l'analyste à laisser se déployer le vécu contre-transférentiel afin de le mieux saisir. La position de Freud sur le contre-transfert n'évoluera plus après ces propos devenus classiques (Roudinesco et Plon, 1998). On se rend

compte que la prise en compte du contre-transfert, même s'il est peu présent dans les écrits freudiens, occupe une place importante dans la théorie de la technique analytique.

De ce bref rappel historique, nous retiendrons que Freud définit le contre-transfert comme étant "l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de l'analyste", que l'affect semble représenter, pour lui, le représentant essentiel des éléments contre-transférentiels, et, que, si il l'appréhende tantôt comme une préoccupation majeure tantôt comme un inconvénient auquel il faut être attentif, il ne l'appréhende que rarement comme un outil.

Dans son œuvre, cette notion reste donc assez ambiguë. En effet, qu'est-ce que les sentiments inconscients de l'analyste ?

Cela dit, on peut souligner que les bases conceptuelles de la notion de contre-transfert, telles que les a posées Freud, introduisent à la multiplicité des enjeux dialectiques du couple transféro-contretransférentiel (Biro, Kamel, 2006, p.329) ;

- d'activité et de passivité ; le contre-transfert est donc une expérience subie que l'on peut soit analyser d'emblée pour l'éradiquer, soit recevoir, accueillir, transformer, mais dont il faut se saisir dans la cure.
- de symétrie ou d'asymétrie entre le fonctionnement psychique de l'analyste et celui de l'analysant ; entre associations libres et attention flottante
- d'équilibrage entre mouvements émotionnels spontanés de l'analyste et don de sentiments maîtrisés ;
- d'une temporalité qui se retrouve au sein de chaque séance : le contre-transfert précède-t-il le transfert ou en est-il seulement une réponse ?
- de ce qui, dans cette expérience, revient de la part consciente de l'analyste, et de ce qui en reste inconscient.

De plus, ces jalons théoriques interrogent la nature du processus : par quelles voies et dans quelle topique s'opère cette dynamique transfert/contre-transfert ?

Qu'en est-il également des limites de cette expérience au regard des capacités propres à l'analyste pas nécessairement "solubles" dans l'auto-analyse ?

b) Evolution du concept de contre-transfert : les différentes théories du contre-transfert

Après la mort de Freud, on verra progressivement se développer un mouvement de conquête du contre-transfert notamment après 1945 où force est de constater l'efflorescence de la littérature sur le sujet, qui, globalement conduira peu à peu à un usage du contre-

transfert fondamental pour le déroulement de la cure. Cette évolution se fera globalement selon deux grands mouvements d'influence, radicalement différents, qui ont connu leur essor à des périodes (et dans des aires géographiques) différentes de l'histoire de la psychanalyse.

Le premier courant (à l'origine de ce que certains auteurs appellent théorie "classique" du contre-transfert) considère le contre-transfert dans sa dimension défensive, comme éléments liés aux noyaux névrotiques non élaborés par l'analyste. Le deuxième courant (à l'origine de ce que certains auteurs appellent théorie moderne du contre-transfert ou théorie du contre-transfert conçu comme totalité), considère le contre-transfert comme outil nécessaire à la compréhension du patient. Il a été élaboré grâce au travail avec des patients psychotiques. (Notons, donc, que nous ferons l'impasse sur ce qui constitue un troisième courant issu des techniques d'analyse mutuelle de Ferenczi, abandonné depuis fort longtemps, hormis par les intersubjectivistes).

Il est important de distinguer la spécificité des statuts accordés au contre-transfert dans chacune d'entre elles, puisque de ceux-ci découle des considérations techniques, concernant la pratique analytique, parfois radicalement différentes.

Pour chaque courant, nous tenterons de décrire brièvement les contributions majeures apportées à l'élaboration du concept, les éléments qui font leur spécificité, et, en tenterons d'en exposer les limites. Enfin, nous présenterons les conceptions de J. Lacan, qui ont, dans ce travail, un intérêt majeur puisqu'elles mettent radicalement en cause la pertinence même du concept de contre-transfert.

➤ La théorie classique du contre-transfert ou le contre-transfert dans sa dimension défensive :

Elle a dominé jusqu'aux années cinquante-soixante en particulier aux Etats-Unis. A la suite de la méfiance freudienne à l'égard du contre-transfert, elle considère le contre-transfert, sur le plan économique, comme élément lié aux noyaux névrotiques non élaborés chez l'analyste.

En cela, le contre-transfert a, pour partie, les éléments infantiles comme origine commune, avec le transfert (Stern, 1923, cité par Denis, 2006). Il peut être considéré, en partie, comme le transfert de l'analyste sur son patient (Stern, 1923 ; Devereux, 1980 ; De urtubey, 1994 ; Denis, 2006). Seuls ces éléments sont communément admis par la communauté psychanalytique contemporaine.

Par ailleurs, considérer le contre-transfert comme une névrose de transfert, a conduit Racker (1950, cité par Goyena, 2006) à en décrire les possibles aspects pathologiques. Il introduit

alors la notion de “ névrose de contre-transfert ” qu’il décrit comme étant, tout comme la névrose de transfert, une prédisposition générale centrée sur le complexe d’Œdipe. Cette névrose est due, selon lui, à ce que les identifications avec les objets transférés par le patient, éveillent chez l’analyste des angoisses et des défenses névrotiques. Dans ce cas, l’analyste a tendance à placer le patient au centre de ces préoccupations, à souffrir de ces rejets ou de ces absences, comme s’il s’agissait d’un de ses “ vrais ” objets oedipiens (Urtubey, 1994).

Pour les tenants de cette théorie, le contre-transfert est, donc, plus à supprimer qu’à maîtriser. L’analyste doit, en surmontant, son contre-transfert devenir objectif, avec prééminence de l’intellectuel sur l’affectif. D’un point de vue technique, dans cette théorie le silence de l’analyste est valorisé pendant les séances.

Si cette théorie a permis des points de vue pertinents sur la question du contre-transfert, on peut, néanmoins lui reconnaître certaines limites (notamment techniques), de la pratique analytique qui souvent l’accompagne).

Premièrement, traiter le contre-transfert contre un élément à maîtriser (voire à supprimer) expose au risque que les défenses du thérapeute soient sollicitées de façon inadaptée au cours du processus analytique. En effet, traiter le contre-transfert de la sorte peut être un “ appel au surmoi et aux défenses du moi face aux pulsions et non une compréhension qui mènerait à sa résolution ” (De Urtubey, 1994, p.1308). Or, le thérapeute doit rester “ vulnérable ”, sans se barricader derrière des défenses rigides (Winnicott, 1960), pour “ se laisser affecter ” (Favret-Saada, 1980) “ librement ” (Moro, 2006). Par ailleurs, certains auteurs soutiennent que cette théorie favorise la position paternelle dans le contre-transfert (Gérard, 2003 ; Urtubey, 1994), ce qui n’est pas toujours adapté dans certaines pathologies, notamment narcissiques. Enfin, ces auteurs dénoncent le fait de valoriser le silence pendant les cures. L. de Urtubey dit à ce propos que “en silence, on contrôle mieux ses sentiments, on ne risque pas de les exprimer, on peut les ignorer ” (1994, p. 1303).

➤ La théorie moderne du contre-transfert ou du contre-transfert comme totalité :

Si Freud est le précurseur incontestable de la théorie classique du contre-transfert, Ferenczi puis M. Klein sont ceux de la théorie du contre-transfert comme totalité. En effet, ils ont tous deux apportés des contributions, directement ou non, au concept du contre-transfert.

Un des points importants de l’approche de Ferenczi dans l’évolution des conceptions concernant la dynamique transféro-contretransférentielle est d’avoir associé transfert et introjection primaire dans le même schéma (1911-1912). En effet, il associe le transfert, puis par extension le contre-transfert, et le mécanisme d’introjection, où chacun introjecte l’autre,

le “prend à l’intérieur”. Dans les années 20, sensible aux impasses de certaines cures, il va souligner le risque de la cure analytique classique en ce qu’elle risque de favoriser la répétition d’une non-rencontre de la souffrance passée. Il développe alors l’idée d’analyse mutuelle, processus au cours duquel l’analyste livre au patient les éléments constitutifs de son contre-transfert au fur et à mesure qu’ils surgissent, de telle manière que “le patient soit libéré de l’oppression liée à la situation transférentielle et que l’artificialité de la situation analytique tende à disparaître” (Ferenczi cité par Birot et Kamel, 2006). On voit donc apparaître là les possibles dérives liées à une implication excessive de l’analyste. Mais, à la suite de Ferenczi, certains de ces patients (E. Jones, M. Klein, M. Balint) ont pris appui sur l’implication profonde de l’analyste pour développer des approches et conceptions innovantes à propos du contre-transfert. En effet, M. Klein, bien qu’elle ne consacre aucun développement théorique particulier à la question du contre-transfert, contribuera considérablement à l’élaboration du concept avec la découverte du mécanisme d’identification projective. Elle démontre, en 1946, qu’une personnalité peut se séparer d’une de ses parties, en la projetant sur un objet extérieur, de sorte que le lien entre la partie projetée et le reste de la personnalité demeure totalement méconnu, par un effet de clivage. Il devenait donc possible de comprendre qu’un patient puisse agir sur le psychisme de son analyste en y projetant une partie de son propre psychisme, qui ne semblait plus appartenir au patient mais à l’analyste. De cette manière, la situation analytique pouvait apparaître comme un système dynamique complexe réunissant deux psychismes qui se différenciaient par leurs capacités à percevoir leurs propres états intérieurs et à en découvrir le sens. W.R.Bion développe à la même époque ses conceptions sur la fonction “contenante” de l’analyste. En effet, pour lui, dans sa fonction contre-transférentielle, l’analyste peut être un récepteur qui reçoit et contient les parties clivées et projetées du patient. Cette fonction de “contenance” de l’analyste participe à la “capacité de rêverie” de l’analyste comme celle de la mère envers son enfant. Cette fonction de contenance du contre-transfert a été longuement développée à la suite de Bion, nous y reviendrons. Soulignons donc tout de suite qu’avec la théorie moderne l’analyste s’autorise à éprouver des sentiments maternels (protéger, se rapprocher, faciliter l’invasion affective), recevoir et contenir des affects, là où la parole est désinvestie dans certaines pathologies.

La théorie du contre-transfert comme totalité est apparue, elle, dans les années 1950 au sein de l’école anglaise et franchit une étape essentielle dans l’élaboration du concept puisque le contre-transfert devient un outil nécessaire à la compréhension du patient. C’est, à Paula Heimann que l’on doit cette conception dynamique du contre-transfert. S’appuyant sur les conceptions ferencziennes, elle expose sa conception du contre-transfert dans *On countertransference* (1950), article demeuré célèbre. Son postulat de base est que

l'inconscient de l'analyste comprend celui du patient. Seuls ces éléments sont communément admis par la communauté psychanalytique contemporaine.

Par ailleurs, pour elle, le contre-transfert est la totalité des sentiments que l'analyste éprouve envers son patient, ne se manifestant que sous forme d'affects, et est "la création du patient chez l'analyste". Elle propose donc explicitement de prendre en compte la réponse émotionnelle de l'analyste comme outil de connaissance de l'inconscient du patient, en tenant à l'écart ce qui ressort de la problématique personnelle de l'analyste.

Cette nouvelle approche du contre-transfert permet de prendre en compte la globalité de la séance d'analyse dans son aspect processuel (Gérard, 2003, p.16). Elle permet également l'abandon de l'idée utopiste d'une totale objectivité possible de l'analyste, et met en évidence le rôle actif de l'analyste. Cette approche est solidaire d'une pratique analytique accordant une grande place à l'interprétation. Ce concept va dès lors être l'objet d'une attention croissante, notamment en raison du développement des recherches sur la psychanalyse des enfants et sur celles des psychoses, puis plus tard sur celle des bébés et des patients traumatisés.

On peut, par contre, reconnaître quelques limites à son égard. Tout d'abord, si l'analyste considère que le contre-transfert est la création du patient dans son psychisme, il risque d'attribuer au patient tout ce qu'il éprouve, comme si rien ne surgissait de lui-même. Donc l'analyste risque de prêter au patient ses propres difficultés (Diatkine cité par Utrbey en 1992). Une autre limite souvent retrouvée dans la littérature est le risque que l'analyste ne devienne qu'un réceptacle destiné à recevoir les identifications projectives du patient (Utrbey, Séguin et Bouchard, Gérard, Fedida). Aussi, d'autres auteurs soulignent que si la disposition maternelle largement prévalente du contre-transfert est particulièrement utile dans les cas difficiles, il est important de souligner le risque d'éviter la fonction du père dans le contre-transfert dans les autres cas (Gérard, 2003 p.17). En effet, cette attention portée à la fonction paternelle paraît essentielle pour que le contre-transfert ne soit pas un "ensemble d'attitudes", un "comportement", un "dispositif psychologique", équivalent d'un pare-excitation comme l'explique Pierre Fedida dans *Crise et contre-transfert* en 1992. Il ajoute que le risque d'une telle position est qu'elle peut constituer "une psychologisation de la relation analytique dans la mesure où elle peut être considérée davantage en termes d'interactions personnelles qu'en termes de répétition transférentielle de scénarios inconscients" (Fedida 1992 p.11), procédant plus "d'une clinique phénoménologiquement impliquée" que de la psychanalyse. Lacan a sur ce point des positions qui, bien qu'allant dans ce sens, sont beaucoup plus radicales.

➤ L'exception lacanienne :

Les conceptions de Lacan à propos du contre-transfert s'inscrivent, sans nul doute, dans la généalogie de pensée des premières conceptions freudiennes sur le sujet. Il est par-là, possible de le considérer comme l'héritier de l'idée d'une totale objectivité de l'analyste (Denis, 2006, p.342) possible grâce à la "purification analytique", rendant le problème du contre-transfert "soluble". Pour, lui, la notion de contre-transfert est impropre, tant sur le plan conceptuel, que technique, et remet en cause l'éthique même de la pratique analytique.

En effet, pour Lacan, le contre-transfert constitue une "impropriété conceptuelle" (Lacan, 1961 cité par Denis, 2006 p.331). Le problème est que, selon lui, le concept même de contre-transfert établit une symétrie entre analyste et patient, comme si tous deux étaient engagés comme personnes, comme ego dans le déroulement de la cure (Grand dictionnaire de la psychologie, p.213). Pour comprendre son point de vue, il nous faut revenir sur la manière dont il envisage le transfert. Pour lui, le transfert de l'analysant sur l'analyste est fondamentalement adressé à un Autre, au-delà de la personne de l'analyste qui est donc mis dans une position tierce (l'Autre désignant "un lieu symbolique - le signifiant, la loi, le langage, l'inconscient ou encore Dieu - qui détermine le sujet tantôt de façon extérieure à lui-même, tantôt de manière intrasubjective dans sa relation au désir") (Roudinesco et Plon, 1998 p.84). Par là même, la relation analytique est, pour lui, irréductible à une relation duelle. Au cours de la cure, le transfert prend une dimension imaginaire lorsque l'analysant, s'approchant trop près de ce qui a pour lui valeur de conflit pathogène, transpose sur la personne de l'analyste les motions (tendres ou agressives) qu'il ne peut verbaliser. Et, pour Lacan, l'analyste renforce cette dimension imaginaire s'il se représente la relation analytique comme une relation interpersonnelle, situation où, dit-il, transfert et contre-transfert se répondent, alors, en écho l'un à l'autre.

La notion de contre-transfert ne désigne, pour Lacan, rien d'autre que les effets du transfert qui viennent atteindre le désir de l'analyste, non comme personne mais en tant qu'il est au lieu de l'Autre par la parole de l'analysant (Roudinesco et Plon, 1998, p.201).

Sur un plan technique, pour lui, il n'est pas utile de considérer la question du contre-transfert sous l'angle de la communication entre patient et analyste, ni de considérer le contre-transfert comme un obstacle que l'analyste doit neutraliser puis dépasser. Si Lacan ne nie pas que l'analyste puisse avoir lui-même quelque sentiment à l'égard de son patient, il écrit que "...Ce qu'il y a de certain, c'est que les sentiments de l'analyste n'ont qu'une place possible dans le jeu [le jeu de l'analyse], celle du mort ; et qu'à le ranimer, le jeu se poursuive sans qu'on sache qui le conduit." (Lacan, 1961, cité par Denis, 2006 p.332). Les positions de ses

successeurs sont encore plus radicales sur ce point. Notamment, J. A. Miller soutient que ce qui sépare les lacaniens des autres est le fait que le maniement du contre-transfert est absent de la pratique analytique d'orientation lacanienne puisqu'il n'y est pas thématé. Pour lui, cela est cohérent avec la pratique analytique de la séance brève puisque l'analyse du contre-transfert, non seulement considérée comme suspecte, ampute la durée de la séance (Denis, 2006).

Au-delà de ces considérations techniques, les conceptions lacaniennes et post-lacaniennes sur le contre-transfert amènent à des considérations éthiques concernant la pratique analytique même. En effet, J.A. Miller soutient que "porter attention au contre-transfert constitue un obstacle épistémologique à l'élaboration clinique du cas " et doit donc être considéré comme un manquement à l'éthique (J.A. Miller, cité par Denis, 2006 p.332).

Les conceptions de Lacan à propos du contre-transfert, décrites par nombre de psychanalystes du fait de leur radicalité, ont l'avantage d'insister sur la fonction de la personne l'analyste dans la cure (qui se situe au-delà du fait qu'il puisse y être considéré comme sujet). Par là, il assène et rappelle à tous que la psychanalyse est non "une interaction entre deux personnes, mais l'analyse de cette interaction " (Denis, 2006 p. 348), ce qui est fondamental, tant des points de vue théorique, technique, qu'éthique. Seulement, du fait de cette assertion, il en vient à "balayer d'un revers de la main toute influence possible de l'analyste dans le processus analytique " (Denis, 2006 p.331), ce qui bien sûr est contestable. En effet, l'analyste s'il fait fonction d'objet dans la relation transférentielle, est néanmoins un sujet, un être humain, rencontrant un patient dans la réalité, et réagit, qu'il le veuille ou non, à lui. La psychanalyse, en tant que méthode d'investigation, de recherche (et de traitement) ne peut se priver des données contre-transférentielles d'un intérêt majeur (Bourguignon, 1988, 2001), si ce n'est fondamental (Devereux, 1967), du fait d'un positionnement, d'ailleurs certainement plus théorique que clinique.

En conclusion de cette perspective historique, nous retiendrons, tout d'abord, qu'il n'existe pas de consensus concernant le concept de contre-transfert. En effet, si la notion de contre-transfert est restée ambiguë dans l'œuvre de Freud, son élaboration ultérieure, qui s'est faite selon deux courants divergents n'a fait qu'accentuer cette ambiguïté. Pourtant, sur le plan purement théorique, cette divergence n'apparaît pas si importante. En effet, la majorité des auteurs contemporains semblent avoir, de ces deux théories, une vision intégrative. Avec eux, il est possible de concevoir le contre-transfert aussi bien dans sa dimension défensive, comme s'appuyant sur la névrose infantile de l'analyste (avec réédition comme névrose de transfert au cours de la cure), que comme outil (contenant et

transformant) nécessaire à la compréhension du patient. Par contre, sur le plan technique, les recommandations émanant de ces deux théories divergent, elles, radicalement. En effet, si l'on se situe à l'extrême des positions de chaque courant, d'un côté analyser le contre-transfert est une faute éthique, de l'autre, c'est une exigence de tous les instants. En outre, si le concept de contre-transfert a été l'objet de nombreux débats, controverses et polémiques ayant marqué l'histoire de la psychanalyse, ceux-ci restent d'actualité comme en témoignent les divergences avec les lacaniens et les différends actuels au sein de l'A.P.I. (Biro, Kamel, 2006). Il en résulte que de nos jours, chacun semble en avoir sa propre définition. Mais, au-delà de ces dissensions, pour certaines obscurcissantes parce qu'essentiellement idéologiques, retenons de cette perspective historique que "si le contre-transfert peut être un guide pour la compréhension du patient, en cela le meilleur des serviteurs, il peut être aussi le plus mauvais des maîtres" (Segal, 1981, cité par Geissmann, DIP, p.366).

2. Approche métapsychologique du concept de contre-transfert :

Le but de ce travail n'étant pas d'alimenter les polémiques sur le sujet, mais, de l'éclairer, nous allons, parmi les définitions variées du contre-transfert proposées au cours de l'histoire de la psychanalyse, en retenir une, afin de la discuter. Il s'agit de la définition du *Vocabulaire de la psychanalyse* de Laplanche et Pontalis (1973) qui, non loin de la définition freudienne, fait, exception lacanienne mise à part, office de référence dans la communauté psychanalytique. Le contre-transfert y est défini comme :

" l'ensemble des réactions inconscientes du psychothérapeute au patient, et plus particulièrement au transfert de celui-ci pendant le traitement "

Un certain nombre d'éléments de cette définition méritent d'être discutés, tout d'abord certains termes. Premièrement, si les réactions sont émotionnelles, ne peuvent-elles pas être aussi dans un registre cognitif, représentationnel, voire comportemental ? Deuxièmement, les réactions inconscientes de l'analyste sont prises en compte, laisse-t-on de côté les réactions conscientes et préconscientes que l'analyste peut observer en lui-même et dans les réponses qu'il fait à son patient ? Troisièmement, si les réactions du thérapeute sont considérées comme corrélées au transfert du patient, quelles sont celles qui sont indépendantes de celui-ci ? Enfin, si le thérapeute sont renvoyés l'un et l'autre à leur personnalité et à l'ensemble, à la globalité de leur subjectivité et de leur inconscient, ne tient-on pas compte de ce que le patient a vécu ou est en train de vivre, ainsi que, de la dynamique spécifique de la séquence clinique, de la rencontre ? Par ailleurs, concernant ces réactions, quelles sont celles qui peuvent-être

considérées comme une gêne ou une facilitation du traitement ? Peut-on distinguer celles qui pourraient être considérées comme objectives de celles subjectives introduites par le biais de la personnalité même du psychothérapeute ? (Lachal, 2006 p.25-26).

Dans ce paragraphe, afin d'apporter un éclairage à ces différentes questions nous tenterons d'étudier, successivement, les différents niveaux (première topique freudienne), registres (deuxième topique freudienne) et fonctions du contre-transfert ainsi que sa nature (étude des processus métapsychologiques qui l'étayent). Ensuite, nous évoquerons, de manière non exhaustive, ses origines. Nous tenterons, alors, de différencier ce qui, dans sa constitution, relève du patient, de ce qui relève de l'analyste. Concernant ce qui relève de l'analyste, qui peut être considéré comme les éléments " stables " (De Uturbey, 1994) du contre-transfert, on différenciera d'une part des éléments communs à tout analyste de, d'autre part, des éléments spécifiques à chacun d'eux. Puis, après avoir évoqué l'obligatoire analyse de l'analyste nous serons amenés à nous poser la question de savoir si ce n'est pas le contre-transfert qui fait, pour grande part, la spécificité de la pratique analytique. Enfin, nous finirons par une brève approche clinique, ainsi que par une approche méthodologique, du contre-transfert.

a) Niveaux, registres, fonctions et nature du contre-transfert :

➤ Les niveaux inconscients, préconscients et conscients du contre-transfert :

Du point de vue de la première topique, il est admis de manière consensuelle que le point d'ancrage du contre-transfert est inconscient. En effet, tout comme pour le transfert, ces motifs étant inconscients (Lachal, 2006 p.51), il ne se manifeste, donc, pas directement à la conscience (Uturbey, 2006). Mais, comme l'a souligné Freud (première topique), certains éléments inconscients sont susceptibles d'émettre des rejets, qui, eux, apparaissent à la conscience, se manifestant, alors, comme signes à décrypter. A la suite de Racker (1968), De Uturbey (1994, 2006), s'appuyant sur les différents niveaux décrits dans le transfert distingue, dans le contre-transfert, les niveaux manifeste, latent et refoulé, comme on peut le faire pour le transfert ou pour le rêve. Et, dans le niveau refoulé du contre-transfert, elle distingue les éléments inconscients refoulés susceptibles de retourner à la conscience de ceux inconscients refoulés à jamais inaccessibles car irréprésentables, véritables points aveugles de l'analyste. Puis, reprenant la classification de Racker, elle poursuit en précisant que les niveaux du contre-transfert se manifesteront dans le contre-transfert comme contre-transfert manifeste et contre-transfert latent à décrypter. Ces manifestations sont donc, pour elle, aussi variées que nombreuses : affects, sentiments, associations, représentations, fantasmes, images, lapsus, actes manqués, rêves, métaphores ou comparaisons inattendues.

- Les registres émotionnel, représentationnel, cognitif et comportemental du contre-transfert :

L'affect est considéré, par la grande majorité (Freud, Heimann, Mac Dougall etc.), comme le registre préférentiel d'expression du contre-transfert. Sur le plan qualitatif, toute la gamme émotionnelle est possible. Winnicott (1947) a, lui, souligné que le thérapeute pouvait éprouver de la haine dans le processus thérapeutique, notamment avec les patients psychotiques (pensée originale pour l'époque). Or, pour le thérapeute, éprouver de la haine peut entrer en contradiction avec ses représentations (idéales) de l' " être-thérapeute ", et faire émerger, à son tour, un sentiment de culpabilité (conscient ou pas). L'auteur souligne donc l'importance de la reconnaissance et la compréhension d'un tel affect. Par ailleurs, l'affect peut, en tant qu'émotion consciente, être considéré comme la pointe visible de l'iceberg (l'iceberg étant l'ensemble du contre-transfert, inconscient). Il est alors, le " fil rouge " qui permet de retrouver le cheminement inconscient (Green cité par De Urtubey, 1994).

A côté de ce registre émotionnel contre-transférentiel, de nombreux auteurs (De Urtubey, Lachal, Faimberg etc.) soulignent l'importance d'en considérer d'autres, notamment les registres représentationnels, cognitifs et comportementaux.

En ce qui concerne le registre représentationnel, De Urtubey (1994, 2006) distingue, comme Freud l'a fait pour le transfert, la représentation de l'affect contre-transférentiel. Rappelons, ici, brièvement les différences métapsychologiques fondamentales existantes entre l'affect et la représentation, afin d'explicitier les liens existant entre eux. Freud a, dès ses premiers écrits, distingué pour les opposer, l'affect de la représentation, même si toute pulsion peut s'exprimer dans les deux registres. Pour Freud, l'affect n'est pas nécessairement lié à la représentation (affect sans représentation, représentation sans affect), et leur séparation assure à chacun d'eux des destins différents. Dans ses écrits métapsychologiques (*Le refoulement, L'inconscient*, 1915), il distingue nettement l'aspect subjectif de l'affect, en référence à la conscience de soi, et les processus énergétiques qui le conditionne⁴. La représentation, elle, est, dit-il, l'investissement de la trace de l'objet insérée dans le système mnésique. Il différencie la représentation de chose présente dans tous les systèmes de la première topique, et la représentation de mot, présente, elle, uniquement dans le système

⁴ On notera qu'il emploie parallèlement au terme d'affect, qui a tout son sens en référence à la conscience de soi, celui de « quantum d'affect », entendant désigner par là l'aspect purement économique : « [...] correspond à la pulsion pour autant que celle-ci s'est détachée de la représentation et trouve son expression adéquate à sa quantité dans des processus qui nous deviennent sensibles comme affects » (p.79)

préconscient/conscient⁵. Cela lui permettra de différencier, en 1923, dans *Le moi et le ça*, une représentation inconsciente, matériel non reconnu car non lié à une représentation de mot, d'une représentation préconsciente (une pensée, qui dans le processus thérapeutique se nomme inférence). Selon lui, une représentation refoulée donc inconsciente peut devenir préconsciente en se liant à la représentation de mot correspondante présente dans le système préconscient/conscient. Par ailleurs, dans le registre représentationnel, C.Lachal, a, avec la notion de " scénario émergent ", développé des conceptions tout à fait intéressantes en ce qui concerne le contre-transfert avec les patients traumatisés (cf. cas clinique 1).

Enfin, le contre-transfert peut également s'exprimer dans le registre comportemental, et ce de différentes manières. En effet, si la mise en acte (traduite par acting out, le plus usité maintenant) a d'abord été décrit par Freud en lieu du patient, par la suite, on a montré en quoi elle peut concerner également l'analyste. L'acting out désigne la manière dont le sujet passe à l'acte inconsciemment en dehors ou à l'intérieur de la cure psychanalytique, à la fois pour éviter la verbalisation du souvenir refoulé et se soustraire au transfert. Certains auteurs ont distingué l'acting out direct, acte simple sans rapport avec le transfert, et acting out indirect, lié à une organisation symbolique en rapport avec une névrose de transfert (M. de M'Uzan, 1967 cité par Roudinesco et Plon 1998 p.21). Donc, pour ceux considérant le contre-transfert comme ayant pour unique origine le transfert de l'analyste sur le patient, seul l'acting out indirect ne peut être une expression comportementale du contre-transfert. Par ailleurs, Lacan distingue l'acting out en ce qu'il est une demande de symbolisation qui s'adresse à un autre du passage à l'acte qui s'agit, pour lui, d'un agir " inconscient ", un acte non symbolisable par lequel le sujet bascule dans une situation de rupture intégrale, d'aliénation radicale. Notons, qu'il s'agisse d'acting out ou de passage à l'acte, que l'expression comportemental du contre-transfert peut-être verbal sous forme, par exemple, d'interprétations inexactes. Ces modalités d'expression comportemental du contre-transfert sont à distinguer de l'énaction, consciente, où le sujet ressent le besoin d'agir, mais peut le réprimer.

b) Les fonctions du contre-transfert : soutènement du processus analytique

Nous allons maintenant souligner les différentes fonctions du contre-transfert permettant une facilitation du processus analytique. Il est possible d'en distinguer au moins quatre, le

⁵ Notons que si il est légitime de parler de représentations inconscientes, cela ne paraît pas être le cas pour l'affect. En effet, en ce qui concerne l'« affect inconscient », Freud préfère, lui, parler de sentiment inconscient (comme le sentiment de culpabilité inconscient par exemple) (Laplanche et Pontalis, 1973 p.73)

contre-transfert comme moyen de défense de l'analyste, instrument nécessaire à la compréhension du patient et à l'ensemble du travail analytique, fonction signal, et sa fonction de contenance.

➤ Le contre-transfert : fonction de “ pare-excitation ”

P. Fédida dans *L'angoisse dans le contre-transfert* (1988) souligne que le contre-transfert est également à percevoir comme un mécanisme de défense du psychisme de l'analyste lui permettant de se protéger pendant les séances et d'assurer le bon déroulement du processus analytique. Autrement dit, selon lui, le contre-transfert a une fonction de pare-excitation destiné à protéger l'analyste de l'irruption parfois violente des affects du patient et des siens propres. Il s'agirait donc, pour lui, d'un système de défense élaboré face aux processus primaires et aux motions et affects provenant du çà (Urtubey, 1994). Cette fonction importe donc particulièrement avec les patients de structures narcissiques. En cela, le contre-transfert permettrait en quelque sorte d'épargner à l'analyste des épreuves qu'il n'a pas à vivre à la place du patient. De plus, en mettant en suspens la réponse émotionnelle de l'analyste lorsqu'elle est trop intense, le contre-transfert permettrait de maintenir un niveau stable de la régulation de l'attention et par conséquent de restaurer la situation analytique lorsque celle-ci vient à être perturbée. Cette conception du contre-transfert comme système protecteur de l'analyste et comme outil de régulation nécessaire au bon déroulement du processus analytique paraît très intéressante, si ce n'est fondamentale, mais est très peu abordée dans la littérature.

➤ Le contre-transfert instrument étayant les potentialités mutatives de la thérapie analytique :

Comme nous l'avons vu, dès 1950, Heimann a postulé que le contre-transfert, nécessaire à la compréhension de l'inconscient du patient par l'analyste, est son propre instrument de travail. Ce postulat, accepté par la majorité, a amené certains auteurs à développer les processus cognitifs qui soutenus par le contre-transfert permettent à l'analyste d'“ interpréter ”. Par là, on peut considérer que le contre-transfert soutient le travail d'identification (au sens d'empathie) de l'analyste, de déconstruction du manifeste, ainsi que, d'un point de vue dynamique, de liaison et de représentation (à savoir : réintégrer les clivages, lier les représentations de chose aux représentations de mot, retrouver leurs affects correspondant, lever le refoulement) pour, enfin, permettre l'interprétation. En cela, le contre-transfert porte le travail de l'analyste (Heimann, Viderman, Barranger, Urtubey, Goyena) dans son aspect processuel, processus que De Urtubey appelle *le travail de contre-transfert*. Outre

que cette terminologie soit le titre de son rapport de 1994, elle désigne le processus qui permet la transmutation du plomb émotionnel en or de la représentation mentale interprétée au patient.

➤ Le contre-transfert : fonction de signal

Freud écrit dans *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926), alors qu'il élabore sa deuxième théorie de l'angoisse, que l'angoisse a une fonction positive en ce qu'elle joue un rôle de signal, d'indicateur face au danger. Le signal d'angoisse est, pour lui, un dispositif mis en action par le moi devant une situation de danger qui, permettant de déclencher des opérations de défense, évite d'être débordé par l'afflux des excitations (Laplanche, Pontalis, 1973 p.447). Racker dans *Transference and countertransference* (1968), s'appuie sur la notion d'affect signal pour l'appliquer au contre-transfert. Il souligne que l'apparition d'angoisse au niveau du contre-transfert est un signal de danger pouvant indiquer une contre-résistance, ou un trouble inconscient de l'analyste. L. de Urtebey (1994, p.1271) a élargi la notion de signal d'angoisse à tous les affects contre-transférentiels conscients. Faimberg (1992), considère elle, que tout élément contre-transférentiel peut jouer le rôle d'un signal d'alarme. L'inconscient de l'analyste appréhendant l'inconscient du patient (Freud, 1912), il est possible de penser que les réactions contre-transférentielles jouent le rôle de signal indiquant à l'analyste qu'il se déroule entre lui et son patient quelque chose qu'il se doit d'analyser afin de restituer à celui-ci la part transférentielle éventuelle de ce qu'il éprouve.

➤ Le contre-transfert : fonction de contenance

Originellement décrite par W. Bion., la fonction de contenance est une fonction-enveloppe qui, ne se réduisant pas à la configuration d'un contour, consiste à contenir et transformer. Plusieurs auteurs (Kaës, 1976 ; Anzieu, 1986 cité par Ciccone, 2001) ont donc distingué la fonction de contenance (fonction de réceptacle et de maintien de ce qui est déposé) de la fonction de conteneur (fonction de transformation). Ces notions très actuelles, qui ne cessent de se déployer, ont été appliquées au modèle même de la psychanalyse. Notamment, Houzel a souligné que, lorsque le moi du patient est trop fragile pour contenir ses expériences et pensées, alors, ce qui le soigne est le fait qu'il puisse trouver un espace dans lequel celles-ci puissent être reçues, contenues et pensées. Le contre-transfert de l'analyste peut être cet élément de l'espace analytique qui, outre le fait qu'il héberge, contient, pense ces expériences, les transforme. On voit là en quoi cette fonction du contre-transfert a une importance majeure en ce qui concerne la prise en charge des patients traumatisés. Par ailleurs, cette fonction de contenance du contre-transfert, par le fait qu'elle détoxifie l'expérience (au sens de Bion) en

transformant les éléments bruts projetés (éléments “ bêta ”) en éléments disponibles pour la pensée (éléments “ alpha ”), a une fonction “ symbolisante ” (Roussillon, 1995).

c) Les processus psychologiques et métapsychologiques étayant le contre-transfert : nature du contre-transfert

Dans le processus analytique, l'analyste est engagé dans les expériences émotionnelles de son patient pour le comprendre. Il doit, comme on le dit couramment, être empathique. Certains auteurs utilisent cette notion d'empathie pour qualifier la nature du contre-transfert. Il est donc intéressant de s'arrêter brièvement sur la (les) signification(s) de celle-ci. Nous nous bornerons, ici, aux travaux de S. Lebovici. Cet auteur (1998) a proposé de définir, d'abord, ce qu'implique l'empathie : d'une part la reconnaissance de l'autre “ par l'intérieur ” et d'autre part la notion de pathie, souffrance. A côté de ce terme français, il se réfère, ensuite, aux termes allemands qui distinguent l' “ Einfühlung ” (sentir avec /union dans le sentiment) de l' “ Einsicht ”, plus proche d'introspection. Selon lui, il y a dans l'empathie une compréhension affective qui n'est pas identique à la compréhension intellectuelle. Enfin, au terme d'une discussion plus approfondie des conceptions récentes de cette notion, il donne, au terme d'empathie, la définition suivante: “ Ce processus (l'empathie) permet de reconnaître autrui par le partage synchronique d'états psychocorporels sous la forme de pensée, d'action, et d'affects : un partage qui donne lieu à un déploiement plus ou moins caché d'interactions fonctionnelles ”(Lebovici cité par Lachal 2006 p.15). Pour cet auteur, l'empathie est *métaphorisante*, elle permet de créer sous forme d'images ou de représentations, voire d'interprétations des énoncés, mais aussi *enactante*, c'est-à-dire qu'elle est le substratum des mouvements internes affectifs du thérapeute et de ses actes psychiques.

Pour certains auteurs, penser la nature du contre-transfert en terme d'empathie a un caractère restrictif. Par exemple, De Urtubey (1994) souligne que la notion de partage qu'implique celle d'empathie est, en elle même, qualitativement, ambiguë. En effet, on ne partage pas tout avec son patient (en premier lieu ses défenses). Aussi, cet auteur, ainsi que de nombreux autres (Racker, Searles, M'Uzan, Guillaumin etc.), préfèrent utiliser le concept d'identification, plus contributif à leurs yeux. En effet, si, comme pour l'empathie, il s'agit d'un terme psychologique (impliquant la conscience), du fait des développements métapsychologiques (impliquant eux l'inconscient) de cette notion, elle offre plus de possibilités pour qualifier avec précision la nature du contre-transfert.

“ L'identification est un processus par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci ” (Laplanche et Pontalis, 1967 p.187). Dans le processus analytique, il est possible pour le

thérapeute de s'identifier, à son patient, selon toutes les formes d'identifications décrites par la métapsychologie (oedipiennes, narcissiques, à l'agresseur, à l'objet perdu etc.) Néanmoins certaines formes semblent, dans ce cas, prévalentes : identifications primaires, complémentaires et concordantes (De Urtubey, 1994). Dans l'identification primaire, non loin des notions d'incorporation et d'introjection, l'analyste "incorpore" tout de son patient, il "veut" être son patient. En lien avec des fantasmes de maternité, cette identification, parce qu'elle vient ébranler les assises narcissiques du thérapeute, peut provoquer un sentiment de dépersonnalisation. Les identifications concordantes et complémentaires, toutes deux décrites par Deutsch (1932), et Racker (1950), sont d'un intérêt clinique certain pour le repérage des réactions contre-transférentielles (Goyena, 2006). Dans l'identification concordante, l'analyste s'identifie au moi et au ça du patient. Elle est donc peu responsable de troubles contre-transférentiels, au contraire de l'identification complémentaire où l'analyste a tendance à s'identifier aux objets parentaux internes du patient.

3. Les origines du contre-transfert :

a) Le point de départ du contre-transfert comme réponse de l'analyste au transfert du patient :

Le contre-transfert est défini, communément, comme étant les réactions inconscientes de l'analyste au transfert du patient, qui a pour corollaire sa personnalité. Ceci semble particulièrement vrai dans les cas de névroses (où les symptômes sont l'expression symbolique des conflits infantiles), et, notamment dans les névroses dites justement de transfert. En effet, dans les névroses de transfert (schématiquement névrose hystérique et névrose obsessionnelle) une névrose artificielle (réédition de la névrose clinique) se constitue, organise, et configure spécifiquement les manifestations de transfert dans la relation avec l'analyste. Cette névrose artificielle se développe, de manière déplacée, au lieu de l'analyste. En réponse, le contre-transfert de l'analyste se développe alors, sous forme de réactions inconscientes, en partie dues à la réédition de ses propres éléments infantiles dans le "creuset" qu'offre la relation de transfert (dont la configuration a été instaurée par le patient, du fait de sa personnalité) (voir théorie classique du contre-transfert). Dans les pathologies narcissiques, la configuration de la relation de transfert est différente. En effet, ces patients, notamment les plus sévèrement atteints (psychotiques ou borderlines) réagissent à la formation du couple analytique par un clivage entre une partie d'eux-mêmes qui cherche à s'engager pleinement (développant une relation de transfert au lieu de l'analyste) et une autre

qui s'extrait du processus. Cette dernière s'en prend avec haine au lien noué et combat le transfert (par son déni et par le refus d'implication émotionnelle). L'attaque est surtout dirigée contre l'appareil à penser de l'analyste mais aussi du patient lui-même (transfert du patient au lieu de la situation analytique). Cette attaque ou annulation du lien est responsable de fortes turbulences contre-transférentielles (car l'analyste, étant a priori plutôt névrosé, n'a pas de modèles identificatoires de réponses à des situations de passage à l'acte ou de non-respect du cadre). Dans ce cas, les réactions contre-transférentielles ne sont pas que causées, pour grande part, par la réédition des éléments infantiles du thérapeute dans le "creuset" qu'offre la relation de transfert. Elles le sont aussi par les parties clivées de l'inconscient du patient projetées, par lui, dans le psychisme de l'analyste. En cela, ces dernières constituent une part du contre-transfert de l'analyste qu'il doit contenir, transformer et élaborer pour son patient (apport de la théorie moderne du contre-transfert). Autrement dit, dans les pathologies narcissiques, on doit, dans le contre-transfert prendre en compte, en plus des éléments qui se développent classiquement dans les névroses de transfert, la manière dont chez le patient l'infantile s'étaye sur ses relations précoces.

Cela dit, cette assertion comme quoi le point de départ du contre-transfert se situe dans le transfert et donc la personnalité de l'analysant est à discuter dans les autres cas. En premier lieu, on peut évoquer, par exemple, les névroses dites "actuelles", dont la dépression fait partie. Dans ce cas, l'origine de la névrose (où les symptômes ne sont pas une expression symbolique et surdéterminée) n'est pas à chercher dans les conflits infantiles, mais dans le présent. Les manifestations transférentielles ne sont, donc, pas aussi clairement corrélées à la personnalité de l'analysant. De même, les états post-traumatiques représentent un deuxième cas de figure pour lequel le lien entre transfert et personnalité n'est pas immédiat, même s'il se pose à un moment ou à un autre de la thérapie. Il est vrai que tout traumatisme survient chez un sujet dont la personnalité est constituée ou en voie de développement et présente des forces et des faiblesses qui seront déterminantes dans le vécu de l'expérience traumatique, mais tout ramener à la personnalité antérieure est un abus (Lachal, 2006 p.26). En effet, dans les cas de névroses traumatiques, par exemple, il peut y avoir des modifications et des réaménagements de la personnalité suite à l'expérience traumatique. Winnicott apporte des éléments très pertinents sur ces questions dans son article *Le contre-transfert* (1960). En effet, il souligne l'importance qu'il faut accorder dans le contre-transfert, ni au transfert du patient, ni aux attitudes inappropriées de l'analyste d'ailleurs, mais à l'état du patient. Dans cet article il dit : " Mon intention est maintenant de décrire les différents diagnostics qui, selon moi, modifient le problème... ", et s'appuie sur deux types de situations particulières : d'une part les patients qui présentent une tendance " anti-sociale ", d'autres part les patients qui ont

besoin au cours de leur traitement, d'une " régression importante ". Dans ces cas-là dit-il : " le patient, à la limite de la psychose, brise graduellement ce que j'ai appelé la technique de l'analyste et son attitude professionnelle ; il impose une relation directe, de nature primitive, qui va même jusqu'à la fusion ". Winnicott propose donc une analyse du transfert selon différentes composantes, dont l'une relève du diagnostic, et en particulier de la prise en compte dans ce diagnostic, d'événements réels qui se sont produits dans la vie. Il s'agit donc de ramener le contre-transfert à ses corrélations cliniques et de tenir compte de ce qui est arrivé de singulier au patient, à côté des éléments plus liés à la répétition d'attitudes affectives liées à l'organisation fantasmatique.

b) Le point de départ du contre-transfert comme réponse de l'analyste, indépendamment du transfert du patient : les éléments "stables" du contre-transfert :

➤ Généralités :

Nous l'avons vu, et nous ne le répéterons jamais assez, chaque situation analytique est unique, chaque analyste aura, donc, un contre-transfert spécifique avec chacun de ses patients et avec des nuances diverses à chaque séance. Cependant certains traits propres au fonctionnement psychique de l'analyste se retrouveront, dans son contre-transfert, de façon constante. Ils en constitueront les éléments "stables", indépendants du transfert du patient, puisque présents avant que la rencontre clinique n'ait lieu. C'est à M. Neyrault que l'on doit cette idée : il y a, dans le processus analytique, précession du contre-transfert sur le transfert . En effet, dans *Le transfert* (1974), il soutient que le contre-transfert de l'analyste est déjà là lorsqu'il reçoit le patient, prêt à accueillir les transferts à venir, ou prêt aussi, de façon résistancielle, à ne pas les analyser, tout en insistant sur la manifestation après-coup du contre-transfert dans le déroulement de la cure, en réponse au transfert du patient.

➤ Le contre-transfert " d'accueil " :

Le contre-transfert "d'accueil", prédisposition à l'accueil du patient (ou autrement dit "pré-contre-transfert") existe chez chaque analyste. Il est, pour chacun, marqué du sceau propre de la singularité de son histoire analytique, de son fonctionnement et de sa structure psychique. En cela, il peut être grévé de troubles.

→ existe chez tout thérapeute :

Dès ses tous premiers écrits, Freud a attiré l'attention sur les facteurs communs concernant les motivations profondes qui "poussent" un sujet à la formation puis la pratique analytique. En effet, il écrit, en 1895, que les rejetons de l'Eros, pulsion de vie, du psychanalyste, sont saisis "par les merveilles de l'inconscient, d'une part, et brûlent du souhait de déchiffrer de l'autre (Freud, 1895, cité par Uturbey, 2006, p.380). A sa suite, de nombreux auteurs (Neyrault, Laplanche, Denis etc.) ont élaboré cet aspect pulsionnel du contre-transfert. Le contre-transfert semble, du point de vue pulsionnel, être tissé de deux fils. Le premier, émanation de la pulsion de vie, se situe sur l'axe du désir d'analyser-découvrir, de séduire-être séduit, ainsi que dominant chez certains, de panser-guérir, et, comporte un apport important de désirs inconscients issus des pulsions prégénitales de curiosité sexuelle, de maîtrise, de domination. On peut également le nommer contre-transfert positif, qui amenant à la formation puis à la pratique analytique, permet le travail d'amour et de lutte contre la pulsion de mort. Le deuxième fil est la résistance au savoir, le désir de maintenir l'attachement au déjà connu, et, équivaut à une défense narcissique dressée face à l'inconscient étranger et dérangeant, non loin du narcissisme de mort décrit par Green (1967, cité par Uturbey, 2006). Ce contre-transfert négatif, en ce qu'il est le résultat des désirs de déliaison et de mise à distance, pousse à l'incompréhension dans la pratique analytique.

→ est propre au fonctionnement et à la structure psychique du thérapeute :

Ce contre-transfert d'"accueil" est, donc, là de manière permanente, et est pour chaque analyste une manière constante de se mettre en relation avec chaque patient. Il est un élément stable au milieu des contre-transferts et situations en mouvement. La structure psychique et le fonctionnement mental de l'analyste le façonne. Ainsi, il dépend de ses motions pulsionnelles, de ses identifications, de ses fantasmes "préférés", de ses objets internes, de ses points aveugles, de ses refoulements ou défenses habituels, de son amour de lui-même etc. Aussi, son expérience de vie, et son histoire d'être humain et d'analyste sont présentes dans ce contre-transfert "d'accueil".

→ peut donc être grévé de troubles: les troubles contre-transférentiels

Le fonctionnement psychique de l'analyste est, bien sûr, déterminant concernant sa pratique analytique qui peut, par là, souffrir de troubles contre-transférentiels plus ou moins graves.

Nous citerons, d'abord, la diminution ou l'absence de flottement de l'attention. Si, l'attention peut, de manière passagère au cours de certaines séances, flotter trop ou pas assez, elle peut ne pas flotter du tout de façon permanente. La conséquence est une saisie préférentielle du manifeste ou du latent du discours du patient, leur attribuant une valeur déterminante. Dans ce

cas, elle révèle des défenses narcissiques, liées à un intérêt limité pour l'autre ou une insuffisance à la capacité de penser (Urtubey, 2006). Ensuite, même si cela peut paraître un lieu commun, insistons sur le fait qu'un contre-transfert grevé de fantasmes refoulés ou d'affects troublants insuffisamment analysés, peut entraîner des troubles contre-transférentiels importants, notamment de l'attention flottante. L'analyste aura, là, tendance à une élection inconsciente beaucoup plus malheureuse qu'heureuse parmi les associations du patient. Aussi, l'existence d'un pare-excitation faible ou diminué dans certaines zones, peut expliquer que l'analyste puisse être, par exemple, sujet au simple amour de transfert d'un névrosé voire au contre-transfert érotique intense (Urtubey, 2006). D'un point de vue dynamique, pour que le contre-transfert du thérapeute puisse permettre un travail de liaison et de représentation, cela nécessite un préconscient bien structuré et fonctionnant de façon correcte. Par ailleurs, notons que les identifications projectives du patient auront un impact d'autant plus violent chez l'analyste que son fonctionnement mental favorise les identifications introjectives. Si ces identifications projectives peuvent être particulièrement violentes pour tout analyste avec les patients de structures narcissiques, elles peuvent là, on le comprend, devenir insoutenables (Urtubey, 1994).

→ et, est lié à l'histoire analytique de l'analyste:

A la suite de Guillaumin, De Urtubey soutient que le contre-transfert se forge dans la propre histoire analytique de l'analyste. En effet, elle avance qu'une part des origines du contre-transfert se trouve dans le transfert de l'analyste au cours de sa propre cure et dans les intuitions inconscientes que celui-ci a concernant le contre-transfert de son propre analyste. Or, comme le contre-transfert de ce dernier provient de son ancien transfert à son analyste, une chaîne se forme et se transmet de génération en génération (De Urtubey, 2006). Pour De Urtubey, le contre-transfert repose donc sur un soubassement historique fait de filiations successives. Elle soutient également que une autre origine du contre-transfert provient de l'identification de l'analyste, "à la fonction analysante, à Freud, identifications superposées et parfois inséparables, se développant face au transfert du patient" (De Urtubey, 1994 p.1327-1333). La transmission de la psychanalyse est alors interrogée au regard du contre-transfert. Serait-il à saisir à l'interface de l'individuel et du collectif du fait de des identifications aliénantes ou structurantes de l'analyste à son analyste, à ses formateurs, à l'institution analytique ? (Parson citée par Birot et Kamel, 2006 p.329).

4. Le contre-transfert : spécificité de la pratique analytique ?

a) L'analyse de l'analyste : l'élaboration de son contre-transfert, par investigation de son fonctionnement psychique, condition de la pratique analytique

Freud l'a, dès 1910, posée comme une règle fondamentale, “ épreuve ” et/ou “ plaisir intellectuel ” (conception développée par Winnicott, 1960) qui déclenche pour toujours le processus auto-analytique, qui s'applique à tout un chacun qui désire devenir psychanalyste. Si l'analyse peut-être entreprise par quiconque à des fins personnelles thérapeutiques, celle de l'analyste a des buts spécifiques qui méritent d'être rappelés ici. Elle doit permettre, entre autres, la levée d'un certain nombre de refoulements et mécanismes de défense (ou du moins leur prise de conscience), l'obtention d'un surmoi tolérant, et l'accès à un narcissisme équilibré. Aussi, l'analyste doit, au cours de sa cure, se questionner afin de cerner ce que signifie, pour lui, sur un plan économique, de s'engager dans un tel travail. L'analyse de l'analyste, doit lui permettre l'“ introjection ” d'un fonctionnement analytique et son investissement narcissique (Denis, 1988 p. 1330). Cela dit, il est évident qu'il persiste, chez l'analyste, des points aveugles inconscients insuffisamment analysés ou même non analysables (De Urtubey, Anzieu, Gérard etc.). Par la suite, alors que l'analyste pratique, il doit poursuivre ce travail soit par une auto-analyse (recommandation de Freud, 1912), soit par la supervision ou l'analyse didactique (post-analyse). Celles-ci sont destinées à contribuer à l'analyse de ses propres patients, par l'analyse de son contre-transfert, et, par là même, poursuivre l'investigation de son fonctionnement psychique propre débutée lors de son propre travail analytique.

Nous retiendrons ici un point fondamental : le contre-transfert n'est objectivable qu'à partir d'une référence tierce (Urtubey, 1994 p.1328). Ce tiers peut être, outre les superviseurs, son ancien analyste en ce qu'il peut jouer le rôle d'interlocuteur fantasmé dans tout travail auto-analytique. Il faut ajouter à cela l'écriture qui peut un “ véritable espace analytique ”. En effet, impliquant la mise à l'épreuve de la pertinence de son cheminement réflexif théorico-clinique, elle permet la mise en évidence d'éléments contre-transférentiels. Enfin, cette référence tierce est constituée par les références théoriques, les lectures. P. Aulagnier a souligné de façon pertinente cette fonction tierce des références théoriques en introduisant le concept de “ théorisation flottante ”.

b) La spécificité du contre-transfert : contre-transfert et contre-attitudes

Qu'est-ce qui dans les réactions de l'analyste différencie celles qui sont contre-

transférentielles des autres (contre-attitudes) ? Autrement dit quelle est la spécificité du contre-transfert ?

La question de la différenciation du contre-transfert et des contre-attitudes est difficile. En effet, elle dépend de la définition même du concept de contre-transfert, qui, nous l'avons vu, est loin d'être consensuelle. En effet, lorsque l'on définit le contre-transfert comme étant l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à son patient au cours du processus analytique (incluant donc les réactions dépendantes mais aussi celles indépendantes du transfert du patient), la définition des contre-attitudes est l'ensemble des réactions préconscientes/conscientes de l'analyste à son patient au cours du processus analytiques. Le travail avec les patients psychosomatiques, permet, par exemple, de les différencier, au sein même du processus analytique (Deburge, 2006). En effet, dans ces situations, l'analyste peut éprouver des sentiments et est même parfois amené à intervenir au cours des séances du fait de la réalité des symptômes somatiques. Ce sont, là, des réactions de l'analyste aux motifs préconscients/conscients, nommées, donc contre-attitudes à différencier des réactions contre-transférentielles. Remarquons qu'il peut être difficile de les distinguer au sein même du processus analytique. Cela dit, lorsque l'on définit le contre-transfert comme les réactions inconscientes de l'analyste au transfert de son patient, alors, toute autre réaction de l'analyste ne relevant pas de la relation de transfert, est contre-attitude. Les contre-attitudes désignant par là, donc, toutes les réactions (émotionnelles, comportementales et cognitives) de l'analyste indépendantes du transfert du patient. C'est en ce sens que Denis (2006) dit que la condition essentielle qui fait la spécificité du contre-transfert par rapport à tout autre type de contre-attitude est la nécessité pour l'analyste de se comporter en " anti-objet ", c'est à dire, à ne pas laisser se fixer sur lui une configuration transférentielle stable qui arrêterait le processus analytique". En effet, si l'analyste laisse se fixer sur lui une configuration transférentielle stable, il est " pris " dans la relation transférentielle, ne peut, donc, plus la repérer et l'analyser pour l'interpréter à son patient. A ce propos, Revault d'Allonnes (1986, p.740) souligne qu'il existe diverses positions possibles de l'analyste par rapport à l'analyse, sur l'échelle suivante: nier, ne pas tenir compte des problèmes transférentiels, être dans le transfert et s'en arranger (qui n'apparaissent pas comme des positions analytiques), travailler avec le transfert, et, travailler sur le transfert. Il ajoute que, travailler sur le transfert, est la position même de la cure, où la butée la plus importante est celle du contre-transfert et de l'analyse du contre-transfert. Est-ce à dire que le contre-transfert n'apparaît seulement que chez le psychanalyste, dans le dispositif de la cure, et chez aucun autre psychothérapeute?

c) La spécificité de la pratique analytique : le contre-transfert ?

Nous ouvrons là une vaste question, et, bien sûr, ne prétendons pas y répondre.

Depuis Ferenczi (1909), nous savons que tous les psychothérapeutes sont subordonnés à des effets de transferts du patient sur leur personne et ce quelque soit leur type de pratique. Comme nous venons de le voir, le dispositif de la cure, tel que décrit par Freud, est le dispositif de pratique analytique, par excellence, qui permet de travailler “ sur ” ces effets de transfert. Or, il est un fait que nous retrouvons la psychanalyse dans diverses autres dispositifs psychothérapeutiques dits psychanalytiques (individuelles - dont les psychanalyses de bébés avec la méthode d'Ester Bick-, relaxation psychanalytique, psychodrame psychanalytique, consultation de psychiatrie transculturelle, thérapie familiale psychanalytique etc.), pourtant loin du dispositif de la cure type. De même, un psychothérapeute - psychanalyste ne travaille pas, la plupart du temps, dans les conditions de la cure type, et est amené à réaménager le cadre de sa pratique (du fait de sa situation institutionnelle, de la clinique du patient et de l'investissement de celui-ci aux soins, de sa situation sociale etc.). Il est en résulte que la durée des séances est raccourcie, hachée, imprévisible, et que le psychothérapeute-psychanalyste n'atteint pas forcément le niveau inconscient de son patient (à l'origine, pourtant, des effets de transfert). Peut-on dans ces situations parler de pratiques psychanalytiques ? Est-il pertinent de différencier psychothérapies psychanalytiques et psychanalyse ?

Afin d'éclairer cette question, il est fondamental de rappeler que la psychanalyse est avant tout une méthode, d'investigation et de traitement (Freud, 1926), mise en acte dans une pratique, dont le transfert et le contre-transfert (Viderman, Barranger, De Uturbey) sont les concepts fondamentaux. Concernant cette pratique, nous l'avons vu, Freud distingue dès ces tous premiers écrits la psychanalyse de toute autre pratique qui use de la suggestion. En effet, la suggestion est une technique psychothérapeutique qui s'appuie sur les effets de transfert pour suggérer au patient de penser tel chose ou de se comporter de telle manière. Dans ce cas, l'analyste peut se permettre de nier, de ne pas tenir compte, ou de s'arranger des effets de transfert. A l'inverse la psychanalyse travaille, à l'idéal “ sur ”(dispositif de la cure), mais en tout état de cause “ avec ” les effets de transfert en les reconnaissant et les analysant grâce à la prise en compte de son contre-transfert. (Notons d'ailleurs que la position de travailler “ sur ” le transfert- position de la cure - est une “ position asymptotique ; on y tend s'en jamais y parvenir tout à fait ”, Revault d'Allones, 1986, p.740).

Là semble être la spécificité technique fondamentale de la psychanalyse (Roussillon, 2006 ; Moro et Lachal, 2006); en premier lieu, une position tant théorique que technique de

l'analyste qui lui permet l'analyse de l'interaction psychothérapique (Denis, 2006). Elle implique donc obligatoirement, la prise en compte et l'élaboration de son contre-transfert. Par ailleurs, afin d'achever ce travail concernant le contre-transfert dans son acception psychanalytique classique, précisons qu'il paraît impropre de parler de réactions contre-transférentielles dans tous autres contextes que ceux de la situation psychanalytique/psychothérapeutique dans lesquelles on parle, alors, de contre-attitudes. Cela dit, dans la suite de ce travail, nous élargirons la notion de contre-transfert.

B. Approche clinique et aspects méthodologiques du contre-transfert :

Une approche clinique du contre-transfert est possible et permet de mettre en évidence certaines de ces composantes. Néanmoins, l'analyse de la littérature portant sur le contre-transfert amène à faire le constat, évident, que son étude, le plus souvent théorique et empirique, débouche essentiellement sur des considérations métapsychologiques plutôt que cliniques. Ceci peut s'expliquer par, (outre le fait qu'il peut paraître " avilissant " pour les psychothérapeutes d'avoir à reconnaître leurs propres limites humaines et professionnelles - Devereux, 1980, p.76), le fait que la nature même du contre-transfert (inconscient, naissant dans une situation bipersonnelle) lui donne des caractéristiques intrinsèques qui rendent, sur le plan méthodologique, son étude clinique difficile. Néanmoins, peut-on approche imaginer une approche objectivante des réactions contre-transférentielles ?

a) Les composantes cliniques du contre-transfert :

Si on opte pour une approche clinique du contre-transfert, plusieurs composantes du contre-transfert sont, alors, à prendre en considération (Lachal, 2006, p.28) :

- Le type d'attachement que le thérapeute ressent et décrit de son patient à lui et de lui à son patient ;
- Les réactions émotionnelles spécifiques, intensives, qu'il développe (par exemple la colère, la honte, la culpabilité etc.) ;
- Les actions, résolutions, qu'il va prendre et qui ont une signification émotionnelle à la fois pour le patient et pour le psychothérapeute et qui vont remodeler leur relation ;
- Les réactions consensuelles (Dalenberg, 2000), c'est à dire des réactions qui seraient partagées par la plupart des thérapeutes dans le même type de situation. Ces réactions sont particulièrement importantes parce qu'elles sont les plus à même d'apporter des

informations sur le contre-transfert : elles sont informatives.

On voit donc qu'à partir de cette approche du contre-transfert, il devient possible de travailler sur des éléments que l'on peut qualifier à la fois de subjectifs et d'objectivables.

b) Aspects méthodologiques de l'étude clinique du contre-transfert :

➤ Généralités :

Notons tout de suite que le contre-transfert est plus facile à aborder d'un point de vue méthodologique que le transfert : en effet, les phénomènes de transfert sont la plupart du temps décrits et analysés par le soignant lui-même ce qui introduit un biais évident.

Nous allons tenter d'évoquer les obstacles qui s'opposent, de prime abord, à une approche objectivante des réactions contre-transférentielles.

Un premier obstacle réside dans le fait que les réactions contre-transférentielles sont en parties inconscientes, du moins quant à leurs motifs. Par ailleurs, comme elles se développent de façon dynamique dans le cadre de la thérapie, il n'est possible d'en rendre compte qu'après-coup : cela met en jeu plus la subjectivité que l'objectivité. Enfin, ces réactions sont difficilement standardisables du fait qu'elles dépendent de chaque patient, et, de chaque thérapeute.

Néanmoins, plusieurs arguments peuvent être avancés afin de relativiser ces constatations.

Tout d'abord, si, dans le contre-transfert, les motifs sont inconscients, les réactions elles-mêmes souvent conscientes ou préconscientes, peuvent être étudiées en tant que représentations, actes, énonciations. Le deuxième argument est que si une part de ces réactions est spécifique de la situation de psychanalyse ou de la psychothérapie psychanalytique, une autre est spécifique des problèmes du patient. Cette part, retrouvée dans la grande partie des situations relationnelles que vit le patient, peut être étudiée dans d'autres contextes que ceux de la situation psychanalytique/psychothérapique. Elle ouvre alors à l'étude plus générale des contre-attitudes qui elles-mêmes éclairent l'étude des réactions contre-transférentielles. Le troisième argument est que le déroulement d'un processus relationnel peut être étudié " de l'extérieur ", en tenant compte de la subjectivité. C'est d'ailleurs plus ou moins ce qui se passe dans le travail de supervision.

➤ Des recherches essentiellement axées sur le psycho-traumatisme :

Stern (2003) dans son ouvrage *Le moment présent en psychothérapie*, propose et rend compte d'une approche particulièrement intéressante de microanalyse. Le sujet est amené à expliciter dans l'après-coup, les affects et représentations parvenues à sa conscience seconde après seconde, dans une situation particulière. C'est un essai d'approche objective de la subjectivité que contient tout récit, ou, toute narration.

C'est concernant le psycho-traumatisme que la recherche en clinique du contre-transfert a été la plus développée. Dalenberg (2000, citée par Lachal 2006), chercheuse clinicienne, propose dans son livre *Countertransference and the treatment of trauma*, les résultats d'un travail complet sur les réactions contre-transférentielles dans le cadre de psychothérapies de patients traumatisés. La méthodologie de cette chercheuse est basée sur l'utilisation de plusieurs sources de documentation. Outre les classiques recueils de cas, elle étudie également les interviews de patients et ex-patients qui ont accepté de participer à une étude d'évaluation portant sur leur propre psychothérapie. Celles-ci sont informatives quant aux comportements et attitudes des psychothérapeutes à leur égard. Elle utilise également des enregistrements effectués lors d'interrogatoires de victimes de violences et d'abus en se centrant sur les interviewers pour analyser leurs contre-réactions par rapport au matériel traumatique. A côté de ces protocoles cliniques, elle utilise des protocoles expérimentaux, qui consistent à analyser les réactions de sujets (parfois psychothérapeutes) à des situations enregistrées, puis sont projetées.

Nous voulons ici mentionner un autre travail de recherche en cours de réalisation concernant les réactions contre-transférentielles de thérapeutes de patients traumatisés. Tous les chercheurs ont eux-mêmes une activité clinique avec des patients traumatisés (beaucoup sont consultants à MSF France). Le but de cette recherche est d'analyser les processus de transmission du traumatisme d'une mère traumatisée à son bébé. Les hypothèses cliniques sont : premièrement, que les réactions contre-transférentielles aux patients traumatisés sont singulières (un des buts de la recherche étant de déterminer en quoi) ; deuxièmement, que la dyade patient/soignant est comparable à la dyade mère/bébé et peut offrir un modèle et un outil pour étudier ce qui passe entre une mère traumatisée et son bébé. Cette recherche se base sur l'analyse d'interviews des psychothérapeutes. Celle-ci est de forme semi-structurée. Les réponses sont enregistrées en audio pour ensuite être dépouillées et analysées. Les questions sont différenciées en question « principales » et « questions complémentaires » qui peuvent être des « starters » (pour encourager l'interviewé à approfondir ou développer certaines de ses réponses) ou des « shiffers » relance pour modifier un peu la trajectoire du récit lorsque l'interviewé s'enlise sur le même thème). L'interview est en deux parties. Dans la première les conceptions théoriques du thérapeute sur l'entité «traumatisme» sont interrogées (ainsi que

les éléments biographiques, *back ground* professionnel etc.). En effet, selon les options personnelles du clinicien les défenses mobilisées et l'émergence ainsi que les tentatives d'organiser les formations de l'inconscient correspondant au contre-transfert seront différentes. La deuxième partie concerne de façon plus détaillée les effets sur le soignant de ce qu'exprime la personne traumatisée et les formations inconscientes venant du soignant sous formes diverses (allant du jugement à l'emporte-pièce aux réactions psychosomatiques). Le patient doit penser à une situation où le patient raconte une expérience traumatique, et la raconter brièvement à l'interviewer. Ensuite lui sont posées des questions qui explorent les différents registres de ses réactions contre-transférentielles au récit du patient. L'interviewer note, pendant l'interview, ce qui lui semble pertinent dans les réactions du soignant (expressions mimiques, toniques), moments de tension ou d'hyperémotivité, de distractibilité etc.. Pour certaines sections de l'interview, l'interviewer auto-évalue ses émotions sur une échelle (discours de l'interviewé facile à suivre ou non, structuré ou désorganisé etc.). Le protocole d'analyse des données n'est pas encore achevé. Ces derniers éléments sont en cours d'élaboration.

C. Approche transculturelle du contre-transfert : la notion de contre-transfert culturel

1. Apport de Devereux :

a) “ De l'angoisse à la méthode ”, la révolution épistémologique introduite par Devereux dans le domaine des sciences du comportement et de la recherche :

L'ouvrage est édité pour la première fois en 1967 aux Etats-Unis sous le titre *From Anxiety to Method in the Behavioral Sciences* et réédité en France en 1980 sous le titre *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* (DAM dans la suite de ce travail). Cet ouvrage, dédié à son maître M. Mauss, est composé d'un long argument, de quatre parties et comporte non moins de 440 observations. La thèse qu'il y soutient a été élaborée vers la fin des années 30. Ce travail, dont Devereux dit qu'il est son vrai premier livre, permet d'asseoir sa solide réputation dans le domaine des sciences sociales, de l'épistémologie, de l'anthropologie et de la psychanalyse.

Devereux expose la thèse qu'il défend dans son ouvrage dès l'argument. Insistant sur le fait que toute donnée scientifique suscite de l'angoisse, notamment celles des sciences du comportement, il s'intéresse au moment précis où les faits sont transformés en données. Sa

préoccupation est l'entre-deux de la mesure ou de la saisie, vers la décidabilité, soit le temps de la constitution et de l'émergence des énoncés scientifiques. Celui-ci constitue la décision, qui se prend en deux temps : " c'est cela que je perçois " (premier temps) et " cela veut dire que..." (deuxième temps). Pour la théorisation de ce temps de passage, il fait appel au concours de 3 disciplines. Il s'agit, tout d'abord, de la théorie quantique qui a montré avec Heisenberg l'indéterminabilité de certains phénomènes intra-atomiques⁶. Devereux y emprunte certains principes non dialectiques comme la complémentarité et le principe d'incertitude. Les deux autres disciplines auxquelles il fait appel sont l'ethnologie et la psychanalyse (parce qu'elle a en quelque sorte localisé et identifié des phénomènes-sources de la connaissance dans le psychisme humain, notamment en situation d'interaction).

Devereux soutient alors que des processus inconscients influent sur la manière dont la réalité va être traitée, sur le choix des faits observés et l'évaluation des interactions à partir desquelles se fonde le travail de recherche. Il nomme alors ces modèles inconscients " déformations contre-transférentielles ". Pour lui, les sciences de l'homme ne seront raisonnablement dignes de confiance que lorsque ceux qui les pratiquent reconnaîtront le rôle de ces modèles inconscients dans l'élaboration de leurs théories et dans leurs travaux en général. Sur ce point Devereux est tout à fait clair :

" Les données en sciences du comportement suscitent une angoisse contre laquelle on se défend par une pseudo-méthodologie inspirée par le contre-transfert ; cette manœuvre est responsable de presque tous les défauts des sciences du comportement "(*Ibid.* p.17). Pour les fonder plus solidement le seul moyen sera : " d'attaquer de front les choses les plus compliquées, en usant de l'expédient extrêmement pratique qui consiste à traiter la difficulté elle-même, comme une donnée fondamentale qu'il faut non pas éluder mais exploiter au maximum "(*Ibid.*).

En d'autres termes, si les sciences étudiant l'homme suscitent de l'angoisse, il ne faut pas chercher à la diminuer à tout prix, mais plutôt essayer de savoir ce qu'elle signifie : l'observateur doit donc chercher à se comprendre lui-même en tant que sujet-observateur. On peut dire que Devereux inverse chaque fois la source du savoir dans les situations d'observation. Avec lui, l'essence même de l'observation d'un être humain par d'autres êtres humains implique qu'apparaissent trois sortes de données (*Ibid.* p.19) : le comportement du sujet étudié, les " perturbations " induites par l'existence de l'observateur et par ses activités dans le cadre de l'observation, ainsi que le comportement de l'observateur comprenant ses angoisses, ses manœuvres de défense, ses stratégies de recherche et ses décisions.

⁶ notamment, il montre que les processus intra-atomiques ne peuvent être mesurés sans être modifiés au cours du processus d'observation et de mesure.

Ce sont ces trois dernières qu'il nomme contre-transfert et qui sont, pour lui, une source unique, irremplaçable, irréductible de recherche.

“ Freud a établi que le transfert est la donnée la plus fondamentale de la psychanalyse, considérée comme méthode d'investigation[...] j'affirme que c'est le contre-transfert, plutôt que le transfert, qui constitue la donnée la plus cruciale de toute science du comportement, parce que l'information fournie par le transfert, peut en général être également obtenue par d'autres moyens, tandis que ce n'est pas le cas pour celle que livre le contre-transfert ” (*Ibid.* p.15)

Epistémologiquement, cet apport est révolutionnaire dans le sens où jusqu'alors les sciences du comportement avaient adopté le modèle de la mécanique newtonienne du XVIIème siècle qui ne tient pas compte de la place de l'observateur (et qui elle n'a pas à en tenir compte puisque dans son système la position de l'observateur ne modifie en rien les résultats). L'observateur y est postulé en quelque sorte comme la somme de tous les observateurs possibles (Ben Slama, 1985-86). La psychologie, la sociologie et d'autres disciplines, ont travaillé – et continuent pour une part importante à travailler – avec l'idée d'un savoir qui serait produit par cet observateur idéal. Les leçons de Devereux difficiles, exigeantes, nécessitant une grande perspicacité dans l'auto-analyse pénètrent lentement l'activité des cliniciens chercheurs. Cela dit, elles ont le mérite de dévoiler une évidence : si le chercheur n'était pas impliqué dans sa recherche, il ne la ferait pas. Le chercheur doit donc en analyser toutes les conséquences. Notamment, il doit prendre conscience et analyser les conséquences du fait que “ toute recherche est autopertinente sur le plan inconscient ” et correspond plus ou moins à une introspection. L'accent est mis sur l'angoisse et les défenses professionnelles et personnelles qu'elles suscitent, visibles dans le type de méthodologie choisie et la déformation élective du matériel.

b) Apport de Devereux à la question du contre-transfert :

Un détour par l'anthropologie (donc par d'autres cultures et d'autres dispositifs) permet de reconnaître une dimension culturelle au contre-transfert.

- Devereux définit le contre-transfert comme un transfert d'apprentissage, et en élargit la notion :

Devereux donne sa définition du contre-transfert, somme toute très freudienne:

“ Le contre-transfert c'est la somme totale des déformations qui affectent la perception et les réactions de l'analyste envers son patient ; ces déformations consistent en ce que l'analyste

répond à son patient comme si celui-ci constituait un imago primitif, et se comporte dans la situation analytique en fonction de ses propres besoins, souhaits et fantasmes inconscients – d’ordinaires infantiles (*Ibid* p. 75)”

Le contre-transfert est pour lui un phénomène similaire au transfert, a des sources et des structures identiques, mais se passe du côté du thérapeute (comme le conçoivent d’ailleurs la majorité des auteurs). Il ajoute que “ c’est stricte affaire de convention que d’appeler transfert les réactions de l’analysé, ou de l’informateur, et contre-transfert celle de l’ethnologue ou de l’analyste ”.

Pour lui, le patient ou le thérapeute a “ appris ” à se comporter et à se percevoir d’une façon caractéristique, singulière, à l’égard d’une personne importante de son histoire, et à tendance à réagir, avec l’autre de la relation thérapeutique, comme s’il était cette personne importante : c’est le transfert. Par contre, il utilise le terme d’apprentissage qui renvoie à la fois à l’identification et à l’imitation, mais aussi à la notion de modèles opérants internes, notion utilisée aujourd’hui pour définir la façon dont le bébé intériorise les modes d’attachement qu’il expérimente.

En outre, il élargit la notion de contre-transfert. En effet, les travaux de Devereux amènent à reconsidérer les notions de transfert/contre-transfert dans un cadre plus large que celui défini pour la cure type. Il applique ce concept psychanalytique au domaine général des sciences du comportement. Pour lui, il est possible de décrire un transfert et un contre-transfert dans toutes situations où existe un échange véritable entre une personne et une autre au titre du soin, ou de la recherche, et, dans son ouvrage, il s’intéresse plus particulièrement aux ethnologues, psychologues, psychiatres, et psychanalystes.

- Pour Devereux, ethnologue et psychothérapeute confrontés à des situations anxiogènes : une problématique commune

Appliquer les notions de transfert et de contre-transfert aux ethnologues sur le terrain n’est pas évident a priori. Devereux va donc passer par des démonstrations et de nombreux exemples. Il affirme par exemple en préambule que “ la perception d’une situation est influencée de façon radicale par la personnalité du sujet percevant [...] le rapport de l’ethnologue sur une tribu, et l’interprétation qu’il donne de la culture de cette tribu, est ainsi comparable à un test projectif : la culture étudiée constitue la planche de Rorschach, le compte-rendu de l’ethnologue constitue l’équivalent des réponses du sujet testé ” (*Ibid*. p.77). Sans doute ces formules sont-elles là pour provoquer, mais ce qui est probable c’est que l’ethnologue puisse se retrouver dans une telle situation de projection lorsque ce qu’il observe

est anxiogène. Devereux décrit alors une liste de défenses qui apparaissent chez l'observateur lorsqu'il ressent cette angoisse : omission de certains faits, mise en sourdine d'autres aspects, description ambiguë, malentendus, surexploitation ou réaménagement de certaines parties de son matériau etc.

Il explicite ce qui peut être cause d'angoisse tant pour les ethnologues que les psychothérapeutes. Il commence en rappelant que les cultures peuvent appréhender de manières différentes un même matériel psychique. En effet, si une culture peut en encourager le refoulement, une autre peut l'exploiter ouvertement, et une troisième peut l'accepter comme alternative autorisée pour tous ou pour certains groupes privilégiés ou défavorisés. Ainsi celui qui observe et/ou étudie des cultures qui lui sont étrangères est confronté à un certain nombre de phénomènes que lui même peut refouler. Pour Devereux, le fait de se trouver confronté à des phénomènes, des pratiques qui paraissent dans sa propre culture transgressifs peut produire chez l'observateur à la fois une sorte de fascination, qu'il nomme "sédution" et de l'angoisse par réactivation angoissante de désirs refoulés. En outre, concernant le versant "sédution", il ajoute que des angoisses peuvent naître de ce qui est éprouvé comme une "hyper-communication" troublante, au niveau inconscient, entre observateur et observé. Cette "hyper-communication", lorsqu'elle est ressentie comme un équivalent de sédution peut pour cette raison provoquer diverses résistances. Dans la droite ligne de sa méthode qui tient à la fois compte du caractère universel du fonctionnement psychique et des différences culturelles qui modélisent de façon singulière les comportements et les représentations mentales, Devereux va extraire les invariants de ce qui est anxiogène : tout "matériau" qui menace la vulnérabilité fondamentale de tout être humain ; ce qui ravive des angoisses "idiosyncrasiques", c'est à dire personnelles, spécifiques en rapport avec l'histoire personnelle de la personne ; ce qui menace de "saper" les défenses ou les sublimations principales et menace son équilibre (*Ibid.* p.79).

Devereux met donc en évidence que la confrontation à une autre culture, parce qu'elle a ses moyens de sublimation et de refoulement propres, peut engendrer de l'angoisse.

- Les mécanismes de défense : mise en évidence des réactions contre-transférentielles de nature culturelle

Devereux postule que, face à l'angoisse, tout spécialiste du comportement a recours à un certain nombre de défenses qui provoquent des déformations dans la perception de l'objet étudié. Si l'on suit le découpage des parties de son ouvrage, on voit qu'il distingue les déformations liées aux défenses professionnelles et à l'enracinement socio-culturel, des

déformations liées à l'âge, le sexe et la personnalité même du thérapeute.

Les défenses professionnelles correspondent à la manière dont psychothérapeutes et ethnologues vont se référer, de manière défensive, à leurs connaissances, leurs expériences antérieures, leurs méthodes. Elles ont pour conséquence majeure d'accroître la distance entre soi et le sujet observé. Cette première ligne de défense peut constituer à elle seule un filtre déformant. Si nous développerons ultérieurement les spécificités des défenses professionnelles mises en œuvre par les thérapeutes, notamment en situation interculturelle, soulignons ici deux des défenses professionnelles plus spécifiques à l'ethnologue : la pré-expérience par procuration (c'est à dire toutes les formes de préparation que l'ethnologue aura reçu avant de partir sur le terrain), et la sélectivité (s'exerçant soit au niveau du choix du groupe à étudier, ou la circonscription des thèmes d'études dont un des pièges les plus grossiers est la sélectivité par exotisme⁷). Ensuite, Devereux étudie un certain nombre de protection dues à l'enracinement social et culturel provoquant des "déformations ethnocentriques caractéristiques dues à la culture à laquelle on appartient, et qui sont inévitables" (*Ibid.*p.188). Il fait référence là à l'influence de l'idéologie, le statut "ethnique" et culturel, religieux, l'appartenance de classe, les études etc. Soulignant alors le fait que deux rapports sur la même tribu par deux ethnologues de cultures et/ou de personnalités différentes seront différents, il soutient que ce qui est intéressant est de comparer les "erreurs systématiques" de l'un aux erreurs systématiques (mais différentes) de l'autre. Il évoquera ensuite les déformations provoquées par le fait que thérapeute ou ethnologue interprète et apprécie les autres et les objets du monde à partir de son "modèle-de-soi" (*Ibid.*p.229)⁸ (inconscient) qui l'amène à se considérer lui-même comme le prototype de ce qui est humain : homme comme norme au sein des espèces et comme modèle corporel idéal. Autrement dit, il met là en évidence la tendance naturelle du thérapeute/observateur à toujours insidieusement ramener de l'"inconnu" à du "connu" (Moro). Enfin, il évoquera les déformations provoquées par le sexe, et l'âge ainsi que par celles provoquées par la personnalité même du professionnel, déformations contre-transférentielles, elles, largement décrites par les psychanalystes.

⁷ Exotique (adj. et subst.) : gr. *exotikos* « étranger » [En parlant de personne ou de choses envisagées par référence au pays ou à la culture propres du locuteur] Qui est relatif, qui appartient à un pays étranger, généralement lointain ou peu connu ; qui a un caractère naturellement original dû à sa provenance (Trésor de la langue française, version Web).

⁸ Notons que l'on peut également se référer à Husserl, dans une perspective cette fois philosophique. Celui-ci souligne que le corps de l'autre n'est jamais donné comme tel, il est « appréhété » de manière analogique. C'est par une opération de l'imagination que nous appréhendons l'altérité. En cela l'altérité reste captive de la sphère du *même* (Husserl, 1929).

➤ Rôle joué par la complémentarité et la réciprocité dans le contre-transfert :

Devereux rappelle que, de façon générale, l'ethnologue ou le psychothérapeute est assigné à une place par le patient ou par le groupe, de manière explicite ou le plus souvent implicite. Il parle, alors, de "rôle complémentaire" lorsque le professionnel, du fait de sa personnalité adhère pleinement à ce rôle. Il reprend en fait, là, le terme psychanalytique introduit par Deutsch (1932). Pour Devereux, l'assignation d'un tel rôle est une composante structurale qui tient au fait que toute société propose des définitions et un apprentissage pour les interactions de type courant⁹. La complémentarité permet de préciser ce qu'il convient de faire pour entrer dans une relation de "réciprocité convenable" ; pour que l'individu sache "jouer" le rôle qui lui est dévolu mais aussi pour qu'il sache ce qu'il peut attendre d'un autre individu, quitte à déclencher chez lui des marques de consentement et le comportement complémentaire du type qu'il est en droit d'espérer (*Ibid* p.328). Il souligne alors que pour certaines situations, la réciprocité n'est pas préconstruite (par exemple l'analysant sur le divan, le jeune lors d'un rituel initiatique). Dans ce cas, les demandes et les réponses doivent être inventées, dans une atmosphère qui comporte toujours une facette de dérégulation et d'inquiétude. Cette considération est de toute importance en clinique transculturelle. En effet, dans *Psychothérapie d'un indien des plaines* (1951), il démontre la nécessité de prendre en compte la différence introduite par son phénotype comme figure d'altérité, en l'occurrence, là, persécutrice. En effet, dans la cure qu'il rapporte dans cet ouvrage, il a été assimilé par son patient, indien des plaines, au "blanc colon" qui a participé au génocide de son peuple, et ce du fait de son phénotype. Cette assimilation a tout naturellement été à l'origine d'un transfert négatif. Pour créer une "alliance thérapeutique", il lui a été nécessaire de reconnaître ce tragique événement et de l'expliquer à son patient de manière particulièrement empathique. A travers cette expérience Devereux met en évidence que dans le cadre d'une consultation où les deux protagonistes sont de cultures différentes, il existe une part importante d'invention, de « co-construction » afin d'organiser la réciprocité et la complémentarité.

➤ La "ligne de démarcation" du couple transféro-contretransférentiel :

Précédemment nous avons vu que, dans la pratique analytique, il est peu aisé pour l'analyste de différencier ce qui, dans son contre-transfert, vient du patient et ce qui vient de lui-même. Devereux le souligne en disant qu'"au fur et à mesure que progresse l'analyse, il devient de

⁹ Ceci peut être rapproché de l'idée, également structurale, émanant de l'école de Constance, de l'existence d'un destinataire inscrit dans tout texte – « le narrataire » de Genette, le « lecteur modèle » d'Eco etc..

plus en plus difficile de déterminer, avec la même précision ce qui provient du patient et ce qui provient de l'analyste" (*Ibid.*p.429). Devereux lorsqu'il développe cette notion de complémentarité du couple ethnologue – groupe observé ou du couple patient – psychothérapeute est amené à poser la question de savoir où se situe la " démarcation " entre les deux. Remarquons que ce terme de démarcation n'étant pas très heureux, on peut lui préférer le terme de " partage ", terme employé par Lachal (2006, p.39), au sens de partage des eaux, qui implique à la fois une différenciation et un certain mélange. Devereux donne alors l'exemple d'un ethnologue qui commence à travailler à partir du recueil de données que lui apportent ses informateurs puis continue avec des données recueillies lors de sa propre initiation, acceptée par le groupe, changement qui, sans aucun doute, implique un déplacement de la ligne de démarcation. Il montre alors que cette démarcation n'est pas fixée une fois pour toute, qu'elle est mobile et flexible.

Afin de repérer la localisation métapsychologique de cette ligne, Devereux propose de s'appuyer sur le modèle psychanalytique. Pour lui cette ligne de démarcation se localise dans les "réverbérations de l'inconscient du patient dans l'inconscient de l'analyste". Cela signifie que si la tâche du thérapeute est de comprendre l'inconscient de son patient, il ne l'interprète pas directement, mais doit d'abord analyser les réverbérations de l'inconscient de son patient dans le sien propre. Ces réverbérations correspondent aux réactions transférentielles et contre-transférentielles.

On ne peut que suivre une telle mise à plat de ce que sont transfert et contre-transfert, complémentaires l'un de l'autre, avec leur ligne flexible de partage entre l'un et l'autre qui devient opérante même lorsque la démarcation devient plus floue entre patient et thérapeute ou ethnologue et groupe observé.

➤ Synthèse de l'apport de Devereux à la question du contre-transfert :

Devereux a donc élargi les notions de transfert et de contre-transfert. Avec lui, le contre-transfert de tout psychothérapeute/observateur/chercheur en sciences humaines devient la somme de ses réactions explicites et implicites, conscientes et inconscientes par rapport à son patient ou son objet de recherche (Devereux, 1980, p. 74-81). En outre, il complexifie ce concept en montrant qu'il existe une dimension culturelle à ces réactions. En effet, si Freud et ses successeurs ont insisté sur la dimension fantasmatique et affective du contre-transfert, Devereux (1953) soutient, lui, que cette dimension ne résume pas le contre-transfert et qu'il est nécessaire de prendre en compte sa dimension culturelle. Il évoque ainsi l'importance pour

le thérapeute de rester dans une position de “ neutralité culturelle ”.

Selon lui, le rôle joué par l’angoisse, le caractère d’apprentissage, sont autant de facteurs communs aux dimensions “ affective ” et culturelle du contre-transfert. Mais, il soutient qu’il existe des facteurs spécifiques de la dimension culturelle du contre-transfert, en ce que le thérapeute est comme tout homme un être de culture. Il propose, alors, de regarder “ franchement ” les pressions culturelles latentes, catégorisations implicites et modèles inconscients, nécessaires et obligatoires, qui guident ou abusent la pensée à partir duquel le clinicien pense et perçoit son patient. Par là, Devereux nous enseigne que l’altérité dans toute rencontre clinique et notamment interculturelle est à prendre en compte en ce qu’elle assigne aussi bien le patient que le clinicien à une place dans la différence des générations, des sexes et des cultures. Ainsi, considérer les effets de cette rencontre sur la pratique clinique interculturelle permet de mieux appréhender ce qui relève de l’histoire du sujet, de sa subjectivité à travers ses croyances qui sont interrogées, et de ce qui est de ses propres projections.

2. Apport de la clinique transculturelle: la notion de contre-transfert culturel

a) Définitions et élaboration du contre-transfert culturel :

➤ Définition du contre-transfert culturel :

Etayés par la thèse de Devereux sur le contre-transfert, Nathan (1977) a, à sa suite, introduit le terme de contre-transfert culturel pour désigner cette dimension culturelle du contre-transfert. D’autres auteurs ont également utilisé et éventuellement développé cette notion (Moro, 1994 ; Fermi, 1998 ; Comas-Diaz et Jacobsen, 1991).

Nathan définit, lui, de manière très large le contre-transfert culturel comme « l’ensemble des réactions d’un homme qui rencontre un autre homme d’une autre culture et entre en relation avec lui ». Il n’est plus là question du contexte de la rencontre entre les deux protagonistes, ce qui nous éloigne de la situation clinique. Mais nous verrons, dans la suite de ce travail, que cet auteur a amené des contributions non moindre à la compréhension des applications cliniques du contre-transfert culturel.

M.R. Moro (1994 p.51-53, 2007), elle, précise nettement la notion de contre-transfert culturel dans son aspect clinique. Pour elle, le contre-transfert culturel concerne la manière dont le thérapeute se positionne intérieurement par rapport à l’altérité du patient (ses manières de dire, de faire, de penser sa maladie etc., culturellement codés). Autrement dit, il s’agit des réactions

explicites et implicites, conscientes et inconscientes du clinicien aux affiliations de son patient, en situation clinique. Le contre-transfert culturel est donc lié à l'histoire personnelle du thérapeute, à son âge, son sexe, son identité professionnelle, son appartenance culturelle et sociale, et, emprunte à l'histoire, la politique et la géographie. Par là même, on comprend que la question du contre-transfert culturel "se développe dans les passages entre l'universel et le singulier".

➤ **Considérations techniques : décentrage et élaboration du contre-transfert culturel en clinique**

Nous l'avons vu, Devereux préconise, au clinicien, la prise de conscience et l'élaboration de son contre-transfert dans sa dimension culturelle. Il y répond lui par la technique de la « triangulation », c'est-à-dire l'introduction d'un tiers.

Concernant les aspects techniques de l'élaboration du contre-transfert culturel, Moro (2004, p.119) apporte des contributions intéressantes. En effet, par les notions de "décentrage" et de "élaboration de l'altérité en soi", elle décrit les processus cognitifs de ce travail psychique. Celui-ci est difficile, long, et coûteux, mais permet de comprendre, et d'amoinrir les conséquences négatives des réactions de contre-transfert culturel.

Le « décentrage » (ici selon son sens piagétien) présuppose « une connaissance respectueuse et approfondie de la fonctionnalité de la culture » permet l'élaboration de la « Culture en soi » (au sens de Devereux qui distingue la « culture en soi, en tant que phénomène universel », et « les cultures individuelles », 1951). Sans ce décentrage il n'est pas possible de travailler sur le niveau méta - culturel en clinique. Cette qualité, difficile et exigeante, s'acquière avant tout par l'expérience d'une pratique clinique en situation d'expatriation ou par le travail quotidien avec les familles migrantes (Moro, 2003). L'élaboration de « l'altérité en soi » est, souligne cette auteur, une autre modalité technique de l'élaboration du contre-transfert culturel. Prénante dans toute situation clinique, elle l'est particulièrement en clinique transculturelle, tant pour le patient que pour le thérapeute (notons que nous développerons cette question ultérieurement).

Concernant maintenant les dispositifs permettant l'élaboration du contre-transfert culturel, Devereux, qui dans sa pratique transculturelle n'a jamais utilisé de dispositif spécifique, préconise, pour y répondre la technique de la « triangulation ». Il souligne l'importance de l'introduction d'une référence tierce entre observé/patient et observateur/psychothérapeute, c'est à dire une « triangulation » à l'aide de deux points de vue (1980). Il est possible

d'entendre par-là qu'il préconise la technique de supervision dont nous avons déjà parlé. Nathan et Moro (1989) ont mis au point un dispositif thérapeutique spécifique: les consultations transculturelles de groupe. Ces auteurs soulignent que ce dispositif constitue une modalité particulièrement féconde pour l'élaboration du contre-transfert culturel. En effet, « à la fin de chaque consultation, le groupe s'efforce d'explicitier le contre-transfert de chacun des thérapeutes, c'est à dire des affects éprouvés, des inférences, des implicites, des théories, des interventions de chacun » (Moro et Baubet, 2003).

Retenons, ainsi, concernant l'élaboration du contre-transfert culturel que la supervision est préconisée et plus efficace lorsqu'elle est collective en groupe multi-culturel.

b) De quelques applications cliniques du contre-transfert culturel :

L'analyse de la littérature, peu importante sur le sujet, va nous permettre de souligner les réactions contre-transférentielles de nature culturelle, qui semblent-ils, sont fréquentes. Aussi arbitraire que cela puisse paraître, nous avons choisi de les « catégoriser » telles qu'elles se rencontrent dans la littérature. Nous distinguerons donc celles se rencontrant fréquemment en situation interculturelle de celles se rencontrant fréquemment en situation intraculturelle. Notons qu'il ne s'agit là que de proposer quelques repères. Aussi, nous essayerons de montrer pour quelques-unes d'entre elles les incidences qu'elles occasionnent dans le processus thérapeutique.

➤ En situation interculturelle :

De nombreux auteurs (Devreux, 1972, 1980; Nathan, 1986, 1988 ; Moro 1994, 1998, 2004 ; Dalal, 1994 ; Moustache, 2006) mettent l'accent sur la nécessité de prendre en compte les paramètres sociaux et culturels (éventuellement marqués par le contexte historique des deux cultures en présence) qui organisent la réciprocité et la complémentarité en situation thérapeutique interculturelle. La tâche du thérapeute étant, là, d'en prendre conscience « pour découvrir au-delà de la culture l'homme et ses conflits » (Nathan, 1986 p.82).

- Le déni de la différence culturelle :

Dans la rencontre avec l'autre culturellement différent, le thérapeute mobilise là défensivement l'arasement des différences. Ce déni des différences culturelles s'étaye peu ou

prou, et, de diverses manières, sur la croyance que « tous les patients sont (ou devraient être traités comme s'ils) étaient tous les mêmes » (Comas-Diaz et Jacobsen, 1991 p.400). On pourrait dire qu'il s'agit, là, d'une croyance dans une sorte d'« universalisme abstrait » (Moro, 2005), en « l'existence d'un métacode » qui pourrait rendre compte de l'ensemble des codes possibles » (Nathan, 1988, p.21). Une telle position contre-transférentielle à des applications cliniques multiples. Nous n'en citerons que quelques-unes.

Abrasant les différences culturelles existantes entre lui et son patient, il est évident que le thérapeute est particulièrement sujet, par exemple, à établir des équivalences entre les registres psychanalytique et anthropologique de l'expression de la souffrance du patient (Moro, 2004 p.120).. En effet, dans ce cas rapidement le thérapeute confond « l'altérité culturelle et l'étrangeté psychiatrique » (Nathan, 1986). De même, le thérapeute est particulièrement en proie à dénier la réalité externe du patient (par exemple, non reconnaissance des discriminations dont peut être victime son patient) (Dalal, 1994 ; Moustache 2001). Le déni du thérapeute peut aussi prendre la forme d'un sentiment que le processus thérapeutique est (ou devrait-être) au dessus l'influence culturelle et politique de la société (Gorkin, 1986). Bien sûr, cela engendre le fait que le thérapeute ne peut reconnaître l'influence du transfert culturel de son patient (et bien sûr, de son propre contre-transfert culturel), ni les enjeux politiques, historiques et de pouvoir dans le processus thérapeutique. Pour qualifier cette position contre-transférentielle, Devereux évoque « la scotomisation culturelle » en situation interculturelle (Devereux 1972 p. 248).

- Le déni de l'ambivalence du patient à son référentiel culturel:

Dans d'autres situations, la différence culturelle n'est pas déniée, mais la culture de l'autre est pensée comme une totalité. C'est-à-dire que le thérapeute a tendance, là, à réifier la culture du patient, ce qui constitue un positionnement contre-transférentiel « culturaliste ». Il faut insister sur le fait que cette position contre-transférentielle expose particulièrement au déni de l'ambivalence du patient par rapport à son référentiel culturel, ou par rapport à son groupe d'appartenance. Nathan souligne que les thérapeutes occidentaux ont tendance « à croire que les patients de culture non occidentales croient plus qu'ils ne croient en réalité » (Nathan, 1986) aux théories étiologiques que ceux-ci invoquent parfois.

- De la curiosité culturelle à la fascination de l'exotisme :

Ce syndrome a été décrit par Devereux dans son article *Cultural Factors in psychotherapy*. (1953 in 1970). L'attention du thérapeute peut prendre la forme d'une curiosité excessive pour l'environnement culturel du patient. Pendant la psychothérapie il prend alors beaucoup

de temps pour explorer les aspects de la culture du patient, du moins au-delà des besoins de son patient. Il se comporte là plus en « informateur » (au sens anthropologique) qu'en thérapeute. Le patient peut alors répondre à l'intérêt manifesté par son thérapeute par une forme de « résistance par excès de docilité » qui consiste à noyer le thérapeute sous un débordement de matériaux culturels. Ces matériaux sont autant de leurres (« red herrings ») destinés à détourner le thérapeute de son objectif thérapeutique en sollicitant sa curiosité. Il souligne, par là, que la culture peut être utilisée défensivement dans la relation de transfert par le thérapeute mais aussi par le patient dans une sorte de compromis résistanciel, pourrait-on dire. D'autres auteurs ont à sa suite repris cette idée (Nathan, 1986 ; Pommier, 2004). Aussi, un tel positionnement peut empêcher la survenue du « matériel idiosyncrasique (Nathan, 1986 p.212).

- A propos du registre émotionnel du contre-transfert culturel :

La littérature nord-américaine est là relativement contributive, nous n'en donnerons qu'un aperçu. Certains auteurs ont souligné que des affects, tels que la culpabilité, la pitié et l'agressivité, sont contre-transférentiellement plus fréquents que d'autres en thérapies interculturelles. Selon eux, la culpabilité peut être une réaction émotionnelle émergeant quand les réalités sociale et politique attribuent un statut inférieur aux personnes appartenant à certains groupes sociaux ou culturels (Comas-Diaz 1991). Par exemple, Gorkin (1986) décrivant les réactions contre-transférentielles d'une thérapeute juive en relation thérapeutique avec une patiente arabe affirme que la culpabilité est, dans cette situation, récurrente. La pitié, dérivée de culpabilité, dit cet auteur semble également fréquente. Elles peuvent être l'expression de l'impuissance politique traversant le *setting* thérapeutique (Comas-Diaz, 1991).

- La littérature anglo-saxonne met en évidence les préjugés, les stéréotypes et contre-attitudes des cliniciens en situation interculturelle :

De nombreux auteurs anglo-saxons dénoncent du côté des cliniciens l'existence de stéréotypes et de préjugés délétères dans le soin en psychiatrie.

Ces auteurs relèvent de nombreux clichés psychopathologiques que la psychiatrie véhiculeraient (Jones, 1986 ; Fernando, 1995 etc.). Nous n'en citerons que quelques-uns, par exemple, “ les Noirs seraient des êtres beaucoup trop joviaux pour pouvoir être déprimés ” ou “ trop pauvres pour pouvoir expérimenter la perte d'objet ” (Vitols et Pange, 1962, cité par Selod, 1998). Ils souffriraient rarement de dépression, puisque la dépression serait une maladie des milieux socio-économiques favorisés. Les Noirs seraient en général bienheureux.

Leur structure serait primaire. Jones (1986 cité par Selod, 1998) dénonce d'autres clichés tel " le comportement hyperactif et violent est habituel chez les noirs ", et, Carter (1979 cité par Selod, 1998) celui de " la perception du temps est élastique chez le Noir ".

Pour certains auteurs, les stéréotypes jouent pour grande part tant dans l'évaluation psychiatrique que le diagnostic (Fernando, 1995, Knowles, 1991 ; 1996). Pour Fernando, les stéréotypes des professionnels émanent et sont alimentés par les stéréotypes véhiculés par la société. En outre, il considère que les diagnostics psychiatriques véhiculent des stéréotypes psychopathologiques spécifiques, ceux-ci étant interconnectés aux représentations et stéréotypes de sens communs. Pour cet auteur ce fait est particulièrement prégnant lorsqu'il est fait appel au " recours de la psychiatrie pour " diagnostiquer " la dangerosité ". " De plus ", souligne-t-il " dangerosité et schizophrénie " sont souvent confondus dans l'esprit de " quelques psychiatres ", et " bon nombre de médecins généralistes et travailleurs sociaux " (Fernando, 1995 p.32).

➤ En situation intraculturelle :

La proximité culturelle peut tout autant entraîner des réactions contre-transférentielles de nature culturelle. En situation intraculturelle, Devereux parle de « scotomisation culturelle » (comme d'ailleurs en situation interculturelle)(1972 p.248). Les anglo-saxons évoquent la « myopie culturelle », voire l' « aveuglement culturel » (*Cultural blindness*) (Comas-Diaz et Jacobsen, 1991). Ces réactions de contre-transfert culturel sont dû au fait que les présupposés culturels de la relation sont partagés entre patient et thérapeute et restent par là même implicites.

Nathan reprend cette idée qu'il développe à propos des « modèles d'inconduite » de Linton (voir au début de ce travail). Afin d'explicitier cela, il prend l'exemple de l'alcoolisme en France qui est, pour lui, le « type même du symptôme d'origine culturelle ». Il postule que la société française « fournit le modèle de l'alcool-médicament », en codifie l'abus « ainsi que la résolution du symptôme ». Pour lui, l'alcoolique « sait » comment agir avec l'alcool, et la société « sait » comment agir avec l'alcoolique. « Le thérapeute en présence non de la pathologie du patient et de son expression singulière, mais d'un modèle culturel qui a pour fonction de l'endiguer et de la canaliser, est exposé au danger d'adopter une attitude culturelle plutôt que thérapeutique ». Il évoque alors ce que peut être une telle attitude culturelle en rapportant les propos d'un collègue qui lui disait : « moi, les alcooliques, je sais comment

faire, je les engueule, et, ça marche »¹⁰(Nathan, 1986 p. 79). Pour lui, cela est opérant parce que la société française a instauré un modèle qui distribue les deux rôles « complémentaires » (Devereux, 1980) dans ce type de situation, ici celui de « l'alcoolique-bébé-réfractaire » et celui du « médecin-patron, juge, sévère ».

c) Transfert culturel et applications cliniques :

Tout comme nous l'avons vu pour le thérapeute, les liens qu'entretient le patient migrant avec son groupe d'appartenance et avec les groupes d'appartenance du thérapeute doivent être pris en considération (Spiegel, 1976 ; Dalal, 1994 ; Michel, 1994). Ainsi en situation interculturelle, le patient migrant peut développer une relation transférentielle qui inclut, outre la dimension transférentielle ou pré-transférentielle « classique », une dimension culturelle : c'est le transfert au groupe d'appartenance du thérapeute. Tout comme pour le thérapeute, ces réactions empruntent à son histoire familiale et personnelle, à l'histoire, à la sociologie, à la politique, aux mythes, à l'éthique, mais dépendent également du vécu du patient dans le pays d'accueil. Le transfert culturel du patient est donc dépendant du degré d'élaboration de sa propre altérité.

Dans la littérature certains auteurs ont distingué plusieurs réactions transférentielles de nature culturelle qui peuvent se retrouver de façon particulièrement fréquente, selon eux en situation interculturelle. Leur énumération n'a que peu d'intérêt : pour leur attribuer un sens toutes ces réactions doivent être recontextualisées dans la situation thérapeutique qui les a engendrées. Cependant, nous allons en souligner quelques-unes.

Comas-Diaz et Jacobsen (1991), par exemple, ont décrit la possibilité d'une complaisance et d'une amabilité, exagérée du patient envers le thérapeute. Parfois, au contraire, ces réactions sont plutôt de l'ordre de la méfiance, de la suspicion et de l'hostilité de la part du patient envers son thérapeute. Il est ainsi fréquent qu'à certains moments de leur parcours, certains patients soient amenés à rechercher des thérapeutes issus de leur propre groupe culturel (Spiegel, 1976). D'autres patients ont tendance à dénier leur appartenance culturelle (Comas-Diaz, 1991), et peuvent ainsi s'éloigner des thérapeutes de leur groupe d'appartenance (Spiegel, 1976). D'autres auteurs soulignent que certains patients, lorsqu'ils s'adressent à des thérapeutes qui ne sont pas de leur groupe d'appartenance peuvent utiliser sous diverses formes la culture à des fins défensives (Devereux, 1953; Fermi, 1998; Pommier, 2003).

¹⁰ Notons que cet exemple est critiquable. En effet, quel psychothérapeute « engueule ses patients ? ». En outre, les représentations collectives de sens commun et soignantes concernant l'alcool ont beaucoup évolué depuis 1986.

ILLUSTRATIONS CLINIQUES

Nous allons maintenant présenter deux cas cliniques. Il s'agit de deux patients (tous deux migrants) pris en charge dans l'unité de crise pour adolescents et jeunes adultes (dont le référent médical est le Dr. Robin), intersecteur de psychiatrie V du Dr. Bocher, au C.H.U. de Nantes. Ces prises en charge ont eu lieu il y a environ deux ans. En tant qu'interne en psychiatrie en cinquième semestre, j'étais la référente médicale de ces deux patients. Précisons qu'il s'agit de cas à proprement dit, dans le sens où les prises en charge sont terminées, mais surtout qu'il ne s'agit pas d'une remémoration après-coup : la prise de notes ayant permis la rédaction et l'analyse de ces observations a eu lieu au cours et décours immédiat de ces prises en charge. Les éléments cliniques, sémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques seront analysés, avec pour objectif de se centrer sur les aspects transféro-contretransférentiels de ces relations thérapeutiques. Il est important de préciser que, pour ces deux prises en charge, il n'y a eu aucun aménagement du cadre thérapeutique (théorique et technique) particulier.

Qu'en est-il du contre-transfert culturel en dehors d'un dispositif spécifique ?

L'unité Espace est une unité intersectorielle de crise pour adolescents et jeunes adultes (15-35 ans), comprenant 24 places en hospitalisation temps plein. Les durées de séjour varient de 48 heures (temps obligatoire sans aucun contact avec l'extérieur) à 6 semaines, avec possibilité, à la suite, d'une hospitalisation de jour. Il n'est possible d'y être hospitalisé qu'à trois reprises. Deux modes d'admission existent: programmée après consultation(s) d'évaluation, ou plus fréquemment par admission directe des urgences.

Il s'agit d'une unité ouverte. Le mode d'hospitalisation est libre, le patient pouvant décider d'une sortie au bout de 48 heures. Par la suite, l'hospitalisation est contractualisée au cours d'entretiens (objectifs thérapeutiques et durée).

Les références théoriques des soignants de l'unité sont globalement psychodynamiques et systémiques.

Y travaillent: un psychiatre et un interne à temps plein, une assistante sociale formée à la thérapie familiale, une psychologue, une équipe infirmière, un cadre infirmier, deux aides soignantes et une secrétaire.

Animées par l'équipe infirmière, huit activités thérapeutiques (expression corporelle, revue de presse, activités sportives etc.) sont proposées par semaine, les groupes de parole étant les

seules obligatoires.

Les patients sont reçus tous les deux ou trois jours en entretien médical, et peuvent bien sûr solliciter l'équipe pour des entretiens infirmiers à tous moments.

L'hospitalisation permet un séjour de rupture d'avec l'environnement familial et/ou éducatif. Deux temps d'entretiens familiaux sont proposés (pour le premier, les parents sont reçus seuls). La psychopathologie des patients est, bien sûr, très variée, mais fréquemment en lien avec les problématiques de séparation-individuation inhérentes à cette période de vie.

Suite à l'hospitalisation, les patients sont adressés, si nécessaire, à des collègues hospitaliers ou libéraux, les psychiatres de l'unité assurant les suivis dans l'intervalle. Les prises en charge sont donc théoriquement relativement courtes, mais durent parfois plus d'un an.

A. CAS CLINIQUE 1 :

Monsieur B., jeune homme noir, ivoirien, de 26 ans, est hospitalisé à l'unité Espace le lendemain soir de Noël 2005. Il nous est adressé par le psychiatre de garde des urgences. Les pompiers l'y ont amené dans la nuit du 24 au 25 Décembre suite à une tentative de suicide par ingestion médicamenteuse volontaire (ingestion de 40 comprimés de ses traitements antidépresseur et hypnotique, prescrits par son médecin traitant).

Contrairement au cadre habituel des hospitalisations de l'unité, le caractère libre de celle de Monsieur B. n'est que toute relative. En effet, aux urgences, il n'accepte l'hospitalisation dans notre unité proposée par le psychiatre que lorsque celui-ci, inquiet quant à un risque de récurrence de passage à l'acte suicidaire, finit par évoquer une hospitalisation à la demande d'un tiers en psychiatrie sectorielle.

Monsieur B. est étudiant en DESS d'économie. Il loge en cité universitaire, et, travaille comme secrétaire quelques heures par semaine dans un foyer de jeunes travailleurs.

Il est arrivé en France en octobre 2004, ayant fui la Côte d'Ivoire où il a vécu de nombreux événements potentiellement traumatiques (avec confrontation au réel de la mort). Sa mère y a été assassinée en 2004.

Dans ses antécédents, on relève une première tentative de suicide par eau de javel, en avril 2005. Les seuls éléments que nous ayons pu recueillir concernant cet épisode est que la tentative de suicide s'intégrait dans un contexte de syndrome de stress post-traumatique.

Monsieur B. ne souhaitera pas évoquer cet épisode au cours de l'hospitalisation. Alors adressé à une psychologue du CMP, il avait investi cet espace psychothérapique les deux premiers mois, puis, ne s'était présenté qu'irrégulièrement aux rendez-vous par la suite.

Monsieur B. est hospitalisé dix jours en temps plein, deux semaines en hospitalisation de jour, et sera suivi quatre mois en consultation dans l'unité (toutes les trois semaines).

- Premières rencontres : l'établissement de l'alliance thérapeutique

Lorsque je le rencontre pour la première fois, Mr B. a déjà passé 16 heures dans l'unité.

Les infirmières me transmettent que, jusqu'à présent, il est resté en pyjama, dans sa chambre, déclinant poliment mais fermement toute sollicitation l'invitant à intégrer le groupe. Il semble particulièrement triste, ne s'est ni alimenté ni désaltéré, et n'a que très peu dormi.

Son discours, dans les entretiens informels, est centré sur des plaintes somatiques (lombalgies, constipation) et cénesthésiques, avec sensation de froid permanente.

L'examen clinique ainsi que les examens complémentaires réalisés systématiquement à l'entrée ne montrent rien de particulier.

Il se montrera par contre loquace durant l'entretien infirmier d'accueil et le premier entretien médical, auxquels il se présente dans une tenue soignée.

Monsieur B. a un contact facile, adapté, et entre en relation aisément.

Je suis d'emblée frappée par l'usage qu'il fait de la langue française. Son vocabulaire est riche, tous les mots sont choisis, certains, plus guère usités, sont même surprenants.

Afin d'expliquer son geste suicidaire, il évoque une rupture affective récente.

Son amie, rencontrée au mois d'août, s'est séparée de lui trois semaines auparavant. Matériellement contraints de vivre séparément, ils étaient, chaque fois que possible, ensemble, dit-il. Il explique que son amie lui reprochait, depuis deux ou trois mois, un manque d'attention et de tendresse à son égard. Ce qu'il réfute. De plus, elle ne supportait plus les mouvements incessants, les réveils en sursaut et les cris de Monsieur B. pendant son sommeil. En colère contre elle, il dit qu'elle ne l'a jamais compris, trop occupée par ses problèmes personnels qu'il considère futiles.

Il dit être passé à l'acte de manière impulsive, le soir du réveillon de Noël, assailli par une

angoisse non maîtrisable au moment où il a réalisé qu'il passerait cette soirée seul. Etant de religion catholique, Monsieur B. explique que d'ordinaire cette soirée est pour lui un moment de recueillement et de communion fêté en famille.

Avant l'ingestion des médicaments, il a envoyé des messages par SMS à son amie et à un camarade de promotion, leur disant adieu. Celle-ci inquiète a appelé les pompiers.

Tout en disant ne pas regretter son geste, il affirme qu'il ne le réitérera pas pour autant, " mourir pour son amie n'en vaut pas la chandelle ".

Il évoque sa grande difficulté à rester seul depuis son arrivée en France, notamment le soir et la nuit, moments où les reviviscences des événements vécus au pays sont les plus prégnantes.

Il explique que depuis quelques mois, il ne se présente qu'irrégulièrement au travail et est socialement très isolé, ce qui, selon lui, " n'est pas du tout ordinaire puisque depuis tout jeune " il est doué d'une capacité à nouer des liens sociaux facilement. Néanmoins, il ajoute que « tout cela doit être dû au fait qu'il étudie beaucoup actuellement ».

Pourtant bon mangeur antérieurement, il ne s'alimente que très peu. Il explique qu'il mange plus facilement la nourriture qu'il prépare car a peur qu'on ne l'empoisonne, comme cela est arrivé il y a deux ans au pays. En effet, il y a deux ans, présentant des symptômes digestifs et de la fièvre, il avait consulté un médecin dans un dispensaire. S'il pensait être atteint d'une maladie tropicale, le médecin consulté, lui, n'avait trouvé aucune étiologie à ses troubles. Monsieur B. avait donc, sur conseil de sa mère, consulté un guérisseur. Celui-ci avait évoqué un empoisonnement pour lequel il l'avait traité. Monsieur B., questionné sur les causes de l'empoisonnement de cette époque, ne souhaitera pas en parler davantage. Cette crainte d'empoisonnement, tout en étant sujette à fluctuation, persistera toute la durée de la prise en charge.

Concernant son suivi psychothérapique, il dira que s'il est vrai que de parler a pu lui être bénéfique au début, puisque cela a entraîné une diminution du syndrome de répétition, cela ne lui apporte plus rien à présent. Pour lui, "il est temps d'oublier tout cela".

Au cours de ces premières rencontres, il fait part, calmement, mais à maintes reprises, de son mécontentement d'être hospitalisé. "Je ne suis ici que par choix contraint". Il se sent enfermé et veut rentrer chez lui. Il dit que pour lui rien n'importe plus que de travailler ses cours pour ses partiels qui ont lieu dans quinze jours. Et, de toutes les façons, " rien que nous puissions faire pour lui ne pourra l'aider ".

L'enjeu majeur de ces premiers entretiens semble, pour Monsieur B., l'obtention de sa sortie.

Il insiste beaucoup sur les événements circonstanciels l'ayant conduit à son geste, mais minimise et rationalise certaines de ses difficultés déjà anciennes et profondes, et ne livre que très peu d'éléments biographiques. Il semble essayer de se rassurer lui-même, et par là même de nous rassurer, quant à son état psychologique.

A la différence du psychiatre des urgences, je ne suis pas inquiète outre mesure quant au risque d'une récurrence suicidaire, du moins dans l'immédiat, notamment du fait des ressources actuelles du patient (verbalisation importante, mécanismes de défense opérants). Par contre, il semble qu'existe un risque majeur d'aggravation des troubles déjà chronicisés, le patient, dans un mouvement de déni de ceux-ci, ne paraissant pas enclin aux soins.

Je fais donc part de mes inquiétudes au patient, nommant et expliquant les troubles dont il souffre. Puis, soutenue par l'autorité que m'octroie ma fonction, je lui dis qu'il en va de ma responsabilité médicale de ne pas le laisser sortir dans cet état.

Cette intervention suscite beaucoup d'émotion chez Monsieur B. qui s'effondre en pleurs.

Il dira, ensuite, que bien que n'étant pas malade, notre position lui est tout à fait compréhensible ; ayant commis un acte transgressif au regard de la religion, il est normal qu'il en soit puni par une hospitalisation.

Dans la suite, il ne remettra pas en cause la décision de la poursuite de l'hospitalisation.

Cet épisode montre que Mr B. n'était pas en capacité d'assumer lui-même une décision d'hospitalisation. Accepter l'hospitalisation était reconnaître avoir besoin de l' "autre", reconnaître donc, sa dépendance. Pour Monsieur B., sans doute cela était-il impossible, du fait de fragilités narcissiques. En effet, reconnaître sa dépendance à l'autre était, sur un plan économique probablement trop peu narcissique. Aussi, peut-être n'était-il pas en capacité d'assumer l'hospitalisation du fait de contraintes surmoïques (importance de se montrer fort et résistant, à l'"image de ce que doit être un homme", comme il le dira souvent, image conforme à la représentation culturelle de l'homme dans de nombreuses aires culturelles dont la sienne). Cela dit, la décision médicale d'hospitalisation, à laquelle il attribue un sens de représailles, lui permet de faire, sur le plan économique, un compromis : accepter l'hospitalisation pour expier les fautes dont il se sent coupable, sans en imputer la cause uniquement à son état psychique, préservant ainsi son identité d'homme.

⇒ Première évaluation psychiatrique :

Même si l'évaluation psychiatrique n'est pas des plus aisée du fait de la minimisation des troubles, il n'y a aucun doute quant à la sévérité du syndrome dépressif (troubles de la concentration et du sommeil majeurs, projection dans l'avenir proche difficile, douleur morale intense, implicite mais "palpable", isolement grandissant). Celui-ci évolue a priori depuis 3 mois environ. Le score élevé (47/60 pour une norme à 21) de l'échelle de dépression MADRS (hétéro-évaluation de la sémiologie dépressive en 10 items) réalisé au troisième jour de l'hospitalisation semble d'ailleurs corroborer la sévérité du syndrome dépressif.

Les manifestations de reviviscence diurnes et nocturnes (qui peuvent à elles seules, outre la symptomatologie dépressive, expliquer les difficultés d'endormissement, le sommeil interrompu ainsi que les troubles de la concentration), la restriction des affects (même si Monsieur B. s'en défend), les évitements phobiques et le repli social évoquent l'existence d'un ESPT (état de stress post-traumatique). En effet, les symptômes que présentent Monsieur B. remplissent tous les critères diagnostiques du DSM-IV permettant d'établir le diagnostic d'ESPT (Post Traumatic Stress Disorder, tel qu'il est nommé dans le DSM-IV).

Pour Monsieur B., ce syndrome, ayant visiblement évolué de façon durable (environ un an), s'est chronicisé, et, l'importance du syndrome de répétition et des conduites d'évitement, aggravés par les manifestations dépressives, sont responsables d'un handicap social important. Lorsque que des manifestations dépressives accompagnent un ESPT chronicisé, il a été montré que son évolution est souvent émaillée d'épisodes dépressifs caractérisés, alors le plus souvent liées à des difficultés environnementales (rupture affective récente pour Monsieur B.) (EMC 37-113-D-10). En outre, Monsieur B. fait état de modifications de sa personnalité. En effet, comparant "sa personnalité avant et d'après" les événements traumatogènes, il décrit un tempérament actuel empreint d'inhibition, de frilosité sociale, d'apathie et de peu d'ambition qui contrastent avec une nature habituelle qu'il qualifie d'expansive et de dynamique. Si ces éléments sont bien sûr subjectifs, ils amènent tout de même à se questionner sur l'éventuelle modification de la personnalité de Monsieur B. du fait des événements subis (nous parlons bien sûr d'une modification de personnalité sur un plan comportemental et non structural).

Crocq (1999) parle lui de "personnalité traumatique" pour désigner ce qu'est devenue la personnalité après l'impact du traumatisme, établissant un nouveau rapport avec le monde, avec soi-même (avec une nouvelle manière de percevoir, de ressentir, de penser, d'aimer, de vouloir et d'agir). Elle est un élément majeur de la "névrose traumatique" décrite dans la littérature francophone (se développant classiquement sur une structuration névrotique). Selon cet auteur, phénoménologiquement, dans la "névrose traumatique, il y a une construction factice du monde où la temporalité, marquée du sceau du trauma, est bouleversée

(permanence immuable du trauma projetée dans le futur – d'où l'impression d'un avenir bouché et d'un temps suspendu - allant même jusqu'à réorganiser les souvenirs du passé).

Notons que la “ névrose traumatique ” n'est pas une catégorisation diagnostique incluse dans la nosographie du DSM-IV. Dans la CIM-10, pour parler de “ névrose traumatique ” il faut attribuer au patient à la fois le diagnostic ESPT et de “ modification durable de la personnalité ”.

Cela dit, en ce qui concerne Monsieur B., il est, à ce stade de l'évaluation, bien sûr trop tôt pour évoquer un tel diagnostic.

- Son histoire, son parcours :

Monsieur B., acceptant volontiers que l'on établisse son génogramme, parlera, cette fois, longuement de lui.

Né en Côte d'Ivoire, il est le seul enfant du couple parental.

Sa mère a une première union avec un homme duquel elle se sépare, dont sont issus cinq enfants. Puis, elle a une relation socialement cachée avec un homme médecin dont Monsieur B. serait issu.

Il est donc l'aîné de cinq demi-frères et soeurs, du côté maternel, avec lesquels il n'a pas été élevé. Il n'a gardé le contact qu'avec Abifata qui vit toujours au pays.

Etant "enfant adultérin", sa mère aurait souhaité avorter, mais sa propre mère l'en aurait dissuadé. Il dit n'avoir jamais été accepté par sa mère, dont il a souvent entendu qu'il était un "chien", un "bâtard", un "enfant de malheur". En outre, il décrit sa mère entière, serviable et dévouée à son parti politique, gentille, mais très exigeante envers elle comme envers son fils, notamment sur le plan scolaire.

Il sera élevé par sa grand-mère maternelle jusqu'à 6 ans et par une grand-tante maternelle jusqu'à 9 ans. Il sera ensuite placé en famille d'accueil jusqu'à 11 ans, chez un tuteur jusqu'à 14 ans, puis chez un deuxième tuteur. Il dit avoir toujours eu une relation de qualité avec sa mère pendant ses placements successifs.

Il n'a fait connaissance de l'homme qui lui a été présenté comme son père, que tardivement. Cet homme lui a versé, à chacune des deux uniques fois où il l'a rencontré, d'importantes sommes d'argent, marquant ainsi solennellement l'obtention du BEPC et du bac. Il décrit avec cet homme, comme avec ses deux tuteurs, une relation empreinte de respect réciproque mais dénuée d'affection. Monsieur B. nourrit beaucoup de doutes quant à sa filiation paternelle. Il se trouve trop noir de peau pour que cet homme, au teint plus clair, puisse être son père. Il ne

s'explique pas, en revanche, ce qui aurait pu motiver le mensonge de sa mère.

Monsieur B. a un fils de 14 mois.

Il a fréquenté, pendant de nombreuses années une jeune femme, dont il dit qu'elle est " issue de la famille royale ". Celle-ci est tombée enceinte une première fois et a avorté, du fait de la pression de sa propre famille qui s'opposait à leur union. Elle a, par contre, mené sa deuxième grossesse à terme; un petit garçon qui porte le prénom de Monsieur B.

Ayant fui la Côte d'Ivoire avant l'accouchement, monsieur n'a jamais rencontré son fils.

Abifata, qui lui donne régulièrement des nouvelles du pays, l'a informé que l'enfant a été confié à un couple. La mère était dans l'incapacité de l'élever, du fait de graves troubles mentaux apparus après la naissance. Il nomme les troubles "dédoublement de la personnalité", pour lesquels la jeune mère aurait eu des traitements traditionnels, médicamenteux, et des électrochocs.

Monsieur B. dit se sentir coupable des troubles de la mère de l'enfant. Il pense qu'elle n'a pu supporter, seule, la pression socio-familiale au moment de l'accouchement perçu par tous comme transgressif (union non officialisée).

Monsieur B. est un jeune homme brillant. Il dit, non sans fierté, avoir toujours été premier de sa région, dans tous les niveaux présentés. La scolarité est, pour lui, encore à l'heure actuelle, un point d'ancrage narcissique fort, étayé par des attentes maternelles et par une identification forte à une figure paternelle socialement investie.

Monsieur B. a vécu de nombreux événements potentiellement traumatiques en Côte d'Ivoire. La guerre civile y a éclaté en 2002. Présent sur les lieux d'affrontement, il a assisté à l'assassinat d'un ami proche et a secouru des civils en danger de mort (nous y reviendrons, puisque Monsieur B. fera les récits de ces événements). En 2004, sa mère, à l'époque secrétaire du parti du Rassemblement Démocratique, est enlevée au village, puis assassinée par les rebelles du fait de ses activités politiques. Monsieur B., à Abidjan lors du tragique événement, apprendra les circonstances du décès et le décès de sa mère cinq jours plus tard. Sa mère n'a pas eu, semble-t-il, de sépulture et son corps " a dû être mis en fosse commune ". Il est important de souligner que, si Monsieur B. a vécu des événements potentiellement traumatiques, le caractère même de la mort de sa mère l'est aussi. En effet, le fait que sa mère soit décédée brutalement, de façon violente, que son corps ait disparu, et que ces événements aient été rapportés par un tiers sont autant d'éléments qui rendent la mort de sa mère possiblement traumatogène. Nous verrons qu'il est possible d'évoquer un deuil traumatique.

Si la disparition du corps peut, dans certains cas de mort traumatique, entraîner un déni de la réalité de la mort, ce n'est pas le cas pour Monsieur B., puisque qu'il a été jusqu'à fantasmer le corps de sa mère en fosse commune.

Il exprime, de manière itérative, un profond regret et une intense culpabilité de n'avoir pas été présent le jour de l'enlèvement de sa mère pour la protéger.

Le fait d'être un des aînés de la fratrie, le plus proche de sa mère, semble l'accroître. En effet, assurer protection et confort de vie aux parents et organiser une sépulture conforme aux rites traditionnels et religieux (catholiques en l'occurrence) au décès de ceux-ci, sont des devoirs familiaux qui reviennent plus particulièrement aux aînés de sexe masculin dans sa culture.

- Les récits traumatiques

Monsieur B. entame spontanément, au cours d'un entretien médical, un long récit des traumatismes subis au pays.

Il révèle qu'il a été confronté, à plusieurs reprises, à la réalité de la mort. Il voit un ami proche se faire assassiner par immersion. En portant secours à des civils et marchant nu-pieds dans une zone incendiée, il se brûle les deux plantes des pieds. Il décrit les séquelles fonctionnelles de l'accident, qui semble-t-il ont été très invalidantes. Il nous montre les séquelles physiques qui, de part leur sévérité, nécessitent encore des soins.

Les récits traumatiques de Monsieur B. durent près d'une heure. Sa narration n'est pas linéaire. Emaillée d'oublis, de rajouts, elle n'apparaît pas toujours cohérente. Certains détails morbides, à fort caractère traumatique, sont longuement explicités. Son discours est accompagné d'une charge émotionnelle intense à probable valeur cathartique, et entrecoupé de moments de silence où, le regard fixe, il semble revivre les scènes traumatiques.

En fin d'entretien, il tente spontanément de dater et d'ordonner chronologiquement les événements. Malgré d'apparents efforts mnésiques, il n'y parvient pas, et s'effondrera de nouveau lorsqu'il se rend compte qu'il ne peut se souvenir de la date de décès de sa mère.

Le patient, s'il était réticent à parler de son vécu au début de l'hospitalisation, a pu le faire à son décours. Il expliquait alors qu'il éprouvait des sentiments d'insécurité, de menace perpétuels dans ses relations avec les autres : crainte de se faire empoisonner, de se faire agresser par des hommes affiliés aux rebelles vivant en France, ou par des individus qui voudraient de l'argent. La seule relation sécurisante était, pour lui, celle avec son amie, avec qui il se trouvait, alors, dans une relation de dépendance.

⇒ Discussion des éléments cliniques :

Il est manifeste que les événements suscités ont marqué du sceau du trauma le vécu de Monsieur B. Selon le sens classiquement admis par la psychiatrie française du concept de traumatisme (désignant les situations où il y a eu confrontation avec le réel de la mort), seuls ces événements peuvent être considérés comme traumatiques pour Monsieur B.. Mais, lorsque l'on élargit ce concept à la migration, tel que l'a fait Nathan, et à la mort, en considérant les situations de morts traumatiques, il est certain que migration et mort maternelle ont pu, chez Monsieur B., être autant d'éléments qui ont pu potentialiser son vécu traumatique.

Freud, utilise le concept de " trauma " et considère qu'il s'agit d'un choc violent, surprenant un sujet qui ne s'y attendait pas et qui s'accompagne d'effroi. L'effroi correspond à cet état d'horreur, au-delà de la peur ou de l'angoisse et du stress (Freud, *Au-delà du principe du plaisir*, 1920). Cet effroi traduit la rencontre avec le réel de la mort (Declercq, 2001). En effet, seul s'exprime l'effroi lors de la rencontre avec le réel de la mort : pas de stress, pas d'angoisse, seulement un " blanc " idéique, un vide sans mots.

Dans le trauma, une image du réel de la mort va faire effraction dans le psychisme et s'y incruster comme " un corps étranger interne " (Freud, 1920). L'image traumatique pénètre telle quelle dans l'appareil psychique et ne trouve dans l'inconscient aucune représentation pour l'accueillir, la lier, la transformer. La mort n'est pas représentée chez le sujet. C'est ce que dit Barrois quand il dit : " nous savons tous ce qu'est un cadavre, mais personne ne sait ce qu'est la mort " (1988, cité par Lebigot, 2001, p.94).

Incrustée dans le psychisme, l'image traumatique restera intacte au détail près et, lorsqu'elle surgira à la conscience (dans un cauchemar ou la vie éveillée), ce sera toujours au temps présent, comme si l'événement était en train de se produire (Lebigot, 2001). Les cauchemars, reviviscences diurnes et le fait de " revivre la scène " au récit du trauma sont, chez Monsieur B., des signes cliniques hautement évocateurs de l'effraction traumatique (seule la dissociative péri-traumatique, le " blanc ", est pathognomonique de l'effraction (Baubet, 2007 communication personnelle)). Ce syndrome de répétition, en général, diminue voire s'amende à distance de l'événement mais peut réapparaître dans des moments de fragilité du sujet (ce qui, du fait de la rupture affective, était le cas de Monsieur B.). Par ailleurs, le " corps étranger interne " évoqué par Freud peut être responsable d'une menace sur la sécurité interne qui s'exprime cliniquement par un sentiment d'insécurité perpétuelle.

Dans le cas de Monsieur B., cette menace sur la sécurité interne, pourtant manifestement acquise dans l'enfance, ne s'exprimait pas/plus par un état d'hypervigilance, mais par un

sentiment permanent d'insécurité, notamment relationnel. Il s'en défendait alors, grâce à des aménagements phobiques (à prédominance sociale). Dans ce cas, une question reste centrale pour le sujet : comment, par exemple, faire confiance à nouveau à un être humain lorsque l'on a vécu un traumatisme du fait d'autres êtres humains?

Arrêtons-nous également sur le sentiment de culpabilité qui surgit de manière tant explicite qu'implicite tout au long du discours du patient.

En ce qui concerne Monsieur B., la part de sa culpabilité consciente est très importante. Il décline de multiples raisons de se sentir coupable (n'avoir pu protéger sa mère, avoir "abandonné" sa compagne enceinte, avoir attenté à ses jours) qui, d'ailleurs, de par leur caractère transgressif sur le plan culturel, ne font qu'en augmenter l'intensité. L'accession à un sentiment de culpabilité si intense, dans ce contexte, semble plutôt en faveur, chez Monsieur B., d'une structuration sur un mode névrotique. Mais, même si toutes les raisons qu'il énonce sont des raisons valables de se sentir coupable, on peut tout de même se demander, dans cette situation, si une part de cette culpabilité n'est pas liée à l'effraction traumatique en elle-même.

En effet, il a été montré qu'un traumatisme (avec confrontation au réel de la mort) peut être en lui-même source de culpabilité. L'effraction traumatique, du fait du franchissement de la barrière du refoulement originaire, équivaut à un retour au monde anobjectal. Ne l'oublions pas, phénoménologiquement, le trauma est "perception du néant, mystérieux et redouté, néant dont nous avons l'entière certitude" de son existence "mais dont nous ne savons rien et que nous avons toute notre vie nié passionnément" (Crocq, 1999, cité par Declercq, 2001 p.17). A cette régression profonde vers le monde anobjectal, peut s'attacher un sentiment de culpabilité (Daligand, 1997). Cette culpabilité n'est pas toujours consciente. Elle est souvent rationalisée (ou projetée) (Lebigot, 2001), ce qui est une hypothèse à ne pas négliger chez Monsieur B.

De plus, le poids de cette culpabilité liée au franchissement traumatique peut être aggravé par d'autres facteurs tenant à l'événement, là aussi conscients ou inconscients (Lebigot, 2001). Or, dans cette situation, si Monsieur B. juge avoir eu un comportement glorieux en portant secours à des civils inconnus, il se sent, par contre, coupable de n'avoir pu secourir ni sa mère, ni un de ses amis les plus chers. Qu'il n'ait pas été en état de faire quoi que ce soit à ce moment, absorbé par le risque de sa propre disparition, n'y change rien : "je n'ai fait que penser à moi". Monsieur B. semble, par cette phrase, expliciter la classique "culpabilité du survivant", fréquemment retrouvée dans les contextes de catastrophes collectives, dont font partie les guerres civiles. Par contre, il m'a paru surprenant qu'il n'exprime pas de culpabilité concernant le fait de n'avoir pu remplir ses fonctions paternelles. Disons que je me suis

questionnée quant au fait que cela puisse être un facteur supplémentaire de culpabilité, alors, inconsciente. Mais il est fort probable ce soit là, contre-transférentiellement, une projection de ma part, du fait de mon identité féminine (et donc potentiellement maternelle) et culturelle (car si la fonction paternelle “ maternante ” est valorisée dans les sociétés occidentales, elle ne l’est pas nécessairement dans les sociétés traditionnelles, notamment en Côte d’Ivoire).

Par ailleurs, il est nécessaire, à ce stade de l’observation, de discuter les possibles aspects de deuil du tableau clinique de Monsieur B.. En effet, Monsieur B. est là confronté à des deuils multiples : deuil maternel, deuil d’un ami cher, qui semblent être les deux seuls deuils au sens classique du terme (perte d’un être proche), mais aussi deuil de ses relations sentimentales (récente et ancienne), deuil dû au renoncement à accomplir ses fonctions paternelles, multiples deuils et renoncements du fait de sa migration (statut social propre et de la famille, de la terre natale, éloignement des siens etc.). De plus, pour Monsieur B., on évoque un deuil post-traumatique (puisqu’il a failli mourir avec d’autres) qui, dans son cas, est l’objet d’un travail de deuil augmenté de la culpabilité du survivant et du sentiment très aléatoire de sécurité tant interne qu’externe. Or, lorsqu’un deuil est post-traumatique, le traumatisme fait concurrence au travail de deuil. En effet, le traumatisme doit d’abord être élaboré avant que la personne puisse enfin se laisser aller à la dépression “ normale ” de deuil (Bacqué, 2006). On parle alors de “ deuil retardé ”.

En ce qui concerne Monsieur B., s’il présente des manifestations dépressives, quelles en sont les origines ? En effet si, comme on l’a vu, elles peuvent être une complication de l’ESPT, il est à considérer qu’elles puissent être également liées au deuil, notamment maternel, auquel est confronté Monsieur B. (possiblement (ré)activé par le deuil dû à la récente rupture sentimentale). Où Monsieur B. en est-il, tant dans l’élaboration du trauma que dans son processus de deuil ?

Concernant les récits traumatiques, le fait que le discours du patient soit ambigu, non linéaire, peut être expliqué par le seul fait d’un vécu traumatique. En effet, comme nous l’avons vu, le vécu traumatique implique un certain degré d’extraction hors du champ des représentations mentales, la mort n’étant pas représentée dans l’inconscient. Il pose, de ce fait, la question des limites intrinsèques du langage par rapport à l’expérience traumatique. De plus, chez Monsieur B., les aspects de deuil (on le voit par le fait de la forte charge émotionnelle accompagnant l’évocation de sa mère décédée) peuvent accentuer une difficile verbalisation. Donc, du fait de cette limite du langage par rapport à l’expérience traumatique, le thérapeute est souvent face à une narration ambiguë. Contre-transférentiellement cela peut induire, chez

le thérapeute, du doute, des modifications de la relation de confiance, parfois même une perplexité sur lui-même (Lachal, 2006 p.59), car le thérapeute a souvent tendance à croire que le factuel (faits, événements) ne devrait pas donner lieu à une hésitation.

- Elements contre-transférentiels concernant les récits traumatiques :

Il est nécessaire de souligner que si j'avais déjà acquis une expérience, certes modeste, en ce qui concerne la prise en charge de patients victimes d'abus sexuels, ce n'était pas le cas pour celle de patients victimes de violences collectives. En outre, cette expérience m'avait déjà amenée à réfléchir aux différentes positions soignantes possibles face aux patients traumatisés, et à forger, chaque fois un peu plus, dans l'après-coup, celle qui me paraissait la plus pertinente sur le plan thérapeutique. Notamment, concernant la manière d'amener le patient à s'exprimer sur ce qui lui est arrivé, il me semble important de ne pas le faire sur un mode incitatif, mais de respecter sa temporalité propre. De même, il me semble important de ne pas privilégier un registre de l'expérience traumatique par rapport à un autre, de ne pas chercher à déculpabiliser le patient ou à minimiser ce qui lui est arrivé.

Ceci étant dit, les aspects émotionnels et représentationnels de mes réactions contre-transférentielles aux récits traumatiques de Monsieur B. ont été intenses.

Dans un premier temps, de part son horreur, le récit m'était quasi insoutenable. Après avoir été saisie d'un sentiment de panique, j'ai éprouvé une gamme de réactions émotionnelles plutôt centrées sur moi (sentiment de perte de contrôle puis d'impuissance suscitant de l'angoisse). Celles-ci m'ont plongée dans une confusion ayant eu, sur moi, un effet inhibant tel que je ne savais absolument pas quoi dire.

La solution, inconsciente, trouvée pour me sortir de cet état fut de me détacher affectivement durant un bref moment. Cette empathie par retrait, permise par une pensée du type " ce qu'il raconte n'est pas vraiment vrai ", m'a aidée à trouver un relatif calme intérieur, condition qui m'était nécessaire pour être, de nouveau, à l'écoute du patient.

Alors qu'il racontait une scène traumatique particulièrement détaillée (regard et cri de son ami se débattant), fascinée par son récit, des images de la scène (virtuelles puisque issues de mon psychisme) se sont imposées à moi. Elles semblaient coller à la réalité, comme si, en plus d'être témoin auditif de cette scène, j'en avais été témoin visuel. Encore à l'heure actuelle, donc plus d'un an après, persiste un souvenir très net de ces images qui constitue, pour moi, une sorte de " scénario " de l'expérience traumatique vécue par le patient.

C. Lachal, dans son ouvrage, *Le partage du traumatisme; contre-transferts avec les patients*

traumatisés (2006, p.65-69), appelle “scenarii émergents” ces réponses spontanées au récit de l’expérience traumatique. Résultant d’un travail psychique, le scénario émergent est une construction du thérapeute dans un espace psychique à la limite du conscient et du préconscient. Activé par le récit du patient, il est une forme de connaissance de l’autre par l’intérieur et l’indice d’une forme d’empathie forte au moment où le patient est plongé dans son récit.

En fin d’entretien, à l’intense empathie ressentie à l’égard du patient, s’est mêlé un sentiment de culpabilité. Dans l’immédiat, j’ai interprété ce sentiment comme étant une réponse au sentiment d’impuissance ressenti pendant cet entretien (car mettait en cause mes capacités thérapeutiques). Après-coup, il me semble qu’une part de ce sentiment est explicable par la secrète fascination qu’a exercée sur mon psychisme l’expérience traumatique narrée par le patient (fascination restée inconsciente).

Une fois le patient sorti de la pièce, le corps raide, je suis restée immobile comme je l’avais été tout du long de l’entretien. Mon état de sidération ne s’est dissipé qu’après quelques minutes. Ressentant un profond besoin de me “changer les idées”, je suis allée déjeuner chez un ami musicien qui m’avait promis une écoute de ses dernières créations. Il ne m’a été possible de parler de cet entretien que le lendemain. La nuit suivante, j’ai fait un cauchemar : j’étais poursuivie par un inconnu à la chevelure brune - probablement en lien avec la couleur de peau de Monsieur B. – qui, tenant un objet contondant dans la main, cherchait manifestement à me tuer. Le présent récit n’étant pas exhaustif, notons donc qu’il contenait également des éléments oedipiens bien connus de moi. Aussi, ce cauchemar n’était pas un cauchemar traumatique. Néanmoins il m’a semblé en lien avec le fait que les récits de Monsieur B. m’aient “effractée”.

- Une symptomatologie moins bruyante : la sortie envisagée

Dans la suite de la prise en charge, Monsieur B. ne ré-évoquera les traumatismes subis que de manière implicite (“avec ce que j’ai vécu”), ou ponctuera ses phrases d’adverbes temporels marquant l’avant de l’après traumatisme. Après une semaine d’hospitalisation, il commence à prendre une part très active dans le groupe de patients. Durant la médiation revue de presse, il choisit le thème “les conflits dans le monde”, sur lequel le groupe va réfléchir. Ce choix montre que le patient commence à essayer d’élaborer un “statut cognitif” à ce qui lui est arrivé, c’est à dire à penser le traumatisme à l’aide de représentations ordonnées. On sait que, par exemple, la représentation de l’ennemi, plus aisée dans les cas de traumatismes collectifs, permet de ré-humaniser une situation transgressive et inhumaine (Lachal, 1997). Ce statut

permet également, par la recherche de cohérence, de requalifier les affects et de requalifier la réalité, qui a subi une distorsion du fait du traumatisme (aspects déréalisant et dépersonnalisant de l'expérience). De même, lors du groupe de parole, il sera à l'écoute des questionnements d'ordre existentiel d'un autre patient, qui semblent faire écho aux siens propres. Adoptant alors une attitude quelque peu professorale, et s'appuyant sur ses références littéraires, il dissertera sur le nihilisme pour s'y opposer. Ces propos intellectuels, probablement d'ordre défensif, semblent lui permettre de mettre à distance ses propres questionnements. De plus, le retour de son auditoire, admiratif de sa culture littéraire, lui permet une certaine narcissisation, comme il l'exprimera en entretien infirmier par la suite.

A ce stade de l'hospitalisation la symptomatologie dépressive semble s'amender. Monsieur B. n'exprime plus d'affects dépressifs ni d'idées suicidaires. Si son traitement anti-dépresseur avait, bien sûr, été poursuivi pendant l'hospitalisation, il avait été introduit un anxiolytique sédatif (hydroxyzine) pour le coucher. Sur le plan objectif (observations infirmières), son sommeil s'améliore, du moins en durée, même si, subjectivement, le patient n'est pas de cet avis, car des cauchemars traumatiques émaillent encore ses nuits. Il a recommencé à s'alimenter correctement. Un MADRS est à nouveau réalisé ; le score à 19 corrobore l'évolution clinique. Persistent, par contre, des plaintes somatiques qui s'enrichissent d'une sensation de chaleur généralisée vingt minutes après chaque repas. Il les interprétera, à deux reprises, comme un possible signe d'empoisonnement, sans pour autant émettre d'hypothèses quant à ses causes, ce qui me donne à penser qu'il n'adhère pas pleinement à cette interprétation. Il demande une permission avec nuit à l'extérieur qui se passe bien. Cette fois, il n'a pas fait de cauchemars. Il passe la soirée avec un de ses amis étudiants, récupère ses cours qu'il travaillera, dès son retour, dans l'unité.

S'ensuit un désinvestissement des activités thérapeutiques proposées. En entretien, Monsieur B. n'est manifestement plus dans un processus d'élaboration. Il formule de nombreuses demandes : ramener son siège de bureau, ses propres condiments pour cuisiner, inviter un ami à déjeuner etc.. Si ses demandes semblent inadaptées dans le cadre d'hospitalisation qui lui est proposé, sur un plan psychique, en revanche, elles ne le sont pas. En effet, elles sont, de toute évidence, en lien avec un désir inconscient de s'installer dans l'unité, cadre plus sécurisant que sa chambre universitaire où, confronté à la solitude, il appréhende que ses nuits soient de nouveau "hantées par la violence". Monsieur B., d'ailleurs, accepte cette interprétation et convient que, s'il est nécessaire de poursuivre les soins, il est préférable que cela se fasse en hospitalisation de jour. Cette alternative, permettant un va et vient entre "intérieur" et "extérieur", semble intéressante, pour Monsieur B., et ce à deux niveaux au

moins. Tout d'abord pouvoir bénéficier d'un étayage thérapeutique assez contenant, contenance dont il a encore manifestement besoin, tout en diminuant le risque qu'il ne développe une dépendance à l'institution (risque iatrogène majeur du fait de sa problématique). Mais aussi se confronter à la réalité de sa vie qui, produisant un écart entre difficultés appréhendées, fantasmées et difficultés réelles rencontrées, peut, tel que nous l'espérons, permettre de relancer un travail d'élaboration psychique.

L'évolution clinique de Monsieur B. a été positive, et ce, en 10 jours. Qu'est-ce qui l'a "soigné" ? Tout d'abord, le fait que le patient ait pu livrer son expérience traumatique est le signe qu'il avait trouvé dans l'hospitalisation et la rencontre avec l'équipe soignante, un cadre suffisamment sécurisant. Ce cadre lui a permis de faire à nouveau l'expérience de la "confiance", perdue du fait de son sentiment d'insécurité perpétuelle. Aussi, il semble que ce cadre ait pu remplir sa fonction de contenance (au sens de Houzel). Au niveau de l'institution, la fonction de contenance a été permise pour Monsieur B. par la médicalisation (nursing, et investigations somatiques - besoin de réassurance et d'écoute là où son corps souffrait), et par le groupe "de pairs" (dans lequel il occupait une place renarcissisante). Les entretiens ont semblé aussi être thérapeutiques. En effet, premièrement, ils ont permis une "décharge". Or, la décharge (de l'angoisse, de la tension, du conflit) par la parole a une valeur cathartique (qui dans certains cas seulement, probablement celui-ci, est thérapeutique). Enfin, la fonction de contenance des entretiens, soutenue par le contre-transfert de ses interlocuteurs soignants a sûrement été bénéfique pour Monsieur B..

Nous pouvons donc dire que, pour Monsieur, c'est manifestement la psychothérapie institutionnelle qui "concerne essentiellement le cadre" (R. Cahn 1980, cité par Marcelli, 2005 p.623) qui a permis une évolution clinique favorable.

Après dix jours d'hospitalisation temps plein, Monsieur B. passe donc en hôpital de jour (le contrat est de deux demi - journées par semaine, sur quinze jours). Ses objectifs sont : travailler ses partiels, reprendre le travail au foyer, et, poursuivre ses démarches administratives.

Sur l'extérieur, ayant retrouvé un certain dynamisme en une semaine, il parvient à mettre tous ses projets à exécution ; il a passé ses partiels qu'il dit avoir "bien réussis, proportionnellement" au travail fourni, s'est rendu au foyer, sous le regard bienveillant et "compréhensif" de son employeur ("comme ses amis de faculté, qui tour à tour l'ont invité à manger"), a repris contact avec son assistante sociale, et est venu, avec un retard non

négligeable, à l'hôpital de jour. En fin de semaine, en entretien médical, aucune plainte n'agrèmente son discours et son exaltation et son optimisme nous font percevoir le bénéfice narcissique tiré des expériences positives de la semaine. En fin de consultation, il demande à ce que j'établisse un certificat médical " certifiant de la réalité des traumatismes subis ", " son assistante sociale lui a réclamé ", pour qu'il le joigne à son dossier de demande d'asile. Il m'apprend alors qu'il avait fait une première demande d'asile, trois semaines après son arrivée en France, qui lui avait été refusée, et qu'il constituait un nouveau dossier pour la commission de recours auquel il n'avait pas encore été convoqué. N'ayant aucune expérience dans ce domaine, je diffère ma réponse, afin de prendre le temps de me renseigner, notamment sur les enjeux médico-légaux existant autour de la rédaction d'un tel certificat.

Il ne se présentera plus, ensuite, en hospitalisation de jour, et ce sans prévenir l'équipe. Il faudra qu'une infirmière l'appelle sur son portable pour que nous puissions convenir d'une date d'entretien afin de formaliser la sortie et la suite de la prise en charge. Durant cet entretien, le discours de Monsieur B. est très positif, inchangé par rapport au précédent entretien si ce n'est qu'il est moins exalté et, interrogé sur sa symptomatologie, il dira que " tout a disparu, ou presque ". En fait, persistent des douleurs lombaires et le même inconfort digestif suite aux repas ; et sa mine fatiguée semble parler d'elle-même ; visiblement il ne dort que peu actuellement. Je lui remets le certificat médical demandé qui je l'avais pensé, pouvait permettre, outre la reconnaissance de sa symptomatologie, de faire le point sur son évolution clinique de manière non menaçante pour lui, car médiatisée. Il n'en a rien été. Comme à son arrivée dans l'unité, Monsieur B. semble de nouveau dans un mouvement de minimisation de ses troubles. Il nous " remercie de ce que nous avons fait " pour lui, et nous convenons de nous revoir dans trois semaines en consultation pour " faire le point ". Je l'informe que le suivi ambulatoire que l'on peut lui proposer sera court, et relativement espacé. Je l'invite donc à reprendre contact avec la psychologue de secteur qu'il avait rencontrée afin de poursuivre sa psychothérapie. Il semble peu convaincu mais dit qu'il le fera.

- Un suivi ambulatoire sous le signe de l'incompréhension :

Avant mon départ de l'unité, je le reverrai quatre fois en consultation, auxquelles il se présente toujours avec retard. Au cours de celles-ci, Monsieur B. semble " me donner des nouvelles ", comme on pourrait le faire à une connaissance amicale, sur un mode relativement factuel. En effet, il n'évoque, il me semble, que peu son intériorité. Il dit fréquenter une femme et, même s'il ne souhaite pas s'attarder sur leur relation, il est possible de percevoir un

aspect fusionnel à celle-ci.

Sur le plan sémiologique, il est possible de retenir de ces entretiens une réémergence d'aménagements phobiques et de troubles du sommeil (sommeil court et agité, sans cauchemars) et une persistance des plaintes somatiques (qui s'enrichissent à chaque consultation ; " impression que sa tête gonfle ", " que son cerveau se déshydrate ", " que ses nerfs se bouchent " etc.). Concernant les aménagements phobiques, Monsieur B. soutient qu'il n'a plus actuellement le sentiment d'insécurité explicité et ressenti précédemment, et met en avant une charge de travail importante, sa relation affective, ainsi que le peu d'argent pour organiser des sorties afin d'expliquer la recrudescence de son isolement. Pour ce qui est des plaintes somatiques, je soumetts à Monsieur B. " que peut-être elles sont un langage du corps signifiant des difficultés psychologiques ", interprétation dont monsieur ne s'empare pas. Il n'a toujours pas repris contact avec sa psychologue, " parce qu'il a peur qu'elle le juge pour son geste suicidaire ", indiquant là que son sentiment de culpabilité est encore prégnant. Au bout de deux consultations, j'en conclus, peut-être à tort, que Monsieur B. est actuellement résistant au travail élaboratif. J'opte alors pour une approche plus comportementale avec établissement d'objectifs à mettre en œuvre pour la fois suivante (comme préparer un repas ivoirien pour ses amis – il dit aimer cuisiner - sortir au moins une heure par jour, même accompagné, reprendre contact avec sa psychologue). Cette alternative m'est apparue intéressante car elle permettait de valoriser les ressources personnelles de Monsieur B. (qui me semblaient non négligeables). Néanmoins, ce choix thérapeutique n'était pas sans lien avec les difficultés diagnostiques et thérapeutiques réelles de cette prise en charge, que de surcroît j'éprouvais fortement. Notons, par exemple, que c'est moi qui, décontenancée, avais suggéré à Monsieur B. la préparation d'un plat ivoirien. Cette proposition m'est apparue, après-coup, quelque peu arbitraire (car certainement plus en lien avec une représentation naïve qu'il lui " fallait renouer avec sa culture " pour aller mieux, ce qui sur le plan objectif n'était pas du tout certain). Monsieur B. accomplit ces objectifs sans trop de difficultés, mais son vécu subjectif, lui, ne change pas. A la dernière consultation, si Monsieur B. exprime les mêmes plaintes somatiques, il me semble alors relativement indifférent à elles, ce que j'interprète comme étant alors l'expression d'une certaine démonstrativité en lien avec des aménagements histrioniques de sa personnalité. Lorsqu'il me demande une prescription d'antalgique, je le " renvoie " à son médecin traitant, quelque peu exaspérée. Il esquisse alors un sourire, que j'ai interprété comme étant le signe que mon exaspération ne lui avait pas échappée et équivalent d'un " là, vous ne pouvez plus rien pour m'aider ". Il me dit rencontrer sa psychologue prochainement, et me remercie encore, avant de sortir de la pièce.

Sur le plan diagnostique, il est probable que, de nouveau, une symptomatologie dépressive occupait une place de plus en plus importante dans le tableau clinique de Monsieur B. (cf p. ?) (ce que je n'avais pas perçu sur le moment – puisque j'interprétais ses plaintes et certains des symptômes éprouvés comme en lien avec une certaine démonstrativité, voire une simulation). Cet épisode dépressif, à la différence du premier, beaucoup moins bruyant (et non pas latent ou masqué, comme il est aisé de le croire pour un thérapeute occidental face à un tel tableau), était, semble-t-il, à rattacher à une dépression chronique. Or, si Monsieur B. présentait bon nombre de facteurs de risque de l'ESPT pour que celui-ci soit compliqué d'une dépression chronique, les aspects de deuil peuvent avoir largement contribué à son apparition. En effet, comme nous l'avons dit, s'il était difficile de faire la part de ce qui, du trauma et du deuil, avait pu entraîné l'apparition de l'épisode dépressif caractérisé, il en est de même pour la dépression chronique de Monsieur B.. De plus il a été montré que, après une mort traumatique (c'est possiblement le cas pour la mère de Monsieur B.), il est fréquent qu'à la dépression "normale" de deuil succède une dépression chronique (Bacqué, 2006). Celle-ci peut aussi être dû, pour une part, au fait que Monsieur B. n'ait que très peu élaboré le deuil maternel (concurrence de l'élaboration du trauma, défenses opérantes etc.).

De plus, sur le plan transculturel, le fait que Monsieur B. ait à vivre ce deuil, et à en faire le travail en situation migratoire, peut être un facteur d'achoppement de ce processus. La solitude est un facteur de risque de deuil compliqué (Claytin, cité par François, 2007). Les auteurs de la psychiatrie transculturelle relient ce fait à la perte de l'étayage que peut apporter la culture et le groupe d'appartenance. Il peut alors être difficile pour un individu de faire face seul à la mort d'un proche et aux remaniements cognitifs qu'elle impose. L'endeuillé peut, à un niveau individuel, "manquer d'énergie ou de flexibilité (de résilience) pour affronter seul les modifications relationnelles inhérentes au deuil" (Rosenblatt, 2003, cité par François, 2007 p.57). En tentant de s'adapter à la culture de l'accueillant, le migrant peut s'imposer d'adopter ses normes culturelles et ainsi "souffrir en silence". L'isolement et l'exil peuvent priver l'endeuillé du bénéfice narratif du souvenir. La perte des rituels serait alors à l'origine de la souffrance psychique. Car le deuil, dans les sociétés traditionnelles, est codifié et le plus souvent collectif. Le deuil social, d'ailleurs, coïncide et s'achève avec le deuil psychologique (Nathan, 1988).

⇒ Analyse des éléments contre-transférentiels de cette observation :

Après que l'équipe infirmière m'eut informée de la probable problématique post-traumatique de Monsieur B. et de son contexte migratoire, c'est avec appréhension que je l'ai rencontré.

En effet, si j'avais déjà eu affaire à des prises en charge de patients traumatisés (abus sexuels essentiellement), elles s'étaient toutes déroulées en situation intraculturelle, et les problématiques traumatiques avaient toutes une dimension individuelle. Or, dans mes représentations de l'époque (d'ailleurs plus préconscientes que conscientes), la manière de penser et donc de soigner un trauma ayant une dimension collective ne pouvait qu'être différente de celle de traumatismes individuels. Cette différence, fantasmée mais aussi réelle était, de plus, accentuée par le caractère interculturel de la prise en charge (en effet, j'avais eu affaire une unique fois à une prise en charge en situation interculturelle qui avait été difficile – d'ailleurs, peut être indépendamment de sa dimension interculturelle). C'est donc avec des pensées du type “ je ne vais pas savoir faire ”, dont le pendant est “ il faut que je sois au top ”, que j'ai abordé cette prise en charge.

Lors de nos premières rencontres, il a été aisé pour moi d'offrir à Monsieur B. une atmosphère affective emprunte d'une empathie forte (au sens de Lebovici). Remarquons tout de suite qu'il est manifeste que mon empathie à l'égard de ce patient, notamment dans sa dimension affective, ait été d'autant plus forte qu'il exerçait sur moi un pouvoir de séduction certain. En effet, sa présentation, son physique (gracieux à mes yeux), son aisance relationnelle etc., mais aussi notre proximité d'âge, notre différence de sexe et notre différence culturelle, éveillant chez moi une curiosité tant intellectuelle qu'affective, sont autant d'éléments qui expliquaient qu'il me faisait vivre quelques émois que l'on peut qualifier, si ce n'est d'oedipiens, d'amoureux. Si j'avais conscience que cet homme aurait pu me plaire dans toute autre situation, mon surmoi semblait veiller puisque, tout au long du suivi, n'apparurent ni fantasmes conscients ni rêves le mettant en scène. Ce contre-transfert affectif était donc connu de moi et maîtrisé au maximum qu'il puisse l'être, car analysé au cours de mon travail analytique personnel. La question reste, bien sûr, de savoir s'il ne persistait pas, malgré tout, une part refoulée de mon contre-transfert, alors séducteur (en réponse à la séduction exercée par lui sur moi, où à mon tour, je pouvais induire – ou alimenter - un transfert amoureux du patient sur ma personne) ?

Ceci étant dit, mon empathie, tant dans sa dimension affective qu'intellectuelle à l'égard de ce patient était, on l'a dit, forte. Je reconnaissais sa souffrance (avec des événements de vie aussi difficiles que les siens responsables d'un vécu aussi douloureux, de surcroît agrémentés d'un tel contre-transfert, comment pouvait-il en être autrement ?). Par ailleurs, sur le plan identificatoire, si mon identification à ce patient était dans une certaine mesure concordante, il me semble que la différence culturelle, outre réelle, mais aussi fantasmée par moi, a accentué une identification de type primaire à son égard. En effet, appréhendant de ne pas le comprendre, je voulais, inconsciemment, en quelque sorte être “ lui ”, afin de pouvoir le

connaître par l' " intérieur ", là où " à l'extérieur " je n'étais pas assurée de le rencontrer. Or, on l'a vu, sur le plan économique, ce type d'identification met particulièrement à nu les assises narcissiques.

Quoiqu'il en soit c'est dans cet état d' " hyperéveil affectif et intellectuel " que j'ai reçu Monsieur B. lors de l'entretien marqué par le récit de ses expériences traumatiques. Et, s'il est certain que de par leur atrocité, ces types de récits ont, pour quiconque, une potentialité effractive, il semble qu'ils l'aient été d'autant plus pour moi du fait de cet état. Manifestement, mon contre-transfert traversait là une crise par effet de surcharge affective, débordant ses capacités de contenance.

Dans la suite du suivi, ce que j'appréhendais comme étant un désinvestissement thérapeutique de Monsieur B. m'est apparu comme étant le signe d'une évolution clinique favorable, ce qui n'était pas du tout sûr. A ce moment je pensais que si, sur le plan économique, la crise traversée par Monsieur B. avait pu mettre à mal ses défenses, sa résistance à poursuivre le travail élaboratif en " intra " (l'assignant, d'après ses représentations, à la place d'un " malade ") me semblait être le signe de mécanismes de défense de nouveau largement opérants.

Sur le plan contre-transférentiel, mon vécu commençait à se modifier négativement. En effet, je commençais à éprouver une certaine irritation au contact de Monsieur B., qui venait parasiter la qualité de l'écoute que je pouvais lui offrir (notamment à l'écoute de ses plaintes somatiques récurrentes, aux causes qu'il attribuait à ses retards etc.). Il est certain qu'une part de ce contre-transfert négatif qui commençait à poindre, mais qui n'a fait que croître par la suite, était le pendant du contre-transfert positif précédemment ressenti (au sens de contre-transfert névrotique décrit par Racker). Il s'agit là d'une inversion dans le contraire, sans doute pour neutraliser les précédents affects.

Mais, pour l'expliquer, d'autres éléments contre-transférentiels, ayant là une dimension plus collective puisque touchant à mon identité professionnelle (et culturelle), me semblent importants à prendre en considération.

En effet, il est fort probable que le contre-transfert négatif développé ait été une réponse inconsciente, sadique de ma part, à ce que m'avait fait " subir " " monsieur B. ". En effet, tout d'abord, ses récits traumatiques, en plus que de m'avoir effractée, m'avaient amenée, du fait du sentiment d'impuissance éprouvé, à une mise en cause de mes aptitudes thérapeutiques. De plus, Monsieur B. me confrontait, de part sa symptomatologie qui m'était peu habituelle, à de nombreuses incertitudes sur les plans sémiologique, diagnostique, et donc thérapeutique.

Dans ces circonstances, il se peut fort que, sur le plan économique, j'aie répondu à cette

atteinte narcissique qui venait s'immiscer dans la faille de mes assises narcissiques " d'être-thérapeute " (atteinte du dispositif " moi-thérapeute idéal"/" idéal du moi-thérapeute "), par un contre-transfert négatif.

Par ailleurs, il est fort probable que des traits de personnalité histrionique de Monsieur B. ait pu être également à l'origine de ce contre-transfert négatif. Mais si je soutiens cette hypothèse, c'est avec grande prudence. En effet, nous pensions, pour Monsieur B., de manière relativement consensuelle dans l'équipe, à une structuration sur un mode hystérique. Or, il est fort probable que, pour porter un tel diagnostic structurel, nous nous soyons laissés abuser par une lecture ethnocentrique de sa symptomatologie.

Enfin, le fait que j'étais novice en matière de prise en charge de patients traumatisés avec ESPT (et notamment syndrome de répétition) caractérisé, a contribué au développement de ce contre-transfert négatif. En effet, la conjonction dans l'évolution clinique de Monsieur B., sur le plan chronologique, de la rapidité, avec, sur le plan qualitatif, la disparition d'une symptomatologie de répétition très invalidante et impressionnante (car, de surcroît inconnue de moi à cette époque), m'est apparue comme un peu trop " magique ".

Tous ces éléments, dont certains étaient conscients et d'autres non, me semblent avoir, de façon additive, contribué au développement de ce contre-transfert négatif.

Quoiqu'il en soit, c'est agie par ces affects contre-transférentiels que j'ai accueilli la demande de certificat médical pour demande d'asile de Monsieur B.. Si par cette demande, là, " monsieur B. " " pointait ", " encore ", une autre de mes défaillances professionnelles (je ne connaissais rien de ce que pouvait être une demande d'asile - tant sur le plan administrato-politique que psychologique), il me demandait, en outre, d'engager ma responsabilité pour certifier de la véracité de ses dires. A ce stade du suivi a, alors émergé à nouveau du soupçon quant à eux - d'abord quant à ses dires concernant les expériences traumatiques, puis quant à ses dires en général. Et si j'ai pu, dans un premier temps, le refouler, ce soupçon n'a fait que devenir de plus en plus prégnant au fil des entretiens. Me sont alors revenus à la conscience tout un tas d'éléments du discours ou des attitudes de Monsieur B. qui pouvaient l'alimenter. C'est ainsi que j'ai eu des pensées du type " mais, au fait, je n'ai jamais entendu qu'il y ait de famille royale en Côte d'Ivoire...il m'a bien eue avec ses histoires de contes de fées ".

A partir de cet épisode du certificat médical, le sentiment d'être, pour ce patient, un objet manipulable a été très fort. Le fait que celui-ci n'était, défensivement, que peu enclin à poursuivre, de manière investie, les soins, n'a fait que l'augmenter. Aussi, il me semble que, atteinte dans mon articulation entre identité singulière et identité professionnelle (pour toutes les raisons sus-citées), j'ai clivé la dimension politique qui traversait ce " setting "

thérapeutique et ai projeté mes soupçons sur le patient. Celui-ci, faisant alors l'objet d'une construction négative, s'est transformé, dans mes représentations, en mauvais objet. Il s'agit en fait de cynisme professionnel qui est une construction défensive contre l'anéantissement professionnel donc, pour part, culturel (Sironi, 2003).

Ainsi, mes aptitudes thérapeutiques étaient, après cet épisode avec ce patient, largement défaillantes. Autrement dit, il ne m'était plus possible d' "écouter" le patient, au sens de pouvoir appréhender le contenu latent derrière le manifeste du discours. Notamment, il me semble que je n'ai pas pu entendre que Monsieur B. avait, sans doute, une réelle demande de soin.

Il est nécessaire de nous arrêter ici sur l'impact que peut avoir une demande de certification médicale dans une relation thérapeutique (dans un contexte de demande d'asile ou de demande d'autorisation de séjour pour soins, quand la demande d'asile a été refusée). En effet, la rédaction du certificat par le thérapeute est un geste essentiel à l'établissement et/ou au maintien d'une alliance thérapeutique de qualité.

En tant que soignants, nous sommes, dans ces situations, témoin de l'horreur qu'a pu vivre le patient. Or, il est indispensable que le patient connaisse notre posture (de soignant, mais surtout de citoyen impliqué) face à cette horreur, là où l'horrible de ce qu'il a vécu n'est souvent administrativement pas reconnu (- 80% des demandes d'asile sont rejetées, avec pour seule mention "faits non établis" !). La relation thérapeutique n'est possible que si elle inclut une position clarifiée du thérapeute qui « partage à la fois quelque chose de la situation traumatogène et une opinion commune sur l'intentionnalité de l'agresseur » (Maqueda, 2005, cité par Mestre 2005). La rédaction d'un tel certificat clarifie ce positionnement.

Ajoutons donc qu'il est, dans ces situations, nécessaire que le thérapeute se positionne socialement et politiquement (Mestre, 2005). Nous entendons par-là une position de citoyen impliqué, c'est à dire active (nécessitant de s'informer et s'intéresser aux soubresauts du monde, de s'interroger sur les conditions d'hospitalité des demandeurs d'asile en France et de se positionner dans le débat démocratique concernant la place de l' "étranger" dans nos sociétés).

Aussi, cette position d'engagement est incarnée dans la posture de soignant et reconnue par le patient, par des actes comme la rédaction du certificat médical.

B. CAS CLINIQUE 2

Nadine, jeune fille burkinabaise, a 18 ans lorsqu'elle est hospitalisée à l'unité Espace, fin août 2005. Elle nous est adressée par les urgences après une tentative de suicide par tentative de défenestration. Elle n'a aucun antécédent particulier.

- *Le hic et nunc* de Nadine, une probable situation de maltraitance

Elle est une belle et grande adolescente, au regard vif et intelligent. Sa timidité apparente contraste avec son allure et ses tenues vestimentaires. En effet, bien que soignées, celles-ci sont souvent à la limite de la décence. Elle semble avoir cinq ans au moins de plus que son âge.

Nadine est arrivée du Burkina-Faso il y a un an et demi pour rejoindre sa mère. Sa mère est, elle, arrivée en France il y a trois ans. A cette époque, sa mère venait visiter une sœur et des amies. Y ayant rencontré un homme d'origine bretonne, elle se marie six mois plus tard. De ce mariage est né Ronan, le demi-frère de Nadine, un an et demi, "adorable" dit-elle, dont elle s'occupe beaucoup.

Lors de notre première rencontre, elle explique, émue, pourquoi elle a voulu sauter du douzième étage depuis sa chambre, de manière impulsive. Elle s'est "engueulé" avec son beau-père. Il l'aurait mise à terre et traînée de la cuisine à sa chambre. Sa mère présente pendant l'épisode n'a pas réagi, "alliée" au beau-père, dit-elle. Pour Nadine, c'est "la goutte d'eau qui a fait déborder le vase". Elle ouvre alors la fenêtre de sa chambre et enjambe le rebord. Son beau-père l'aurait fermement retenue. Elle affirme que quelques minutes avant son geste suicidaire, elle ne "savait pas qu'elle allait faire ça", et qu'elle n'a jamais eu auparavant "ne serait-ce qu'une fois le désir de mourir".

Elle poursuit en expliquant que depuis un an sa relation avec son beau-père se détériore. Elle décrit cet homme comme aimant boire, ayant des accès de colère imprévisibles, et disproportionnés quant à leur cause. Tout dans son comportement, aux dires de Nadine, est prétexte à la dévaloriser. Parfois, il lui interdirait de manger, de sortir, la frapperait et l'insulterait. D'autres fois il se montrerait intrusif, rentrant dans sa chambre ou dans la salle de bain sans prévenir. D'autres fois, encore, il lui arrivait de se montrer relativement attentif, parfois même prévenant. C'est d'ailleurs lui qui appellera dans l'unité quelques heures après l'arrivée de Nadine pour prendre de ses nouvelles et savoir s'il pouvait "être utile en quoi que ce soit". Nadine affirme qu'il n'a, par contre, jamais eu de geste déplacé envers elle.

Elle dresse ensuite le tableau de sa vie quotidienne depuis son arrivée en France. Celui-ci donne l'impression d'un clivage. En effet, elle rend compte d'une vie qui semble comme clivée entre celle d'une adolescente victime de mauvais traitements de la part de son beau-père, dont sa mère ne la protège pas, et celle d'une adolescente normale, curieuse, aimant aller à l'école et voir ses amis. En effet, c'est très animée que Nadine parle de sa vie de future lycéenne. Elle rentre en seconde dans dix jours et confie sa hâte d'« être enfin avec ceux de son âge ». En effet, ayant perdu deux niveaux scolaires à son arrivée en France, ses camarades de classe avaient deux ans de moins qu'elle. Elle se trouvait donc « en décalage » par rapport à eux. Cependant, elle s'est fait des copains et copines au long de l'année, parmi lesquels elle occupait une place singulière : celle d'une « grande sœur ». Certains venaient individuellement se confier à elle pour lui demander des conseils et des avis.

Rapidement, il est possible de comprendre que le décalage dont parle Nadine n'est pas à entendre uniquement du point de vue de la différence de maturité ressentie avec ses pairs, mais de manière plus large, du fait de sa migration. En effet, questionnée sur son vécu migratoire, elle dit s'être sentie « perdue » et très isolée à son arrivée en France. Elle ajoute que, pourtant, lorsqu'elle était chez sa tante, la perspective de retrouver sa mère, connaître son demi-frère et découvrir "enfin la France" la rendait très heureuse. Mais, dès son arrivée, elle avait ressenti, dans sa vie de collégienne ainsi que familiale, un douloureux sentiment d'étrangeté qui n'a diminué qu'au bout de six mois. Elle s'étonne d'ailleurs encore du comportement de certains de ses pairs : « manque » d'investissement des apprentissages, « manque de respect » des professeurs, de leurs parents, de leurs affaires personnelles, alors qu'ils ont « tout ». Par ce « tout », elle évoque les conditions matérielles pour étudier, les habitations cossues de chacun, les activités de loisirs à disposition etc. On peut émettre l'hypothèse que la place d'aînée, donnée par ses camarades au sein de sa classe, place qu'elle a d'ailleurs tout de suite acceptée d'occuper, lui a, pendant un certain temps au moins, été bénéfique sur le plan narcissique. En effet, la migration peut entraîner une fragilité, plus ou moins temporaire, par vacillement et mise à nu des assises narcissiques et identitaires. Pour Nadine, même si avoir « régressé » sur le plan scolaire a pu être une atteinte narcissique non négligeable, avoir été d'emblée la conseillère respectée de pairs ressentis comme étrangement différents, semble l'avoir contrebalancée.

Au bout de deux jours, Nadine semble avoir bien intégré le groupe de patients. Ayant vite saisi le fonctionnement de l'unité, elle investit avec un plaisir certain les activités thérapeutiques. Quelques amies viennent la visiter. Par contre, elle appréhende les permissions où elle doit rencontrer sa mère et son beau-père. A chacune d'elles, elle rentre

triste et préoccupée. Il lui faut quelques heures avant de pouvoir faire part aux soignants de ce qui s'est passé au domicile. Elle rapporte alors les propos violents et disqualifiants entendus. Son beau-père, à qui Nadine demandait de l'argent pour acheter ses fournitures scolaires, lui aurait dit, " tu n'as qu'à te prostituer ". Il aurait ensuite déchiré son dossier administratif de demande de régularisation en lui disant " tu vas finir clandestine ". Alors que Nadine se plaignait à sa mère de la violence verbale du beau-père, celle-ci aurait répondu qu' " on n'a que ce qu'on mérite ", et, que " la vie est dure mais qu'on ne peut pas y couper ".

L'hospitalisation de Nadine semble lui être bénéfique. En effet si, lors des premiers entretiens, il lui est difficile de se décaler du factuel afin d'élaborer sur son propre fonctionnement ou le fonctionnement familial actuel, progressivement elle se l'autorisera. Elle semble même trouver un certain plaisir à s'intéresser à son monde psychique interne. Par là même, elle pourra commencer à élaborer l'agressivité ressentie envers sa mère, sans éprouver trop de culpabilité. Aussi, au bout de dix jours, elle dira qu'elle n'envisage pas un retour au domicile dans un tel climat conflictuel, et demande à ce qu'on l'aide à trouver une solution alternative.

- Son histoire familiale, son parcours :

Pendant la séance de génogramme, Nadine parlera volontiers de sa famille. Elle connaît bien les âges, personnalités et liens qui unissent sa centaine de membres, et dresse rapidement certaines grandes caractéristiques du fonctionnement familial. Ceci est d'autant plus aisé pour elle que sa mère l'a récemment mise au courant d'un certain nombre d'histoires familiales qui lui avaient été tues jusque-là. " C'est parce que je deviens adulte " dit-elle alors, non sans fierté. Elle souligne que sa famille fait partie de l'élite au pays. Tous occupent des postes à responsabilité, même si ses grands-parents étaient issus de milieux ruraux et modestes. Pour elle, c'est grâce à l'intelligence de ceux-ci et au fait qu'ils aient transmis des valeurs religieuses, en l'occurrence musulmanes, à leurs enfants.

Les parents de Nadine se sont rencontrés jeunes, ont vécu ensemble sans être mariés pendant quatre ans, et se sont séparés très peu de temps après sa naissance. Elle ne sait pas ce qui a motivé leur séparation mais sait par contre qu'à cette époque sa mère faisait des études pour devenir institutrice.

Elle a vécu jusqu'à douze ans à Koudougou petite ville du Burkina, entourée de cette grand-mère, très présente, et de sa mère qui l'était beaucoup moins " du fait de sa profession d'institutrice ". Toutes deux sont présentées par Nadine comme ayant été des figures maternelles ressources de son enfance. Toutefois, à l'entrée dans l'adolescence, des difficultés relationnelles avec sa mère sont apparues. Nadine la considérait, notamment sur le plan

éducatif, trop stricte et exigeante vis à vis d'elle. C'est d'ailleurs à cette époque qu'elle s'est rapprochée de son père, qu'elle ne voyait que rarement auparavant. Vers douze ans, elle a demandé à aller vivre avec lui. Sa mère accepte, tout en lui faisant part explicitement de son désaccord.

Son père, lui, est commerçant. Il a refait sa vie avec une femme, " gentille, discrète " avec qui il n'a pas eu d'enfant. Elle le décrit comme un homme bon, aimé de tous. Il aurait eu des problèmes d'alcool à certains moments, signe, pour Nadine, qu'il n'était pas heureux dans sa vie sentimentale. En effet, il lui aurait confié, secrètement, qu'il était et serait sans doute toujours épris de la mère de Nadine, malgré sa nouvelle vie conjugale. Nadine décrit une heureuse année de vie, à Ouagadougou, chez son père. Elle aurait goûté, durant cette période, à une certaine liberté d'action. Elle allait seule à l'école et aurait vite trouvé ses repères dans cette grande ville, " la deuxième " du Burkina. Par contre, durant cette année, ses résultats scolaires ont rapidement chuté et il lui a fallu redoubler. Ce fait, d'après Nadine, a été l'occasion pour sa mère d'exiger son retour à Koudougou, celle-ci incriminant le laxisme de monsieur pour expliquer son échec scolaire.

Pour Nadine, cet épisode de vie autour de ses douze ans semble subjectivement faire rupture dans la relation d'avec sa mère. Elle dit qu'ensuite " rien n'a plus jamais été comme avant ", que même si sa mère ne lui avait toujours que très peu montré son amour, elle ne s'est plus jamais sentie proche et aimée d'elle. Sans doute, la réactivation des enjeux oedipiens, inhérente à l'adolescence, était là pour une part cause de ce sentiment. Ce sentiment de rupture, voire d'abandon, a été accentué par le fait qu'une année plus tard, sa mère partait en France, laissant le soin à sa sœur cadette et à sa propre mère de prendre Nadine en charge.

Soulignons qu'il est possible que les attentes de Nadine concernant sa mère aient été d'autant plus importantes, à son arrivée en France, que sa mère, ayant migré elle-même, était la seule personne de son entourage qui était susceptible de comprendre ce qu'elle éprouvait du fait de sa migration.

- Les entretiens familiaux : une dynamique familiale pathologique, la situation de maltraitance confirmée.

En tant que psychiatre référente de Nadine, je n'ai pas reçu ses parents en consultation. En effet, les entretiens familiaux sont assurés par un thérapeute familial qui reçoit les parents d'abord seuls puis avec l'enfant, et ce, afin de différencier les espaces.

Monsieur et Madame sont reçus en entretien familial, dans un premier temps sans Nadine. Ils

se présentent avec Ronan, leur bébé. La mère de Nadine est une belle femme noire, âgée de 38 ans. Monsieur, âgé de 28 ans, a un air particulièrement juvénile et ne paraît finalement pas beaucoup plus âgé que Nadine elle-même. Nous indiquons d'emblée qu'il serait préférable de faire garder l'enfant pour le prochain entretien familial. Ce à quoi Monsieur répondra qu' " au contraire ", il est tout à fait important que Ronan soit présent puisqu'il a assisté à " la scène ". Le couple ne semble pas entendre, par la suite, notre discours concernant la nécessité de préserver le jeune enfant des tensions familiales actuelles.

La mère de Nadine parlera volontiers des circonstances de naissance de sa fille. Elle parle " d'accident ", " de grossesse non désirée ", disant que ni le père de l'enfant, ni elle, étudiante à l'époque, n'étaient prêts pour accueillir un enfant. Elle explique alors que toute son enfance, Nadine a été confié à ses grands-mères et tantes. La durée de ces placements successifs semble dans le discours de la mère beaucoup plus importante que celle, subjective, du souvenir qu'en a Nadine à l'heure actuelle. Puis, hormis le fait que Madame ne parle pas de l'homme qui est le père de Nadine ni de l'épisode où celui-ci l'a accueillie, le récit qu'elle fait concernant la vie familiale ne diffère, somme toute, que peu de celui de Nadine. Pour sa part, concernant le vécu de sa relation avec sa fille, elle parle d'une difficile " cohabitation " sur une longue période. Enfin, soulignant qu'elle est issue d'une famille burkinabaise aisée, elle dira qu'elle déplore ne pas avoir retrouvé en France le train de vie qu'elles avaient en Afrique. Concernant la vie familiale présente, le couple explique que, peu après leur mariage, ils décident de " rapatrier " Nadine en France pour qu'elle puisse " bénéficier de plus d'ouvertures pour ses études ". Le rapprochement familial demandé à la préfecture est refusé, mais Nadine obtient une carte d'étudiante française. Monsieur souligne, d'ailleurs, que sa situation administrative n'est pas satisfaisante et " loin d'être réglée ". Lorsque nous les invitons à parler des tensions familiales actuelles, Monsieur prend la parole. Tout en ne les niant pas, il cherche manifestement à passer dessus au plus vite, et surtout à en minimiser l'importance. Il parle, sans manifester de gêne, et, avec un certain aplomb, de " quelques gifles par-ci par-là, quelques empoignades ". Pour lui, ces affrontements sont dûs au fait qu'il faut " maîtriser Nadine dans ses velléités de liberté ". C'est à ce moment que Madame intervient. Elle ajoute alors que, lorsqu'elle demande à Nadine d'étendre le linge le midi à la sortie de l'école, " systématiquement cela n'est pas fait ". Elle poursuit en disant qu'elle pense que Nadine cherche en permanence à " les pousser à bout ".

Nous pointons alors que, si nous ne savons pas ce qui se passe chez eux, manifestement Nadine cherche à faire passer un message, à les mobiliser, allant d'ailleurs loin puisqu'elle tente de se jeter du douzième étage. Nous essayons alors de les amener à s'interroger sur ce que Nadine peut attendre d'eux, sur la manière dont, ensemble, ils peuvent envisager des

changements et redéfinir leurs relations. Monsieur, en guise de réponse, surenchérit sur les devoirs éducatifs qu'il a envers Nadine, digressant sur des lieux communs concernant les jeunes de la société d'aujourd'hui. Manifestement, il ne perçoit pas, consciemment du moins, la dimension affective de leur relation parent-enfant, et ne considère nullement qu'il puisse y avoir des liens entre le mal-être de Nadine et leur relation. Toutefois, devant notre insistance sur ces questions, il dira qu' " ayant eu une éducation musclée, les sentiments et lui font deux ". La mère de Nadine, elle, se montre plus encline à la réflexion et déclare que " si sa fille à des choses à lui dire ou à lui demander, c'est bien qu'elle puisse l'exprimer". Elle convient que sa fille est sans doute malheureuse et qu'il faut l'aider. Nous fixons donc la date d'une deuxième rencontre, cette fois-ci avec Nadine, non sans accrochage puisque aucune date ne semble convenir à Monsieur pourtant relativement libre car sans emploi. Il pourra alors dire qu'il est déçu de cette rencontre puisqu'il pensait, ici, pouvoir " trouver des solutions " concernant Nadine.

Lors de la deuxième rencontre, le couple arrive de nouveau avec le bébé, qui, s'il est calme au début de l'entretien, va rapidement s'agiter. Son regard inquiet semble indiquer qu'il perçoit, lui aussi, l'atmosphère pesante. Monsieur, peu soigné, semble fatigué et aura du mal à exprimer ses idées.

Nadine, le regard à terre, doit être sollicitée afin qu'elle parle. C'est à sa mère qu'elle s'adressera, faisant le triste constat que leur relation a, depuis quelques temps, beaucoup changé. Elle dit son sentiment de ne plus rien partager avec elle, déplore que celle-ci crie plus qu'elle ne parle, qu'elle soit toujours stressée et occupée. Elle cite l'exemple de son BEPC, disant à sa mère qu'elle n'a pas pris le temps de l'encourager et de la féliciter. Elle lui dit pourtant aimer l'écouter et s'être réjouie qu'elle refasse sa vie et ait un autre enfant. Elle finit en insistant sur le fait qu'elle ne " trouve pas sa place dans la famille " et qu'elle se demande pourquoi elle se sent " rejetée ", " à côté ". Sa mère, s'adressant plus à nous qu'à sa fille, répond en invoquant le fait qu'elle est débordée, que les conditions de vie sont très différentes ici de ce qu'elles étaient en Afrique. Elle ajoute le manque de temps et le stress pour expliquer ce qui a pu " couper " la relation entre elle et sa fille. Monsieur surenchérit alors de manière peu adaptée en évoquant le moment où, cet été, ils devaient " quitter l'emplacement de camping avant midi, ce qui a mis la pression à tout le monde ". Nous intervenons en disant que nous entendons bien ce qu'ils avancent comme arguments mais qu'ils ne constituent pas pour autant une hypothèse expliquant le mal-être actuel de Nadine. Madame évoque alors beaucoup d'éléments culturels concernant l'éducation des enfants afin d'expliquer son comportement. Dans sa culture, " ce ne sont pas les parents qui vont au devant des enfants,

mais les enfants qui viennent vers les parents”. Elle attend donc “ en tant que mère, que Nadine vienne se joindre à la vie familiale ”. Ce à quoi Nadine répond qu’elle ne sort pas de sa chambre car ce sont les cris et les disputes qui prédominent dans l’appartement. Dans la suite de l’entretien, le couple restera soudé et persévèrera dans des hypothèses qui ont pour fonction évidente de les protéger en les tenant à l’écart de ce qui se passe au domicile. Même si, manifestement, toute la famille est en souffrance, cette position ne permet pas la redéfinition des relations entre les uns et les autres et ne les implique pas dans le mal-être de Nadine.

En fin d’entretien, concernant l’avenir, Nadine expose ses interrogations quant au fait d’avoir ou pas à quitter le domicile si, dit-elle, comme sa mère l’exprime souvent, “ elle leur pourrit la vie ”. Sa mère, restée relativement calme jusqu’alors, rétorque violemment qu’elle peut partir, mais qu’elle aura “ à assumer totalement ” cet acte. A partir de ce moment la communication entre eux n’est plus possible, Madame, en colère, se mure dans le silence ; Nadine s’effondre en pleurs et le bébé se met à hurler. Il est impossible de poursuivre.

Nous insistons alors sur le fait qu’il est essentiel de se revoir une troisième fois afin de poursuivre cette réflexion et fixons une date, cette fois rapidement acceptée par tous, Madame et Monsieur semblant impatients de partir.

Soulignons là qu’il est évident que, dans cette situation de maltraitance, la majorité de Nadine ne facilitait en rien notre mission thérapeutique. En effet, si elle avait été mineure, nous aurions signalé la situation aux autorités judiciaires requérantes, et ce sans hésitation. (Nous avons également pensé à la possibilité de mettre en place un contrat jeune majeur, mais celui-ci est très difficile à obtenir s’il n’y a pas eu de mesure éducative avant les 18 ans).

- Un travail de séparation-individuation mis à mal, l’émergence dépressive :

La nuit suivante, Nadine, triste et préoccupée, ne dort que très peu. Le lendemain matin, elle dit son envie de se rendre en cours, mais a manifestement besoin de notre approbation. Ce besoin montre que le “ lâchage ” maternel, de nouveau profondément éprouvé par Nadine la veille, suscite en elle un mouvement de régression. A son retour dans l’unité, plutôt souriante, elle demande à être reçue en entretien médical. Elle évoque l’entretien familial, confiant que si ce moment a été particulièrement pénible parce qu’elle a eu le sentiment de n’avoir été ni entendue ni comprise par sa mère, elle se dit satisfaite d’avoir pu, “ pour une fois ”, exprimer ses ressentis et interrogations. Pour elle, ce qui s’est passé est le signe qu’elle n’a pas d’autre alternative que de faire une demande d’hébergement en internat. Elle a d’ailleurs pris rendez-

vous avec l'assistante sociale pour commencer les démarches. Elle présente cette " solution " comme un bon compromis pour tous : la semaine, se concentrer sur ses études dans une atmosphère studieuse et être à distance de sa famille ce qui, pense-t-elle, permettra d'en apaiser les tensions ; retrouver les siens le week-end, avec plaisir, " parce qu'ils lui auront manqué toute la semaine ". Cette perspective, parce qu'elle lui donne beaucoup d'espoir, provoque chez elle une exaltation telle qu'il lui est impossible d'élaborer son ambivalence, encore latente, quant à cette décision.

Nadine s'effondre de nouveau au retour d'une permission durant laquelle elle a déjeuné avec sa mère. Celle-ci lui aurait annoncé qu'elle est gravement malade, et ce depuis deux ans, qu'elle ne pouvait pas lui dire de quoi elle souffrait, mais qu'elle pouvait " mourir aujourd'hui ou demain ". Elle n'en aurait parlé qu'à Nadine et lui demande de garder le secret afin de ne pas inquiéter le reste de la famille. Et, puisque Nadine l'avait questionné sur ce qui avait pu engendrer son changement de comportement et son agressivité verbale à son égard, il lui semblait important de la mettre au courant, d'autant plus qu' " étant maintenant adulte ", elle était " capable d'entendre cela ". Profitant que sa mère s'absente un moment, Nadine a fouillé et lu les documents de santé de sa mère, à la recherche d'indices qui auraient pu la renseigner sur la maladie dont elle souffre, en vain. Nadine est déstabilisée, dans une confusion totale, et son sentiment de culpabilité est très fort. Elle se culpabilise alors de tout ce que sa mère a pu lui reprocher au cours des derniers mois (lui faire du mal, ne s'adresser à elle que pour lui demander de l'argent etc.). Nadine est manifestement animée d'une angoisse dépressive telle que l'a décrite Mélanie Klein, correspondant à une angoisse de perte d'objet maternel. Cette angoisse a probablement été alimentée par ses fantasmes agressifs et destructeurs envers sa mère, fantasmes qu'elle commençait tout juste à élaborer, responsables de l'intense culpabilité éprouvée. En effet, comment être agressif si cette agressivité tue?

Les jours suivants, il est impossible d'amener Nadine à se questionner sur ce qui a pu motiver sa mère à lui annoncer une nouvelle aussi grave dans un tel moment de crise familiale. Et ni l'apparence de bonne santé de sa mère, ni le caractère rassurant des derniers bilans de santé discrètement lus ne lui permettent de s'autoriser à douter de la véracité des propos de sa mère. Elle n'y est manifestement pas prête. Elle souhaite d'ailleurs, lors de ses permissions, retrouver sa mère qui, à sa déception, est partie sur Paris et ce pour une quinzaine de jours.

Après vingt jours d'hospitalisation, Nadine ne souhaite ni prolonger les soins en hospitalisation temps plein, ni en hospitalisation de jour. Son objectif est d'intégrer au plus vite l'internat de son lycée pour " se concentrer sur ses études ". Sur le plan thymique, elle est

manifestement animée d'affects dépressifs, mais n'en fera que très peu part à l'équipe. La verbalisation est visiblement, pour elle, menaçante.

Je ne reverrai Nadine qu'une fois en consultation par la suite, et ce deux mois après sa sortie d'hospitalisation (elle manque ses premiers rendez-vous, est rappelée à trois reprises par la secrétaire). Du fait de son ambivalence par rapport aux soins (résultant probablement du conflit de loyauté dans lequel elle se trouve vis-à-vis de sa mère si elle investit les soins), il est évident qu'il faut porter sa demande. Ce jour, Nadine n'est pas encline à parler d'elle. Elle fait part de la situation à domicile qui n'a guère changée (elle n'y est confrontée que le week-end). Elle dira de manière peu authentique que " malgré tout ça, elle va bien ", mais sa triste mine indique tout le contraire. Je lui en fais part, et lui parle de la possibilité d'une prescription d'une thérapie anti-dépressive, surtout, à vrai dire, pour " préparer le terrain " ; elle n'y est pas encore prête.

Elle dit ensuite, à mon grand soulagement, avoir rencontré la psychologue de son lycée à laquelle l'infirmière du lycée l'avait adressée (suite à de nombreux passages à l'infirmerie). Elle m'autorise à appeler celle-ci, afin que je lui " transmette le compte-rendu d'hospitalisation ". Lorsque nous nous quittons, nous fixons un nouveau rendez-vous auquel, comme je l'avais pressenti, elle ne se présentera pas. Le contact avec la psychologue du lycée permet de confirmer que Nadine est actuellement déprimée. Elle est anxieuse, dort peu, a peur de rater sa seconde (alors que ses résultats sont satisfaisants), et ne se sent " pas à la hauteur " avec ses pairs. C'est donc à cette psychologue que je transmets le fait qu'il est tout à fait possible de reprendre contact avec le service (suivi psychiatrique, ou nouvelle hospitalisation) si besoin.

⇒ Analyse de l'observation

- La dynamique familiale, et les problématiques parentales :
 - Une dynamique familiale où Nadine est le lieu de projection de la souffrance parentale

Manifestement, la famille de Nadine est fragile. Elle semble s'être organisée autour d'un certain nombre de " pré-supposés de base " (Bion cité par Marcelli, 2004), tournant autour de " l'extérieur est dangereux ". Si ces supposés de base préservent la cohérence et l'unité de la famille, ici sur un mode défensif, c'est au prix d'un estompage des limites interindividuelles (intrusions fréquentes) et intergénérationnelles (demi-frère parentifié, intrusions quasi-

incestueuses du beau-père) rendant confuse l'individualité, et par conséquent l'identité de chacun.

Nadine, de par ses désirs normaux de vie autonome, semble avoir progressivement constitué une menace à la cohérence de la famille organisée sur ce modèle. La relation des parents à leur fille n'est, pour le moins, pas teintée d'empathie compréhensive. A chacune de ses tentatives d'indépendance, sa mère et son beau-père réagissent en la jugeant incompétente, n'ayant aucun discernement ; ils semblent, dans ces réactions, avoir recours à des processus défensifs archaïques. Il est intéressant de rappeler ici le concept de " délimitation " introduit par Shapiro (1969, p.113) qui est pour cet auteur " l'ensemble des conduites par lesquelles un membre de la famille exprime de façon explicite ou implicite, ses perceptions et ses attitudes – en réalité sa représentation mentale d'un autre membre de la famille – à cette autre personne ". Ce concept sert d'intermédiaire entre les notions d'identité, de relation d'objet et de comportement agi. Lorsque ces délimitations reposent sur des préjugés issus des conflits et défenses de celui qui émet l'opinion, il s'agit alors de délimitation défensive. Pour Shapiro, le mécanisme principal qui sous-tend les délimitations défensives est l'identification projective. Cela paraît particulièrement vrai en ce qui concerne Nadine. Ladame (1978) précise que, tant que le mécanisme d'identification projective reste à l'œuvre de manière prépondérante et que les besoins défensifs des parents sont intenses, les possibilités d'une authentique séparation-individuation de l'adolescent sont bloquées.

Ses parents, tant individuellement que conjointement, sont en souffrance et, sur le plan des interactions familiales, Nadine semble être le lieu de projection de cette souffrance par, nous l'avons vu, un mécanisme d'identification projective. Elle sert, en quelque sorte, de réceptacle contenant la souffrance parentale. Nadine, de par son geste suicidaire, semble avoir dénoncé cette détresse familiale et exprimé alors " un appel à l'aide collectif ".

Il est important d'ajouter que si elle paraît être l'enfant-désigné par le couple comme lieu de projection afin de maintenir la cohésion familiale et contenir la souffrance parentale, ce n'est au niveau individuel, pour chaque parent, pas pour les mêmes raisons.

- Le désir de maîtrise de Monsieur : révélateur d'une accession à la paternité difficile ;

Monsieur a clairement évoqué une enfance difficile, empreinte de violence. Or, dans sa relation à Nadine, tout dans son comportement met en exergue un désir de maîtrise. Cette tentative de maîtrise, si on la considère dans sa dimension défensive, peut alors témoigner des contre-investissements nécessités par le réveil de ses zones de conflits et souffrances passées.

De plus, être confronté à l'adolescente qu'est Nadine peut provoquer chez monsieur une reviviscence de souvenirs mais surtout d'affects de sa propre adolescence. Cette brusque levée de refoulement peut avoir renforcé ses défenses, notamment ses traits caractériels. Par ailleurs, sur le plan pulsionnel, il est probable que ses interdits nombreux et vigoureux soient en lien avec des fantasmes incestueux proches. En effet, il est évident que la sexualité de Nadine, fantasmée par Monsieur, suscite chez lui un certain attrait. La présence de Nadine a pu réveiller sa propre problématique oedipienne, se traduisant alors par le fantasme de " l'inceste possible ".

- Des interactions mère-enfant qui ont toujours été pathologiques chez une mère qui, de surcroît, est en souffrance :

Madame, lorsqu'elle aborde son vécu migratoire, exprime essentiellement un vécu de perte (matérielle et de ses valeurs culturelles). Elle semble projeter ses difficultés actuelles sur ses nouvelles conditions socioculturelles. Il s'agit d'une projection persécutive sur l'espace présent indiquant que, pour elle, le clivage normalement mis en place entre les univers culturels de référence est toujours opérant et que les processus de deuils impliquant une reconnaissance de la souffrance ne sont pas à l'oeuvre, ou du moins, loin d'être achevés.

Par ailleurs, il semble que les interactions de Madame envers Nadine aient toujours été pathologiques, ce qui ne semble pas être le cas avec son fils nouvellement né (aux dires de Nadine, et selon l'observation des interactions mère-bébé ayant pu être faite lors des entretiens familiaux). Les raisons pour lesquelles les projections maternelles se concentrent sur Nadine sont certainement multiples, nous y reviendrons, mais il est fort probable que ses circonstances de naissance en soit une. De plus, Madame a très peu vu sa fille depuis l'âge de douze ans et, du fait des placements successifs de Nadine, c'est la première fois que Nadine et sa mère sont amenées à " cohabiter sur une longue période ". Or, si le réaménagement relationnel correspondant au passage de la relation enfant-adulte à adulte-adulte se fait normalement progressivement, Madame semble, là, confrontée à cette tâche de manière très brutale. Cette tâche, qui consiste à renoncer à la satisfaction de la " toute-puissance parentale ", et à la projection sur Nadine de ses propres désirs infantiles, lui semble être difficile. L'ambivalence de Madame, dans ses divers investissements parentaux (concernant Nadine) se ressent également à la manière dont elle demande à sa fille le remboursement de la dette symbolique que tout parent attend (plus ou moins consciemment) de son enfant lorsqu'il est adolescent. En effet, il semble que chez elle, cette dette prend un aspect paradoxal et négatif et s'exprime, peu ou prou, par la loi du talion. Elle attend que

Nadine ressent et vive les mêmes choses qu'elle, comme pour s'en sentir elle-même justifiée et libérée. Madame veut-elle faire payer à Nadine le poids de sa propre dette envers sa mère, peut-être restée impayée ? Quoiqu'il en soit, une telle position montre, encore une fois, les mécanismes de défense rigides et archaïques de Madame où la projection est prédominante. Par ailleurs, la vulnérabilité actuelle de Madame, du fait de sa migration dont nous avons déjà parlé, peut expliquer la recrudescence et la violence de ses projections sur Nadine. Enfin, du fait que seule Nadine soit la cible de la violence de Monsieur, on peut imaginer à quel point il est crucial pour Madame qu'elle ne s'autonomise pas. En effet, elle semble avoir été désignée, déléguée (consciemment ou non) par tous pour jouer le rôle de "bouclier" familial contre la violence de Monsieur. A qui s'en prendra Monsieur après le départ de Nadine ?

- La problématique de Nadine : une fragilité narcissique, renforcée par une dynamique familiale pathologique, rendant difficile son travail de séparation/individuation
- En début de prise en charge, un tableau clinique peu contributif à l'explication de son geste suicidaire :

Au début de la prise en charge de Nadine, rien dans le tableau clinique qu'elle présente ne semble en faveur d'un trouble psychique particulier (notamment dépressif). En effet, elle est certes timide, mais aucunement inhibée et même particulièrement vive. Elle est optimiste ; ses investissements objectaux (scolaires, relationnels et familiaux) et narcissiques semblent normaux (notamment, il n'existe pas, chez elle, de processus d'autodévalorisation). Elle ne présente, en fait, aucun symptôme particulier et rien dans ses conduites ou son comportement ne pourraient constituer des équivalents dépressifs.

Cela dit, une évaluation psychiatrique en post-immédiat (jusqu'à plusieurs jours après le geste suicidaire) peut être faussement rassurante. En effet, il existe souvent une "détente symptomatique" du fait d'un apaisement transitoire des tensions (idiosyncrasiques - diminution de la tension interne), responsable d'une minimisation des troubles. Ceci constitue ce que Marcelli (2004, p.274) appelle le "syndrome de pseudo-guérison", en lien avec un possible "effet cathartique" du geste suicidaire. Dans ce cas, le risque de la récurrence suicidaire est grand puisque l'adolescent fait l'expérience d'une pseudo-résolution de la crise. De plus, chez l'adolescent, il n'est pas facile de recueillir des informations fiables, du fait d'une minimisation voire d'une occultation de ses troubles et d'une autoévaluation de son "état psychique" difficile (Goodwin, Jamison, 1990 cité par Corcos, 2005).

Sur le plan intra-psychique, le geste suicidaire de Nadine peut être considéré comme une

fuite, dans le sens où elle souhaitait échapper, par l'attentat à sa vie, à une situation ressentie comme insupportable. Ce geste, survenant dans un contexte de rupture, comporte une dimension d'apparente impulsivité et d'absence de réflexion. Cependant, il est nécessaire de ne pas conclure hâtivement à une absence d'intentionnalité suicidaire dans le geste de Nadine, puisque son évaluation n'est toujours qu'une reconstruction d'après-coup (Pawlack, 1995). De plus, que celle-ci existe ou non, ce geste est grave et nécessite, dans tous les cas, une recherche urgente de sens à lui attribuer. De plus, tous les auteurs s'accordent à dire qu'un geste suicidaire chez l'adolescent, même précipité par des facteurs socio-environnementaux, témoigne d'une vulnérabilité psychique, notamment sur le plan narcissique (Jeammet et Birot, 1994). Certains auteurs pensent que souvent, le moment suicidaire advient dans un contexte anxieux provoquant une suspension temporaire de la conscience. Notamment pour Ladame (1981), il correspond à l'irruption soudaine d'une coalition entre les mouvements psychoaffectifs internes, et les conditions environnementales, "l'externe". Dans le cas de Nadine, qu'est-ce qui, pour elle, a fait, en interne et en externe, sens de rupture ?

- Une fragilité narcissique révélée par la tentative de suicide :

Nadine est, comme tout adolescent, amenée à se positionner face aux problématiques de séparation/individuation, de dépendance/autonomie par rapport à l'objet (de besoin, de désir et de jouissance). Celles-ci, parce qu'elles remettent en question la nature de l'investissement objectal et réactualisent des conflits d'identification (Jeammet, 2005), sont responsables d'une fragilisation narcissique. En effet, de nombreux auteurs soulignent la dimension de conflit et de rupture inhérente à la problématique identitaire de l'adolescence. Kestemberg (1962) souligne, lui, que l'adolescence est marquée par un certain rejet des identifications antérieures et par une recherche-conquête d'objets nouveaux identificatoires.

Au niveau anamnétique, on retrouve dans l'histoire infantile de Nadine une série de séparations d'avec sa mère avec placements successifs. Cela dit, il est nécessaire, avant d'émettre l'hypothèse de carences précoces de soins maternels, de replacer celle-ci dans son contexte culturel. En effet, en Afrique, il est particulièrement fréquent que les enfants soient confiés à l'une des femmes du groupe maternel (commères), elle même souvent allaitante, situations qui n'ont aucune incidence défavorable sur le développement psycho-affectif de l'enfant. Mais, dans le cas de Nadine, les propos de la mère (grossesse non désirée, interactions manifestement pathologiques), semblent lever la pondération nécessitée par son origine culturelle, renforçant ainsi l'hypothèse de carences précoces. Or, tous les auteurs (et notamment les attachementistes) s'accordent à dire que des carences précoces en soins

maternels peuvent être responsables d'une fragilité narcissique ultérieure du sujet. Dans le cas de Nadine, il est fort probable que des carences précoces aient été à l'origine d'une fragilité narcissique, qui ont été accentuées, de manière circonstancielle, non seulement du fait des remaniements identitaires et narcissiques inhérents à la période pubertaire, mais également du fait de ceux inhérents à la migration.

Or, il a été montré qu'une fragilité narcissique parce qu'elle rend difficile la constitution de limites assurées au soi (Jeammet et Birot, 1994) est responsable d'un certain flou identitaire qui rend le sujet dépendant et tributaire des objets d'étayage et compromet, par là, le travail de séparation-individuation. Dans le cas de Nadine, il est fort probable que tous ces éléments soient à l'œuvre, renforcés, de surcroît, par la dynamique familiale pathologique, qui l'ont rendue dépendante des objets d'étayage, notamment maternels.

En ce qui concerne sa tentative de suicide, Nadine dit clairement que, si les actes de son beau-père ont été violents, c'est le silence et la passivité de sa mère, interprétés comme un "lâchage", qui l'ont été le plus. On peut donc émettre l'hypothèse que la rupture externe constituée par les actes du beau-père est venue redoubler une "menace de rupture interne" (Marcelli, 2004) provoquée par ce que Nadine a vécu comme un dérobement de l'objet d'étayage maternel l'ayant probablement, soudainement, confrontée à sa propre fragilité et à son intolérable sentiment de dépendance. Le raptus suicidaire a pu avoir pour finalité de mettre un terme à cette inacceptable perception (Ladame, 1995).

- Un travail de séparation mis à mal ; émergence de la symptomatologie dépressive

Par ailleurs, nous avons vu que Nadine ne présentait pas, au début de l'hospitalisation, de symptomatologie dépressive. Nadine avait donc un commerce de qualité tant avec l'objet interne (cliniquement représenté par les investissements narcissiques) qu'externe (cliniquement représenté par les investissements objectaux). Néanmoins, après quinze jours d'hospitalisation, a émergé une symptomatologie dépressive qui, cliniquement, comportait de façon prévalente des symptômes dépressifs de type introjectif (manque de confiance en soi, culpabilité, peur de l'échec). En outre, la dépendance affective ainsi que ses importantes angoisses d'abandon, notamment à l'égard de sa mère, semblaient, elles, liées au noyau abandonnique de sa dépression. En effet, si on pouvait reconnaître chez Nadine une maturation névrotique avec une dimension objectale (vécu de perte, sentiment de culpabilité), elle n'était pas dépourvue de zones de sollicitation narcissique, comme nous l'avons explicité. Sa structuration névrotique apparaissait "précaire", lézardée de zones de fragilité, peu apte à faire face à des effractions de la réalité externe.

Qu'est-ce qui a pu favoriser, chez Nadine, cette émergence dépressive ? Au cours de l'hospitalisation sa mère lui a signifié son abandon possible, et ce à deux reprises (lors de l'entretien familial et lorsqu'elle lui a annoncé sa mort prochaine). La perte d'objet, à laquelle tout adolescent est confronté mais qui constituait, pour Nadine, une menace sur le plan narcissique, se redoublait là d'un caractère réel. L'objet d'étayage maternel ne faisait plus seulement que menacer de se dérober, mais se dérobait, là, dans la réalité. Or, comment peut-on se séparer quand tout se dérobe ? De plus, Nadine, animée d'une angoisse dépressive telle que M.Klein l'a décrite, se sentait fantasmatiquement responsable de la "maladie" de sa mère, ce qui rendait cette possible perte d'objet, par la culpabilité qu'elle engendrait, que plus douloureuse. Nadine était, de ce fait, d'autant animée d'un désir de réparation (elle souhaitait retrouver sa mère sur des temps de permission) qu'elle ne pouvait mettre en œuvre du fait de l'absence tant physique que psychique de sa mère. Elle était confrontée là, brutalement, au travail de désidéalisation de la figure maternelle (nécessaire à tout travail de séparation/individualisation véritable) - Désidéalisation qui semble-t-il n'avait pas encore réellement eu lieu chez elle (et ce malgré les manquements de sa mère dans la réalité externe) puisque, sur un plan économique, l'idéalisation de sa mère lui était nécessaire afin d'éviter un possible effondrement narcissique.

Par ailleurs, si Nadine était déjà ambivalente par rapport à son désir d'autonomie, l'annonce de la maladie de sa mère n'a fait qu'accroître cette ambivalence. En effet, l'implicite de cette annonce était : "il nous reste peu de temps pour profiter l'une de l'autre, et comme je suis malade, je vais avoir besoin de quelqu'un qui me supplée à la maison et qui me supplée auprès de mon mari...". Madame n'a fait, par cette annonce, qu'augmenter l'emprise qu'elle avait déjà sur sa fille.

⇒ Analyse des relations transféro-contretransférentielles :

- Nadine-thérapeute

A son arrivée dans l'unité, Nadine a pu d'emblée livrer ce qui, dans sa relation à sa mère et à son beau-père, lui avait été insupportable, au point de vouloir se jeter par la fenêtre. Son état émotionnel à ce moment était tel que la verbalisation lui était nécessaire, quelque pouvait être, il me semble, l'interlocuteur. Elle n'avait à ce moment que peu d'appréhension à livrer ses éprouvés. Cependant, dans les premiers temps de la prise en charge, lors des entretiens médicaux et infirmiers, cela n'était plus le cas (mise à part la séance de génogramme, où somme toute il n'était pas question d'elle directement). En effet, il était relativement difficile

de “rencontrer” Nadine, qui ne s’autorisait que peu à penser et à éprouver par elle-même. Elle se présentait comme une lycéenne classique, ayant des habitus et des ressentis classiques, et ce malgré un parcours, une histoire, et un vécu, qui, pour le moins, n’avaient rien de classiques. En fait, si on écoutait le manifeste de son discours, il apparaissait que, certes, la situation à domicile était conflictuelle, mais son intériorité, elle, en était indemne. Qu’elle reste ainsi interdite pouvait s’expliquer par le fait qu’il lui fallait “à tout prix” (et notamment au prix d’un enfouissement de sa conflictualité) “ne pas faire de vague” : premièrement pour, inconsciemment, protéger sa mère notamment interne (en protégeant l’imago maternelle, elle se protégeait elle-même) mais aussi externe (afin de ne pas subir de représailles de sa part) ; deuxièmement, sans doute aussi, pour s’adapter à sa nouvelle vie française.

Nadine semblait néanmoins avoir établi un transfert positif (qui correspondait à la projection de ses imagos parentaux différenciés positifs – idéal de parents qui dans la réalité lui faisait défaut) au lieu de sa personne et de celle de l’assistante sociale (certainement en ce que, elle, “prenait soin” de sa réalité externe). Ce transfert positif montrait donc que Nadine était à la recherche d’un objet dont l’évocation était essentiellement régrédiente (d’un point de vue temporel), c’est-à-dire appartenant au monde de l’enfance. En cela, la relation thérapeutique ne pouvait qu’être un appui sécuritaire (Braconnier, 1994).

Mon empathie à l’égard de cette adolescente était forte. Elle m’émouvait de par la manière dont, malgré sa fragilité, elle faisait face, seule, depuis plus d’un an, à la maltraitance dont elle était victime, et à l’acculturation. Si tout un chacun aurait vraisemblablement ressenti de tels émois, mon identité de femme potentiellement mère ne faisait que les accroître.

Aussi, il me semble avoir nourri à son égard, et ce tout au long du suivi, une identification de type complémentaire, fréquente avec les adolescents, contre laquelle je combattais tant bien que mal. En effet, je m’efforçais, contre-transférentiellement, de ne pas répondre en écho aux projections transférentielles des imagos maternelles positives de Nadine. Ce type d’identification suscitait en moi des pensées du type “quelle mère indigne” (pour rester polie), difficilement réfrénables, là où Nadine, elle-même, consciemment ne se l’autorisait pas. Il est évident qu’il me fallait éviter le piège contre-transférentiel qui consistait, là, à me laisser aller à des mouvements trop maternels et trop envahis par mes possibilités de rivalité avec sa mère réelle (et, ainsi, à me situer comme meilleur parent).

Aussi, c’est à ma grande surprise que, lors d’un entretien où Nadine restait silencieuse, alors que mon regard s’était arrêté sur sa tenue aguicheuse, il me vint la pensée que “sûrement, elle était, sous ses airs naïfs, quasi-enfantins, une traînée” (là encore, pour rester polie). Si cette pensée a été, sur le coup, “quasi-traumatique” pour moi (j’agressais fantasmatiquement ma “petite protégée”), ce n’est que dans l’après-coup qu’il m’a été possible de comprendre ce

qui avait pu l'engendrer : soutenue par mon identification complémentaire à Nadine (qui là faisait écho non plus à ses imagos maternels positifs mais négatifs), ce que je pensais, confusément, comme excès de sexualité (qui, dans mes représentations primaires – au sens de non élaborées - de femme occidentale de culture catholique, est coupable et transgressif), je l'attribuais à Nadine. En effet, en tant que belle jeune femme noire, elle était la cible idéale de projection de mes préjugés racistes, et s'est transformée, de manière fugace, en “ mauvais objet ”, tout comme elle pouvait l'être pour sa mère. Si cette inférence n'a, je pense (peut-être à tort), pas eu d'incidence fâcheuse dans la prise en charge, elle m'a déstabilisée. En effet, elle rentrait en contradiction tant avec mon idéal de thérapeute que de citoyenne (qui, ayant des convictions fondamentalement anti-racistes, déniait pouvoir être habitée de préjugés racistes). Aussi, du fait du caractère soudain et “ quasi-traumatique ” de cette prise de conscience de l'altérité culturelle, il me semble l'avoir occultée (déniée, refoulée ?) dans la suite de cette prise en charge.

Après dix jours de suivi, et notamment après les entretiens familiaux, Nadine a pu exprimer et commencer à élaborer l'agressivité ressentie envers sa mère, même si son vécu de perte et son ambivalence restaient, eux, encore non élaborables. Son transfert s'est alors intensifié et oscillait entre des mouvements de rejets et d'idéalisations, au lieu de ma personne (en lien avec la mobilisation de ses investissements narcissiques). L'a-conflictualité (véritable silence psychique) avait laissé place à la conflictualité, et commençait à “ prendre corps ” dans la relation de transfert, ce qui, au demeurant, était cliniquement beaucoup plus rassurant. J'avais enfin le sentiment de la rencontrer et il m'était beaucoup plus facile de travailler à partir de cette relation transféro-contretransférentielle en mouvement, “ chaotique ” (banale chez les adolescents que je prenais en charge) qu'à partir de la précédente, qui me semblait figée. Malheureusement cela n'a que peu duré. L'annonce de la “ maladie ”, qui a “ pétrifié ” Nadine de culpabilité, a eu comme incidence, -outre de couper court au processus élaboratif-, un acting-out à visée réorganisatrice (désinvestissement de la relation thérapeutique puis rupture). Continuer à investir la relation thérapeutique la confrontait probablement, là, à un conflit de loyauté insupportable vis à vis de sa mère. En effet, n'ayant pas encore élaboré l'ambivalence qui imprégnait la relation à sa mère (qui, de surcroît, avait “ usé ” - consciemment ou non - de l'emprise qu'elle avait sur sa fille afin de réactiver la dépendance de celle-ci à son égard), la poursuite de la relation thérapeutique équivalait à un “ soit elle, soit nous ”. Dans de telles circonstances, nous n'avions plus qu'à espérer que Nadine accepte la proposition d'hébergement en internat qui lui avait été faite : d'une part parce que s'était la seule issue pour éviter des inquiétudes quant au risque de récurrence ; d'autre part, parce qu'il s'agissait d'un lieu neutre qui seul, nous le pensions, pouvait permettre une reprise du travail

élaboratif.

Soulignons que, dans cette prise en charge, la possibilité de diffraction transférentielle et de la figuration de la différenciation qu'offre une prise en charge institutionnelle était de toute importance (notamment lorsque les sollicitations des investissements narcissiques de Nadine ont été intenses, à l'origine de l'alternance transférentielle idéalisation/rejet). Cela dit, n'ayant pu éviter l'écueil d'un investissement narcissique de cette situation (de multiples raisons peuvent l'expliquer, entre autres ma jeune expérience de clinicienne encore peu assurée de ses assises professionnelles, ainsi que la teneur du transfert de Nadine), sans doute aurais-je pu mieux figurer la différenciation et la diffraction du transfert (en effet, j'avais un peu tendance à " occuper toutes les places "). En outre, de toutes les façons, l'institution faisait tiers dans la relation.

Il est possible, dans cette prise en charge, de discuter la pertinence d'aménagements thérapeutiques, notamment le psychodrame psychanalytique. En effet, il offre une possibilité de figuration de l'activité psychique (là où l'inhibition de Nadine mettait en échec l'énonciation verbale de ses associations de pensée) grâce à l'étayage sur la réalité externe. Il fragmente le transfert et permet, du fait de la pluralité des joueurs, une différenciation des images particulièrement utile lorsqu' existe une collusion des imagos, telle qu'elle existait chez Nadine (Jeammet, 2001). Une thérapie bi-focale aurait pu également être discutée, car elle offre une double potentialité d'identification et de différenciation. De plus, " la double référence thérapeutique figure et favorise le dégagement des représentations parentales figées dans la réalité des parents actuels " (Corcos, 2005 p.196).

Peut-être ces aménagements auraient permis d'éviter l'acting-out de Nadine, mais il est impossible de le savoir.

- Parents-équipe soignante :

Comme nous l'avions vu, en tant que psychiatre référente de Nadine, je n'ai pas reçu en consultation ses parents. Je m'appuie donc sur ce que j'ai pu entendre lors des discussions d'équipe pour développer cet aspect.

La mission soignante de la thérapeute familiale n'était, pour le moins, pas facile. En effet, il s'agissait, pour elle, d'essayer de créer une alliance avec les parents, afin de pouvoir travailler avec eux, et ce malgré des réactions contre-transférentielles négatives. En effet, si nous avions saisi en quoi cette dynamique familiale bien organisée devait à tout prix être maintenue notamment pour les parents, cela nous permettait, au plus, de comprendre nos réactions

contre-transférentielles à l'égard de ceux-ci, mais pas de les enrayer. Nous avons également mis au jour nos fantasmes qui consistaient à vouloir exonérer Nadine de ces parents afin de diminuer sa souffrance, ce qui dans ce type de situation est essentiel afin de diminuer les risques de passage à l'acte soignant (du type attaquer trop violemment le système de valeurs familiales, la fonction parentale etc.). Cependant, d'autres de nos fantasmes concernant le couple parental, n'ont, eux, été élaborés que dans l'après-coup. En effet, de manière relativement consensuelle, nous fantasmions, du fait de la mixité du couple et de l'écart d'âge entre monsieur et madame, à un mariage accepté par madame, dans l'unique but d'obtenir des papiers. Nous pensions tout simplement, ce que tout un chacun peut être amené à penser, de manière confuse, dans ce type de situation. De toutes façons, quand bien même cela aurait été le cas, cela ne changeait rien à notre mission. Le problème est de ne pas l'avoir élaboré car, de ce fait, il nous était difficile d'imaginer que ce couple ait pu avoir des ressources parentales, puisque à la base, pour nous, " il ne tenait pas debout ". Par ailleurs, il me semble que, dans ces conditions, il nous a été difficile de percevoir la souffrance de madame. En effet, nous avons probablement mal interprété le fait qu'elle parle de ses valeurs culturelles lorsque nous évoquons l'éducation de sa fille. Elle faisait plus part, là, il me semble, de son vécu de perte en lien avec sa problématique migratoire que d'explications quant à l'attitude qu'elle avait avec sa fille. Or, nous avons entendu quelque chose du type " maltraiter les enfants, c'est normal dans mon pays ", soit un recours défensif à ses valeurs culturelles afin de se disculper de son comportement ce qui, bien sûr, ne nous la rendait que plus antipathique. Nous aurions sans doute dû proposer à madame, si ce n'est à chacun des parents (mais monsieur y paraissait nettement moins enclin), un espace thérapeutique personnel. D'autant plus qu'il est possible que ce suivi aurait pu mettre à jour d'éventuelles théories culturelles concernant la place singulière de Nadine au sein de la famille (interactions pathologiques depuis sa naissance), dont l'élaboration aurait peut-être permis de modifier la dynamique familiale.

Aussi, j'achèverais cette observation en citant Searles : " Les parents ont besoin de notre compassion aussi amplement que l'adolescent [...] ; lorsque l'enfant devient adolescent, ceci constitue un impact si puissant sur la vie familiale et sur la tranquillité des parents qu'ils n'en méritent pas moins notre compassion et notre compréhension " (1999 cité par Corcos, 2005 p.197).

DISCUSSION

Après avoir fait la revue de la littérature des données, concepts et notions qui permettent d'étayer la notion de contre-transfert culturel et exposé deux illustrations cliniques, nous nous rendons compte que le matériel recueilli concernant cette notion est relativement hétérogène. Nous allons donc tenter de faire une brève synthèse de cette notion.

Celle-ci nous permettra de dégager deux grands axes de réflexion que nous suivrons dans la suite de ce travail. Premièrement, nous nous rendrons compte que la question du contre-transfert culturel ouvre à la question plus large de l'altérité. Nous développerons donc (de manière non exhaustive) quelques aspects dialectiques du couple identité/altérité. Deuxièmement, nous l'avons vu et le soulignerons encore : le contre-transfert culturel a de nombreuses implications cliniques. Aussi, nous développerons la question de ses applications cliniques et thérapeutiques.

Cela dit, comme Devereux postule qu'il est méthodologiquement pertinent d'analyser le contre-transfert du chercheur (en sciences humaines) à son objet de recherche, nous tenterons également une analyse du contre-transfert du chercheur à son objet « contre-transfert culturel ».

A. SYNTHÈSE CONCERNANT LA NOTION DE CONTRE-TRANSFERT CULTUREL

1. Généalogie de pensée ayant conduit à l'introduction de la notion de contre-transfert culturel :

a) Le contre-transfert en psychanalyse :

La théorie psychanalytique a permis de développer la notion de contre-transfert dans ses aspects fantasmatiques et affectifs, qui actuellement peut être définie dans son acception psychanalytique classique qui reste non consensuelle comme étant « l'ensemble des réactions inconscientes du thérapeute à son patient ». L'émergence de ces réactions de contre-transfert est liée, d'une part, à des éléments propres au patient (sa personnalité, son état, ses réactions conscientes et inconscientes etc.), d'autre part, à des éléments propres à l'analyste (sa propre problématique, ses propres attentes et représentations, ses théories etc.). Il a été montré que,

d'un point de vue chronologique, il y a précession du contre-transfert sur le transfert (Neyrault, 1974). C'est-à-dire que tout thérapeute a un contre-transfert « d'accueil », « de base » (Guillaumin, 1965) ou pré-contre-transfert, qui correspond à des « éléments stables » qui lui sont propres définissant sa manière de se mettre en relation avec chaque patient. Sur un plan métapsychologique, le point d'ancrage du contre-transfert est inconscient, mais certains de ses éléments peuvent apparaître à la conscience. De plus, si le registre émotionnel est le registre préférentiel du contre-transfert, on peut lui en reconnaître d'autres, tels les registres représentationnel, cognitif et comportemental.

Certes, étroitement dépendant des caractéristiques personnelles et techniques du thérapeute, le contre-transfert peut être considéré comme un outil du processus analytique si l'analyste est capable de se décentrer de ses réactions pour les considérer objectivement, ce qui, bien sûr, rend obligatoire une démarche analytique personnelle.

b) Mise en évidence de la dimension socio-culturelle du contre-transfert:

Devereux (1967) élargit et complexifie la définition du contre-transfert qui concerne la cure-type à un concept plus large, puisque, pour lui, le contre-transfert est un transfert « d'apprentissage » qui se déploie dans toutes les situations où existe un échange véritable au titre du soin, de la recherche ou de la pédagogie. Il définit donc le contre-transfert comme étant la somme des réactions implicites et explicites, conscientes et inconscientes que tout psychothérapeute/chercheur en sciences humaines va avoir à l'égard de son patient ou de son objet de recherche (Devereux 1980, p.74-81). En outre, il postule qu'existe une dimension culturelle et sociale aux réactions contre-transférentielles. Le passage par d'autres cultures et dispositifs lui a permis de mettre en évidence cette dimension du contre-transfert qui, bien sûr, ne résume pas le contre-transfert. Devereux, suppose donc qu'il existe un « noyau commun » à ces deux dimensions du contre-transfert, qui est l'« essence » du contre-transfert. Pour lui, l'un des facteurs communs essentiels à ces deux dimensions du contre-transfert sont les stratégies mises en œuvre par le thérapeute/chercheur en sciences humaines de manière défensive face à l'angoisse. Pour lui, toutes les données des sciences humaines sont susceptibles de provoquer de l'angoisse chez le thérapeute/chercheur. Les défenses utilisées par le psychothérapeute/chercheur provoquent des déformations dans la perception de l'objet qu'il étudie. Aussi, il distingue les déformations liées aux défenses professionnelles décrites également par Bourguignon, de celles liées à l'enracinement socio-culturel, des déformations

liées à l'âge, au sexe et à la personnalité même du thérapeute (elles, largement décrites par les psychanalystes).

Donc, si les psychanalystes ont défini les aspects fantasmatiques et affectifs du contre-transfert, Devereux puis Nathan ont insisté sur la dimension socio-culturelle de cette réaction.

En ethnopsychiatrie, pour désigner cette dimension culturelle du contre-transfert « général », parfois appelé « affectif », Nathan (1977) a proposé l'appellation « contre-transfert culturel ».

2. Le contre-transfert culturel : de quoi s'agit-il ?

a) Avertissement :

Bien que cela puisse être une évidence il est fondamental de préciser, en préambule, que les dimensions « affective » et « culturelle » du contre-transfert (décrite par Devereux puis Nathan) ne doivent pas être considérées comme dissociables (en ce qu'elles seraient des « couches » successives du contre-transfert). C'est sans doute ce qui fait dire à Fermi (1998), que d'un point de vue terminologique, il est important de ne pas considérer, dans "contre-transfert culturel", le terme "culturel" comme un signifiant singulier. Postuler le terme culturel comme étant un signifiant singulier, engendre une différenciation nette entre contre-transfert « culturel » et contre-transfert « affectif ». Une telle différenciation est, sur le plan théorique une impropriété conceptuelle. En effet, comme nous l'avons vu la culture est avant tout des contenants psychiques intériorisés. Comme nous l'avons vu, le sujet incorpore les représentations collectives de son système socio-culturel dès son plus jeune âge, les intériorise, les investit, les retravaille à partir de ses propres mouvements, conflits internes et traits de personnalité. Relevons que, sur un plan clinique, cette différenciation n'est pas non plus pertinente : il est tout à fait malaisé de distinguer, dans les réactions contre-transférentielles ce qui relève de la dimension socio-culturelle.

Par ailleurs, il est utile de préciser que lorsque nous parlons de contexte socio-culturel, nous faisons référence à une matrice spatio-temporelle élargie et « ouverte », dans laquelle la culture constitue un élément dynamique. Aussi, remarquons que si l'on ne prend pas en compte les facteurs historiques d'un système socio-culturel, celui-ci est inévitablement perçu comme fixe, clos, fermé sur lui-même.

b) Généralités :

Le contre-transfert est une expérience unique et singulière donc nullement reproductible et standardisable. Etant un phénomène psychique se révélant en situation clinique, il est possible de lui reconnaître trois dimensions : collective, intersubjective et intrapsychique.

La dimension collective concerne plus particulièrement les réactions du thérapeute (aux affiliations du patient) du fait de ses affiliations propres. Certaines de ces réactions peuvent être considérées comme objectives, autrement dit « consensuelles » (Dalenberg 2000), car partagées par la plupart des membres de son groupe d'appartenance et sont, en cela, informatives à l'échelle collective (Adepimbe, 1984). La dimension intersubjective du contre-transfert, elle, correspond plus particulièrement aux réactions subjectives du thérapeute liées à la singularité de la rencontre de deux psychismes, ayant leurs caractéristiques propres (mécanismes de défense, structuration, représentations culturelles, fantasmes etc.).

L'idée princeps, et novatrice de la notion de contre-transfert culturel, tel qu'il a été développé par Devereux puis Nathan, est de souligner la dimension collective du contre-transfert. Autrement dit, évoquer le contre-transfert culturel, c'est souligner que l'on ne réagit pas seulement à la subjectivité de l'autre en fonction de ce que l'on est individuellement : une part de ces réactions correspondent aux réactions « du collectif qui est en nous au collectif qui est en l'autre » (Moro, 2007 communication personnelle). Sa compréhension nécessite donc un détour par l'anthropologie, la sociologie, l'histoire, la géopolitique et la politique.

Aussi, il est possible de considérer que les réactions de contre-transfert culturel sont les réactions explicites et implicites, conscientes et inconscientes aux affiliations de l'autre, telles qu'individuellement « nous les interprétons et nous nous les approprions », donc fonction de nos propres affiliations et de notre singularité (Moro, 2007 communication personnelle).

Evoquer cette notion, c'est aussi insister sur le fait que si les réactions de contre-transfert appartiennent à notre sexe, notre histoire et personnalité singulières, elles appartiennent également à notre *histoire collective*, à notre *appartenance linguistique, professionnelle, sociologique et culturelle*.

Ces réactions de contre-transfert culturel sont **obligatoires et nécessaires**. Cela est bien sûr dû au fait que tout homme est être de culture (Róheim, 1943), « enraciné » (Devereux 1980) socio-culturellement. De plus, la culture est au niveau interne, l'ensemble des dispositifs de représentations symboliques dispensateurs de sens et d'identité. Enfin, nous l'avons vu à l'analyse des données cliniques de ce travail, elles sont **multipl**es (on peut réagir de manière latérale, dissocier un certain nombre de ses affiliations et des affiliations de l'autre etc.).

Enfin soulignons que ces réactions sont d'abord éveillées par la perception du « différent » chez l'autre : langue, accent, mais aussi tout ce qui est de l'ordre de l'infra-verbal (gestuelle, mimiques, regards etc.), différences phénotypiques (couleur de peau, aspect des cheveux, morphologie etc.). Cette perception éveille une forte fantasmatique (Kaës, Ruiz Correa, 2005 ; Devereux, 1980).

c) Le poids des représentations collectives dans le contre-transfert culturel :

La culture comporte « un dispositif d'auto-représentation de ce qui n'est pas elle, de ce qui est étranger ou de ce qui lui est attribué » (Kaës, 2005). Les représentations socio-culturelles, collectives, autrement dit de sens commun, sont très influentes dans la perception et l'interprétation que nous avons de l'autre, de l'étranger. Soulignons que, « pour réduire la complexité de notre environnement [...] le sens commun a tendance à attribuer des dispositions ou intentions à autrui et à être spontanément convaincu du bien-fondé de ces attributions » (Leyens 1983, cité par Bourguignon 2003 p.111). La reconnaissance des autres implique l'utilisation de catégories de perception pré-établies (Bourdieu, 1988). Un geste de la vie quotidienne, la perception d'un accent (Kaës, 2005), de la « stylistique du parler » (Bourdieu, 1988), symbolise l'appartenance à un groupe par un lien aussi arbitraire que dans un mot, celui par lequel un signifiant symbolise un signifié¹¹ (Bourdieu, 1988 ; Diatkine, 2000). Ce que nous appelons représentations sociales sont des représentations qui s'élaborent à partir de la pensée de sens commun, et sont faites d'images plus ou moins figées, d'opinions, de stéréotypes présents dans la pensée sociale à un moment donnée (Moscovici 1984, Jodelet 1989 cité par Taïeb 2006). Un exemple est donné dans le cas clinique 2 : les membres de l'équipe soignante ont été animés globalement des mêmes fantasmes concernant les parents de la patiente. Ceux-ci montrent bien que nous avons puisé dans un « stock » commun de représentations collectives stéréotypées. Intériorisées par tout un chacun, elles constituent des représentations intrapsychiques pré-établies qui peuvent être mobilisées, à visée plus ou moins économique, dans la relation thérapeutique : elles empruntent alors la voie de l'inconscient et s'expriment contre-transférentiellement, en fonction de la configuration transféro-contretransférentielle qui par nature est singulière. Un exemple est donné dans le cas clinique 2. Concernant l'interaction entre deux individus, les notions

¹¹Par là, nous pouvons comprendre que l'étude des « petites différences » (pour citer Freud, 1929) relève de ce que Saussure nomme la « sémiologie », c'est à dire « l'ensemble des systèmes fondés sur l'arbitraire du signe » (Saussure 1915, cité par Diatkine, 2000 p.1527).

structuralistes de rôles complémentaires et de réciprocité de Devereux (1980) (les deux protagonistes sont assignés à une place socio-culturellement pré-établies, donc de manière le plus souvent implicite) sont ici de toute importance à prendre en compte en ce qui concerne les réactions de contre-transfert culturel, notamment en situation intraculturelle.

d) Le contre-transfert culturel : implications cliniques

Si la notion de contre-transfert culturel n'est, sur un plan théorique, pertinente que sous certaines conditions, c'est sans doute sur le plan clinique qu'elle recouvre toute sa pertinence.

En effet, le contre-transfert culturel a de nombreuses implications cliniques et, nous le verrons par la suite, thérapeutiques. De plus, elles sont encore bien peu prises en compte par les acteurs de soins en psychiatrie.

Nous n'allons pas ici nous attacher à répertorier les implications cliniques du contre-transfert culturel, ce qui, en tout état de cause est impossible du seul fait que le contre-transfert est une expérience unique et singulière.

Pour une vision d'ensemble le lecteur pourra, néanmoins, se référer aux parties correspondantes de ce travail (p. 43 à 46 et p. 86 à 89).

Nous y avons remarqué que le fait même que théories et pratiques psychiatriques soient culturelles est source de déformations contre-transférentielles (au sens de Devereux, c'est-à-dire déformations dues à l'enracinement socio-culturel). Nous ouvrons là, la question, entre autres des *misdiagnosis* (Kleinman), des *Culture Bound syndromes*, de la confusion des registres anthropologique et psychopathologique (voir aussi la partie « perspectives thérapeutiques ») etc.. Ces questions nécessitent un *décentrage* socio-culturel certes individuel mais aussi *collectif* si l'on peut l'exprimer ainsi. Par ailleurs, les réactions de contre-transfert culturel que nous avons évoquées (déli de la différence culturelle, déli de l'ambivalence, syndrome de l'anthropologue et fascination de l'exotique, aveuglement culturel ou « cultural blindness », nommée « scotomisation culturelle » en situation intraculturelle par Devereux etc.) semblent toutes se situer sur l'axe déli de la différence / réification de la différence, soit fascination / rejet, c'est-à-dire rendent compte des enjeux dialectiques identité/altérité (et de ses paradoxes). Nous nous attacherons donc dans la suite de ce travail à développer cette question. Cependant, notons que dans le cas clinique 1, nous trouvons un exemple de réification de l'autre, de « l'étranger » (Kristeva, 1988) ; le thérapeute

croyait¹² – le terme est important – que le patient devait « renouer avec sa culture » pour aller mieux. Réalité ou pas, là n'est pas la question, il s'agit en tout état de cause d'une simplification de la complexité de l'autre.

Les cas cliniques isolés peuvent éclairer l'impact du contre-transfert culturel dans la prise en charge thérapeutique et/ou l'établissement d'un diagnostic. Mais elles ne peuvent pas remplacer des études statistiques, qui elles-mêmes ne remplacent pas les études cliniques à plus grande échelle. En effet, seules celles-ci sont informatives à l'échelle collective (Adebimpe, 1984). En cela les études anglo-saxonnes (en France, le débat a très peu émergé) sont de toute importance. Nous essaierons dans la dernière partie de ce travail d'en dégager quelques axes de recherche.

La question de l'élaboration du contre-transfert culturel, de ses perspectives cliniques et thérapeutiques sera développée à la fin de cette discussion.

3. La dimension collective du contre-transfert :

Notons que nous ne serons pas exhaustif sur la question. Mais nous souhaitons insister sur le fait que considérer la dimension socio-culturelle donc collective du contre-transfert, c'est par là même considérer les dimensions historiques, idéologiques et de pouvoir qui y interviennent. En effet, tout individu est inévitablement inscrit dans un groupe lui même inscrit dans un contexte historique, socioculturel et institutionnel (qui a outre sa réalité, son imaginaire et ses fantasmes propres). Ces dimensions interviennent et organisent le pré-contre-transfert socio-culturel du thérapeute. Par ce terme nous entendons la dimension culturelle du contre-transfert de « base » (Guillaumin, 1965 cité par de Urtubey, 1994) ou contre-transfert « d'accueil » (De Urtubey, 1994) présent avant que la rencontre clinique n'ait lieu.

Le courant d'anthropologie « critique » qui s'est développé à partir de la fin des années 80 avec notamment Lock, Schepper-Hughes et Young sont particulièrement informatifs à ce sujet car ils intègrent à leur réflexion concernant le système de soins, les relations thérapeutes-patients, et les représentations de la maladie, l'histoire et l'analyse du colonialisme ainsi que l'économie politique au sens large (Fainzang, 2001 ; Benoist 2002 ; Saillant et Genest cités

¹² « La fonction première de la croyance est de métaphoriser le réel afin qu'il ne soit pas vrai [...]. Le trait le plus manifeste de l'appareil de croyance (étant) qu'il vient se substituer au travail de pensée[...]. La croyance ne se questionne pas » (Pontalis, 1978, cité par Pommier, 2004 p.70).

par Taïeb 2006). Les travaux de Foucault (1961, 1973-1974 etc.), plus anciens mais non moins pertinents, sur lesquels, d'ailleurs, s'appuient ces auteurs, sont également à considérer. En effet, cet auteur se livre, entre autres, à une analyse des enjeux de pouvoir intervenant dans les relations thérapeutes-patients. Knowles (1991, 1996) ou Fernando (1995) les évoquent, nous l'avons vu, en des termes forts tels que celui de « contrôle social » ou de « racisme institutionnel » pour évoquer ces enjeux collectifs de pouvoir économiques, sociaux et politiques (au sens large) dans les relations thérapeutes patients. Si des critiques ont pu être adressées aux travaux de certains de ces auteurs du fait d'une vision quelque peu radicale voire extrémiste, sans doute méritent-ils de retenir notre attention.

Nous proposons de nous arrêter, ici, plus particulièrement sur la dimension socio-historique du contre-transfert. En ce qui concerne sa dimension idéologique et politique le lecteur pourra se référer à la partie « contre-transfert du chercheur » qui suit dans cette discussion.

Parce que tout individu est un être de culture il est par là même « historique » : il est porteur de l'histoire du système socio-culturel. Si cette question est vaste, nous souhaitons tout particulièrement souligner l'impact de l'histoire coloniale et de sa doctrine (le colonialisme) dans l'inconscient collectif de nos sociétés. En effet, il est évident, que la barrière jadis solide « entre le « maître » et l' « esclave » est aujourd'hui abolie », « dans nos idéologies et nos aspirations », mais souligne Kristeva (1988), « nos inconscients » en gardent la trace. Rappelons que l'idéologie coloniale, pour asseoir le pouvoir du dominant, se fonde sur une logique de domination et d'infériorisation de l'autre. Le discours colonial utilise un ensemble de représentations stéréotypées¹³ de l' « autre culturel ». Celles-ci sont ambivalentes : elles lui attribuent à la fois des caractéristiques d'être défaillant, « sous-humain » mais aussi d'être étrangement et excessivement attirant ; ambivalence qui, nous le verrons, peut être considérée comme inhérente à l'appréhension de l'« autre ». De nombreux auteurs soulignent que les représentations collectives (positives ou négatives)¹⁴ véhiculées par nos sociétés (Fernando, 1995) gardant la trace des fantasmes de cet imaginaire colonial (Hall, 1997 cité par Sturm,

¹³ Le stéréotype vient du grec « stereos » qui signifie « solide » et « tupos » qui signifie « type, caractère, empreinte ». En psychologie sociale, le stéréotype est défini comme étant une idée, une opinion toute faite, acceptée sans avoir été soumise à un examen critique, par un examen ou un groupe, et qui détermine à un degré plus ou moins élevé, ses manières de penser, de sentir, et d'agir (Trésor de la langue française, version Web).

¹⁴ F. Fanon disait « Je me méfie tout autant de ceux-ci qui disent aimer les noirs que de ceux qui disent les détester » (*Peaux noires masques blancs*, 1951).

2004)¹⁵. Néanmoins, loin de nous l'idée que ces représentations sont toutes des avatars de la colonisation, certains préjugés¹⁶ racistes émergent *de novo* (Kristeva, 1988 ; Golse, 2006). Aussi, bon nombre d'affects sont mobilisés contre-transférentiellement du fait de l'inscription dans nos mémoires de l'histoire collective. Des sentiments de culpabilité, de pitié, ou d'agressivité (Devereux, 1951 ; Comas-Diaz et Jacobsen 1991 ; Dalal, 1994) plus ou moins inconscients peuvent émerger dans la relation de transfert du fait du contexte socio-historique des groupes d'appartenance des deux individus en présence. Ricoeur a montré, dans *La mémoire, l'histoire et l'oubli* (2000), que la notion de culpabilité revêt un enjeu éminemment mémoriel. Cette question difficile mériterait d'être plus amplement développée, et pourrait faire l'objet d'un travail spécifique. Cependant, remarquons, par exemple, que l'ampleur et parfois la violence des débats polémiques concernant la question de la mémoire de l'esclavage en France rend sans doute compte, pour partie, de la difficile gestion de la responsabilité et donc de la « culpabilité » sur un plan collectif (Moro et Mestre 2006).

B. Contre-transfert du chercheur à son objet de recherche « le contre-transfert culturel » :

1. Généralités :

Nous avons vu que Devereux dans son ouvrage princeps *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* (1980) rend compte du contre-transfert du chercheur. Il propose au chercheur des repères pour l'analyse de son contre-transfert, c'est-à-dire pour l'aider à déterminer ce qui, dans sa perception, provient de l'objet observé ou de ses propres raideurs, de ses a priori et de ses fantasmes. Cet ouvrage est devenu un modèle pour l'analyse du contre-transfert en psychologie (Nathan, 2001 p.XIII) et en recherche clinique (Salamin-Amboise, 1985-86 ; Ansart, 1985-86 ; Ben-Slama, 1985-86 ; Bourguignon et Bydlowski, 1994, 2006). Afin d'objectiver son objet de recherche, nous dit cet auteur, le chercheur met au

¹⁵ (Il est intéressant de noter que la plupart de ces auteurs viennent de « l'extérieur » de la « marge » pour citer Bhabha (1994 cité par Sturm, 2005), c'est-à-dire qu'ils sont pour la plupart migrants (E. Glissant, F. Vergès, M. Condé etc. cités par Moro et Mestre 2006) : la culture ne se connaît elle-même que dans son rapport « au dehors », c'est-à-dire lorsqu'elle franchit ses « frontières » (Kaës, 2005))

¹⁶ Comme pour tout préjugé raciste, la culture prend la forme, chez cet autre étranger, d'un « trait culturel » (impliquant un rapport d'adéquation psyché/culture). La complexité de l'expérience et des actes de l'autre sont réduits à un nombre restreint de « caractéristiques » qui lui sont attribuées et qui sont présentées comme « naturelles ». Ainsi les limites entre le « même » et l'« autre » sont fixées. (voir aussi racisme « des petites différences »).

point des techniques qui visent à définir, classer, hiérarchiser les arguments, et systématiser l'information à recueillir. Cette objectivation est une manœuvre préliminaire du savoir. Or, comme Devereux l'a montré, la personnalité même du chercheur (son appartenance socio-culturelle, sa théorie etc.) va déterminer ces méthodes d'objectivation de l'objet de recherche. Bourguignon et Bydlowski, dans *La recherche clinique en psychopathologie* (1994, 2006) (ouvrage de référence en la matière), affirment que le contre-transfert du chercheur (et donc sa subjectivité), tel que l'a décrit Devereux, est difficilement évitable et intervient à toutes les étapes du processus de recherche en psychopathologie. Ces auteurs considèrent que les problèmes transféro-contretransférentiels du chercheur à son objet de recherche sont d'autant plus grands que l'implication (cf définition infra) de celui-ci à son objet de recherche est importante. Or, si, jusque dans les années 80, il était préconisé que l'auteur en recherche clinique s'efface «tel un intrus, plein de tact» (Henry, 1961, cité par Bourguignon, 2006 p.38), par la suite, il lui est recommandé, tout au contraire, de ne pas tenter de neutraliser les effets de cette implication. Aussi, à la suite de Devereux, Bourguignon évoque la nécessité de « la réintroduction de l'affect » (Bourguignon, 2003 p.75) du chercheur. Celui-ci doit alors prendre le parti d'analyser son implication vis-à-vis de son objet de recherche. Autrement dit il ne doit pas nier ces problèmes transféro-contretransférentiels, inhérents à la recherche clinique, mais les « utiliser comme instrument de recherche » (*Ibid*, p.37). Cela résonne, bien sûr, avec la théorie moderne du contre-transfert en psychanalyse. Ainsi, si la hiérarchisation, la systématisation «sont autant de facteurs de distanciation», elles imposent «en retour l'analyse de la subjectivité et de l'intersubjectivité » (*Ibid*, p.38), qui est méthodologiquement pertinente (*Ibid*, p.37). Aussi, la formation du chercheur en psychopathologie doit comporter une dimension analytique (la question d'une formation analytique personnelle reste ouverte). En effet, une telle formation, parce qu'elle permet l'expérience de transfert, est la seule qui permet le repérage des mouvements transférentiels des sujets de l'étude et des siens propres à son objet de recherche. Elle est le seul modèle, en l'état actuel des choses pour permettre une triangulation du sujet à son objet de recherche (Bydlowski, 2006).

Aussi, il m'a semblé intéressant, en m'appuyant sur ma propre expérience de chercheuse, de tenter de montrer : en quoi et comment le contre-transfert du chercheur peut se déployer dans un processus de recherche; et, en quoi son analyse est méthodologiquement pertinente. Pour cela, je ne peux faire l'économie de parler un tant soit peu, de ma propre expérience, mais aussi des différentes positions à partir desquelles j'ai été amenée à me questionner et à être questionnée dans cette recherche.

2. Analyse du contre-transfert et de l'implication du chercheur dans ce travail de recherche :

a) Les préambules de la recherche : buts explicites

L'idée de travailler sur le contre-transfert culturel m'est venue lorsque j'en ai entendu parler, pour la première fois, lors des enseignements du diplôme universitaire de psychiatrie transculturelle de l'université de Paris XIII. En effet, si auparavant certaines de mes prises en charge de patients migrants m'avaient amenée à des questionnements restés sans réponse, on m'apprenait, là, l'existence d'une notion qui permettait d'étayer la manière de « penser » la relation thérapeutique en situation interculturelle.

Le but explicite de ce travail était, donc, en premier lieu, d'acquérir des connaissances sur cette notion afin d'éclairer ma pratique en situation transculturelle. Le choix de mon objet s'est donc « fait en fonction de l'intérêt » (Bourguignon, 2006 p.36) qu'il présentait pour moi. En faire l'objet de ma thèse, avait pour second but, on l'aura compris, d'attirer l'attention des cliniciens sur la dimension culturelle du contre-transfert, dimension qui me paraissait bien peu prise en compte dans ses implications cliniques et thérapeutiques en clinique psychiatrique.

b) A propos des cas cliniques : l'influence « du savoir subjectif » dans le processus de recherche

Il me fallait donc, dans ce travail, pour répondre aux objectifs que je me donnais (notamment, « la dimension culturelle du contre-transfert existe ; il faut la prendre en compte dans notre pratique »), choisir des cas cliniques qui me permettaient de mettre en évidence mon contre-transfert culturel (en éliminant, bien sûr, mes prises en charge en cours de patients migrants qui, ont le sait depuis les cas freudiens, ne pouvaient constituer des cas à proprement dit).

Un certain nombre d'éléments conscients ont déterminé ces choix : premièrement, il s'agissait de prises en charge particulièrement marquantes puisque les premières pour moi de patients migrants en tant que référente médicale « unique » ; deuxièmement, le référent médical de l'unité étant en congés pendant l'hospitalisation de ces deux patients, je m'étais sentie, subjectivement, un peu « livrée à moi-même », même si bien évidemment, de manière objective, l'équipe institutionnelle jouait son précieux rôle de superviseur dans ces situations ; enfin, je n'étais ni sensibilisée ni formée à la clinique transculturelle à cette époque, bien que

déjà fort intéressée par cette dimension. Ces trois raisons ayant motivé explicitement le choix de ces situations étaient autant d'éléments qui me donnaient à penser que j'aurais plus à dire concernant mes réactions contre-transférentielles de nature culturelle. D'autres éléments, cette fois implicites, ne me sont apparus qu'après analyse de mon contre-transfert de chercheuse. Tout d'abord, pour ces deux situations, j'avais le sentiment de ne pas avoir rempli ma « mission » clinique. Si c'était, peut-être, vrai pour Monsieur B., pour qui j'étais passée à côté du diagnostic de dépression chronique, pour Nadine, ce sentiment était vraisemblablement plus subjectif qu'objectif. De ce fait, l'étude de ces cas était sous-tendue par un désir de réparation : « réparer » là où j'avais achoppé (fantasmatiquement pour Nadine, et, sans doute plus, réellement pour Monsieur B.) dans mon travail.

Par ailleurs, il est évident que j'ai choisi des situations interculturelles quelque peu paradigmatiques : thérapeute blanc/patient noir, paradigme de l'altérité radicale, de « l'autre radicalement autre ». De manière implicite, il s'agissait de faire figurer la différence dans un ancrage pseudo-« biologique », autrement dit dans un accrochage au monde perceptivo-moteur, « comme si » cela me permettrait de mieux mettre en évidence la dimension culturelle du contre-transfert. Or, nous l'avons vu, des réactions transféro-contretransférentielles de nature culturelle peuvent se déployer tout autant (voire plus, voire moins) en situation intraculturelle : il s'agit notamment du problème de la scotomisation culturelle du fait d'implicites culturels partagés entre patient et thérapeute. Cela dit, dans la rencontre interculturelle, la différence perçue sur le plan perceptivo-moteur est sans nul doute responsable de l'éveil de bon nombre de réactions transféro-contre-transférentielles.

De même, au moment du recueil des données (c'est à dire de l'analyse de ces observations), j'étais à la recherche (on pourrait même dire que j'allais « à la pêche », pour en souligner le caractère inadapté) de tout élément culturel qui aurait pu, je l'imaginai confusément, alimenter mon travail : « n'y avait-il pas l'énoncé implicite d'une théorie étiologique dans telle phrase du patient ? » ; « tel symptôme n'était-il pas culturellement codé ? » etc.. Manifestement, animée d'un mouvement « culturaliste », j'étais à la recherche de signes qui aurait été « pathognomoniques » de la différence culturelle. Bien sûr, le risque de ce type de mouvement est, dans la pratique psychothérapique, de réifier la différence, et, ainsi, de figer le processus thérapeutique.

Aussi, une certaine déception a commencé à poindre lorsqu'il a fallu que je me rende à l'évidence que ces observations ne contenaient rien qui, culturellement, soit « grandiloquent ». Deux raisons au moins peuvent, sans doute, en expliquer la cause. Tout d'abord, il est fort probable que ma déception était en lien avec une certaine fascination de l'« étrange » de l'autre (voir partie suivante, Kristeva, 1988), de son exotisme, l'autre qui est

« symbole de la curiosité », de « l'énigme indéchiffrable » (M.T. Moro, 1997 p. 21). Sans doute cherchais-je à résoudre l' « énigme », dans un mouvement d'idéalisation de son étrangeté, dont je recherchais implicitement la preuve. Or, mes cas cliniques ne me permettaient pas d' « administrer la preuve » de mon hypothèse clinique (Widlöcher 1990, cité par Taïeb 2006), source donc de déception. Comme l'indique Foucault (1974), le psychiatre, seul médecin pour qui il n'y a pas de corrélation anatomo-clinique entre symptomatologie et réalité de la maladie du patient, peut avoir l'envie voire le besoin d'un étayage biologique. Autrement dit à la vérification anatomo-pathologique impossible, il peut être à la recherche (implicite) d'un symptôme qui aurait valeur pathognomonique. Nous pensons, par exemple, à « l'aveu central » de Foucault. L'idée de « cet aveu central » était de faire dire au patient lors de l'interrogatoire psychiatrique ce qui était identifié comme le symptôme correspondant au cœur de la folie, équivalent du foyer lésionnel d'une maladie organique. Bien sûr, nous sommes là dans la première moitié du XIXe siècle, mais certains auteurs tels Widlöcher, soulignent que ce besoin d'administrer la preuve de l'hypothèse clinique par la description d'un cas trouve son origine dans la médecine du XIXe. Cela dit, si mes cas cliniques ne contenaient pas beaucoup d'éléments culturels ce n'était pas pour autant que je n'en avais pas pour expliciter mon propos, bien au contraire.

En effet, pour toutes les raisons énoncées dans les analyses d'observation, ces deux situations m'avaient beaucoup questionnée. Aussi, dans l'après-coup, j'avais le sentiment d'être « passée à côté » d'éléments qui ne m'en permettaient pas une compréhension correcte. De manière inconsciente, implicite, j'imputais ces éléments à la distance culturelle qui me séparait de ces patients, plus qu'à toute autre raison. Or, on l'a vu, de multiples raisons étaient en jeu, certaines m'appartenant, d'autres appartenant aux patients, dont quelques-unes, certainement très peu finalement, étaient liées à la distance culturelle. Mais aussi, à ce moment là encore, j'avais une représentation très confuse de ce qu'était le contre-transfert culturel, c'est-à-dire que même si je commençais à acquérir des connaissances théoriques sur le contre-transfert culturel qui me permettaient, sur le plan cognitif, de le « penser » dans sa complexité et sa subtilité, il persistait encore en moi, sur celui-ci, un « savoir subjectif » forgé dans le vécu subjectif des situations interculturelles rencontrées, en lien avec mes représentations de l'altérité à ce moment, et, donc, finalement, en lien avec le niveau d'élaboration de ma propre altérité. Schématiquement, ce « savoir subjectif » correspondait à quelque chose comme, pour le dire de façon très ramassée : « le contre-transfert culturel, réactions du thérapeute à son patient, est un phénomène culturel qui engendre de l'incompréhension ». Ce qui, on le conçoit bien, n'a pas beaucoup de sens. En effet, en tout

premier lieu parce que c'est une manière de postuler que le contre-transfert serait un phénomène uniquement lié à la culture. Or, nous l'avons vu, il s'agit avant tout d'un phénomène psychique. La culture est, ici, des contenants psychiques intériorisés. Ceci étant dit, ce « savoir subjectif » (Salamin-Amboise, 1985-86 p.811) sur mon thème de recherche a, du fait de « fantasmes et de projections » (Bourguignon, 2006 p.36), déterminé une « construction inconsciente préétablie » (Bydlowski, 2006 p.61) de mon objet de recherche. Cette construction a été déterminante dans le choix des situations cliniques. C'est-à-dire, qu'inconsciemment, j'avais « taillé à ma mesure » (Bydlowski, 2006 p.63) mon objet de recherche, pour qu'il vienne confirmer ce « savoir subjectif ». On voit bien, là, à quel point l'investissement de l'objet (de recherche) par le chercheur intervient comme un « procédé actif d'investissement et non comme un simple procédé cognitif » (*Ibid.*).

c) Mécanismes de l'implication et prise de distance :

Ayant choisi le thème de ma recherche comme sujet de thèse, il me fallait construire un objet universitaire, heuristique, transmissible et partageable avec autrui (autrement dit construire l'objet social qu'est l'objet « thèse »). Or, la construction de cet objet ne s'est pas faite sans difficulté, loin s'en faut. Evidemment, certaines difficultés rencontrées étaient imputables au thème lui-même : il s'agit d'un concept non consensuel, au carrefour de l'individuel et du collectif, exposant donc au risque d'un « découpage » arbitraire de cette notion. Piège dans lequel je suis tombée dans un premier temps. Cela dit, une autre raison majeure, cette fois m'appartenant, était en cause : mon implication dans cette recherche.

Nous l'avons vu, sur le plan explicite les raisons m'ayant menée à choisir « le contre-transfert culturel » comme thème de recherche étaient relativement bien établies. Or, sur le plan implicite, la formulation de mon questionnement de recherche était sous-tendue par bon nombre de questionnements inconscients qui m'étaient là tout à fait propres. En effet, en tant que jeune clinicienne, travailler sur le contre-transfert, et, donc m'intéresser aux idées et à la personne du thérapeute en relation thérapeutique avec son patient, était une manière implicite de m'interroger sur les ressources dont je disposais pour pratiquer, ainsi que d'en interroger la fiabilité. De plus, du fait de mon histoire, lorsque j'ai abordé la psychiatrie, j'étais particulièrement empreinte de préjugés concernant cette discipline, affectivement très investis, puisque forgés, depuis ma petite enfance, dans l'espace familial. Aussi, la lecture de *De l'anxiété à la méthode*, où l'auteur met en évidence le fait que le regard que nous portons sur le monde et sur nous-même est abusé par nombre de préjugés et théories implicites

personnelles m'a donné cette délicieuse sensation de « mise en mot de mes propres pensées ». Celles-ci étaient encore bien confuses à ce moment. Les questions implicites qui m'amenaient à choisir un tel objet de recherche étaient, donc, entre autres : « Suis-je une bonne psychiatre » ?, ou du moins « Comment vais-je le devenir ? », « Comment, vais-je réussir à distinguer dans la perception que j'ai de mes patients et de ma « théorie » ce qui est objectif de ce qui est subjectif et dans ce « subjectif », ce qui m'est propre de ce qui m'a été transmis ? ». Elles questionnaient tout autant mon identité professionnelle qu'idiosyncrasique. Aussi, l'implication à son objet de recherche qui consiste, entre autres, à « réactualiser une expérience vécue pour formuler un questionnement » « subjectif » de recherche (Salamin - Ambroise, 1985-86 p.809) était, pour moi, particulièrement forte.

Ces questionnements inconscients, aux confins de la psychanalyse, amène rapidement à une démarche d'introspection. Or, on le sait depuis l'avènement de la psychanalyse, la connaissance de soi-même est angoissante et engendre la mise en œuvre de bon nombre de mécanismes de défense (Devereux, 1980). A l'angoisse suscitée par ces questionnements, j'ai répondu par deux types de mécanismes de défense de nature professionnelle (Bourguignon, 2006): un processus d'obsessionnalisation (lectures et relectures, recherche d'articles rares etc.) et un processus d'inhibition intellectuelle. Aussi, pendant cette période je ne pouvais pas travailler « sur » mon thème de recherche puisque j'étais perdue, fondue « en lui ». Le dégagement de cette implication s'est opéré en plusieurs temps : prise de conscience de celle-ci, ce qui a permis d'analyser les mécanismes conscients et inconscients à l'œuvre dans la formulation du questionnement subjectif de recherche ; puis renoncement à mon questionnement propre pour « donner la parole » à mon thème de recherche. Cette prise de distance qui s'accompagne d'un effacement de mon questionnement intra-psychique n'a été possible que grâce à la « triangulation » : ici surtout supervision par mon directeur de recherche, c'est à dire tiers représenté par le cadre universitaire, mais qui, de manière générale, peut être aussi les références théoriques etc.. Cela dit, « la » bonne distance est toujours à ré - évaluer. Elle n'est pas fixe, définie et atteinte une fois pour toute. Au début de ma recherche je me suis distanciée hâtivement de mon objet (défense contre l'angoisse de m'y « perdre ») : il m'est venu l'idée d'analyser les contre-transferts de mes collègues, plutôt que les miens. Evidemment avec un tel thème de recherche, cela n'était d'une pertinence que toute relative : il est nécessaire d'analyser son propre contre-transfert et ses mécanismes pour analyser de manière pertinente ceux des autres. Tout comme il est nécessaire de faire l'expérience du transfert pour pratiquer la psychanalyse. Je me suis donc décidée à accepter (à subir) l'immersion (la noyade) dans ma recherche ayant pour objet « le contre-

transfert culturel» (en moi-même). Si le processus de distanciation m'a effectivement permis de me dégager de mon implication, j'ai traversé à maintes reprises la « ligne de flottaison ».

d) Dimension culturelle (politique et idéologique) du contre-transfert du chercheur :

Certains auteurs distinguent contre-transfert et implication du chercheur à son objet d'étude (Lourau et Lapassade cité par Salamin-Amboise, 1985-86 p.810). Pour ceux-ci, contre-transfert et implication s'étaient tous deux sur l'identité du chercheur (individuelle et professionnelle), mais l'étayage du contre-transfert comporterait, en plus, les niveaux politiques et idéologiques de l'institution et de la société. Cela n'est bien sûr pas sans rappeler la distinction faite en clinique entre contre-transfert « affectif » et culturel.

Au cours de ce travail, il m'a été donné d'éprouver de manière récurrente un sentiment de culpabilité (flottante mais prégnante), mélangé à un sentiment de transgression (source donc d'une certaine jouissance). Ces sentiments m'ont semblé être en lien avec mon identité de citoyenne française, et, par là même, avec la manière dont l'altérité culturelle est élaborée dans notre société. En effet, du fait de mon thème de recherche, il me fallait souligner voire insister sur l'existence des spécificités culturelles, ce qui, dans notre république n'est pas de mise (Moro et Réal, 2006; Giraud, 2004). En effet, depuis la Révolution française qui s'est inscrite dans l'idéal universaliste du Siècle des Lumières, la France s'est construite Une et Indivisible. « C'est ce qui fait d'ailleurs sa spécificité et sa noblesse. Ayant dû pour cela abraser ses différences (Moro, 2003) », le contexte français actuel exerce, plus aucun qu'autre sans doute, une pression très forte dans le sens d'un universalisme et d'un rationalisme positiviste (Giraud, 2003). Ainsi la dialectique spécificité/universalité culturelle est difficile à penser en France (Noiriel, 1988 ; Selod, 1998 ; Moro et Mestre, 2006). Cette question de la spécificité culturelle fait débat au sein de la communauté des spécialistes de nombreuses disciplines, par exemple, en démographie concernant la référence à l'origine des français dans les statistiques, ou, plus dans notre propos, en ethnopsychiatrie concernant l'introduction de la spécificité dans nos systèmes de soins. Ce débat, en France, « est immédiatement idéologique et passionnel » (Kristeva, 1988). Lorsque qu'une avancée se fait vers la reconnaissance des différences, l'argument de ceux qui s'y opposent est toujours le même : « Distinguer, c'est discriminer ». Or comme le dit Memmi, si le racisme est effectivement exaltation d'une différence, c'est pour justifier une discrimination (1982 cité par Giraud 2003). Le problème qui se pose en déniait la différence et/ou en la présentant comme négative est tout autant de tendre le flanc au racisme, et, donc à une nouvelle exclusion. En effet, un ouvrage récent

soutient que paradoxalement la Révolution française, en affirmant l'universalisme, a en même temps déchaîné la xénophobie (Wahnich, 1997, cité par Giraud, 2003). Kristeva (elle-même migrante) souligne que l'étranger en France, est, plus que partout ailleurs, « objet de fascination ». Puisqu'il est irrémédiablement différent, « on le regarde, on parle de lui, on le hait ou on l'admire ou les deux à la fois », mais face à lui, on « n'est jamais neutre » (Kristeva, 1988).

Aussi, les sentiments et mouvements éprouvés m'ayant animée au cours de ce travail de recherche (à savoir : culpabilité en lien avec l'impression confuse de faire de la discrimination, jouissance de la transgression des valeurs de notre Une et Indivisible République, fascination ou idéalisation du « différent » dans mon objet de recherche dont le pendant est la déception) s'ils sont en lien avec mon identité singulière, sont sans doute également en lien avec mon identité culturelle et sociale.

C. QUELLE PLACE POUR L'ALTERITE ?

La question du contre-transfert culturel ouvre à la question plus générale de la prise en compte de l'altérité¹⁷, sur un plan individuel certes mais également sur un plan collectif. C'est là un autre aspect qui rend pertinente la notion de contre-transfert culturel. En ce qui concerne le contre-transfert, que l'autre soit très différemment culturellement, socialement, psychiquement (nous pensons là, par exemple, à la psychose), physiquement ou pas la question centrale est celle de la place que nous lui laissons. Que faire de l'altérité ? Comment se placer par rapport à autrui sans tomber dans le piège solipsiste ou fusionnel ? Comment trouver une position « avec et pour autrui » (Ricoeur, 1990), c'est-à-dire une position médiane dans cette dialectique soi/autrui ?

Nous souhaitons donc donner quelques repères théoriques qui permettent d'éclairer cette dialectique. Avant de développer ces aspects nous évoquerons brièvement le concept d'identité (puisque, concernant ce concept, nous avons opéré des choix théoriques qui se doivent d'être explicites), et donnerons une définition minimale de l'identité en psychopathologie et en philosophie. C'est ensuite à travers une lecture de G. Diatkine de la notion de *Narcissime des petites différences*, des apports théorico-cliniques de la pratique groupale interculturelle de Kaës, de la notion d'*Inquiétante étrangeté* de Freud et de la lecture qu'en fait J. Kristeva, ainsi que d'une lecture de la Genèse de M. Balmary que nous développerons les aspects dialectiques (et ses « avatars ») des notions d'identité et d'altérité.

¹⁷ Altérité : *philos.* Caractère, qualité de ce qui est autre, distinct. Anton. *Identité* (Trésor de la langue française, version Web).

1. Concept d'identité et définitions :

a) Le concept d'identité : l'identité comme « processus »

Pour penser les questions d'identités sous-jacentes à ce travail, nous sommes partis du séminaire pluridisciplinaire dirigé par Lévi-Strauss en 1977 (*L'identité*, 1977). La notion d'identité est une notion hétéroclite, et ce, quelles que soient les cultures étudiées. D'un point de vue philosophique deux hypothèses s'opposent : on peut considérer l'identité soit comme "substance" soit comme "processus". Or, considérer l'identité comme "substance" (au sens de transcendantal), contraint à une vision statique de l'identité (celle, d'ailleurs, du sens commun). Cette vision condamne à une sorte d'opposition binaire qui serait "la différence absolue" versus "l'invariance" et, qui, outre le fait qu'elle puisse avoir des conséquences sociales et politiques catastrophiques, ne permet pas de "penser le métissage, autrement qu'en terme de maladie ou d'avatars" (Moro, 2004 p.111). Il en résulte qu'il semble plus pertinent de penser la notion d'identité comme "processus". Dans cette perspective, "l'identité est moins une donnée que l'on postule ou que l'on affirme qu'une fonction ineffable à refaire et à reconstruire à tout moment pour rester humain" (Lévi-Strauss 1977, p.331). Il semble donc préférable de penser l'identité en termes de "relations entre des formes" (Moro, 2004 p.110) plutôt qu'en terme de contenu, seule représentation de l'identité qui permette d'avoir une véritable pensée sur le métissage" (*Ibid* p.111).

b) Définitions minimales de l'identité en psychopathologie et en philosophie : identité et altérité, deux notions (nécessairement bien) distinctes mais indissociables

A partir de la notion d'identité, certains auteurs (Ferradji et Moro, 1997 ; Bourgeois et Bruchon-Schweitzer, 1998) ont différencié, entre autres, l'identité en philosophie, en anthropologie, en sciences humaines¹⁸, et, en psychopathologie. En anthropologie, l'identité est une notion constituée de l'identité des choses et de l'identité des personnes. L'identité

¹⁸ En sciences humaines, Erickson élabore l'identité personnelle et sociale. Il souligne que la construction identitaire dépendant des exigences internes et des contingences externes, socioculturelles. Il définit, alors, l'identité comme le sentiment conscient d'être de l'unicité individuelle (sentiment d'être un seul être en accord avec soi-même), du caractère unique de sa personne, mais aussi de la nécessité et des efforts inconscients pour assurer la continuité et la permanence (Serre, communication personnelle 2007).

culturelle, elle, est propre à chaque groupe et fonde son sentiment d'appartenance.

En philosophie, c'est une notion complexe qui inclut, dans son rapport au temps, l'impératif de permanence, malgré le changement. Ricoeur dissocie et oppose deux significations à la notion d'identité : l'identité/ « *idem* » ou « mêmété » (ou du « caractère ») qui correspond à l'identité du Soi qui reste la même à travers le temps, et l'identité/ « *ipse* » ou « ipséité » qui correspond à l'identité du Soi comme « maintien de soi » à travers le temps. Le récit de soi, la narration permet alors de médiatiser, de dialectiser l'identité « ipse » et l'identité « mêmété ». En effet, « la personne comprise comme personnage de récit, n'est pas une entité distincte de ses « expériences ». Bien au contraire [...] Le récit construit l'identité du personnage », c'est ce qu'on peut appeler son « identité narrative ». (Ricoeur, 1990 cité par Taïeb, 2006).

En psychopathologie, c'est à la question du narcissisme et des identifications que la problématique identitaire renvoie. « En référence au narcissisme [...] : c'est l'investissement positif de la représentation de soi qui donne un sentiment d'identité » (Ladame, 1999 p.1228). Pour l'auteur, l'identité serait un sentiment conscient, à la surface, alors que les identifications désignent un processus inconscient, en profondeur. Tout remaniement identitaire (adolescence, accession à la parentalité, migration, traumatisme etc.) qui est susceptible de venir ébranler les assises narcissiques ne doit, à priori, concerner que les identifications secondaires. En effet, les identifications primaires, normalement indemnes de ce processus, doivent pouvoir assurer la permanence et la continuité de l'être dans sa discontinuité. Ainsi, l'identité est « ce par quoi un individu est reconnu et se reconnaît comme tel. Cette définition englobe l'ascendance et la descendance du sujet, la position du groupe par rapport au sujet et la réciproque, la construction qui en est faite, enfin, le caractère réel et/ou imaginaire de ce lien » (Guyotat, 1998 cité par G. Serre, communication personnelle, 2007).

2. Les notions d'identité et d'altérité : aspects dialectiques (et avatars)

a) Une lecture du “ narcissisme des petites différences ” (Freud, 1929) : la dialectique amour/haine de la rencontre avec l'autre

Freud aborde la notion de “ narcissismes des petites différences ”¹⁹ dans *Malaise dans la*

¹⁹ En sociologie la terminologie “ narcissisme des petites différences ” a été reprise pour nommer un type de racisme qui est celui des “ petites différences ”.

culture (1929 Ed. 1989 p.69)²⁰ Dans ces ouvrages, il mène une réflexion concernant les phénomènes de guerre et de violences collectives. Il a l'intuition que c'est peut-être bien le fait même qu'il n'y ait que très peu de différences entre les belligérants qui les rend impitoyables. "[...]ce sont justement les petites différences dans ce qui se ressemble par ailleurs qui fondent les sentiments d'étrangeté (voir infra) et d'hostilité entre les individus [...]" (Freud, 1918 cité par Diatkine, 2000 p.1526). Les petites différences entre deux peuples voisins portent sur les traits sans importance de la vie quotidienne, comme des manières de se nourrir, de se vêtir, de se déplacer ou de parler, et, d'une façon générale, de ce que Mead appelle l'« enculturation » et ce que Mauss appelle les « techniques du corps »²¹. Pour Freud, la compréhension des phénomènes désastreux des effets « des petites différences » (que l'on pourrait résumer, ici, dans l'énoncé « ou nous, ou eux ») réside dans la réalité de l'existence de la pulsion de mort (qui au demeurant reste contestée) et son inévitable déflexion vers l'extérieur (1929). Ainsi les effets du narcissisme des petites différences va presque de soi. Mais, comment pourrait-on donc expliquer le fait que ces mêmes peuples peuvent aussi vivre l'un à côté de l'autre de manière pacifique ? Diatkine apporte une contribution intéressante à cette question. Pour lui, la violence produite par les effets du « narcissisme des petites différences » est plus à rechercher dans le contexte économique, politique et religieux (« le collectif pourrait-on dire »).

Il propose, alors, de considérer que les petites différences ont aussi un aspect désirable. En effet, « elle (la petite différence) est, le plus souvent, au contraire vécue comme un objet de désir, que le moi cherche à introjecter [...] » (Diatkine, 2000 p.1530). Remarquons que Kaës va aussi dans ce sens lorsqu'il dit qu'une des manières de traiter les effets négatifs de la violence s'attachant aux valeurs de la différence de la réalité psychique est « de les réintégrer dans la positivité, en intégrant ce qui est d'abord identique au moi » (Kaës, 2005 p. 77). Il est alors possible de considérer que « le goût de la nouveauté, le plaisir du voyage, la soif de connaissances reposent sur cet aspect désirable des petites différences ». Autrement dit de considérer que « la petite différence change de statut, d'objet de désir, elle devient le signe de la présence chez l'autre semblable d'une menace contre l'identité du sujet » (Diatkine, 2000 p.1530). Kaës évoque lui le « travail de la pulsion de mort » pour expliquer ce phénomène. Il propose de remarquer que celui-ci opère un « travail de déliaison » de ce qui était figé.

²⁰ Il l'aborde également dans *Psychologie collective et analyse du moi* (1973 p.122) et dans *Le tabou de la virginité* (1918).

²¹ Mauss développe une conception globale de l'être humain qui implique le corps dans le langage avec une vision unitaire somatopsychique. La « technique de corps » est un montage physiopsychosociologique accompli par et pour l'autorité sociale, précise-t-il (1950).

Déliation qui selon lui est nécessaire à toute découverte et « fait de l'étranger et de l'autre la figure de nouveaux investissements libidinaux » (Kaës, 2005 p. 87). Cela dit, Freud souligne dans *Au-delà du principe de plaisir* (1920), que c'est bien la désinhibition pulsionnelle qui pose problème (entre pulsion de mort et pulsion de vie). En effet, c'est bien elle qui ouvre la voie à la compulsion de répétition.

b) Apport de la pratique groupale interculturelle à la question de la confrontation à l'altérité culturelle :

Il est intéressant d'évoquer ici les conclusions et résultats de l'analyse des différents mouvements psychiques s'opérant dans les dispositifs de groupe interculturels, même si, sur un plan théorique, il s'agit d'hypothèses restant encore à valider. Ils permettent d'appréhender ce qui se joue dans la confrontation à l'altérité culturelle (tant au niveau individuel que groupal) dans l'espace transféro-contretransférentiel existant dans tout groupe²². Nous ne rapporterons ici que les grands lignes des conclusions pouvant être tirées d'une telle expérience (le lecteur pourra se référer à l'ouvrage *Différence culturelle et souffrances de l'identité* de R.Kaës et Al. (1998) pour prendre connaissance du contenu des sessions).

D'une manière générale, R. Kaës indique que les participants ont pour la majorité été amené à éprouver "la violence psychique" qui peut être mobilisée dans "toute rencontre avec l'autre, l'étrange, l'étranger" (*Ibid* p.54). Selon lui, la rencontre des cultures est violente à cause, entre autres, de ses enjeux dans l'identité du sujet (étant entendu pour cet auteur que ses enjeux se situent là où la culture étaye le fond d'identifications propres à tout groupement, mais aussi les

²² Modalités et spécificités de ces dispositifs:

Les résultats rapportés par cet auteur proviennent de l'analyse des données recueillies dans deux dispositifs différents. Nous n'en présenterons brièvement qu'un seul : le séminaire psychanalytique de groupe interculturel (mené dans les années 80 de type expérimental). Soixante psychanalystes d'origines culturelles diverses et d'obédiences différentes (avec la psychanalyse pour culture commune pourrions-nous dire) se sont réunis. Ce dispositif respectait la règle fondamentale de la libre association, certaines sessions étaient menées sans interprète d'autres avec, certaines étaient menées en petit groupe d'autres en grand groupe (l'alternance petit groupe/grand groupe ayant pour but de mobiliser les angoisses et fantasmes associés au passage du connu à l'inconnu afin d'analyser plus aisément les mouvements de haine et de séduction vis-à-vis de l'étranger).

Nous avons déjà évoqué, de manière générale, les caractéristiques des formes de lien et de groupement mais quelques-unes spécifiquement liées à l'interculturalité sont à relever : la "mise en présence de nombreux autres dont l'étrangeté s'accroît du fait de la diversité des langues" (*Ibid* p.50) favorise la régression à des états narcissiques antérieurs; d'où découlent deux types de mouvements (d'une part mobilisation des aspects les plus indifférenciés du psychisme de chaque sujet - avec établissement de liens fusionnels ou syncrétiques - , d'autre part, appui sur les formations psychiques plus différenciées - avec établissement de liens oppositifs et conflictuels -); enfin, mobilisation des processus interprétatifs localisés dans le préconscient (du fait de la diversité des langages - langues et langages du corps - et de l'incertitude affectant les croyances primaires, pactes et alliances inconscientes du groupement)

identifications qui se constituent dans le rapport primitif à la mère). La rencontre culturelle confronte, selon lui, aux refoulés primordiaux et aux figures de l'archaïque sur lesquelles la culture s'établit dans la psyché, du fait que les ressources et activités du préconscient sont mises à défaut. Aussi cet auteur a exploré les effets psychiques de cette violence.

La confrontation de chacun à l'impossibilité de partager une « langue » et une « culture commune »²³ et la souffrance qui s'y attache ont fait naître des fantasmes de l'« Un », de l'« Unité imaginaire ». En effet, de nombreux participants ont eu recours au mythe de la tour de Babel. Dans ce récit biblique, « tout le monde se servait de la même langue et parlait les mêmes mots » (Génèse 11, 1-10, citée par Kaës, 2005 p.62). Il a pour corrélat, entre autres, « la puissance narcissique de se faire un nom à soi-même » (*Ibid*, p.63). De même, les participants ont exprimé de nombreuses plaintes spécifiques. Souvent celles-ci étaient dirigées envers leurs parents (ceux-ci n'avaient pas su les rendre capable d'établir des relations satisfaisantes avec les « autres »). Elle sont celles de l'« infans », dit l'auteur, et sont selon lui en lien avec la nostalgie de l'« Un », celle des corps culturels réunis dans l'illusion d'une communication directe par la danse, le mouvement (*Ibid* p.58). Ces constats permettent à l'auteur de postuler que la souffrance occasionnée par la confrontation à la différence culturelle ont pour corrélat défensif le fantasme d'être de toutes les cultures et de parler (pour l'inconscient) toutes les langues. Aussi, selon lui, le pouvoir et la jouissance, que véhicule ce fantasme, peuvent être éprouvés dans toute situation interculturelle, à côté, en parallèle de la violence psychique qu'elle occasionne.

Enfin, dit-il, ce dispositif a permis de mettre en évidence deux types de mécanismes de défense mis en oeuvre lorsque nous sommes privés de notre groupe d'appartenance habituel : tantôt nous avons recours « [...] aux références culturelles habituelles », tantôt recours à « l'abandon ou au déni de nos propres repères culturels identificatoires pour nous fondre dans un nouveau groupe d'appartenance » (*Ibid* p.56). Dans ce dernier cas, si les bases culturelles, de ce nouveau groupe d'appartenance entre en contradiction avec les nôtres, la logique défensive suit un mouvement « de renversement dans le contraire ou de l'identification à l'agresseur », c'est-à-dire, ici, l'étranger (*Ibid* p.57).

Ces travaux mettent en évidence que la confrontation à l'altérité culturelle peut engendrer un vacillement identitaire auquel nous pouvons répondre défensivement par un phénomène d'autoréférence ou d'hétéroréférence culturelle. Nous pouvons dire que ce phénomène est une caractéristique générale qui marque les processus connus de nature introjective/projective, mettant en oeuvre diverses représentations (refus/idéalisation), et diverses angoisses face à la

²³ ce que Kaës nomme « souffrance de la langue » et « souffrance de la culture »

perception de l'étranger et du différent.

c) L'inquiétante étrangeté ou les paradoxes de l'altérité :

Dans *Das unheimliche* (1919), Freud aborde la notion « d'inquiétante étrangeté » (traduction du titre de l'ouvrage). Kristeva en fait une lecture particulièrement pertinente dans *Etrangers à nous mêmes* (1988). Elle y souligne que la notion freudienne d'inconscient, a permis d'intégrer au sein de l'unité des hommes « une altérité à la fois biologique et symbolique, qui devient partie intégrante du *même* » (Kristeva, 1988 p.268). « Inquiétante, l'étrangeté », dit-elle, « est en nous : nous sommes nos propres étrangers » (*Ibid*).

➤ Présentation générale de l'œuvre de Freud et de la lecture qu'en fait Kristeva (1988):

En introduction de *L'inquiétante étrangeté*, Freud annonce qu'il veut cerner et définir ce qui peut déclencher un effet d'*unheimliche*, c'est à dire « d'inquiétante étrangeté ». Il se livre, alors, à une analyse étymologique et sémantique des liens existants entre « familier » (*heimlich*) et *unheimlich* son antonyme. Au terme de cette analyse, il parvient à deux conclusions contradictoires : *Unheimliche* caractérise le sentiment produit par la transformation de choses familières en chose étrangères (étranges), et, *Heimlich*, bien qu'ayant apparemment un sens contraire, retrouve le sens d'inquiétante étrangeté quand il glisse vers “ impénétrable ”, “ fermé ”, à la limite “ occulte ”. Il considère cette immanence de l'étrange dans le familier comme une preuve psychanalytique selon laquelle « l'inquiétante étrangeté est une variété particulière qui remonte au depuis longtemps connu, depuis longtemps familier » (p.275). Ainsi ce qui « est étrangement inquiétant serait ce qui a été familier » et (« qui devait rester caché, secret »), mais qui, « dans certaines conditions se manifeste ». Lesquelles, se demande-t-il ?

Kristeva indique donc qu'« un premier pas est franchi qui déloge l'inquiétante étrangeté de l'extériorité pour la replacer à l'intérieur non pas du familier en tant que propre, mais d'un familier potentiellement entaché d'étrange et renvoyé (par-delà son origine imaginaire) à un passé impropre ». « L'autre », dit-elle, « c'est mon (propre) inconscient » (Kristeva 1988 p.271).

➤ L'inquiétante étrangeté et le retour du refoulé :

L'analyse des éléments qui éveillent ce sentiment d'inquiétante étrangeté permet à Freud alors d'émettre l'hypothèse que celui-ci est provoqué par l'apparition dans le réel de « quelque chose qui est pour la vie psychique familier de tout temps, et qui ne lui est devenu étranger que par le processus de refoulement » (*Ibid*, p.246). Freud poursuit en disant que l'inquiétante étrangeté est un cas d'angoisse où « cet angoissant-là est quelque chose de refoulé qui fait retour » (*Ibid*. p. 245-246). Nous pouvons nous, là, rapprocher les considérations de Devereux qui postule qu'une des causes d'angoisse suscitée par la rencontre avec l'autre naît de ce qui est éprouvé comme une « hyper-communication » troublante, au niveau inconscient. Il ajoute, d'ailleurs que cette « hyper-communication », lorsqu'elle est ressentie comme un équivalent de séduction, peut pour cette raison provoquer diverses résistances (Devereux, 1980 p.79). Notre épreuve fugace plus ou moins menaçante de l'inquiétante étrangeté serait donc « l'indice de la fragilité de notre refoulement » (Kristeva, 1988 p. 276). Kristeva, indique que le « constructeur de *l'autre* et en définitive de *l'étrange* » de l'autre « est bien le refoulement lui-même et sa perméabilité » (Kristeva, p. 272).

➤ L'inquiétante étrangeté comme « difficulté à » se « placer par rapport à l'autre » « qui gît au fondement de » l' « accession à l'autonomie » (*Ibid* p. 276) :

Freud souligne que le moi archaïque, narcissique désemparé, non encore limité par le monde extérieur, projette hors de lui ce qu'il éprouve en lui-même, comme dangereux, ou déplaisant en soi, pour en faire un *double* étranger, inquiétant démoniaque. « L'étrange apparaît cette fois comme une défense du moi désemparé : celui-ci se protège en substituant à l'image du double bienveillant qui suffisait auparavant à le protéger une image du double malveillant où il expulse la part de destruction qu'il ne peut contenir » (*Ibid* p. 271). Nous sommes bien là dans le registre de la haine et du narcissisme de mort. Ce développement freudien peut permettre une meilleure compréhension, au niveau individuel²⁴, des processus psychiques responsables des productions racistes.

Soulignons, là, que « la marge de manœuvre » entre l'autre (support de nos identifications) en qui nous voyons une « image anticipée, fictive et idéalisée de nous-mêmes » et, « l'autre dans lequel nous projetons nos objets psychiques les plus encombrants » (Golse, 2006) est étroite. Par ailleurs, nous pouvons sans doute dire que l'autre ne nous effraie jamais autant que lorsqu'il nous ressemble ou plutôt lorsque nous prenons conscience de sa ressemblance,

²⁴ A un niveau individuel, car il est entendu que la psychanalyse n'est pas apte à théoriser des phénomènes sociaux, donc collectif, comme le racisme (Aisenstein 2000, cité par Diatkine, 2000)

puisque nous venons de le voir, il nous ressemble toujours un peu. C'est précisément lorsque nous commençons à « ressentir » que l'autre « n'est au fond que le dépositaire de certains aspects de nous-même qu'il revêt sa dimension la plus inquiétante » (Golse, 2006 p.27), car de ces aspects nous ne voulons, a priori, rien savoir.

➤ Inquiétante étrangeté et « logique décontenancée » :

Freud indique que « toutes les situations où existe un affaiblissement de la valeur des signes en tant que tels et de leur logique propre sont propices » (Kristeva, 1988, p.275)), selon Freud, à l'inquiétante étrangeté. Il évoque par là même les situations d'« incertitude intellectuelle », ou de « logique décontenancée » (Freud, 1919 p.251)). La rencontre avec l'étranger peut être, bien sûr, un paradigme de cette situation, où nous pouvons éprouver plus encore que dans la rencontre d'avec tout autre le sentiment de pas « l'encadrer par notre conscience » (voir cas clinique 1). Dans ces situations, poursuit Freud, la réalité matérielle que le signe devait couramment indiquer s'effrite au profit de l'imagination. Nous sommes ici devant la « toute-puissance de la pensée » (Kristeva 1988 p. 275).

➤ Nos remparts contre l'inquiétante étrangeté : sublimation ou refoulement absolu ?

Kristeva, toujours suivant Freud, propose de considérer que nos seuls « remparts contre l'inquiétante étrangeté » sont d'une part la « sublimation absolue », d'autre part la « rationalité absolue – soit le refoulement absolu ». En effet, la sublimation absolue de l'inquiétante étrangeté permet de la neutraliser : « elle rend vraisemblable, acceptable, tous les retours du refoulé ». (Kristeva, 1988 p. 277). Les œuvres d'art, comme expérience esthétique, par exemple, permettent d'abolir l'effet d'étrangeté, « par le fait même que l'univers entier du discours est fictif » (*Ibid.*), et la rendent délicieuse.

Le refoulement absolu, lui, « liquidation de l'étrange » qui peut rendre « étranger aux autres et indifférent à tout [...] » conduit donc « à l'appauvrissement mental », et est « la voie libre au passage à l'acte, jusqu'à la paranoïa et au meurtre »²⁵ (*Ibid.*).

➤ Une lecture de la Genèse (M. Balamary) : le respect de soi condition d'une position médiane dans la dialectique soi/l'autre

Marie Balamary, psychanalyste hébraïsante, s'appuyant sur une lecture de la Genèse de la Bible, donne un éclairage pertinent concernant les conditions d'une dialectique entre soi et

²⁵ J. Kristeva évoque là, à titre d'exemple Meursault, protagoniste de *L'étranger* de Camus.

autrui dans *La divine origine*. (Notons que nous ne nous sommes volontairement pas référés à Ricoeur, (*Soi comme un autre*, 1990) car le résumer serait sans doute trop le trahir).

Balmory construit sa thèse en trois temps. Dans le premier temps Dieu crée l'humain, le place dans le jardin d'Eden et lui donne le célèbre interdit : « Tu pourras manger de tous les arbres du jardin; mais tu ne mangeras pas de l'arbre de la connaissance du bien et du mal, car le jour où tu en mangeras, tu mourras » (Genèse,2,17); il en profite pour donner la parole créatrice à Adam qui s'en sert pour nommer tous les êtres vivants créés par Dieu.

Dans le deuxième temps, Dieu ne trouve pas bon que l'humain soit seul; mais au lieu de créer un autre humain à partir de la poussière (ex-nihilo donc), Dieu fait tomber une torpeur (*extasis*) sur l'humain ; il dort. Balmory en profite pour dire que, bien avant Freud, la Genèse montre que « l'homme qui dort se met à désirer et part psychiquement à la recherche de ce qu'il désire ». Dieu, donc, donne un coup de pouce à Adam et, lui prenant une côte (ce qui le rend manquant) « bâtit la côte qu'il a prise de l'humain en femme » (Genèse 2,22). De ce fait, de l'Un, devenu manquant, peut advenir l'Autre. « C'est l'un lui-même qui se tourne vers son désir le plus profond, le désir enfoui au fond de son extase. L'humain dort pour la première fois dans le livre. Et cette torpeur, cette extase, est le chemin vers ce qu'il désire et qui n'est pas encore. Ce qui n'existe pas vient de l'inconscience, de l'inconnaissance, de la nuit, du repos. Du non-savoir-vouloir-pouvoir. Le plus merveilleux, le plus proche, vient du moins conscient, du moins maîtrisé. L'être parlant viendra donc de l'être parlant, le créateur ne fait que « bâtir en femme » ce qu'il a pris « du côté » ou « de la côte » (même mot hébreux) d'Adam » (*Ibid.*p.83). L'auteur note alors que « l'humain » se transforme en femme et homme. « C'est lorsque la femme est tirée de l'humain qu'advient aussi l'homme », soit, dans les textes hébreux : « Celle-ci sera proclamée femme car de l'homme elle a été prise » (Genèse 2,24). Elle conclut donc : « L'homme ne connaît qu'il y a homme que lorsqu'il reconnaît femme...Homme et femme adviennent donc ensemble, l'un pour l'autre » (*Ibid.*p.85). Il existe, dit-elle, « une communauté de substance, la séparation des corps, la distinction des sexes...mais l'humain parle de l'homme, de la femme et du sujet sans être encore lui-même sujet », car il ne se connaît pas connaissant.

Enfin, dans le troisième temps d'exposition de sa thèse, M. Balmory revient sur le célèbre interdit mentionné au début et en fait une lecture précise. Avant d'être placé dans le jardin d'Eden, l'humain a besoin, comme tout être vivant, de se nourrir pour subsister biologiquement. Une fois dans le jardin d'Eden, « la nourriture n'est pas donnée seule. A l'homme, il ne faut pas seulement des fruits mais aussi quelque chose qui ne se trouve pas dans la nature, mais qui ouvre un autre lieu : la culture, et c'est un interdit (« tu ne mangeras pas », une négation), qui ouvre à l'humain le champ de la culture ». La culture est donc, pour

cette auteur, le don de la négation donc celui de la distinction et de la séparation : il y a tous les arbres du jardin et un arbre, à distinguer des autres, auquel il ne faut pas toucher, qu'il ne faut pas manger. « A quoi sert cette négation ? Le TU de « tu ne mangeras pas » a besoin de cette négation pour ne pas mourir » (*Ibid* p.87). Et cet arbre, pour M. Balmary, est mis pour l'autre, celui qu'il ne faut pas manger, c'est à dire qu'il ne faut pas détruire. Il faut le respecter si l'homme veut vivre, autrement dit se développer et s'enrichir, dans une dimension de culture et de relation. L'interdit est nécessaire à la relation. « Il ne dépend que de nous, une fois entendue la loi de relation, de nous tenir debout l'un à côté de l'autre et de nous reconnaître mutuellement. Cet interdit est posé devant le premier qui parlera. Tu peux manger tout sauf l'autre... « Du jour où tu en mangeras, tu mourras » peut s'entendre ainsi : « *Le jour où j'aurais mangé ce qui me différencie de toi...tu seras moi et je serai seul ; et sans TU, JE ne se maintiendra pas. A la fin, personne* » (*Ibid* p. 90)... » Qui respecte l'interdit séparateur s'empare pour lui-même de la négation. Elle travaille désormais pour lui aussi.. Elle le protège. Cette négation, ce « ne...pas » le gardera de toute confusion entre le JE et le TU. Autrement dit : JE-qui-ne-suis-pas-toi (je ne te mange pas, tu ne deviens pas moi) parle à toi. Dès lors, je peux t'écouter, te parler sans que ta présence me dévore. Car, de même que je ne suis pas toi, tu n'es pas moi. Mais c'est dans un deuxième temps. *Le premier temps de la négation est mon propre respect sur lequel psychiquement, je m'appuie; je peux désormais croire la négation efficace, croire à mon identité parce que je reconnais la tienne en maintenant la séparation – le non-manger. Parce que je ne te mange pas, je ne suis pas mangé. Logique du verbe* » (*Ibid*.p. 90).

Il est intéressant de rapprocher ce développement de M. Balmary avec les considérations de Levi-Strauss. En effet, ces deux auteurs vont dans le même sens : l'obligation de relation est première l'interdit ne vient que dans un second temps pour rendre cette relation possible.

On retiendra de ce développement que pour construire sa propre identité, il y a nécessairement besoin de reconnaître celle de l'autre. « C'est la relation à l'autre qui nous indique la partie la plus haute, la plus enrichissante de nous-même(s) » (Chamoiseau et Glissant, 2007). Or, « les identités posent des distinctions et des séparations au lieu de poser des éléments de communication » (Misrahi 1999, cité par Moro 2004 p.12). Autrement dit, le principe de l'identité se réalise ou se déréalise parfois dans des phases de régression [...] ou de pathologie (Chamoiseau et Glissant, 2007).

Parce que nous avons besoin de l'autre, nous maintenons avec lui un lien conflictuel. Les enjeux du lien à l'autre correspondent à « un besoin d'identification » et une peur de « celui-ci » (Bouvet cité par Kristeva, 1988). Les enjeux de cette dialectique ne sont ni plus ni moins

les enjeux identitaires narcissico-objectaux. A l'adolescence, l'appétence pour des modèles identificatoires sans doute en rapport avec une mise à mal des assises narcissiques peut engendrer la dépendance. Elle est alors décrite « comme l'utilisation à des fins défensives comme contre-investissement d'une réalité interne souvent défailante ou menaçante » (Jeammet, 1980). L'objet d'addiction « archaïque », restant extérieur permet d'éviter au sujet des angoisses de perte et d'intrusion, à des fins « de sauvegarde de l'identité » (Kestemberg 1962). Ce mode de fonctionnement a des implications importantes sur les attitudes thérapeutiques. « Toute la difficulté résidera dans la nécessité de rendre une appétence objectale tolérable » (Jeammet, 1997), sans quelle soit menaçante pour le sujet (soit ici sans recours à l'objet addictif). Denis (2006, p. 1106 cité par Taïeb, 2006), oppose en faisant référence à Ricoeur, « l'identité relative qui permet de disposer d'un éventail de positions identificatoires assez large ou « l'ipséité » ne se renie pas » à l'identité absolue qui est une question de survie psychique » (Denis, 1999). On pourrait, alors « opposer schématiquement la construction progressive et jamais achevée d'une identité relative, polyphonique, qui serait le fait des organisations névrotiques, à l'affirmation d'une identité absolue qui serait le fait des organisations caractérielles, comportementales ou état limites ». « A une identité toujours en devenir s'oppose une identité absolue fétichisée » (Denis 2006 p. 1107 cité par Taïeb 2006) ». On a besoin des autres pour être soi-même, on met des choses de soi en l'autre, cependant, il est important que nous ayons des assises narcissiques solides pour que ce lien ne se conflictualise pas trop. Aussi être « avec et pour » soi-même qui implique le respect de soi est la condition pour pouvoir être dans une position « avec et pour autrui » (Ricoeur, 1990).

D. Perspectives cliniques et thérapeutiques

Jusqu'à maintenant dans ce travail, nous nous sommes attachés à montrer outre l'existence de la dimension socio-culturelle du contre-transfert, ses enjeux collectifs et identitaires, ainsi que ses implications cliniques. Ces dernières, dont on a pu voir qu'elles oscillent de la fascination au rejet de l'autre, nous ont permis de nous rendre compte de la nécessité de reconnaître son contre-transfert culturel et de l'explicitier afin d'éviter de commettre de nombreux impairs. Par ailleurs, nous avons vu qu'en situation thérapeutique individuelle, son identification et son explicitation est particulièrement délicate

Dans ce chapitre, nous aborderons plus spécifiquement la question de son *élaboration*, c'est-à-dire que nous explicitons ce que nous entendons par « élaboration de *l'altérité en soi* » et par « *décentrage culturel* ». Ensuite, nous montrerons que, dans certaines situations, des

aménagements de l'espace thérapeutique peuvent s'avérer nécessaires pour réduire les effets négatifs de contre-transfert culturel. Son identification et son explicitation ainsi que les aménagements théorique et technique du cadre thérapeutique ont bien sûr pour visée de **réduire la distance** avec l'autre, de **réunir patient et thérapeute**, là où les effets de contre-transfert culturel peuvent les séparer.

Nous discuterons là tant les aménagements de l'espace thérapeutique en dehors d'un dispositif spécifique que ceux d'un dispositif spécifique. Concernant ce dernier, nous décrirons et expliciterons le fonctionnement du dispositif groupal transculturel (encore appelé consultation transculturelle groupale) de l'hôpital Avicenne en Seine-saint-Denis. Nous verrons que de par ses spécificités (notamment pluri-linguistique et pluri-« ethnique »), il constitue une modalité féconde de l'élaboration du contre-transfert culturel (Nathan et Moro, 1990 ; Moro, 1994 ; Ruiz Correa, 2005 ; Kaës, 2005), à notre connaissance, la plus féconde qui soit (Moro et Nathan, 1990) (voire la seule efficiente (Nathan, 1990)). De plus, nous verrons que dans ce dispositif le contre-transfert culturel a aussi des applications thérapeutiques. En cela dans la consultation transculturelle spécialisée, le contre-transfert culturel peut avoir un destin tout autre qu'en psychothérapie individuelle.

Notons dès lors un point fondamental sur lequel nous ne reviendrons pas : les aménagements de l'espace thérapeutique ne sont bien sûr pas forcément nécessaires pour tous les patients migrants. Leur utilisation systématique serait ni plus ni moins du « racisme institutionnel », et consisterait en une « réification de l'étranger ». Mais, se révélant indispensable pour certains, il faut systématiquement en évaluer la nécessité » (Moro et Baubet, 2003 p.192).

a) L'élaboration du contre-transfert culturel, élaboration de l'altérité (en soi) et décentrage, une nécessité individuelle (mais aussi collective)

➤ Généralités :

De manière générale, analyser son contre-transfert en situation thérapeutique, c'est analyser tout autant ce que l'autre engendre en nous, que ce que nous engendrons chez l'autre, que les manières dont on s'engage avec l'autre, et, dont l'autre s'engage avec nous, et ce dans ses dimensions conscientes et inconscientes (Devereux, 1980). Cela nécessite en premier lieu de le reconnaître c'est-à-dire de l'**identifier**, de l'**expliquer**, et de l'**élaborer**. Celui-ci n'est objectivable qu'à partir d'une référence tierce (superviseur surtout, mais aussi superviseur(s) fantasmé(s), institution, références théoriques, écriture etc.), seul moyen de se décentrer de ses propres réactions, et nécessite le recours à l'outil psychanalytique. La reconnaissance et l'

objectivation du contre-transfert dans sa dimension culturelle nécessite dans cette triangulation l'introduction d'autres épistémès : l'anthropologie en premier lieu (en général, mais aussi médicale), la sociologie, l'histoire et la politique. En situation individuelle son élaboration est délicate en tout premier lieu parce que la culture « ne se connaît » que dans son rapport au « dehors », c'est-à-dire après franchissement de ses « frontières » (Kaës 2005). Par là même nous verrons que le dispositif transculturel groupal est une modalité spécifique d'élaboration du contre-transfert culturel.

➤ L'élaboration de l'altérité... « en *soi* » (Moro, 2004) :

L'autre, peu ou très différent de nous socialement, culturellement, physiquement, psychiquement etc. est toujours autre, et doit être reconnu et appréhendé comme tel : la question est là celle de la reconnaissance et de l'élaboration de l'altérité. Celle-ci dépend des enjeux dialectiques narcissico-objectaux du lien de soi à l'autre.

Elaborer l'altérité nécessite en tout premier lieu une élaboration de « l'altérité en *soi* » (Moro, 2004), cet « autre » de et en nous -même (Kristeva, 1988), c'est-à-dire notre inconscient (voir partie précédente). En effet, l'autre étant toujours dépositaire de parts de nous-même, de nos bons comme de nos mauvais objets psychiques, l'appréhender c'est d'abord découvrir ou recouvrir, à son endroit, ces parts qui nous appartiennent en propre. En cela l'autre est nécessaire à la connaissance de soi (Kristeva, 1988 ; Ricoeur, 1990). Aussi, lors de notre confrontation avec l'autre, « l'étranger » (*Ibid.*), cette (re)connaissance de « *notre* propre étrangeté », de notre propre altérité, est une manière que « nous n'en souffrions ni n'en jouissons du dehors (Kristeva, 1988 p. 284). Une manière de ne pas réifier l'« étranger » (*Ibid.*), de « ne pas le fixer comme tel, c'est-à-dire nous l'avons compris « de ne pas » *nous* « fixer comme tel », est donc de « s'analyser en l'analysant » (*Ibid.*).

Sans doute, une part « d'utopie » (*Ibid.*) émane de cette assertion, car, aussi analysés soit-on, « l'étranger (l'inconscient) fera toujours figure à demeure » (Golse, 1997 p.27), et heureusement d'ailleurs. Cela dit, c'est d'abord en acceptant de se « laisser affecter » (Moro) par l'autre, en prenant conscience de l'étrangeté et de l'angoisse inhérente à sa rencontre et des « filtres déformants » (Devereux, 1980) que nous utilisons pour nous en défendre, que nous nous mettons en marche vers cette utopie. Il s'agit là d'un positionnement d'ordre éthique, seul valable pour une (re)connaissance de l'autre, connaissance qui bien sûr restera partielle cela va sans dire.

Nous avons vu dans la première partie que tout psychothérapeute doit se questionner au cours de son analyse personnelle sur ce qui l'amène à vouloir pratiquer cette profession. En effet, du point de vue pulsionnel, ces éléments organisant le « pré-contre-transfert » et leur prise de conscience est indispensable à l'élaboration du contre-transfert. Il est donc à remarquer que tout thérapeute qui souhaite pratiquer en situation (inter)transculturelle, nous pensons là particulièrement aux départs en mission humanitaire, doit être amené à se poser la question de ce qui l'amène à vouloir travailler avec l'autre « étranger » (Kristeva, 1988). Que recherche-t-il, qu'attend-il de cette rencontre ?

➤ Le décentrage culturel, élaboration de la *Culture en Soi*

Notons d'abord que le décentrage « consiste à construire une position intérieure qui permette de ne pas ramener de l'inconnu à du connu » (Moro, 2003 p.185) est nécessaire tant en situation interculturelle que intraculturelle (reconnaissance de la « complémentarité » et de la « réciprocité » (Devreux, 1980) structurales qui organisent toute interaction, restant implicites en situation intraculturelle). Comme nous l'avons vu, il nécessite une connaissance respectueuse et approfondie du concept de Culture, c'est à dire de sa fonctionnalité.

L'élaboration de la « Culture en Soi » passe nécessairement par l'élaboration de ce qui organise le « pré-contre-transfert culturel ». Concernant ce qui est foncièrement propre au thérapeute, c'est-à-dire totalement indépendant du patient, le questionnement qui lui est nécessaire pourrait se résumer par : « Comment le fait de travailler à partir de telles théories et pratiques, dans telle institution, dans telle société, ayant telle histoire, tel contexte socio-économique, telle politique influent-ils mes réactions de contre-transfert ? ». Nous voyons que la tâche n'est pas facile. Si ces éléments, à caractère collectif, doivent être élaborés individuellement, sans doute cette élaboration sera²⁶ facilitée par une élaboration collective (alors nécessairement pluridisciplinaire). D'autres éléments du pré-contre-transfert culturel du thérapeute, là dépendants du patient et plus précisément de ses affiliations, sont à prendre en considération. En effet, l'élaboration de celui-ci nécessite des questionnements de la part du thérapeute comme, par exemple : « Qu'est - ce qu'éveille en moi la consonance du nom de tel patient que je vais rencontrer ? A quel événement historique, à quel fait de société etc. me renvoie-t-il ? Quel imaginaire, quelle fantasmagorie éveille-t-il en moi ? ». Un exemple de réaction pré-contre-transférentielle de nature culturelle est donné dans le cas clinique 1 :

²⁶ Verbe au futur, car pour le moment cette élaboration reste en France très, sans doute trop « centralisée » : un seul lieu de formation hospitalo-universitaire en psychiatrie transculturelle existe en France, il s'agit du service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent du Pr. Moro de l'hôpital Avicenne).

l'annonce, entre autres, de l'origine culturelle du patient a entraîné une incertitude du thérapeute quant à ses aptitudes professionnelles, incertitude qui a influencé son contre-transfert.

L'expérience clinique, même quotidienne avec des populations migrantes, n'est pas un gage de l'acquisition de la faculté de décentrage culturel. En effet, les déformations contre-transférentielles ethnocentriques peuvent être répétées, maintenues, voire renforcées et consolidées par l'expérience (Moro, propos rapportés ; Bourguignon, 2001). L'expérience la plus efficace qui soit en ce qui concerne l'acquisition du décentrage culturel est l'expatriation de soi-même, et la pratique clinique en situation d'expatriation (Moro, 2004).

La question de la méthodologie du décentrage culturel sera aussi abordée dans la partie concernant les adaptations du cadre thérapeutique.

2. Adaptations du cadre des interventions psychothérapeutiques en situation interculturelle en dehors d'un dispositif spécifique : une réduction des effets de contre-transfert culturel

Ces aménagements peuvent s'avérer nécessaires en situation interculturelle, car, si en situation intraculturelle les implicites (théoriques et techniques) du cadre thérapeutique sont généralement partagés entre patient et thérapeute, en situation interculturelle il n'en va pas de même. Le thérapeute doit alors pouvoir instaurer un cadre qui permette au patient l'expression de sa souffrance éventuellement « culturellement préformée » (Nathan, 1986).

Cependant « ce cadre doit rester cohérent avec sa propre personne et au mode d'approche » que le clinicien maîtrise (*Ibid.*). En effet, le thérapeute ne doit pas « perdre son identité culturelle et professionnelle [...] sous peine de perdre son âme et son efficacité » (Moro, 2004 p.114). Nous l'avons vu, le fait que le thérapeute ait des assises identitaires solides, ici tant idiosyncrasiques que professionnelles, est une condition requise à une reconnaissance de l'altérité et une compréhension de la différence de son patient.

Ces aménagements du cadre qui concernent les thérapies individuelles sont tous appliqués (avec des modalités différentes) dans le dispositif de groupe transculturel.

L'aménagement du cadre des interventions psychothérapeutiques en situation interculturelle parce qu'il réduise la distance existante entre patient et thérapeute peut présenter un triple intérêt : améliorer la qualité de l'évaluation (parfois la modification du cadre permet même de

modifier radicalement un diagnostic), améliorer l'alliance thérapeutique avec le patient (Do, 2000), et donc, augmenter les chances de réussite du traitement.

a) Les adaptations concernant le thérapeute lui-même (méthodologiques et théoriques) :

➤ Des outils méthodologiques souvent nécessaires : complémentarisme et décentrage

Nous l'avons compris, ce diptyque constitue les fondements méthodologiques de la pratique ethnopsychiatrique (avec bien sûr l'analyse du contre-transfert culturel). Si nous en avons développé les aspects théoriques au début de ce travail, nous essayerons ici de montrer leur pertinence clinique en tant qu'ils réduisent les effets de contre-transfert culturel.

Le décentrage culturel et l'utilisation de l'outil complémentariste sont des adaptations du cadre qui peuvent s'avérer importantes voire essentielles. En premier lieu, le décentrage culturel, qui contraint le clinicien à suspendre un diagnostic souvent trop prompt lorsqu'il est fait à partir de nos catégories occidentales (par exemple, confusion entre du matériel culturel comme l'envoûtement et un délire, non perception d'un affect mélancolique sous un discours centré sur la sorcellerie etc.) et l'utilisation de l'outil complémentariste conduisent à une multiplicité d'hypothèses étiologiques. Rappelons que ce dernier oblige le clinicien à avoir, de manière non simultanée, plusieurs lectures du matériel recueilli. Or, les travaux portant sur l'évaluation des psychothérapies ont montré que la capacité du thérapeute à modifier ses hypothèses diagnostiques est un facteur général d'efficacité quelle que soit la technique psychothérapeutique utilisée (Lecomte et Castonguay 1987, cité par Moro 2004).

Pour expliciter notre propos, nous évoquerons, par exemple, les théories étiologiques d'envoûtement ou de sorcellerie parfois évoquées par certains patients de culture non occidentale. T.Nathan. souligne que lorsque un patient d'origine africaine dit « : « je suis envoûté par X », le thérapeute occidental a tendance à entendre : « je ne peux supporter les sentiments d'amour-haine que j'éprouve envers X et les lui attribue projectivement ». [...] Or, pour ce patient, la proposition « je suis envoûté par X », peut « immédiatement être comprise comme : « X est *en* moi, je suis plein de la pensée que j'ai de lui ». Pour ce patient, cette proposition » peut être « un énoncé sur son intériorité » (Nathan, 1986 p. 35). De fait, il ne s'agit pas pour le clinicien occidental d'« entendre » (on pourrait même dire de croire en) *ipso facto* l'une ou l'autre de ces propositions, il s'agit, pour lui, de se *décentrer* de ce que naturellement, spontanément il tend à interpréter de cet énoncé. « La réduction de catégories

de la pensée africaine comme celle de la sorcellerie [...] à une interprétation persécutive » n'est pas légitime (Moro, 1994 p.61). La sorcellerie est à penser d'abord comme une modalité culturelle d'exprimer une vulnérabilité et une effraction (propos rapportés). Il y a nécessité dans chaque cas de s'interroger sur « les dynamismes concrets impliqués dans la genèse de la maladie », dynamismes « que la notion de persécution risque d'occulter » (Corin, 1991 p.148).

On voit, là, en quoi le décentrage culturel et le recours à une méthodologie complémentariste est essentielle. Dans cet exemple, il importe plus particulièrement d'avoir une lecture anthropologique et psychodynamique du matériel. Le clinicien pourra, alors, appréhender la complexité du phénomène psychique en étudiant les interactions existantes entre le niveau anthropologique et psychodynamique. Bien sûr, nous ne le répèterons jamais assez, dans d'autres situations d'autres lectures peuvent s'avérer nécessaires pour appréhender la complexité du matériel, telle une lecture socio-historique. Nous évoquerons, là, par exemple, le cas explicité par Devereux dans *Psychothérapie d'un Indien des plaines* (1951), dont nous avons déjà parlé. En début de cure, le patient, Indien Wolf, avait développé un transfert négatif envers son analyste car il l'assimilait au « blanc colon » responsable du génocide de son peuple. Si l'analyste n'avait pas eu une lecture de la situation prenant en compte la dimension socio-historique de celle-ci (qui lui a permis de comprendre ce qui était en jeu dans le transfert du patient) il aurait probablement interprété de manière univoque le transfert négatif du patient comme étant, par exemple, le signe d'un transfert d'affects envers la figure paternelle.

- La nécessité d'une attention particulière aux travaux de recherche en psychiatrie transculturelle, anthropologie médicale et épidémiologie culturelle :

Bien que cela puisse paraître évident, nous souhaitons souligner ici que se référer aux travaux de recherche en épidémiologie culturelle, en anthropologie médicale (qui aide à mieux comprendre les patients migrants en obligeant à entendre les logiques inhérentes à chaque système culturel et médical (Taïeb et Heidenreich, 2003)), en psychiatrie transculturelle (nous pensons notamment à ceux qui interrogent la validité transculturelle de nos outils d'évaluation) s'avère d'un grand recours pour toute pratique psychiatrique interculturelle. Encore très peu connus dans le système de soin français en santé mentale, sans doute leurs résultats mériteraient-ils d'être appréhendés de manière collective (formation continue, universitaire etc.). Kress (1995 cité par Bourguignon 2003) soutient que c'est la

diversité des références théoriques qui garantit l'éthique de la psychiatrie (qui est celle du soin considérée comme mise en œuvre du savoir médical).

b) Les adaptations techniques :

➤ L'introduction de la langue maternelle parfois nécessaire :

L'introduction de la langue maternelle du patient peut s'avérer nécessaire, quand bien même celui-ci parle la langue du thérapeute. En effet, même si le patient n'a pas de difficultés linguistiques dans la vie quotidienne, le recours à sa langue maternelle peut lui être précieux pour évoquer tout élément qui implique plus particulièrement sa subjectivité (son intériorité, ses relations aux autres, Dieu etc.). Le patient doit donc avoir la possibilité de parler sa (ou ses) langue(s) maternelle(s) (selon ses envies, ses possibilités et la nature du récit qu'il construit). Par possibilité, nous entendons choix. Par ailleurs, dans ces circonstances, c'est plus particulièrement « le *lien* entre les langues qui est recherché » (*ibid.*), figuré par le passage d'une langue à une autre. Il ne s'agit donc pas d'un renvoi parfois « artificiel » à une langue maternelle « fossilée » (*ibid.*).

L'interprète, lui, connaît, bien sûr la langue du patient mais aussi sa culture, et, s'il lui est demandé de traduire mot à mot, il peut aussi lui être demandé de reconstituer le contexte des mots, les représentations sous-jacentes, « les mondes qui donnent sens aux mots et ses propres associations » (Moro, 2004 p.115). On peut dire qu'à ce titre l'interprète peut (à certains moments de l'entretien) être un *médiateur* culturel, qui en introduisant des informations contextuelles, peut éclaircir le sens des énoncés du patient. Par exemple, en milieu bambara le terme *gankedimi* est souvent traduit par « règles douloureuses », or, la plupart du temps, il est utilisé par les femmes pour évoquer, sans prononcer le mot, la crainte d'une stérilité. On voit là en quoi l'interprète peut être aidant à la compréhension de la problématique du patient. C'est-à-dire que si, effectivement, une certaine transparence et une certaine neutralité sont à exiger de la part de l'interprète, son engagement dans un rôle de médiateur, de passeur culturel est également à valoriser. Par ailleurs, l'introduction de ce tiers, qui n'est pas culturellement neutre, modifie la configuration de la relation thérapeutique. L'interprète va être mis à une place particulière par le patient, et, des enjeux transféro-contreférentiels vont se jouer entre patient et interprète²⁷. Après l'entretien, ces éléments peuvent faire l'objet d'une discussion (entre thérapeute et interprète). Celle-ci peut, outre faciliter le rôle et le confort de

²⁷ Sans doute d'ailleurs aussi entre interprète et thérapeute.

travail de l'interprète, être particulièrement informative, notamment sur les enjeux transféro-contretransférentiels se jouant avec le patient.

Travailler avec un interprète est un travail de collaboration. Il nécessite donc que le thérapeute puisse expliciter ses attentes par rapport au traducteur et prenne en compte tout ce qu'implique que celui-ci soit lui aussi un « être pensant » (*Ibid.*).

➤ Des techniques d'entretien qui peuvent être (re)pensées :

La relation duelle ne va pas forcément de soi pour un patient issu d'une culture non occidentale où l'individu est pensé en interaction constante avec ses groupes d'appartenance (Moro et Baubet, 2003). Elle peut être vécue comme intrusive, menaçante. Si tel est le cas, il est nécessaire de reconstituer les conditions permettant un déploiement de la subjectivité du patient, en proposant au patient de venir avec quelqu'un de son choix ou, par exemple, de proposer à un soignant qui le connaît de venir à la consultation (ce qui est simple en institution) (Moro, 2004). De même, la technique de l'entretien doit être (re)pensée. « Les questions directes sur l'intimité, la vie de couple, le privé, les aspects culturels tels la polygamie, les rites sont à éviter. Elles sont souvent vécues comme « violentes, intrusives, saugrenues, et parfois impolies » (notamment, lorsqu'elles ne respectent pas les règles culturelles de l'échange : ordre des générations, différence des sexes etc.) (Moro et Baubet, 2003 p.193). Aussi, le clinicien devra tenter, au maximum, d'explorer ces aspects de manière implicites (en usant de périphrases, de métaphores, d'euphémismes par exemple).

De même il est « nécessaire de partir des représentations du patient (sur ce qui lui arrive, de le questionner sur ses attentes par rapport au traitement, sur ce qu'est, pour lui, être malade, être guéri) » (Moro et Baubet, 2003 p.193). L'important est de signifier au patient qu'on est prêt à entendre les représentations culturelles qu'il a sur ses troubles (car, la plupart du temps il ne s'autorise pas à les exprimer spontanément). Il est important que celles-ci puissent être dites « afin de ne pas redoubler le clivage entre les univers d'appartenance » (*Ibid.*).

Cependant, ceci est particulièrement délicat, car, si le thérapeute formule une question montrant qu'il connaît, par exemple, le fonctionnement de l'étiologie sorcière ou de l'étiologie par les *Djinn*s²⁸, il ne se trouve « plus tout à fait dans la même position de neutralité » (culturelle) « qu'avant de la poser » (Nathan, 1988 p.83). En effet, le patient peut,

²⁸ *Djin*, pluriel *jnounn* : sorte d'esprit maléfique propre au monde musulman, que l'on retrouve en Afrique noire musulmane sous le nom de *Djinné* et à qui l'on impute toutes les sortes de négativités : malchance, maladie, échecs sentimentaux, crises de folie etc., mais aussi certains pouvoirs : ainsi dit-on d'une vieille femme kabyle : « elle a ses jnoun » qui désignent alors des génies auxiliaires (Nathan, 1986 p.89).

alors, se questionner : « Qui est ce thérapeute « Un thérapeute traditionnel ? » mais de quel type ? Un thérapeute occidental, mais, qui croit aux étiologies sorcières ? » » (*Ibid.*). Il peut alors, déposer auprès du thérapeute un riche matériel culturel qui embarrassera fort ce dernier. C'est-à-dire que, à la différence du dispositif groupal, en relation duelle, il n'est guère possible de travailler à partir des représentations culturelles.

Tous ces aménagements, ces adaptations du cadre doivent être connus du clinicien. Ils permettent la négociation du cadre (nécessaire à tout travail psychothérapique) en situation interculturelle. En outre, cela permet de réduire la distance culturelle existante entre patient et thérapeute (et par-là même de réduire l'éventuel sentiment « d'étrangeté » du patient éprouvé dans une telle situation). Aussi, la perception qu'aura le thérapeute de son patient sera moins sujette à des déformations contre-transférentielles, notamment ethnocentriques .

3. Le dispositif groupal de psychiatrie transculturelle : perspectives thérapeutiques du contre-transfert culturel

Nous avons choisi de décrire les modalités de fonctionnement du dispositif de la consultation d'ethnopsychiatrie du service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent du Pr. Moro (hôpital Avicenne, Bobigny), afin de discuter les applications cliniques et perspectives thérapeutiques du contre-transfert culturel dans celui-ci. Ce dispositif est le plus spécifique, et peut-être le moins connu (car le plus éloigné de la pratique habituelle en Europe).

Précisons tout de suite que le dispositif de soins transculturel de Bobigny est « un *setting* à géométrie variable » (Moro, 2004 p.99). En effet, il existe de nombreux passages entre thérapies individuelles et de groupe. Les dispositifs de soins proposés aux patients sont à chaque fois adaptés à la situation. Les possibilités sont multiples : suivi de groupe avec thérapie individuelle en parallèle, consultations d'évaluation en groupe de une voire quelques séances puis suivi individuel (ou pas), suivi en petit groupe (de 2 voire 3 thérapeutes), consultations transculturelles indirectes où seule l'équipe prenant en charge le patient est reçue etc..

Concernant l'introduction d'un dispositif spécifique dans le système de santé de droit commun, indiquons qu'il ne s'agit pas de cliver soins ordinaires/soins aux patients migrants. Une telle « réification de l'étranger » correspondrait à un positionnement institutionnel raciste. De plus, les services de psychiatrie de secteur n'auraient plus à se questionner sur la pertinence d'aménagements de leur cadre de soin. Nous verrons que les indications de

consultation transculturelle de groupe sont très spécifiques, qu'elles concernent, tant en théorie qu'en pratique, une très large minorité des patients migrants.

a) Un dispositif centré par la psychanalyse et l'anthropologie dans une perspective complémentariste, mais aux références multiples et syncrétiques

Nous invitons le lecteur à se référer à la première partie de ce travail pour les aspects théoriques et méthodologiques fondamentaux de ce dispositif. Nous souhaitons par contre souligner que si le dispositif est évidemment complémentariste, il est aussi « éclectique »²⁹ (Moro, 2004 p. 104). Il « reconnaît des références multiples et syncrétiques en fonction des situations : des éléments de thérapie familiale psychanalytique et systémique pour les entretiens familiaux, une once d'éthologie humaine pour l'évaluation des interactions mère-enfant, un peu de pragmatique pour l'analyse des niveaux verbaux et infra-verbaux... Cet assemblage de données théoriques et méthodologiques tirées de domaines parfois considérées comme hétérogènes est à considérer comme un « bricolage », au sens noble de ce terme donné par L. Strauss » (Moro, 2004 p.104).

b) Pourquoi et quand proposer un dispositif de groupe ?

➤ Pourquoi un groupe ?

Nous l'avons déjà dit, Devereux n'a jamais préconisé d'adaptation du cadre si ce n'est les adaptations concernant le thérapeute lui-même que nous avons déjà évoquées (décentrage culturel, utilisation de l'outil complémentariste et analyse du contre-transfert culturel). Il prenait en compte les facteurs culturels dans le cadre psychanalytique classique. A partir de la théorie de Devereux et de ses principes méthodologiques, Nathan (1990) a ajouté un certain nombre de paramètres qui ont montré l'importance, dans certaines situations, de proposer des soins sur un mode groupal.

Tout d'abord, sur le plan culturel, dans les sociétés non occidentales, l'individu est pensé en interaction constante avec son groupe d'appartenance (Moro, 2004 p. 112). Les «logiques culturelles par définition groupales » jouent un rôle majeur dans sa structuration psychique (Nathan, 1990). De plus la maladie est considérée comme un événement ne concernant pas seulement l'individu malade, mais aussi la famille et le groupe (*cf.* partie concernant « les

²⁹ « L'éclectisme repose ordinairement sur cette opinion que les systèmes sont defectueux parce qu'il sont étroits et exclusifs, et, en général vrais par ce qu'ils affirment et faux par ce qu'ils nient » (Morfaux, 1980, cité par Moro 2004 p.104)

représentations de la maladie »), et, est, par conséquent, soigné sur un mode groupal (groupe social ou communauté thérapeutique). « Le traitement collectif de la maladie permet d'abord un compromis entre une étiologie collective et individuelle du mal et une étiologie individuelle » (Moro, 2004 p.113). Le groupe peut donc être important dans les situations de soins. Il est important de préciser tout de suite que, dans le dispositif groupal transculturel, cette recontextualisation (quelque fois indispensable à l'instauration d'une alliance thérapeutique, d'une compréhension de la situation etc.), équivalente d'une récréation du *même* n'est qu'un préliminaire au travail du *différent* (c'est-à-dire de l'altérité).

Par ailleurs, à un niveau général, le groupe (comme tout groupe) offre des potentialités d'étayage, de contenance et de portage (au sens winnicotien) au patient et à sa famille. Ceci est dû en partie au fait que le groupe participe à la construction des étayage du patient par le biais de processus de projections et d'identifications, et permet un diffraction du transfert.

➤ Les indications et les limites :

De manière générale, le dispositif de groupe est à proposer en seconde intention, c'est-à-dire quand le patient a déjà bénéficié d'une autre prise en charge dans un cadre classique. Cependant, dans de rares cas (le moins souvent possible) il peut être proposé en première intention. De toutes les manières, aucune indication ne doit être posée sans une évaluation préalable, approfondie, de la situation.

Les indications de dispositif de groupe peuvent être proposées lorsque le patient et sa famille « errent d'un système occidental de soins (médecins, psychiatres, psychothérapeutes, etc.) à un système traditionnel de soins (consultation de guérisseurs au pays et ici) sans pouvoir faire de lien entre ces lieux et sans qu'aucun ne déclenche de véritable travail d'élaboration et de transformation de la situation » (Moro et Baubet 2003 p. 190). En effet, ceux-ci peuvent, après avoir consulté un thérapeute occidental, ne pas adhérer aux modalités de traitements proposés car « ils les perçoivent incompatibles avec leurs propres manières de penser et de soigner la maladie » (Moro, 2004 p.98). Parfois, ils peuvent refuser d'aller consulter un thérapeute occidental « dans la mesure où ils n'arrivent pas à se représenter la signification d'un tel acte [...] » car au pays « les recours seraient autres et le lien de causalité entre désordre et « médecin de la folie » ne va pas forcément de soi » (*Ibid* p.98) (dans ce cas l'indication du dispositif peut être de première intention). Le dispositif peut être également proposé aux patients migrants, qui « à la suite de parcours de soins chaotiques », « disent ne pas être compris, parlent de malentendus [...] voire de rejet » à leur égard, ou ceux qui « sont exclus de fait de tous lieux de soins » (Moro et Baubet 2003 p.190).

Les indications peuvent également être posées en fonction de la symptomatologie même du patient : lorsque la symptomatologie « apparaît comme une conséquence directe de la migration à court, moyen ou long terme; lorsque la symptomatologie est codée culturellement³⁰ (mise en avant d'une théorie étiologie culturelle telle que la sorcellerie, la possession etc.) ; lorsque le symptôme lui-même est directement codé dans sa forme même (transe, communication avec des êtres culturels etc.) ; enfin, quand le patient demande explicitement le décentrage culturel (par exemple, [...] lorsqu'il fait part d'un souhait de « s'occuper des choses du pays » » (*Ibid.*)).

Cependant, la technique ethnopsychanalytique en dispositif de groupe a des limites. Si elle partage les limites générales (de toutes psychothérapies) certaines lui sont « spécifiques : non préparation du patient et de sa famille à l'élaboration de l'altérité culturelle qui peut-être déniée ou refoulée ; familles en rupture avec leurs groupes d'appartenance ; ou encore, nécessité d'une élaboration strictement individuelle de la souffrance psychique » (Moro, 2004 p. 99).

c) Description, spécificités et objectifs thérapeutiques du dispositif :

➤ Description :

Le patient et sa famille sont reçus dans un dispositif constitué d'un groupe de thérapeutes, et pour certaines situations d'un interprète. Le groupe de thérapeutes est composé d'un thérapeute principal (TP), d'un noyau dur de co-thérapeutes expérimentés de langues, de cultures et de parcours fort divers³¹ (tous ont une formation psychanalytique, et, sont sensibilisés voire formés à l'anthropologie ou plus précisément ont déjà fait l'expérience du *décentrage*), et de thérapeutes ou étudiants français ou étrangers qui se forment à l'ethnopsychiatrie.

³⁰ Les pathologies de l'enfant culturellement codées les plus fréquentes « telles que les étiologies d'*enfant-sorcier*, vecteur de la sorcellerie dans la famille, ou d'*enfant-ancêtre*, retour d'un ancêtre parmi les vivants, étiologies évoquées par les parents pour rendre compte de la souffrance de leurs enfants à titre d'inhibitions, de retraits ou à l'opposé de phénomènes d'allure « hallucinatoire » ; mais aussi celle d'*enfant-maudit*, qui amène avec lui le malheur de la famille, d'*enfant-chasseur* qui menace les parents. Il est à noter également que certaines pathologies de l'enfant semblent directement liées au clivage entre les deux mondes d'appartenance [...] tel le mutisme extra-familial, où les enfants suspendent leur parole dès qu'ils quittent le domicile parental, seul lieu où ils se sentent en sécurité » (Moro, 2004 p.98).

³¹ le lecteur pourra se référer à la lecture de *Avicenne l'andalouse ; devenir thérapeute en situation transculturelle* (Ed. La pensée sauvage, Grenoble, 2004). Dans cet ouvrage, bon nombre des co-thérapeutes de la consultation font le récit de leur parcours de thérapeutes.

Les soignants qui ont adressé le patient ou la famille participent si possible aux consultations. D'abord parce qu'ils sont « porteurs d'un « bout de l'histoire du patient » (Moro, et Baubet, 2003 p.184), mais aussi parce que cela permet de favoriser la continuité thérapeutique avec l'équipe qui prend en charge le patient. Enfin, nous l'avons vu les patients adressés à la consultation sont parfois dans une situation de conflit avec les professionnels qui les entourent. Dans ce cas, la consultation transculturelle peut avoir une fonction de *médiation* entre professionnels et patient. Il s'agit alors d'un travail du lien professionnels-patient : en aidant l'équipe à mieux comprendre la problématique du patient, la communication peut être améliorée. (Par ailleurs, des consultations « indirectes » peuvent être proposées : quelques thérapeutes du dispositif proposent alors d'étayer la réflexion d'une équipe qui rencontre des problèmes avec un patient migrant, sans que celui-ci ne soit reçu en consultation).

➤ Objectifs thérapeutiques :

De manière générale, dans de telles consultations, les interactions complexes entre le niveau culturel et psychique est pris en compte. Il s'agit « d'une véritable machine à fabriquer des liens entre les univers d'appartenance de la famille (ici et là-bas) et pour les enfants de migrants entre l'univers des parents et celui de l'extérieur » (Moro 2004 p. 99). Dans ce dernier cas, le processus thérapeutique consiste alors à « permettre à l'enfant de reconstruire une *filiation* (inscription dans les générations) et une *affiliation* (inscription dans des groupes). L'affiliation nécessite un passage nécessaire et transitoire par les représentations culturelles des parents » [...] « qui permet à l'enfant de construire son chemin individuel » (Moro, 2004 p.120).

En début de consultation, on cherche à connaître les représentations du désordre qu'a la famille (en distinguant les niveaux déjà évoqués : ontologique, étiologique et thérapeutique). Le cadre proposé a pour principale fonction de servir de « support à ces représentations, d'en permettre l'émergence [...] pour imaginer des stratégies mutatives (*Ibid* p.117) ». Lors de l'étape de construction de l'interaction, c'est souvent un sens culturel qui est élaboré, « co-construit ». Pour cela, une multiplicité de perspectives est proposée au patient (étayée par les interventions hétérogènes des co-thérapeutes). « Cette matrice culturelle va » alors « servir de support associatif à un récit individuel » (*Ibid* p.117). Le matériel individuel « sera ensuite traité comme tout matériel de psychothérapie psychanalytique avec des allers-retours entre culturel et individuel » (*Ibid.*). Notons que la construction de cette « matrice culturelle » est

d'une part parfois difficile car les représentations sont « recouvertes », « engluées par l'ambivalence ou la culpabilité » (mais semblent toujours présentes quelque soit le degré) » (*Ibid* p.118), d'autre part pas forcément nécessaire (le passage par le culturel n'est alors pas indispensable). Enfin, elle peut-être constituée de matériel défensif peu pertinent sur le plan clinique.

- La fonction majeure du dispositif groupal : de la figuration de l'altérité à la transformation de l'altérité en levier thérapeutique

Un des deux fonctions essentielles du dispositif est la figuration, la *matérialisation de l'altérité* (Moro, 2004 p.114). En effet, parce qu'il est composé d'hommes, de femmes, de blancs, de noirs, de métisses, ayant des manières de « dire », de « faire », et de « penser » (le désordre, les thérapeutiques etc.) différentes, dans le groupe l'altérité est « palpable » tant pour le patient et sa famille que pour les thérapeutes. L'interprète a ici une position clé, lui-même souvent migrant, il *matérialise* le passage d'un code culturel à un autre. Grâce à sa présence est proposé tacitement l'idée que la situation d'immigration nécessite qu'on se souvienne d'où l'on vient et qui l'on est pour assurer harmonieusement le passage d'un monde à l'autre. Aussi, le *métissage* des hommes, des théories, des manières de faire est un facteur implicite du dispositif (*Ibid.*).

Si le groupe *figure* l'altérité, il participe également à la « transformation de cette altérité en « levier thérapeutique » (Devereux, 1951) » (Nathan et Moro, 1990 p.7-18). C'est-à-dire que ces « parcelles » d'altérité matérialisées par les membres du groupe et représentées dans l'espace permettront à la famille et aux thérapeutes « d'expérimenter une autre forme d'altérité qui ne soit ni monstrueuse ni menaçante ni destructrice, mais au contraire une altérité figurable et créatrice » (Moro, 2004 p.114).

d) Modalités de fonctionnement du dispositif (à partir d'une vignette clinique) :

Pour développer ce propos, nous proposons d'exposer brièvement une vignette clinique. Précisons qu'il ne s'agit pas d'en discuter les éléments cliniques (qui sont de toutes les façons très sommaires) mais de montrer les modalités de fonctionnement et la dynamique d'une consultation transculturelle, pour discuter notre propos. La consultation rapportée ici s'est déroulée sans interprète.

Abdel est un petit garçon de 8 ans qui est suivi depuis deux ans par une équipe de CMPP (psychiatre et psychologue). Cet enfant est très violent avec son entourage et a beaucoup de difficultés d'apprentissage. L'équipe a rencontré la mère deux fois, mais ils parviennent difficilement à mobiliser Monsieur autour des problèmes de son fils.

Monsieur est ouvrier en usine et travaille de nuit. La famille est originaire du Maghreb, Monsieur du Maroc, et, Madame d'Algérie. Monsieur est arrivé en France à l'âge de 18 ans et Madame à 20 ans. Ils se sont rencontrés dans la région parisienne. Abdel est né très rapidement après l'arrivée de Madame en France. Deux ans après, le couple a eu un deuxième enfant, Kenza, une petite fille qui est morte subitement à l'âge de huit mois d'une malformation cardiaque. Pendant les vacances d'été, le couple va régulièrement au Maroc dans la famille de Monsieur. Madame a fait des fausses couches à deux reprises ces deux dernières années, deux garçons qui sont mort in-utéro à cinq et six mois. Il est possible de percevoir une certaine tension dans le couple dont une des raisons est que Madame n'arrive pas à avoir d'enfant, alors que tous deux sont dans ce désir.

Nous recevons la famille pour la deuxième fois en consultation transculturelle.

Dès le début de la consultation Abdel s'installe pour dessiner. Madame et Monsieur se sont visiblement apprêtés pour la consultation.

Dans le dispositif, lorsque la famille arrive, le groupe est déjà là. Tous sont assis en cercle, ce qui figure que « tout le monde à la même place » (Moro, 2004 p. 116).

Le thérapeute principal (TP) commence la consultation en présentant, comme toujours, les personnes présentes à la consultation. Puis, il invite la psychologue d'Abdel à parler. Celle-ci dit que, depuis la dernière consultation, Abdel paraît plus apaisé (ce qui transparait dans ses dessins) et, les retours de l'école sont meilleurs. Le TP demande alors au couple ce qu'ils en pensent, puis, demande à Monsieur des nouvelles de la famille.

Monsieur évoque une vie quotidienne particulièrement difficile, il travaille dur, « trop dur ». Il dira que la situation est « toujours la même » (il sous-entend que sa femme n'est toujours pas enceinte). On apprend alors que la famille projette de partir en vacances en Algérie cet été. Ceci est particulièrement important puisque Abdel ne connaît pas la famille de Madame « Nous n'avons pas encore eu l'occasion de voyager là-bas » avait dit Monsieur à la précédente consultation. Le TP pose quelques questions notamment concernant ce que dit la famille à propos des problèmes que rencontre le couple, sur ce qui a éventuellement « été fait contre cela ».

La parole est d'abord laissée aux soignants qui accompagnent la famille, avant que les membres de la famille ne soient invités à s'exprimer. Rapidement on cherche à connaître les « dire » des membres du groupe familial et culturel à propos du désordre qui habite la famille (ainsi que ce qu'ont dit les personnes éventuellement consultées). Cette technique « permet de respecter l'usage qui veut que l'on ne pose pas de questions mais que l'on favorise le discours *autour du patient*, puis *sur le patient*, avant de travailler sur le discours *énoncé par le patient* (Blanchet et Nathan 1990 cités par Moro, 2004 p.102).

Cette première étape de la consultation permet une première formulation du « problème actuel » (Sturm, 2005 p. 98).

Le TP demande si « des rêves sont venus depuis la dernière consultation ». Madame dira, alors, qu'elle a rêvé de sa fille qui lui demandait de venir la rejoindre. Depuis, Madame se sent plus faible qu'avant. Peu après, il leur est demandé « Comment a été accueilli le fait que vous veniez vous installer en France et que vous vous y fassiez une situation ? » (Ce qui est manière implicite d'introduire l'idée que peut-être quelqu'un leur veut du mal, et agit contre eux par envie ou par jalousie), ce à quoi Monsieur répond « ça peut arriver que les gens nous veulent du mal mais je ne veux pas le savoir, je ne fais attention à ces choses là, ce n'est pas mon genre ». On voit là que Monsieur a compris l'implicite du TP mais ce n'est pas une étiologie qui a du sens pour lui. Le TP invite ensuite les co-thérapeutes à intervenir.

Les questions exploratoires du TP ont plusieurs fonctions : établir un lien privilégié avec le patient (par rapport à ceux qu'établissent les co-thérapeutes avec le patient) ; permettre à chacun (des thérapeutes) de se faire une idée de la situation de la famille, donc de construire des hypothèses cliniques ; et, inviter le patient à entrer dans un processus narratif.

Après cette phase exploratoire (plus ou moins longue), lorsque le thérapeute principal considère que le matériel recueilli est suffisamment riche, il « distribue la parole », invitant les co-thérapeutes à intervenir. A partir de ce moment, les interventions du thérapeute principal alternent avec celles des co-thérapeutes.

Les interventions des co-thérapeutes doivent respecter la logique associative du patient et lui être acceptables (Moro, 2004). Elles sont sous-tendues par leurs hypothèses cliniques propres dont, bien sûr, certaines sont partagées par la majorité. Leur forme est très variable : il peut s'agir d'une anecdote, d'une petite histoire étayée par un conte, un mythe, d'idées présentées sous forme d'une chaîne d'associations (d'idées ou d'images), d'un proverbe, de représentations ou des pratiques culturelles, présentées plus ou moins explicitement. Elles peuvent être formulées sous forme d'allusion, de question indirecte, ou d'associations qui proposent des liens entre les multiples représentations évoquées. Certaines interventions sont sous-tendues par des hypothèses culturelles, anthropologiques, d'autres par des hypothèses plus psychanalytiques. Les co-thérapeutes ont donc la possibilité de « formuler au patient l'effet que produit son récit sur eux », ce qui bien sûr, revient à une explicitation de leurs contre-transferts, aux conditions que nous allons examiner.

Soulignons que deux règles fondamentales sont respectées dans le dispositif. Premièrement, il est contre-indiqué de déprécier voire contredire l'intervention d'un autre co-thérapeute. En effet, cela reviendrait, somme toute, à réduire les interprétations à une seule perspective : il faudrait alors trouver « l' » interprétation qui peut expliquer les difficultés du patient. Ce qui ni plus ni moins correspondrait à de la suggestion, c'est-à-dire en rien à une pratique psychanalytique (Freud, 1899). Or, dans cet espace, le contraire est recherché : la multiplicité de perspectives non seulement existent mais peuvent co-exister. L'équipe doit pouvoir

prouver sa capacité à contenir ses perspectives multiples éventuellement contradictoires, à supporter les ambivalences (Sturm, 2005). Deuxièmement, les co-thérapeutes ne s'adressent jamais directement au patient mais toujours au thérapeute principal : celui-ci peut alors décider de reformuler, de réinterpréter, ignorer ou faire traduire l'intervention proposée. Le thérapeute principal « filtre » donc les interventions et peut, en ce sens, être considéré comme un médiateur entre le groupe et le patient (n'oublions pas que si les co-thérapeutes font des interprétations qui leur semblent acceptables pour le patient, certaines peuvent néanmoins lui être violentes). Cette règle permet aussi de protéger la relation thérapeutique privilégiée TP/patient mais aussi groupe de thérapeutes/patient qui peut être menacée par une intervention d'un co-thérapeute.

Le premier co-thérapeute (originaire d'Amérique latine) dit « Moi, ce à quoi je pense, c'est que chez moi, quand quelqu'un voit un proche mourir sous ses yeux, on dit que cette personne peut avoir été effrayée, et qu'après ça peut l'empêcher pour plein de choses dans la vie ».

Dans ce passage, le co-thérapeute propose une construction de sens qui s'appuie sur une représentation culturelle. Il introduit d'abord l'idée que Madame a été « effrayée » et que c'est la frayeur qui a provoqué ses fausses couches. Cette formulation fait allusion aux représentations culturelles qui décrivent une transformation de la personne après une expérience effrayante : par exemple, on évoque le *susto* en Amérique Latine, la *k'halâa* au Maghreb (Baubet, M2R 2007) etc..

Par ailleurs, il est intéressant d'analyser la manière dont le thérapeute introduit son intervention (« Moi ce à quoi je pense c'est que chez moi... »). Il précise que c'est une opinion qui lui est personnelle, ce qui permet au couple d'introduire leur propre opinion et de contredire la sienne, et, il situe la représentation dans un contexte culturel précis qui n'est pas celui du couple, ce à quoi la famille pourrait répondre « chez moi, on dit autre chose ». Cette formulation permet donc au couple de rejeter ses propos, mais les invite, en même temps à utiliser des représentations collectives pour attribuer un sens à ce qui leur arrive.

Le couple n'associe pas à partir de cette représentation. Une autre co-thérapeute intervient et dit : « J'ai été très touchée par l'histoire de la famille et par la force de Madame et Monsieur pour faire face à leurs problèmes [...]. Je me demandais, quand est-ce que Madame arrive à se laisser sentir triste ? » Ce que le TP reformule comme « Madame, est-ce que vous avez pu pleurer ? ». Madame répond « Non, je ne peux pas, je ne veux pas pleurer car c'est déjà assez difficile pour mon mari avec tout le travail qu'il a, c'est pas pour qu'il me voit pleurer tous les soirs quand il rentre du travail ». Puis elle raconte le moment du décès de sa fille. La narration de Madame témoigne de l'impact traumatique de cette perte, elle décrit les images effrayantes qu'elle retient de ce moment et parle de sa sidération après la mort de sa fille. Elle finit ce récit en disant « Je pense que Kenza est morte trop tôt, elle voulait encore être près de sa

maman, c'est pour ça qu'elle ne nous laisse pas le temps de faire un autre enfant. Son cœur est resté avec nous ».

La co-thérapeute invite Madame à parler de son vécu et notamment des émotions qu'elle a pu avoir après la mort de sa fille. Souvent au début des consultations les thérapeutes « soulignent les aspects *contenants* du cadre thérapeutique. Dans un second temps des thématiques plus conflictuelles ou angoissantes peuvent être abordées (Sturm, 2005 p.98).

Ici, Madame explique qu'elle n'a pas pu exprimer sa tristesse, car elle avait peur de déstabiliser son mari qui était également probablement très affecté par cette perte subite. Madame amène ensuite l'idée que son enfant décédé, encore trop présent dans son esprit, l'empêche d'investir à nouveau un enfant. Elle formule cette idée sans parler explicitement de son propre état d'âme, mais parle de celui de sa fille : c'est la fille qui a encore besoin de sa mère. Par cette formulation, Madame K. peut parler de son deuil et du fait qu'elle le subit, et, qu'elle ne sait pas comment le clôturer.

A ce moment, un des co-thérapeutes propose l'idée d'une action pour rétablir l'ordre après un deuil. Il dit « chez moi on dit que quand un enfant meurt et qu'il vient nous visiter la nuit dans les rêves, c'est que son âme n'est pas en repos. Il y a des choses à faire pour que tout revienne à sa place. Je me demande si par rapport à Kenza, il n'y a pas des choses à faire pour que tout rentre dans l'ordre ». Le TP dit alors « Madame, P. a travaillé au Burkina-Faso, et il dit que quand quelqu'un meurt subitement il y a des rituels à effectuer pour que la personne trouve le repos ». Madame répond alors « il y a des choses à faire, mais je ne sais pas si ça a été fait, la belle-famille, sûre, ne les a pas fait, et puis moi, je ne sais pas si ma mère les a fait ». Un autre co-thérapeute intervient ensuite pour dire « [...] quelque chose lui interdit de concevoir des enfants tant que la réparation n'est pas faite ».

Dans son intervention le premier co-thérapeute propose ici une représentation culturelle (« l'âme d'un enfant qui meurt n'est pas en repos ») qu'il situe dans un ailleurs lointain pour le couple. A partir de cette représentation, il évoque la possibilité d'actes qui pourraient rétablir l'ordre. Il invite le couple à s'appuyer sur des représentations et des pratiques collectives qui pourraient les aider à faire le deuil de leur enfant. Madame semble répondre à cette invitation. L'intervention du deuxième co-thérapeute est une intervention de type métaculturelle. Il n'introduit pas de représentation culturelle particulière, mais il fait allusion à une logique sous-jacente qui se retrouve dans tout un ensemble de représentations culturelles concernant l'apaisement de l'âme de quelqu'un qui est mort d'une « mauvaise mort ».

Par ailleurs, on se rend compte qu'une grande diversité de représentations appartenant à des univers très différents sont proposées aux patients. On pourrait donc dire que cette technique psychothérapique s'apparente à un « nourrissage symbolique » (Sturm, 2005 p. 280), qui invite le patient à « investir » des représentations culturelles pour donner sens à ce qui lui

arrive. Nous voyons qu'il s'agit bien ici de co-construire un sens pertinent aux troubles du patient (Moro, 1994).

Le thérapeute principal reprend cette idée, « votre mère peut sûrement faire, vous pouvez en parler avec elle, maintenant on va conclure ». Un co-thérapeute intervient pour conclure, il s'exprime d'abord en arabe, puis traduit en français : « Votre histoire me fait penser à quelque chose de très important en Islam : quand le prophète est parti de la Médina on lui a jeté des pierres à plusieurs reprises. Il a essayé trois fois. Ce n'est qu'après cela qu'il a pu revenir. C'est cette image là qui m'est venue à l'esprit ».

Un des co-thérapeutes a choisi une histoire pour clôturer la consultation. Il s'agit d'une histoire sacrée de la vie du Prophète (la *sunna*), qui évoque les tentatives de Mohammed de conquérir la Médina et des échecs qu'il a dû subir à trois reprises avant sa conquête (Sturm, 2005). Le thérapeute propose donc implicitement d'établir un parallèle entre la conquête de Mohammed et les tentatives de la famille à surmonter leurs difficultés. L'histoire introduit un message d'espoir : « après les trois échecs, il peut y avoir une glorieuse victoire ».

L'histoire qui clôture la séance n'est pas commentée. Souvent il s'agit d'une parole qui permet de « dramatiser » la fin de la consultation (*Ibid.*). Mais quelle qu'elle soit, la plupart du temps, elle est énigmatique permettant que le patient l'interprète à sa guise.

Le temps de discussion fut long après cette consultation, et, le temps d'analyse du contre-transfert particulièrement informatif. Un co-thérapeute a d'abord questionné le fait que nous n'ayons que très peu exploré l'indication que la famille ne soit pas encore allée dans la famille de Madame en Algérie. Il explicite alors son fantasme : les relations entre la famille de Madame et celle de Monsieur sont conflictuelles, mais il ne sait pas pourquoi il pense cela. Deux co-thérapeutes (d'origine maghrébine) interviennent pour rapporter des souvenirs d'enfance datant de 1963. Ils expliquent que suite à l'indépendance de l'Algérie, les relations maroco-algériennes avaient été particulièrement tendues et les frontières fermées pour de nombreux citoyens (dans un sens comme dans l'autre). Dans quelques endroits, limitrophes à la frontière, des conflits ont éclaté entre certaines familles algériennes et certaines familles marocaines, certains perdurant encore actuellement. Nous nous sommes rendus compte que la majorité des thérapeutes avaient connaissance de cet événement historique. Pourquoi n'avions donc nous pas exploré cet aspect plus précisément ? N'était-ce pas un point aveugle contre-transférentiel partagé collectivement (pour des raisons diverses, difficile gestion de la « culpabilité » engendrée par la responsabilité collective inhérente à l'histoire collective – coloniale en l'occurrence – pour les thérapeutes d'origine française, refoulement de souvenirs collectifs douloureux pour les thérapeutes d'origine maghrébine)? Quoiqu'il en soit, nous

avons convenu d'explorer plus précisément l'histoire familiale du couple à la prochaine consultation.

Dans ce cas, seule l'élaboration collective du contre-transfert culturel a permis de se questionner sur une éventuelle résistance collective à explorer l'histoire de cette famille. Comme nous l'avons dit, à la fin de chaque séance le groupe s'efforce d'explicitier le contre-transfert de chacun des thérapeutes par une discussion des affects éprouvés, des implicites, des théories, des inférences, des actes etc. de chacun. L'élaboration du contre-transfert culturel est donc, ici, particulièrement efficace.

e) Utilisation thérapeutique des représentations, contre-transferts culturels et transformation de l'altérité dans le groupe :

Dans le dispositif, les co-thérapeutes associent à partir du récit du patient dont une part est co-construite avec le groupe. Du fait de l'empathie (au sens de Lebovici) *métaphorisante* et *enactante* nourrie à l'égard du patient, un certain nombre d'actes psychiques émergent dans leur contre-transfert. Ceux-ci dépendent bien sûr pour chacun des hypothèses cliniques qu'ils ont formulées après l'exposition de la problématique du patient, et, de leur position socio-culturelle et professionnelle (ainsi que de leur personnalité, leur sexe, leur histoire, cela va de soi). A partir de là, les thérapeutes vont pouvoir effectuer un tri parmi ces actes psychiques pour n'« acter », dans la réalité, que ceux qui leur semblent pertinents relativement à la problématique du patient. Ils s'appuient alors d'une part sur les connaissances qu'ils ont du contexte culturel du patient (toujours partielles), d'autre part, sur leurs hypothèses cliniques, pour ne formuler que des interventions qui soient assez détachées des motivations inconscientes du patient (De Uturbey, 1994 ; Sturm, 2005) (afin qu'elles puissent lui être acceptables et symbolisables).

Si le thérapeute opte pour introduire une représentation culturelle, il pourra, bien sûr, décider de la distancier du contexte culturel du patient (en situant cette représentation dans un « ailleurs » lointain) ou de l'en rapprocher (technique qualifiée d'intraculturelle par Devereux) (Sturm, 2005). Du fait de la multiplicité des représentations culturelles introduites, le travail est marqué par l'alternance d'interventions proposant au patient une proximité ou au contraire une distanciation culturelle. Ainsi, les thérapeutes introduisent et proposent un jeu entre « le familier et l'étrange » (Sturm, 2005).

Cela dit, le jeu de symbolisation établi lors des échanges entre les thérapeutes et le patient ne permet pas uniquement la symbolisation du refoulé. Il s'agit ici également de « complexifier

le processus » en provoquant une « redéfinition de la position identitaire du patient » (Sturm, 2005 p.310), bien entendu position socio-culturelle comprise.

Nous voyons donc que si l'espace thérapeutique est conçu pour être un « espace familial » pour le patient, l'introduction graduelle d'une pluralité de représentations implique, lui, un travail sur le différent. Le processus thérapeutique a pour but de permettre un travail de symbolisation et de construction narrative. « Il s'agit ni plus ni moins d'un « travail de construction de liens » (Sturm 2005 p. 309) : liens temporels entre différentes périodes de vie des patients et/ou liens symboliques entre différents systèmes de représentation (religieux, culturel, médical, éducatif etc.) » (Sturm 2005 p. 309). Cette construction se fait de manière ludique (au sens winnicottien) qui permet la création « d'illusions partagées » se situant dans l'espace intermédiaire (Winnicott, 1975). Les interventions visent donc à déclencher un processus de *transformation* (Sturm, 2005) ou *d'acculturation* (Moro, 2004) au cours duquel le patient peut créer ou s'approprier de nouvelles représentations qui donnent sens à leurs difficultés. Cette *transformation* a lieu tant chez le patient que chez le thérapeute ; mais chez le patient elle a une visée thérapeutique. Il s'agit ni plus ni moins du métissage des contenants psychiques (Moro, 2004), c'est-à-dire des pensées, des manières de dire et de faire.

Nous retiendrons donc que cet espace thérapeutique permet au patient d'élaborer son altérité, c'est à dire de « (re)définir sa position identitaire ». Il s'agit en fait d'un accompagnement pour l'aider à trouver une « identité relative » (Denis, 2006). En outre, nous pouvons dire sans univoque, qu'il se passe la même chose pour les thérapeutes. Seulement, la relation étant thérapeutique, il se passe la même chose pour eux mais de manière asymétrique. En cela, le *setting* transculturel, de par ses spécificités, demande une réflexion constante sur ses affiliations, donc contraint, par là même, le patient et les thérapeutes à une élaboration de l'altérité. En cela, il peut être considéré comme un lieu de formation à la transculturalité.

E. Limites et perspectives de recherche :

1. Limites :

Si nous avons déjà exposé quelques limites de ce travail dans la partie consacrée à l'analyse du contre-transfert du chercheur, nous pouvons en souligner d'autres.

Tout d'abord, à propos des cas cliniques, il est important d'insister sur le fait que comme toute analyse d'éléments transféro-contretransférentiels, il s'agit d'une reconstruction après-coup. Bien sûr cela introduit un biais du fait que la subjectivité du thérapeute est au moment

de la « décision » (au sens de Devereux) particulièrement sollicitée. Sans doute ce biais aurait-il été réduit si le thérapeute avait bénéficié d'une supervision individuelle. En effet, si les temps institutionnels de synthèse clinique permettent une supervision de tout soignant, ils ne remplacent pas une supervision individuelle. Enfin, le nombre de cas est très limité. Or, nous l'avons dit, les cas cliniques isolés ne remplacent pas les études cliniques à grande échelle qui seules sont informatives à l'échelle collective.

2. Perspectives de recherche :

Au vu des aspects méthodologiques de la clinique du contre-transfert énoncés dans la deuxième partie de ce travail, il est possible de dégager quelques axes de recherche.

Nous l'avons vu, l'interview semi-structurée paraît être une forme particulièrement adaptée à l'appréhension d'un phénomène clinique aussi complexe que le contre-transfert. Nous pouvons imaginer « modéliser » une interview sur celle de la recherche concernant la transmission du traumatisme mère/bébé (voir dans la première partie). En scindant l'interview en deux sections, il est possible de recueillir, dans un premier temps, les éléments de vie significatifs du thérapeute concernant ses expériences préalables de décentrage culturel (travail en expatriation, éléments migratoires particuliers dans l'histoire personnelle et familiale etc.) ainsi que des éléments biographiques et ceux concernant son *back ground professionnel*. Ceux-ci permettent d'appréhender (bien sûr partiellement) l'identité culturelle et professionnelle du thérapeute. Dans cette section le thérapeute pourra ensuite être interrogé sur ses « a priori » concernant la psychiatrie transculturelle (« à priori », non pas parce qu'il s'agirait d'une affaire de jugement mais de temporalité, de topique : on se situe ici avant que la rencontre clinique n'ait lieu). Autrement dit, c'est une manière d'appréhender la manière dont il anticipe de prendre en compte dans sa pratique clinique les éléments culturels. Cette première section de l'interview semble indispensable du fait que les théories et les pratiques concernant la pratique transculturelle sont nombreuses, peuvent s'opposer les unes aux autres et, selon les options personnelles du clinicien, les défenses mobilisées et les tentatives d'organiser les formations de l'inconscient seront différentes. Ensuite plusieurs possibilités semblent s'offrir au chercheur. La première, de loin la plus efficace, est l'observation du clinicien en situation thérapeutique. Le mieux est bien sûr que le chercheur puisse filmer les consultations. A la suite, celui-ci pourra interviewer le thérapeute selon la technique de micro-analyse (décrite par Stern) : il demande au clinicien d'évoquer les actes psychiques qu'il a eus seconde après seconde au cours de l'entretien. La deuxième possibilité est que le chercheur interroge le clinicien sur une situation clinique particulièrement marquante de son choix. Ces

méthodologies de recherche peuvent s'appliquer en individuel mais aussi en groupe transculturel.

Notamment, le dispositif groupal transculturel est un espace thérapeutique particulièrement fécond pour la recherche clinique concernant le contre-transfert culturel (voir le travail de G. Sturm cité en bibliographie). Précisons là qu'à chaque entretien un stagiaire retranscrit toute la consultation mot à mot. Autrement dit toutes les interventions des thérapeutes sont retranscrites. De plus on peut imaginer que les consultations soient filmées (ce qui a déjà été fait pour d'autres recherches transculturelles). L'analyse de ces données cliniques ainsi que celles recueillies au cours de l'interview semi-structurée précédemment décrite pour chaque thérapeute pourraient être particulièrement contributives pour ce type de recherche.

CONCLUSION

Reconnaître l'existence de la dimension socio-culturelle, donc collective du contre-transfert c'est reconnaître le fait que « l'homme est l'élément d'un ensemble et une unité d'un réseau psychosocial » (Bourguignon, 2001). Dénier son existence expose au risque de la diffusion d'une idéologie essentialiste de l'expérience humaine. Autrement dit, cela expose au risque soit d'expliquer l'expérience de l'individu que par ses contraintes internes sans considérer ses contraintes externes relationnelles et socio-culturelles, soit, à l'inverse expliquer l'expérience de l'individu uniquement par ses contraintes externes. Cela revient à dénier ce qui fait la singularité du patient ou ce qui en fait un être socio-culturel. Dans la situation thérapeutique, si le thérapeute doit appréhender tant ce qui fait la singularité de son patient que ce qui fait son être culturel, il en est de même pour lui-même. De plus, si le thérapeute doit appréhender les interactions complexes entre les contraintes internes et les contraintes externes de son patient (qui ont déterminées et déterminent la manière dont il se représente le monde et se représente lui-même), il doit aussi pouvoir identifier, expliciter et élaborer cette interaction entre les siennes propres. Il doit donc appréhender tout ce qu'engendre le fait que lui-même soit inscrit dans un contexte socio-culturel et que son patient le soit, et ce, que ces contextes soient différents ou (sensiblement) identiques. S'il sont différents, sans doute doit-il être plus particulièrement attentif aux enjeux historiques politiques et de pouvoir (au sens large) qui peuvent se jouer dans la relation thérapeutique. Kirmayer (1995 cité par Mestre 2004), lui, donnent une dimension essentielle à la différence de statuts entre les protagonistes du soin. Notant l'importance des dimensions politique et sociale dans l'alliance thérapeutique, il rappelle l'importance de les expliciter, dans un souci de ne pas en reproduire les effets néfastes : décontextualiser l'expérience des patients et focaliser sur leur seuls processus psychiques peuvent aggraver l'oppression sociale et politique.

Utiliser cliniquement le contre-transfert est accepter de se « laisser affecter librement » (Moro et Lachal, 2006) par le patient. Cela implique tout d'abord trouver une position intérieure qui rende disponible à « laisser affleurer à la conscience et à utiliser les affects » et les représentations « suscitées par le patient » (Segal, cité par A. Anzieu, 2003) et de s'en décentrer ». Ce décentrage doit pouvoir être opéré également dans sa dimension socio-culturelle. La construction de cette « position contre-transférentielle » (Moro et Lachal, 2006) passe obligatoirement par une analyse personnelle. Lorsque nous parlons de se laisser affecter

« librement », nous pensons tout particulièrement aux possibles « raideurs contre-transférentielles » du clinicien lorsque le recours théorique devient pour lui la règle. P. Aulagnier souligne que dans ce cas, le patient est confronté « à la même interdiction d'écrire en son nom propre son histoire » : que la version imposée « soit conforme à la version maternelle ou à celle de Freud n'y change rien » (Aulagnier 1984, p.146 cité par Taïeb p. 432). Le danger est alors de redoubler la violence des interprétations maternelles, empêchant l'autonomie du Je, son « droit au secret » (Aulagnier 1975 et 1976 citée par Taïeb, 2006 p.432) . Le thérapeute « doit pouvoir aller et venir entre ses références théoriques et littéraires et l'histoire singulière du patient » (Taïeb, 2006 p. 433) avec souplesse. C'est-à-dire que le clinicien doit utiliser ses théories « comme des métaphores, des modèles, des systèmes conceptuels ». Il s'agit plus pour lui « de savoir comment faire que quoi savoir » (Polkinghorne, cité par Bourguignon, 2001 p. 125). Or, tout objet culturel, donc nos théories, est « bi-face ». En effet, il comporte un versant objectal et un versant narcissique (Róheim, 1943 cité par Kaës).

Par ailleurs, si la théorie, en « informant » le réel, nous permet de l'appréhender, de ce fait même elle est créatrice de scotomes (Nathan, 1986 p. 46). En ce qui concerne la théorie psychiatrique, nous l'avons vu, Kleinmann l'a souligné en alertant les cliniciens sur les possibilités d'erreurs diagnostiques en situation interculturelle dues au caractère ethnocentrique de nos nosographies. En France, les recherches en psychiatrie transculturelle sont (trop) peu nombreuses. Une des raisons réside dans le fait que la différence est difficile à penser à l'échelle de notre République. Cela dit, étant tous amenés à travailler en situation interculturelle, il est vraisemblable que ces travaux ainsi que ceux en anthropologie médicale et en épidémiologie culturelle mériteraient d'être appréhendés, certes individuellement, mais aussi de manière collective. Ce décentrage culturel à l'échelle collective faciliterait sûrement l'acquisition de la faculté de décentrage culturel à un niveau individuel. Ce décentrage est le seul moyen pour une véritable reconnaissance de l'autre, c'est à dire dans sa différence.

En outre, le fait que l'élaboration de la dimension collective du contre-transfert soit plus efficiente lorsqu'elle est, justement, faite collectivement souligne la dimension thérapeutique de l'institution. Concernant la psychothérapie institutionnelle, Hochman (*La consolation*, 1994), propose de faire l'éloge à la mise en récit du soin en psychiatrie (en général et en particulier) dans la pratique institutionnelle. Pour lui, le contre-transfert doit y être élaboré et mis en histoire. « La mise en récit de soin, si elle n'est pas toujours suffisante, est une condition nécessaire à sa dynamisation » (Hochmann 1992, p. 668 cité par Taïeb, 2006). Pour cela il va utiliser les théories de Bion sur le soin et la rêverie maternelle, « métaphore du soin psychiatrique » (*Ibid.*, p.669). (Il insiste sur le fait que le soin maternel n'est qu'une

métaphore du soin psychiatrique, voire même une « fiction commode pour théoriser le soin »). Le soignant doit rêver comme la mère. « Il accueille en lui les productions insensées du patient et les organise en une histoire, où elles se transforment en événements porteurs de sens. Il les articule en un récit dont la qualité essentielle est de pouvoir être raconté aux autres d'abord, au patient ensuite. Ce récit est construit pour un tiers institutionnel : l'équipe, un superviseur [...]. L'évocation de ce tiers fonctionne comme un attracteur générant des lignes de force et donnant une configuration au matériel » (*Ibid.* p.671). Cette activité mentale doit être suffisamment investie pour qu'elle devienne elle-même source d'un plaisir. Comme dans la rêverie maternelle, le plaisir du soignant à mettre en histoire ce qu'il vit avec son patient, à lui donner sens et ensuite à le raconter, est « le moteur principal du soin psychiatrique » (Hochmann 1994 p.310). Il s'agit de raconter l'histoire à l'équipe pour « se faire plaisir et plaire » avant de revenir au patient. Pour Hochmann, la contenance des soins s'étaye, entre autres, sur un dispositif théorique. Une théorie de référence est indispensable et est décrite comme « une matrice à raconter des contes » (*Ibid* p.309). Grâce à elle, des événements anodins se relient entre eux, prennent un sens et s'inscrivent dans une narration. Ces récits cliniques ne sont pas constitués de fait objectifs, ce sont plutôt des hypothèses fragiles et provisoires où les liens de causalité ont davantage pour fonction de maintenir la cohérence du récit, que d'apporter une explication.

Enfin, évoquer la dimension collective du contre-transfert et sa nécessaire élaboration, ouvre de manière plus générale à des perspectives éthiques. Bourguignon (2003) souligne que « si l'ensemble du domaine clinique peut, comme on l'a vu, renforcer des idéologies existantes ou alimenter des processus d'exclusion en véhiculant le mépris d'autrui, elle peut aussi permettre de modifier les représentations sociales et donc affecter les systèmes de valeur dont dépend l'éthique d'une société ». Nous l'avons vu, en pratique psychothérapique nous pouvons être traversés par des paradoxes qui n'en sont pas moins une donnée structurelle de ceux de notre société. Ceux-ci sont d'ailleurs souvent plus explicites en clinique transculturelle. Sans doute un engagement soignant au sens social du terme pourrait être de « dire » sur la scène sociale démocratique les paradoxes auxquels nous sommes confrontés. Encore faut-il que nous ne les déniions pas et que nous les explicitions. Dans cette visée, M. R. Moro évoque la nécessité d'une « décolonisation de soi-même », qui passe par l'élaboration de l'altérité en *soi*, élaboration qui nous l'avons vu nécessite le recours à la psychanalyse. Aussi, Kristeva, dans *Etrangers à nous-mêmes*, postule que, à « l'intégration universaliste, succède chez Freud (grâce à la découverte de l'inconscient) le courage de nous dire désintégrés pour ne pas intégrer les étrangers et encore moins les poursuivre, mais pour les accueillir dans cette inquiétante étrangeté qui est autant la leur que la nôtre » (Kristeva 1988,

p. 284). De même, Golse (1997) reprenant la lecture que fait Kristeva de l'œuvre de Freud, souligne que : « Si le racisme n'a pas besoin de transmission pour (re)naître à chaque génération étant malheureusement, on l'a vu, consubstantiel à la psyché humaine, il est d'autant plus urgent de veiller à la transmission trans-générationnelle de mécanismes de défense aptes à l'endiguer et à le neutraliser. Telle pourrait être, sans doute, l'une des visées principales d'un engagement psychanalytique au sens social du terme en matière de lutte contre le racisme » (Golse, 1997 p. 28). Commençons donc par considérer que « l'essence d'autrui n'est pas son altérité mais sa singularité et le lien qui le relie à l'autre », l'altérité étant un « système de « reliance » (lien entre les femmes et les hommes) » (Misrahi, 1999 p.11 cité par Moro, 2004 p.13).

Lorsque nous n'apprenons plus rien de notre rencontre avec l'autre, il est grand temps de revoir notre position contre-transférentielle, donc par là même, nos concepts, théories et méthodes.

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical Manual of Mental disorders Fourth Edition-DSM-IV*. Washington : American Psychiatric Press ; 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical Manual of Mental disorders Fourth Edition-Text Revision-DSM-IV*. Washington : American Psychiatric Press ; 2000.

ADEPIMBE V.R. Hallucinations & delusions in black psychiatric patients. *J Natl Med Assoc*. 1981, 73, p. 517-520.

ADEPIMBE V.R. Overview: American Blacks and psychiatry. *Transcultural psychiatry Research Review*. 1984, 21, p. 83-111

ANSART P. Le contre-transfert du chercheur dans l'analyse des idéologies. *Bulletin de psychologie*. 1985-1986, 39 (374), p. 803-809.

ANZIEU A. Corps et contre-transfert. *Carnet psy*. 2006, 111, p. 27-32.

BACQUE M-F. Deuil et traumatisme. *Annales médico-psychologiques*. 2006, 164 (4), p. 357-363.

BAINS J. Race, culture and psychiatry : a history of transcultural psychiatry. *History of Psychiatry*. 2005, 16, p. 139-154

BALMARY M. *La divine origine*. Paris : Grasset ; 1993.

BAUBET T. Le diagnostic psychiatrique en situation transculturelle. In Moro MR, Baubet T Eds. *Psychiatrie et migration*. Paris : Masson ; 2003.

BEN SLAMA F. Contre-transfert dans la recherche: de la notion au paradigme. *Bulletin de psychologie*. 1988, 39, 377, p.791-799.

BIBEAU G., CHAN-YIP AM., LOCK M et coll. *La santé mentale et ses visages: un Québec pluriethnique au quotidien*. Boucheville : Gaëtan Morin ; 1992.

BIROT E., KAMEL F. Argument. *La revue française de psychanalyse*. 2006, 70 (2), p. 323-330.

BONTE P., IZARD M. *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. Paris : PUF ; 2000.

BOURGEOIS ML., BRUCHON-SCWEITZER ML. Le concept l'identité. *Confrontations psychiatriques*. 1998, 39, p. 21-90

BOURGUIGNON O. (1994) Le processus de recherche. *La recherche clinique en psychopathologie*. Paris : PUF ; 2006, p. 33-51.

BOURGUIGNON O. Recherche clinique en psychologie. Eléments d'appréciation de la situation en France. *Psychologie française*. 1988, 33 (4), p. 267-279.

- BOURGUIGNON O. *Questions éthiques en psychologie*. Liège : Mardaga ; 2003.
- BOURDIEU P. *Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques*. Paris : Bayard ; 1988.
- BRACONNIER A., MARCELLI D. *Adolescence et psychopathologie*. Paris : Masson ; 2005.
- BYDLOWSKI E. (1994) Le chercheur. *La recherche clinique en psychopathologie*. Paris : PUF; 2006, p. 59-67.
- CHAMBON O., MARIE-CARDINE M. *Les bases de la psychothérapie*. Paris : Dunod ; 1999.
- CICCONA A. Enveloppes psychiques et fonctions contenantes: modèles et pratiques. 1991. Available from : http://irts_poitiers.bibli.fr/opac/index.php?lvl=authorse8d=1994
- COMAS-DIAZ L., JACOBSEN F.M. Ethnocultural transference and countertransference in the therapeutic dyad. *Amer J Orthopsychiat*. 1991, 61 (3), p. 392-402.
- CORCOS M. Problématique dépressive à l'adolescence. In Corcos M, Jeammet P et al. *Les dépressions à adolescence. Modèles, clinique et traitement*. Paris : Dunod ; 2005, p. 3-9.
- CORIN E. Vers une réappropriation de la dimension individuelle en psychologie africaine. *Revue canadienne des études africaines*. 1980, 14, p. 135-156.
- CROCQ L. *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Odile Jacob ; 1999.
- CROCQ L. Perspectives historiques sur le traumatisme. *Les traumatismes psychiatriques*. Paris : Masson ; 2001, p. 23-53.
- DAHOUN Z. L'entre deux : une métaphore pour penser la différence culturelle. *Différence culturelle et souffrance de l'identité*. Paris : Dunod ; 2005, p. 209-241.
- DEBURGE A. Un travail sur la différenciation entre contre-transfert et contre-attitudes en psychanalyse. *Revue française de psychanalyse*. 1994, 59, p.1612-1616.
- DECLERCQ M., LEBIGOT F. *Les traumatismes psychiatriques*. Paris : Masson ; 2001.
- DECLERCQ M. Répercussions psychiatrique et psychosociales à long terme. *Les traumatismes psychiques*. Paris : Masson ; 2001, p. 103-113.
- DE PLAEN S. De cultures bound syndromes au « travail de la culture ». In Moro MR, Baubet T Eds. *Psychiatrie et migration*. Paris, Masson ; 2003, p. 75-90.
- DENIS P. L'avenir d'une désillusion : le contre transfert, destin de transfert. *Revue française de psychanalyse*. 1988, 52, 887-898.
- DENIS P. Incontournable contre-transfert. *La revue française de psychanalyse*. 2006 : 70 (2), p. 331-350
- DEVEREUX G. (1970) Facteurs culturels en psychothérapie. *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard ; 1983.

- DEVEREUX G. (1980) *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Flammarion, Ed. Aubier Montaigne ; 1998.
- DEVEREUX G. (1972) *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris : Flammarion ; 1985.
- DIATKINE G. Surmoi culturel. *Revue française de psychanalyse*. 2000, 64, p. 1523-1588.
- DO E. Alliance thérapeutique en situation transculturelle, aléas et construction. *Perspectives psy*. 2000, 39 (4), 313-320.
- FANON F. *Peau noire masques blancs*. Paris : Le seuil ; 1952.
- FEDIDA P. Crise et contre-transfert. Paris, PUF ; 1992.
- FERMI P. Contre-transfert culturel ? *Association Geza Róheim*. Available from : <http://perso.orange.fr/geza.roheim/html/contrans.htm>
- FERNANDO S. *Mental Health in a Multi-ethnic Society. A Multi-disciplinary Handbook*. London: Routledge ; 1995.
- FERRADJI T., MORO M-R., Identité. In Pélicier Y. Eds. *Les objets de la psychiatrie. Dictionnaire des concepts*. Paris : L'esprit du temps ; 1997.
- FOUCAULT M. *Le pouvoir psychiatrique. Cours au collège de France 1973-1974*. Paris : Gallimard et Seuil ; 2003.
- FREUD S. (1930) *Le malaise dans la culture*. Paris : PUF ; 1995.
- FREUD S. (1919) *L' inquiétante étrangeté (« Das unheimliche »)*. Paris : Gallimard ; 1985.
- FREUD S. (1929) *Malaise dans la civilisation*. Paris : PUF ; 1989.
- FREUD S. (1921) Psychologie collective et analyse du moi. In *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot ; 1981.
- FREUD S. (1912-1913) *Totem et tabou*. Paris: Payot; 1980.
- GIRAUD F. Introduction de la spécificité dans les systèmes de soins, aspects éthiques. In Moro MR, De la Noë Q, Mouchenik Y, Eds. *Manuel de psychiatrie transculturelle, travail clinique, travail* Grenoble : La pensée sauvage ; 2006, p. 197-216.
- GOLSE B. Pourquoi les autres ? *Champ psychosomatique*. 1997 ; 11/12, 23-28.
- GORKINS M. Countertransference in cross-cultural psychotherapy : The example of Jewish therapist and Arab patient. *Psychiatry*. 1981, 49, p. 69-79.
- GOVINDJIMA Y Le corps à l'épreuve de l'altérité dans la clinique interculturelle. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2003, 51, 191-200.
- GOYENA A. Heinrich Racker : le contre-transfert comme nouveau départ de la technique psychanalytique. *Revue française de psychanalyse*. 2006 : 70 (2), p. 351-370.

- GRINBERG L., GRINBERG R. *Psychanalyse du migrant exilé*. Lyon : Cesura Lyon ; 1986.
- HOCHMANN J. *La consolation. Essai sur le soin psychiatrique*. Paris : Odile Jacob, 1994.
- JEAMMET P., BIROT E. *Etude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte*. Paris : PUF ; 1994.
- JEAMMET P. Réalité externe et réalité interne. Importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence. *Revue française de psychanalyse*. 1980, 44, p. 481-521.
- JEAMMET P. Les conduites addictives : un pansement pour la psyché. In le Poulichet S, Ed. *Les addictions*. Paris : PUF ; 2000, p.93-108.
- KAES R. Psychanalyse et représentation sociale. *Les représentations sociales*. Paris : PUF ; 1988, p.87-114.
- KAES R. Introduction. In Kaës R et al. *Différence culturelle et souffrance de l'identité*. Paris : Dunod ; 2005, p.1-18.
- KAES R. Différence culturelle, souffrance de la langue et travail du préconscient dans deux dispositifs de groupe. In Kaës R et al. *Différence culturelle et souffrance de l'identité*. Paris : Dunod; 2005, p.45-86.
- KESTEMBERG E., L'identité et l'identification chez les adolescents. Problèmes théoriques et techniques. *La psychiatrie de l'enfant*. 1962, 5 (2), p. 441-523.
- KILBORNE B. Altérité et contre-transfert : Georges Devereux. *Nouvelle Revue d'ethnopsychiatrie*. 1987, 7, p. 135-147.
- KNOWLES C. Afro-caribbeans and schizophrenia: how does psychiatry deals with issues of race, culture and ethnicity? *J Soc Politics*. 1991, 20 (2), p. 173-190.
- KNOWLES C. Racism and psychiatry. *Transcultural psychiatry*. 1996, 33 (3), p.297-318.
- KIRMAYER L.J. The fate of culture. *Transcultural psychiatry*. 1996, p.15-25.
- KLEINMAN A. How is culture important for the D-S-M IV ?. In Kleinman A, Mezzich J, Fabrega H, Parrod D & al. *Culture and psychiatric diagnostic*. Washington: American Psychiatric Press; 1996, p.15-25.
- KRISTEVA J. *Etrangers à nous-mêmes*. Paris : Fayard ; 1988.
- LACHAL C. *Le partage du traumatisme, contre transferts avec les patients traumatisés*. Grenoble : La pensée sauvage, 2006.
- LADAME F. Une identité pour quoi faire? Ou l'imbroglie des identifications et leurs remaniements à l'adolescence. *Revue française de psychanalyse*. 1999, 63 (4), p.1227-1235
- LADAME F. Les troubles psychotiques de l'adolescent et leur approche thérapeutique: implication entre thérapeutique et pratique. *Annales médico-psychologiques*. 1978, 136 (1), p. 49-67.

- LAPLANCHE et PONTALIS *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF ; 1967
- LAZIGNAC C. *Qu'en est-il de l'alliance thérapeutique en situation transculturelle ? A propos d'une étude exploratoire réalisée aux urgences de Nancy*. Thèse de doctorat en médecine. Université de Nancy. 2002.
- LEVI-STRAUSS C. *L'identité*. Paris : Grasset ; 1977.
- LITTELWOOD R. et CROSS S. Ethnic minorities and psychiatric services. *Sociology of health and illness*. 1980, 2, p. 194-201.
- LOCK M., BIBEAU G., CHAN-YIP AM. et coll. *La santé mentale et ses visages : un Québec pluriethnique au quotidien*. Boucheville : Gaëtan Morin ; 992.
- MARCELLI D., BRACONNIER A. *Adolescence et psychopathologie*. Paris : Masson ; 2005.
- MENECHAL J. Le travail ethnique en clinique. *Bulletin de psychologie*. 2000, 53 (1), p. 19-30
- MESTRE C. La psychiatrie transculturelle: un champ nécessaire et complexe. In Moro MR, De la Noë Q, Mouchenik Y et Coll. *Manuel de psychiatrie transculturelle, travail clinique, travail social*. Grenoble : La pensée sauvage ; 2006, p. 179-196.
- MESTRE C. Pour un engagement clinique et citoyen. *Cahiers de Rhizome*. 2005, 21. Available from : <http://www.ch-le-vinatier.com/orspere/fichiers/rhizome/Rhizome7.pdf>
- MESTRE C., MORO M-R. La France raciste ? *Bobigny : Association internationale d'ethnopsychanalyse*. 2006. Available from : <http://www.clinique-transculturelle.org/AIEPforumdebat2.html>.
- MICHEL L. Signification du groupe d'appartenance culturelle du patient et du thérapeute. *Connexions*. 1994, 63(1), p. 169-177.
- MORO M-R., LACHAL C. L'épreuve de la diversité. *Carnets psy*. 2007, 114, p. 40-41.
- MORO M-R., BAUBET T. *Psychiatrie et migration*. Paris : Masson ; 2003.
- MORO M-R.(1994) *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*. Paris : PUF ; 1998.
- MORO M-R *Psychiatrie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Dunod ; 2004.
- MORO M-R., BAUBET T. Un lieu métissé d'accueil et de soins des migrants: le dispositif de la psychiatrie transculturelle à l'hôpital Avicenne (Bobigny). In Moro MR, Baubet T Eds. *Psychiatrie et migration*. Paris :Masson ; 2003.
- MORO M-R., MORO GOMEZ I. et coll. *Avicenne l'andalouse. Devenir thérapeute en situation transculturelle*. Grenoble : La pensée sauvage ; 2004.
- MORO M-R., REVAH-LEVY A. Soi-même dans l'exil. Les figures de l'altérité dans un dispositif psychothérapeutique. In Kaës et al. Eds. *Différence culturelle et souffrance de l'identité*. Paris : Dunod ; 2005, p. 107-128.

- MORO M-T. L'altérité, un point de vue philosophique. *Champ psychosomatique*. 1997 ; 11/12, p. 3-6.
- MOUCHENIK Y. Introduction au concept de culture en anthropologie. In Moro MR, De la Noë Q, Mouchenik Y Eds. *Manuel de psychiatrie transculturelle, travail clinique, travail social*. Grenoble : La pensée sauvage ; 2006, p. 49-63.
- MOUSTACHE H. Altérité et transfert culturel dans l'analyse. *L'autre*. 2006, 19, p. 31-41.
- NATHAN T. *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Dunod ; 2001.
- NATHAN T. (1988) *Le sperme du diable*. Paris : PUF ; 1993.
- NATHAN T. Rituels de deuil, travail de deuil. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*. 1988, 10.
- NEYRAULT M. *Le transfert*. Paris : PUF ; 1974.
- PATUARD P. Psychisme et culture. *Revue belge de psychanalyse*. Available from : <http://revue.Psychanalyse.be/45a.html>
- POMMIER F. Culture et processus d'association mentale. *L'évolution psychiatrique*. 2004, 4, p.67-78.
- RECHTMAN R.,RAVEAU F-M-H. Fondements anthropologiques de l'ethnopsychiatrie. *Encycl Méd-Chir Psychiatrie*. 1993, 37-715-A-10.
- REVAH-LEVY A., PRADERE J. Questions de culture(s): devenir dans la migration. In Moro Mr, Baubet T Eds. *Psychiatrie et migration*. Paris : Masson ; 2003.
- REVAULT D'ALLONNES C. Ouverture : Repères pour la recherche clinique. *Bulletin de psychologie*. 1988, 39, 377, p. 739-742.
- RICOEUR P. *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil ; 1990.
- ROUDINESCO E., PLON M. (1997) *Dictionnaire de la psychanalyse*. Paris : Fayard ; 2006.
- ROUSSEAU C., NADEAU L. Migration, exil et santé mentale. In Moro MR, Baubet T Eds. *Psychiatrie et migrations*. Paris : Masson ; .2003.
- ROUSSILLON R. Sur l'opposition psychothérapie/psychanalyse. *Carnets psy*. 2006, 109, p. 43-45.
- RUIZ CORREA O. (1998) La clinique groupale dans la plurisubjectivité culturelle. In Kaës R et al. *Différence culturelle et souffrance de l'identité*. Paris : Dunod ; 2005, p. 154-177.
- SALAMIN-AMBOISE L'implication dans la recherche clinique. *Bulletin de psychologie*. 1985-1986, 39 (374), p. 810-814.
- SELOD S. *Difficultés diagnostiques chez les patients d'une autre culture : Pourquoi certains patients dépressifs sont-ils diagnostiqués comme psychotiques*. Thèse de doctorat de médecine. Université de Lille 2. 1998.

SPIGEL J.P. Cultural aspects of transference and countertransference revisited. *J Am Acad Psychoanal.* 1976, 4, p. 447-4467

STERN D. *Le moment présent en psychothérapie.* Paris : Odile Jacob ; 2003.

STURM G.. Le racisme et l'exclusion. In Moro MR, De la Noë Q, Mouchenik Y Eds. *Manuel de psychiatrie transculturelle, travail clinique, travail social.* Grenoble : La pensée sauvage ; 2006, p. 197-216.

STURM G. *Les thérapies transculturelles en groupe « multiculturel ».* Une ethnographie de l'espace thérapeutique. Thèse de doctorat en psychologie. Université Paris XIII. 2005.

TAIEB O. *Les histoires de toxicomanes. Narrations et lectures dans les addictions.* Thèse de doctorat de psychologie. Université de Paris XIII. 2006.

TAIEB O., HEIDENREICH F. Notions d'anthropologie de la maladie. In Moro MR, Baubet T Eds. *Psychiatrie et migrations.* Paris : Masson ; 2003, p. 53-59.

TOUSSIGNANT M., HABIMANA E. Emotion et culture. *Encycl Méd-Chir Psychiatrie.* 1993, 37-715-A-20.

URTUBEY L. Des origines du contre-transfert. *La revue de psychanalyse.* 2006, 70 (2), p. 371-384.

URTUBEY L. Le travail du contre-transfert. *La revue française de psychanalyse.* 1994, 59, p. 1271-.

WINNICOTT W. (1947) La haine dans le contre-transfert. In *De la pédiatrie à la psychanalyse.* Paris : Payot ; 1969, p. 48-58.

WINNICOTT W. (1960) Le contre-transfert. In *De la pédiatrie à la psychanalyse.* Paris : Payot ; 1969, p. 350-357.

WINNICOTT DW. La localisation de l'expérience culturelle. *Jeu et réalité.* Paris : Gallimard ; 1975.

WINNICOTT DW. Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. *De la pédiatrie à la psychanalyse.* Paris : Payot ; 1969, p. 109-125

ZAPHIROPOULOS M. Transcultural parameters in the Transference and Counter-transference. *Journal of the American of Psychoanalysis.* 1982, 10, p. 571-584.

LA NOTION DE CONTRE-TRANSFERT CULTUREL : ENJEUX THEORIQUES CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES.**RESUME**

Dans le contre-transfert, on réagit à l'intersubjectivité de l'autre et à ses affiliations en fonction de nos propres affiliations. Le contre-transfert culturel souligne la dimension collective de ces réactions, où interviennent des enjeux historiques, politiques et de pouvoir. Obligatoire, nécessaire, multiple, il se déploie en inter- et en intraculturel. Pouvant augmenter la distance patient/thérapeute, il a des implications cliniques statistiquement significatives à l'échelle collective. Il doit être identifié et explicité, ce qui nécessite de se décentrer culturellement et éventuellement de recourir à l'outil complémentariste. Son élaboration est optimale dans le dispositif groupal transculturel où il a des implications thérapeutiques. La question du contre-transfert culturel ouvre à celle, fondamentale, de l'élaboration individuelle et collective de l'altérité.

MOTS CLES

Contre-transfert culturel, contre-transfert, psychiatrie transculturelle, ethnopsychanalyse, altérité, différence culturelle.