



Psychopathologie et migration : repérage historique et épistémologique dans le contexte français

Fabien Gouriou

► To cite this version:

Fabien Gouriou. Psychopathologie et migration : repérage historique et épistémologique dans le contexte français. Psychologie. Université Rennes 2, 2008. Français. NNT : . tel-00288084

HAL Id: tel-00288084

<https://theses.hal.science/tel-00288084>

Submitted on 13 Jun 2008

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE RENNES 2 HAUTE BRETAGNE
U.F.R. SCIENCES HUMAINES

N° attribué par la bibliothèque

THESE

pour obtenir le grade de
DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ RENNES 2 HAUTE BRETAGNE
en
PSYCHOLOGIE

présentée et soutenue publiquement
par

Fabien GOURIOU

le 19 Janvier 2008

Psychopathologie et migration
Repérage historique et épistémologique dans le contexte français

Directeur de thèse : Pr. Loïck M. VILLERBU

JURY

Olivier DOUVILLE, Maître de Conférences, Université Paris 10
Bernard DUEZ, Professeur, Université Lyon 2
Jacques MICHEL, Professeur, Institut d'Études Politiques de Lyon
Sophie de MIJOLLA-MELLOR, Professeur, Université Paris 7
Loïck M. VILLERBU, Professeur, Université Rennes 2

Celles et ceux qu'il convient de remercier :

L.-M. V.,
pour l'attention portée aux bruits de mes agitations ;

Le L.C.P.P.C.,
pour la confortable liberté de circulation et la juste place accordée à son produit ;

W. et son tranquille copiste,
pour la répétition obstinée des prises de tête en dépit d'une certitude partagée quant au jugement dernier : *peanuts* ;

A.,
pour l'attention constante et sereine, ponctuée de choix musicaux certes approximatifs mais toujours saisissants ;

L.,
pour les chemins arpentés depuis le début, et les ballades nocturnes où les dissonances de nos voix ont froissé les tympanes du monde ;

M.,
pour l'exercice de traduction et l'approvisionnement en mondes virtuels, dont l'exploration a souvent donné un prétexte supplémentaire pour ne pas travailler ;

P.,
pour la présence domestique, malgré la cruelle détermination à me rappeler jour après jour, que je ne serai jamais maître dans ma propre maison ;

E.,
pour le regard d'une photographie du dimanche qui paisiblement, rêve d'attraper l'horizon dans un ultime *katamari* de poussière d'argent.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	10
DÉTOUR PAR UNE PSYCHIATRIE COLONIALE	32
[1.1] Rencontres inaugurales avec la folie exotique	34
[1.1.1] Kraepelin : une nosographie soucieuse de sa validation	34
[1.1.2] Moreau de Tours : la Civilisation à l'épreuve de la folie orientale	36
[1.2] Un savoir psychiatrique au service du projet colonial	43
[1.2.1] L'assistance aux aliénés coloniaux	43
[1.2.2] Le congrès de Tunis	50
[1.2.3] L'École d'Alger, à la recherche de la mentalité indigène	55
[1.3] Le contexte de l'Indépendance et le déplacement du regard	62
[1.3.1] L'évolution des thèses algéroises	62
[1.3.2] Frantz Fanon : psychiatrie et révolution	66
[1.3.3] Convergences des points de vue	73
INCISE : LA SÉLECTION DES IMMIGRANTS	77
[2.1] Premières recherches nord-américaines	78
[2.2] Émergence du problème en France	79
[2.3] L'après-guerre : persistance et déplacement	83
PSYCHOPATHOLOGIE DE LA MIGRATION	87
[3.1] Positionnement des problèmes	89
[3.1.1] 1952	89
[3.1.2] 1954	91
[3.1.3] Fondements d'une psychopathologie de la migration	93

[3.2] Une nosographie à la déroute	95
[3.2.1] Troubles du regard	96
[3.2.2] L'in(con)sistance de la sinistrose	102
[3.2.3] Sur la voie du malentendu	110
[3.3] Considérations étiologiques	115
[3.3.1] La prédisposition morbide	115
[3.3.2] De l'acculturation...	119
[3.3.3] ... à son contexte social	132
[3.4] Instance des thérapeutiques	140
[3.4.1] Rapatriements sanitaires	140
[3.4.2] Psychothérapies	141
[3.4.3] Remèdes sociaux	143
[3.5] Aux portes du sanctuaire	144
[3.5.1] Position du problème	144
[3.5.2] L' « individu », de la reconnaissance à l'impensable	146
[3.5.3] Conséquences et contestations	151
PERTURBATIONS DANS L'ETHNOPSY	155
[4.1] Fondements, rigueur et limite de la méthode	161
[4.1.1] La thèse complémentariste	161
[4.1.2] L'a-spécificité du dispositif	164
[4.1.3] L'indécidable du symptôme	168
[4.2] Ethnopsy <i>vs</i> psychopathologie de la migration	174
[4.2.1] Ruptures et dépendances	175
[4.2.2] L'indétermination du conflit	178
[4.3] Relativism as Antidote, the West as Toxin	181
[4.3.1] Premier mouvement : la négociation	185
[4.3.2] Deuxième mouvement : la guerre	198
[4.3.3] Coda : consistance de l'ennemi	216

[4.4] Complémentarisme et pluralisme, ou l'éloge du métissage	218
[4.4.1] Fondements de la démarche	219
[4.4.2] De la clôture au métissage	224
[4.4.3] Les limites du champ	227
 CLINIQUES DE L'EXIL	 230
[5.1] Phénoménologie	232
[5.1.1] Un texte précurseur	232
[5.1.2] In/actualité de l'exil	237
[5.1.3] Exil dans l'autochtonie	243
[5.2] Clinique freudienne	246
[5.2.1] Questions de séparation	246
[5.2.2] Rupture du lien social	250
[5.2.3] Refus de prescription	264
[5.3] Anthropologie des mondes contemporains	266
[5.3.1] De l'expérience subjective au motif anthropologique	266
[5.3.2] Malaise et Anomie	270
[5.3.3] Opacité de l'entre-deux	273
 CONCLUSION	 275
 BIBLIOGRAPHIE	 280
 INDEX NOMINUM	 294

INTRODUCTION

Le présent travail a pour ambition d'apporter une contribution historique et épistémologique quant aux types de rapport noué entre psychopathologie et migration. La mise en confrontation de ces deux termes suggère ici, en première approximation, que le phénomène de la « migration » constitue bien un objet de pensée pour la psychopathologie et en conséquence, que les contours d'un domaine de recherche peuvent ainsi être tracés. Aussi projetons-nous d'en établir une première esquisse – première car à notre connaissance, aucun travail systématique n'a vraiment été fait en France sur cette question. Non pas que l'histoire du domaine soit foncièrement méconnue mais force est de constater son aspect trop souvent parcellaire et peu référencé. Nous tâcherons donc de pallier modestement à ceci en partant à la recherche des fondements et des reconfigurations des rapports de la psychopathologie à la migration dans le seul contexte français. Mais notre souci n'est pas tant de reconstituer une mémoire – ou pourquoi pas d'inventer un passé – que d'appréhender les conditions à partir desquelles un savoir théorico-clinique particulier se produit, se maintient et se conteste. D'où la prétention épistémologique qui est la nôtre, et l'émergence d'une question méthodologique qu'il nous faudra bientôt déplier : celle du nouage entre histoire et épistémologie.

Mais nous commencerons par expliciter la manière avec laquelle notre corpus textuel de référence et notre problématique se sont progressivement élaborés. Orientés depuis quelques temps, et avec un enthousiasme certain, par les liaisons dangereuses entre psychanalyse et anthropologie, la clinique des migrants est rapidement apparue comme une thématique de recherche propice à une mise en expérience. Place alors à l'exploration des débats contemporains et aux premières prises de position idéologiques, scrupuleusement consignées dans un malheureux mémoire qu'une soutenance, une expérience clinique à haut risque et une relecture amère n'ont pas manqué de sanctionner. Outre l'heureux ratage de ce premier acte, subsistait tout de même une autre certitude héritière de notre bibliophagie : un tel domaine de recherche ne semble pas bénéficier d'un passé éclairé, et surtout éclairant, si l'on en juge par la remarquable rareté, parmi ces textes contemporains, de références antérieures à leurs propres recherches, débats et polémiques.

Gravitant autour d'une opposition très marquée entre deux courants assez récents (ethnopsychiatries et cliniques de l'exil), les débats demeuraient en effet « actuels » tandis que les références au passé, tout aussi brèves que parcellaires, stigmatisaient sans nuances quelque dérive d'antan commise par une *psychiatrie coloniale* puis par une *psychiatrie des migrants*. S'il existait certes des études historiques de langue française sur la première¹, il était en revanche beaucoup plus difficile d'accéder à une claire représentation de la seconde car dans

1. Et parmi elles : Bégué J.M., « Genèse de l'ethnopsychiatrie. Un texte fondateur de la psychiatrie coloniale française : Le Rapport de Reboul et Régis au Congrès de Tunis en 1912 », *Psychopathologie Africaine*, 1997, XXVIII, 2 : 177-220 ; Bennani J., *La psychanalyse au pays des saints. Les débuts de la psychiatrie et de la psychanalyse au Maroc*, Casablanca, Éditions Le Fennec, 1996 ; ainsi que les nombreux travaux de R. Collignon.

la plupart des cas, nul renvoi bibliographique ne venait soutenir les jugements portés à son égard. Et il nous a fallu attendre quelques temps encore avant de dénicher de rares publications livrant des indications plus précises¹. Bref si ces divers textes contemporains mentionnaient bien un passé duquel il paraissait urgent de se démarquer, il n'était manifestement pas nécessaire à leurs yeux de le faire parler et d'en reconstituer quelques bribes d'histoire — position suffisamment intrigante pour convier à la recherche de ces originaux (presque) jamais cités.

Pour cela, nous avons tout d'abord pris appui sur la seule indication à disposition : ce passé concernait peut-être moins la psychologie clinique et la psychanalyse — champs dans lesquels œuvraient les actuelles ethnopsychiatries et cliniques de l'exil — que la psychiatrie. D'où l'idée, très empirique, de parcourir avec rigueur les tables des matières de quelques célèbres revues françaises de psychiatrie telles les *Annales médico-psychologiques*, *L'Évolution Psychiatrique* et *L'Information Psychiatrique*, à la recherche du moindre titre suggérant une thématique liée à la migration. La méthode fut rapidement couronnée de succès puisque le nombre de références ne cessait de croître, tandis que l'exploration de leurs bibliographies respectives indiquait de nouvelles pistes. Ainsi se révélaient pas à pas d'autres temps, d'autres auteurs, d'autres ouvrages et d'autres revues — ceci témoignant que la question des rapports de la psychopathologie à la migration se posait depuis de nombreuses années déjà, au sein de coordonnées distinctes selon les périodes et les courants. Et dans le même mouvement, l'intuition selon laquelle le présent se souciait assez peu d'une référence éclairée à l'histoire prenait davantage de consistance.

Si dans un premier temps, nous avons systématiquement consulté toutes les références croisées au détour d'une phrase, d'une note de bas de page ou d'une bibliographie (dans la première limite d'un accès possible aux textes en question, nombre d'entre eux étant malheureusement quasi-introuvables), une question n'a pas manqué de surgir rapidement : celle de la limitation puis de l'organisation du corpus. Notre empirisme méthodique de départ demeurerait en effet orienté par un souci d'exhaustivité, nécessairement vain puisque

1. Les travaux les plus systématiques sont peut-être ceux de A. Bolzinger qui, entre 1990 et 1991, publia dans le *Bulletin de Psychologie* une série d'articles intitulés *Psychologie du départ et du retour*. Il s'agit là d'une bibliographie annotée de travaux français (principalement des Thèses de Doctorat) spécifiquement consacrés aux migrants. Voir notamment : « Psychologie du départ et du retour. 1/ Émigrés, exilés, expatriés », *Bulletin de Psychologie*, 1990, 398 : 77-86 ; et « Psychologie du départ et du retour. 4/ Migrants venus du Maghreb », *Bulletin de Psychologie*, 1991, 401 : 410-442.

Ensuite, parmi les rares textes contemporains indiquant des travaux issus de la psychiatrie des migrants, voir : Douville O., Galap J., « Santé mentale des migrants et réfugiés en France », *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, 37-880-A-10, 1999 : 11 p. (mentionnant rapidement Z. de Almeida, R. Bastide et T. Ben Jelloun) ; puis Rechtman R., « De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatres », *Hommes & Migrations*, 2000, 1225 : 46-61 (mentionnant là encore rapidement Z. de Almeida, R. Bastide, et R. Berthelier).

Et *a contrario*, au seul titre d'exemple parmi d'autres, signalons enfin l'ouvrage de synthèse publié sous la direction de T. Baubet et M.R. Moro, *Psychiatrie et migrations*, Paris, Masson, Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, 2003 ; ouvrage dont l'abondante bibliographie ne comporte aucune référence française antérieure au milieu des années 80, au profit de références exclusivement nord-américaines.

chaque nouvelle lecture (ou presque) indiquait toujours d'autres pistes de recherche sans qu'une direction d'ensemble ne parvienne vraiment à s'esquisser. D'où l'impératif de se doter de critères de sélection et d'organisation afin de tracer pas à pas le fil de la lecture, en vue d'une mise en perspective à la fois historique et épistémologique des rapports de la psychopathologie à la migration.

Un premier critère peut être qualifié de géographique, en ceci que nous nous sommes limités aux publications non pas seulement de langue française, mais s'inscrivant spécifiquement dans le contexte français. Nous serons certes amenés, à plusieurs reprises, à convoquer des recherches venues d'ailleurs mais celles-ci auront pour fonction première d'éclairer la teneur des débats ayant cours dans un autre contexte. De plus, ce mode de restriction éminemment régionaliste trouve une part de légitimité dans l'absence presque systématique, chez les auteurs français, de références dépassant elles-mêmes les frontières nationales. L'exploration bibliographique suggère en effet que pour la très grande majorité d'entre eux, les principales sources traitant *spécifiquement* des rapports de la psychopathologie à la migration sont françaises — de sorte que les travaux et les débats ne puisent quasiment jamais en dehors du cadre national. Et il faut par ailleurs préciser que cette situation caractérise autant la période de fondation du domaine de recherche que ses développements plus actuels¹.

Le deuxième critère est quant à lui chronologique. Si nous prétendons pouvoir situer l'émergence historique du domaine de recherche au lendemain de la deuxième guerre mondiale, nous arrêterons notre tour d'horizon à l'année 2004. Ce repère contient bien sûr une grande part d'arbitraire puisqu'il est avant tout un paramètre externe pour borner nos recherches. Nous donnerons toutefois à ce choix un motif supplémentaire. En 2004 est effectivement publié un volume de *L'Évolution Psychiatrique* intitulé *Anthropologie et psychiatrie*², dans lequel deux auteurs s'inscrivant dans le courant des cliniques de l'exil dressent un bref bilan d'un programme de recherche initié en 1991. Et la même année paraît également le premier *Manuel de psychiatrie transculturelle*³ co-dirigé par M.R. Moro, entérinant la fondation et la reconnaissance institutionnelle d'une ethnopsychiatrie détachée de celle promue jusque-là en France par Tobie Nathan. Autrement dit, ces deux références à la fois confirment et d'une stricte répartition des diverses cliniques à l'épreuve de la migration.

1. À l'exception notable de quelques publications récentes, comme celles issues de l'ethnopsychiatrie promue par M.R. Moro et ses collaborateurs, se rattachant désormais au courant anglo-saxon de la « psychiatrie transculturelle ». Voir notamment : Moro M.R., De La Noë Q., Mouchenik Y. (dir.), *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social*, Grenoble, La Pensée Sauvage, 2004 ; et Rechtman R., « L'ethnisation de la psychiatrie : de l'universel à l'international », *L'Information Psychiatrique*, 2003, 79, 2 : 161-169.

2. *L'Évolution Psychiatrique*, 2004, 69, « Anthropologie et psychiatrie ». Voir en particulier les articles respectifs de F. Benslama et O. Douville.

3. Moro M.R., De La Noë Q., Mouchenik Y. (dir.), *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social*, 2004, *op. cit.*

Un troisième critère concerne la thématique des textes retenus – thématique dont nous dégagerons ici deux aspects principaux : le contexte de la migration puis la distinction entre la condition de migrant et celle d'enfant de migrant. Tout d'abord, notre propos exclut la littérature relative à la situation particulière des réfugiés et demandeurs d'asile, c'est-à-dire une *psychotraumatologie de l'exil*¹ davantage soucieuse d'éclairer et traiter les résonances subjectives des persécutions politiques et de la torture ; la migration ne bénéficiant, dans ce contexte victimologique, que du statut de variable secondaire. Nous avons au contraire privilégié les approches psychopathologiques dont l'objectif premier vise à problématiser la *condition de migrant* au regard d'un tableau clinique, dans une triple visée sémiologique, étiologique et thérapeutique. Et si la notion de traumatisme parcourt certes de nombreux travaux, elle concernera avant tout l'expérience même du déplacement et ses conséquences cliniques ; tandis que la figure sociologique à laquelle nous aurons le plus souvent, mais non exclusivement, affaire sera celle d'un migrant dit « économique » et/ou « volontaire ».

Ensuite, second aspect, il est fréquent dans la littérature psychopathologique à l'épreuve de la migration, de distinguer la situation des « primo-arrivants » de celle des « migrants de deuxième génération » – les premiers travaux systématiques sur ces derniers émergeant au tout début des années 80, suivant par-là une évolution bien entendu sociologique². Or nous avons choisi de passer outre cette distinction ou, plus précisément, de ne pas la constituer en objet critique. Partant, le propos se focalise *a priori* davantage sur les migrants que sur leurs enfants, ceci afin d'assurer au corpus une relative consistance quant à sa thématique. Néanmoins, dans la mesure où cette distinction s'avère heuristique pour plusieurs auteurs, nous serons parfois amenés à l'explicitier – et ce d'autant plus que les modèles de pensée de l'enfant dans la migration restent toujours, *in fine*, isomorphes à ceux relatifs aux primo-arrivants. Autrement dit, plutôt que de consacrer ici deux objets positifs, nous nous contenterons, lorsque nécessaire, d'épingler deux termes dont la mise en rapport permet éventuellement d'approfondir l'analyse des incidences cliniques de la migration.

Ces trois critères ont ainsi contribué à borner nos pérégrinations bibliophiles de même qu'à esquisser à grands traits les contours de notre objet. Mais avant de mettre en lumière le mode d'organisation du corpus, il nous faut encore préciser que le nombre de références consultées et répondant aux précédents critères excède largement celui des références mentionnées dans la thèse. Justifions cet écart par un souci de représentativité, et non d'exhaustivité, du

1. Nous empruntons cette expression à D. Fassin et R. Rechtman. Voir : Fassin D., Rechtman R., *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion, 2007 ; et en particulier la quatrième partie intitulée « Politique de la preuve », pp. 331-401.

2. Entre autres références *princeps* de langue française, voir : Beauchesne H., Esposito J., *Enfants de migrants*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. Psychiatrie ouverte, série Nodules, 1981 ; et le volume des *Annales médico-psychologiques*, 1982, 140, 6 ; Actes de la « Réunion conjointe de la Société médico-psychologique et de la Société maghrébine de psychiatrie du 24 mai 1982 consacrée à l'étude de la famille et psychiatrie. Aspects généraux et incidences sur la pathologie de la transplantation ».

corpus. En effet l'objectif minimal n'est pas de rédiger une synthèse impossible de *tout* qui aurait été écrit sur le sujet mais bien davantage d'éclairer, sur un double versant historique et épistémologique, *quelques* modalités de construction du phénomène « migration » en tant que problème psychopathologique, en tant qu'événement critique susceptible d'intervenir dans la constitution d'un tableau clinique. Et pour ce faire, notre travail prend tout d'abord appui sur les auteurs dont les travaux ont manifestement « fait date » dans l'histoire du domaine de recherche, si l'on en juge tout du moins par la fréquence avec laquelle ils sont cités. Figurent ensuite ceux dont les idées, quoique plus confidentielles, nous sont apparues suffisamment originales et parfois novatrices, pour inviter à une lecture attentive. Surgissent enfin nombre de textes qui d'un strict point de vue heuristique, n'apportent pas de contribution particulière : études cliniques grossières, plagats plus ou moins dissimulés, synthèses approximatives, ces diverses publications n'ont certes pas eu d'autre portée que de soutenir, de manière fort inégale, la vitalité du domaine de recherche, mais c'est aussi grâce à elles que l'on peut vraiment prendre la mesure d'une « pensée d'époque ».

Il est temps maintenant de rendre compte de la manière avec laquelle s'organise notre corpus, c'est-à-dire rendre compte du nouage ici proposé entre histoire et épistémologie. Or il semble au préalable judicieux de clarifier notre rapport au texte, notre rapport à la lecture et à l'écriture. Non pour broder une variation de plus sur le long et chaotique périple que peut représenter la rédaction d'une Thèse de Doctorat, mais parce que le rapport en question détermine la méthode elle-même. C'est à Michel Foucault que nous nous permettrons d'emprunter quelques mots célèbres témoignant au plus près de notre propre expérience de lecture et d'écriture. Dans l'introduction du deuxième tome de son *Histoire de la sexualité*, Foucault précise le projet initié en 1976 par *La volonté de savoir* et justifie ainsi sa démarche :

« Quant au motif qui m'a poussé, il était fort simple. Aux yeux de certains, j'espère qu'il pourrait par lui-même suffire. C'est la curiosité, – la seule espèce de curiosité, en tout cas, qui vaille la peine d'être pratiquée avec un peu d'obstination : non pas celle qui cherche à s'assimiler ce qu'il convient de connaître, mais celle qui permet de se déprendre de soi-même. Que vaudrait l'acharnement du savoir s'il ne devait assurer que l'acquisition des connaissances, et non pas, d'une certaine façon et autant que faire se peut, l'égarement de celui qui connaît¹? »

Loin de constituer une identification de circonstance, cette espèce particulière de *curiosité* est bien celle qui a guidé notre propre démarche : lecture et écriture furent des expériences de déprise de soi. Nous entendons tout d'abord par-là une tentative d'entrer dans des systèmes de pensée *a priori* étrangers en occultant la moindre position d'extériorité à leur

1. Foucault M., *Histoire de la sexualité II. L'usage des plaisirs* (1984), Paris, Gallimard, coll. TEL, 1997 ; p. 15.

égard. L'enjeu n'est pas ici de prendre connaissance d'une forme de discours mais bien plus de se l'approprier jusqu'au point critique où notre voix tendrait à se confondre avec la sienne. Sur le registre de l'écriture, cela se traduit alors par un certain respect de la lettre du texte et une passion, trop acharnée sans doute, pour la citation. Et si le lecteur éprouve parfois quelque difficulté à entendre notre voix, qu'il sache que la situation est bien entendu préméditée : parole est donnée aux auteurs, quitte à ce que le point d'où ça parle soit drapé d'une voile d'opacité. Par ailleurs cette posture ne satisfait pas uniquement à l'exigence éthique de respect de la parole d'un auteur, car elle engage dans le même mouvement un parti-pris épistémologique. Et à ce titre, convoquons une nouvelle fois Foucault – non plus celui de *L'Histoire de la sexualité* mais de *L'Archéologie du savoir*.

Dans la conclusion de cet ouvrage, la figure rhétorique de l'interlocuteur impartial adresse au projet foucaultien une série d'objections, et notamment celle concernant la difficulté à cerner le régime de discours dont il s'agit : histoire ou philosophie ? Et Foucault de répondre :

« C'est que pour l'instant, et sans que je puisse encore prévoir un terme, mon discours, loin de déterminer le lieu d'où il parle, esquive le sol où il pourrait prendre appui. Il est discours sur des discours : mais il n'entend pas trouver en eux une loi cachée, une origine recouverte qu'il n'aurait plus qu'à libérer ; il n'entend pas non plus établir par lui-même et à partir de lui-même la théorie générale dont ils seraient les modèles concrets¹. »

De la même manière, le cryptage délibéré du point d'énonciation au profit d'immersions successives dans des systèmes de pensée hétérogènes, constitue pour nous le moyen le plus sûr de ne pas occuper une position d'extériorité à partir de laquelle ces derniers pourraient être lus, reconstitués et évalués. En d'autres termes, et c'est en cela que Foucault a profondément influencé notre démarche, il ne s'agit pas de mettre ces discours à l'épreuve d'un point de vue qui en définitive, ne saurait prescrire que ce qu'ils *devraient* être dans le même temps où celui occupant désormais la place de « vérité » n'aurait rien à apprendre, mais seulement tout à vérifier. D'où le pari – dont rien ne dit qu'il soit tenu – d'une série d'analyses locales qui ne trouveraient pas ailleurs que dans ce discours les conditions de sa formalisation et de ses impasses. On sait toutefois, de l'aveu-même de Foucault, que le projet archéologique fut voué à l'échec et qu'il céda la place à une analytique du pouvoir puis, dans un troisième temps, à une herméneutique du sujet. Or l'un des motifs de l'échec en question résidait justement dans le vœu d'une suspension de tout point de vue qui, s'il s'était pleinement réalisé, n'aurait sans doute conduit qu'à une juxtaposition de descriptions phénoménologiques :

« Tout comme la phénoménologie, l'entreprise [archéologique] repose sur la notion de pure description. Mais cela soulève un certain nombre de problèmes qui se révèlent, en dernière analyse, incontournables, pour quiconque entreprend d'estimer à leur juste

1. Foucault M., *L'archéologie du savoir*, Paris, Gallimard, 1969 ; pp. 267-268.

valeur les options théoriques mises en œuvre dans *L'Archéologie du savoir*. Une pure description est-elle possible ? Ne devons-nous pas nous demander si ces descriptions sont exactes ou déformées¹ ? »

À reprendre à notre compte cette volonté de ne pas faire subir aux textes la torsion d'un point de vue totalisant, serions-nous alors condamnés à répéter l'écueil de l'archéologie ? Si nous ne voulons pas lâcher sur le projet d'analyses locales, comment résoudre le problème du tracé d'une mise en série qui soit autre chose qu'une juxtaposition de théories incommensurables ? Une réponse immédiate et quelque peu naïve pourrait fort bien avancer que le recours à une histoire linéaire et cumulative résoudrait peut-être la difficulté, comme s'il suffisait d'user de la seule chronologie pour inscrire *globalement* un ordre et une logique. Or sur ce point, Foucault l'archéologue nous aura déjà prévenu que la lente mutation des disciplines historiques a

« dissocié la longue série constituée par le progrès de la conscience, ou la téléologie de la raison, ou l'évolution de la pensée humaine ; elle a remis en question les thèmes de la convergence et de l'accomplissement ; elle a mis en doute les possibilités de la totalisation. Elle a amené l'individualisation de séries différentes, qui se juxtaposent, se succèdent, se chevauchent, s'entrecroisent sans qu'on puisse les réduire à un schéma linéaire. Ainsi sont apparues, à la place de cette chronologie continue de la raison, qu'on faisait invariablement remonter à l'inaccessible origine, à son ouverture fondatrice, des échelles parfois brèves, distinctes les unes des autres, rebelles à une loi unique, porteuses souvent d'un type d'histoire qui est propre à chacune, et irréductibles au modèle général d'une conscience qui acquiert, progresse et se souvient². »

L'argument d'une temporalité linéaire n'épuise donc en rien le problème car il est nécessaire de diffracter celle-ci pour la penser non plus comme une, mais comme multiple et relative à *un* mode de discours seulement. Face à l'évanouissement du point d'énonciation au profit d'une phénoménologie descriptive et relativiste, et face à l'incapacité manifeste d'une histoire à fournir par et pour elle-même un principe d'agencement, Foucault élaborera alors pas à pas une méthode d'analyse strictement ordonnée par une notion-clé : celle de « pouvoir », qui sera d'ailleurs remplacée dans les ultimes développements par celle de « sujet », comprise comme effet paradoxal d'un dispositif de pouvoir. C'est ainsi qu'en 1976, explicitant les rudiments méthodologiques d'une *Histoire de la sexualité*, Foucault annonce que

« la condition de possibilité du pouvoir, en tout cas le *point de vue* qui permet de rendre intelligible son exercice, jusqu'en ses effets les plus « périphériques », et qui permet aussi d'utiliser ses mécanismes comme grille d'intelligibilité du champ social, il ne faut pas la

1. Dreyfus H., Rabinow P., *Michel Foucault. Un parcours philosophique* (1983), Paris, Gallimard, Folio Essais, 1992 ; p. 128.

2. Foucault M., *L'archéologie du savoir*, 1969, *op. cit.*, p. 16.

chercher dans l'existence première d'un point central, dans un foyer unique de souveraineté d'où rayonneraient des formes dérivées et descendantes ; c'est le socle mouvant des rapports de force qui induisent sans cesse, par leur inégalité, des états de pouvoir, mais toujours locaux et instables¹. »

En tant que principe d'analyse générique, le pouvoir représente ainsi le point à partir duquel l'énonciation foucauldienne va désormais se déployer en autorisant d'une certaine manière le passage d'une archéologie descriptive à une généalogie stratégique ; l'histoire devenant le processus continu et infini des répétitions et variations locales d'un jeu global, celui du pouvoir en tant que relation. Et dans ce nouveau contexte, l'objet de connaissance empirique (par-delà son incarnation : sexe, prison, folie) sera toujours l'indice d'un pouvoir qui s'exerce et se conteste, d'un corps qui se construit et se fissure, d'un sujet qui se discipline et se rebelle. Or c'est très précisément en ce point de passage que nous quitterons le sillon foucauldien car, pour l'annoncer de manière directe : notre projet n'est pas d'établir une cartographie stratégique et politique des rapports de la psychopathologie à la migration. Non que la tentation ne soit grande car au sein de la psychopathologie, rares sont les domaines de recherche aux idéologies aussi explicites et aux résonances politiques aussi bruyantes. Malgré tout, cartographier le domaine en tant qu'exemplaire surface de projection des tensions à l'œuvre dans le champ social risque fort d'occulter la logique interne au champ psychopathologique, au profit d'un point de vue externe soucieux de restituer une logique politique, et non plus épistémique, de construction d'un savoir.

Volonté de cryptage du point d'énonciation, défiance envers une histoire linéaire, refus d'une lecture politique des problèmes – telle est donc la délicate ambiguïté d'une posture léguée par Foucault et qui doit trouver ailleurs une voie de résolution. Nous nous tournerons dès à présent en direction d'un autre auteur dont les travaux sont venus apporter une amorce de solution : G. Lantéri-Laura et son *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*². Nous ne tenterons pas ici une confrontation des œuvres de ces deux auteurs et préférons seulement indiquer notre mode de passage de l'un à l'autre. Un adjectif, employé deux fois par Lantéri-Laura dans l'ouvrage, est en fait responsable du changement. Voici ses deux occurrences :

« [...] nous devons nous souvenir qu'à côté d'une psychopathologie unique et exclusive, à prendre ou à rejeter en totalité et sans aucun aménagement envisageable, il est sans doute plus sérieux d'envisager ce que nous appellerions, en hommage à notre maître G. Canguilhem, des *psychopathologies régionales*, sachant qu'aucune partie ne vaut pour

1. Foucault M., *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir* (1976), Paris, Gallimard, coll. TEL, 1994 ; p. 122. Nous soulignons.

2. Lantéri-Laura G., *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Paris, Éditions du Temps, 1998.

l'ensemble de la psychiatrie et que certaines de ses parties ne renverraient pour le moment à aucune psychopathologie [...]¹. »

« [...] il nous semble que la psychiatrie, dès qu'on cherche à y repérer davantage qu'une suite de théorisations et de pratiques, ne peut s'étudier qu'en y discernant des *épistémologies régionales*, sans qu'aucun métalangage supposé supérieur parvienne à les unifier grâce à une épistémologie capable de rendre compte d'elle-même et des autres². »

Dérivé des *rationalismes régionaux* que Canguilhem pointa dans l'œuvre de Bachelard³, l'adjectif « régional » résonne suffisamment avec le projet d'une série d'analyses locales pour que l'on s'y attarde et le prenne quelque peu au sérieux. Rappelons d'abord que la question inaugurale de *l'Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne* concerne l'élucidation des fondements d'une discipline nommée « psychiatrie », et le statut que l'on doit accorder à l'histoire dans une telle entreprise. Très marqué par les thèses de C. Lévi-Strauss sur le caractère nécessairement discontinu du devenir historique, Lantéri-Laura récuse d'emblée l'illusion selon laquelle une histoire de la psychiatrie est possible – si l'on entend par-là une suite au déroulement linéaire et continu. En effet tout discours historique, si attaché soit-il à la reconstitution d'une chronologie, comporte inévitablement des arrêts, des retours en arrière et des bifurcations. Mais il y a plus : si l'on souhaite trouver dans le passé quelque trace des fondements de la discipline, alors cette histoire devra composer avec la discontinuité même du champ psychiatrique. Composée de diverses écoles de pensée, tramée de références théoriques empruntées à d'autres régions du savoir, la psychiatrie n'a en effet rien d'unitaire et, *de facto*, rien ne permet de supposer que son histoire aille dans le sens d'une intégration progressive des connaissances et des pratiques. Si, comme l'énonce Lévi-Strauss,

« l'histoire est un ensemble discontinu formé de domaines d'histoire⁴ »,

alors une histoire de la psychiatrie sera un ensemble discontinu formé d'histoires locales qui, loin de se succéder paisiblement, tendraient au contraire à se chevaucher et s'entrecroiser. De plus, chacun de ces domaines ne se spécifie pas uniquement d'une temporalité particulière mais aussi, et surtout, d'une configuration de savoir qui est lui propre – c'est-à-dire d'une *épistémologie régionale* qui ne saurait en aucun cas prévaloir pour l'ensemble du champ. L'enjeu d'une histoire de la discipline résiderait alors dans la mise en lumière de ces épistémologies et leurs confrontations réciproques, tout en se refusant de prescrire une épistémologie globale susceptible d'unifier, de réduire, les parties en présence.

1. *Ibid.*, p. 199.

2. *Ibid.*, p. 251.

3. Canguilhem G., « Dialectique et philosophie du non chez Gaston Bachelard » (1963), in Canguilhem G., *Études d'histoire et de philosophie des sciences* (1968), Paris, J. Vrin, 1975 : 196-207. Les rationalismes régionaux y sont définis comme « les déterminations des fondements d'un secteur particulier du savoir » (p. 201).

4. Lévi-Strauss C., *La pensée sauvage* (1962), Paris, Pocket, coll. Agora, 1995 ; p. 309.

C'est alors chez l'historien des sciences T.S. Kuhn que Lantéri-Laura va trouver le concept à même de satisfaire, non sans quelques aménagements, aux exigences *et* d'une épistémologie régionale *et* d'une histoire déprise des évidences de la linéarité : le concept de *paradigme*. Contentons-nous de rappeler que chez Kuhn, le concept de paradigme correspond aux

« découvertes scientifiques universellement reconnues qui, pour un temps, fournissent à une communauté de chercheurs des problèmes types et des solutions¹. »

Le concept permet de caractériser l'activité scientifique telle qu'elle fonctionne à un moment donné en tant que *science normale*, une science dont les axiomes, théories, méthodes et techniques font l'unanimité au sein d'une communauté scientifique parce qu'ils permettent de résoudre le plus grand nombre d'énigmes et semblent les plus adéquats pour fournir une explication raisonnée de la réalité. Le paradigme désigne ainsi un ensemble de lois et d'hypothèses théoriques explicitement énoncées ainsi que de principes méthodologiques et techniques ordonnant l'activité des scientifiques. Mais l'apport majeur de Kuhn ne concerne pas tant le concept-même de paradigme, que la manière avec laquelle il permet de rendre compte des bouleversements de la pensée scientifique. En effet, un paradigme régit pour un temps donné l'activité des chercheurs et de ce point de vue, fait figure de modèle dominant. S'il ne peut résoudre toutes les énigmes auxquelles l'observation de la réalité le confronte, il n'en reste pas moins opératoire tant que les dites-énigmes ne remettent pas en cause ses fondements. Mais il est dans sa logique de poser toujours davantage de questions et lorsque celles-ci s'accumulent et résistent coûte que coûte aux réponses qu'il peut fournir, alors le paradigme commence à s'affaiblir. Perdant crédit aux yeux de ses acteurs et concurrencé par de nouveaux paradigmes qui, envisageant la réalité d'une toute autre manière, sont en mesure de résoudre les nouvelles énigmes, le paradigme entre inexorablement en *crise*. S'ensuit alors une période au cours de laquelle plusieurs paradigmes incommensurables s'affrontent jusqu'au moment où un nouveau paradigme dominant est adopté par le plus grand nombre de chercheurs : la *révolution* scientifique a eu lieu et la science se stabilise à nouveau, jusqu'à la prochaine crise.

Lantéri-Laura entend donc s'inspirer de ce modèle d'une histoire discontinue (car fondée sur l'axiome de *révolution*) pour écrire sa propre histoire de la psychiatrie et comme nous l'avons précédemment suggéré, la transposition nécessite quelques aménagements qu'il nous faut expliciter. Tout d'abord, le concept de paradigme appliqué à la psychiatrie désignera

« une conception assez globale qui, pendant toute la durée d'une certaine période, servira à réguler tout un ensemble de connaissances théoriques et pratiques alors en usage, non pas comme une théorisation dont elles se déduiraient, mais comme la délimitation et l'organisation d'un certain domaine où des *possibles* pourraient aussi bien se compléter

1. Kuhn T.S., *La structure des révolutions scientifiques* (1970), Paris, Flammarion, coll. Champs, 2003 ; p. 11.

que s'opposer [...] ; nous pouvons concevoir le rôle du paradigme en psychiatrie comme ce qui unifie pendant une période plus ou moins longue toute une série de représentations théoriques et pratiques qui s'accommodent les unes les autres ou, d'ailleurs, s'excluent [...]¹. »

Ensuite, premier pas de côté vis-à-vis de la théorie kuhnienne, l'application du concept de paradigme pour une histoire de la psychiatrie implique, au niveau des périodes considérées, un changement d'échelle. Kuhn a en effet élaboré son histoire des sciences en prenant pour modèle exemplaire l'évolution des idées en physique, couvrant ainsi une période allant du géocentrisme d'un Ptolémée jusqu'au principe de la relativité généralisée et la physique quantique. En revanche, l'histoire de la psychiatrie moderne couvre une période beaucoup plus courte puisque l'on pourrait fixer son acte de naissance à l'automne 1793, date de la nomination de Pinel à Bicêtre. Et là où Kuhn propose quatre paradigmes sur deux millénaires (géocentrisme, héliocentrisme, physique newtonienne, relativité généralisée), Lantéri-Laura en propose trois sur deux siècles (l'aliénation mentale, les maladies mentales, les structures psychopathologiques).

Viennent ensuite deux autres pas de côté d'autant plus importants qu'ils résonnent avec deux problèmes majeurs chez Kuhn. Et quoique Lantéri-Laura ne fasse à aucun moment part de la moindre insuffisance doctrinale chez celui-ci, il nous semble que son appropriation du modèle pointe en creux deux difficultés².

La première a trait à la succession des paradigmes. Chez Kuhn en effet, l'histoire des sciences ne procède que de la répétition d'une séquence : paradigme/crise/révolution. Or dans cette séquence, il n'y a qu'un seul temps où plusieurs paradigmes peuvent coexister ; celui de la crise, donc de la mise en concurrence des paradigmes. Et une fois la révolution advenue, le précédent paradigme est voué à disparaître en raison de son obsolescence. Bref dans un tel système, l'activité scientifique ne peut être régie que par un seul paradigme car s'il en existe plusieurs, alors cette activité doit être considérée comme vacillante. Quant au domaine de la psychiatrie, force est de constater l'impossibilité d'affirmer que la succession des paradigmes entraîne là aussi l'abandon définitif du premier au profit du deuxième car

« dans l'histoire de la psychiatrie, le 1^{er} paradigme passe, certes au second plan, mais il y survit d'une façon plus ou moins larvée et peut revenir, de manière discrète, mais effective, plus tard, sans jamais, bien sûr, réoccuper la place qu'il avait tenu auparavant ;

1. Lantéri-Laura G., *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, 1998, *op. cit.*, p. 42.

2. Pour une mise en perspective critique des travaux de Kuhn, voir : Chalmers A.F., *Qu'est-ce que la science ? Récents développements en philosophie des sciences* : Popper, Kuhn, Lakatos, Feyerabend (1982), Paris, Le Livre de Poche, coll. Biblio/essais, 1995 ; en particulier les chapitres 8 et 9.

et quand la seconde crise fait passer au 3^e paradigme, non seulement le 1^{er} garde une existence en arrière-plan, mais parfois aussi le 2^e¹. »

Ainsi à titre d'exemples, dans la périodisation proposée par Lantéri-Laura, si l'on peut fixer la fin du règne du paradigme de l'aliénation mentale en 1854, année où Falret signe en quelque sorte l'arrêt de mort de l'unité de la pathologie mentale en publiant *De la non-existence de la monomanie*, l'on ne peut en aucun cas soutenir que le paradigme des maladies mentales règle une bonne fois pour toutes la question de l'unité de la folie – non seulement parce que nombre d'auteurs continuent de soutenir cette dernière thèse, mais aussi parce que les liaisons dangereuses des psychiatres avec la justice pénale enchaînent ceux-ci dans une dichotomie dément/non-dément héritée des temps passés². De même, le paradigme des grandes structures psychopathologiques, qui fait son apparition en 1926, année où Bleuler expose sa conception du groupe des schizophrénies, vise certes à combattre l'atomisme empirique du paradigme des maladies mentales mais il ne liquidera jamais la richesse semiologique de son prédécesseur, tout comme il aura lui aussi à se confronter au vieux problème de l'unité de la pathologie mentale³. Autrement dit si Lantéri-Laura est bien en mesure d'isoler trois paradigmes non seulement distincts mais incommensurables, puis d'en proposer une mise en série, il est toutefois contraint de par la spécificité du champ, à poser que le maintien d'un paradigme aux côtés d'un autre – fut-ce à bas bruit – ne signe pas une période de crise mais bien une donnée de fait : non seulement un paradigme ne contient jamais son précédent, mais les deux peuvent tout à fait coexister et déployer, chacun à sa manière, une activité *normale*.

Quant à la deuxième difficulté, elle n'est pas abordée frontalement par Lantéri-Laura et c'est davantage la curieuse absence d'une thèse pourtant cruciale aux yeux de Kuhn, qui a éveillé notre curiosité. Dans la postface de *La structure des révolutions scientifiques*, Kuhn explique en effet que

« un paradigme est ce que les membres d'une communauté scientifique possèdent en commun, et, réciproquement, une communauté scientifique se compose d'hommes qui se réfèrent au même paradigme. [...]. Si je devais récrire ce livre, il commencerait donc par une étude de la structure de communauté du monde scientifique⁴ » ;

tandis qu'il conclut l'ouvrage par ces deux phrases :

1. Lantéri-Laura G., *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, 1998, *op. cit.*, pp. 43-44.

2. *Ibid.*, pp. 101-107.

3. *Ibid.*, pp. 140-145.

4. Kuhn T.S., *La structure des révolutions scientifiques*, 1970, *op. cit.*, p. 240.

« Comme le langage, la connaissance scientifique est intrinsèquement la propriété commune d'un groupe, ou bien elle n'est pas. Pour la comprendre, il nous faudra connaître les caractéristiques spéciales des groupes qui la créent et l'utilisent¹. »

Il apparaît clairement ici que l'histoire des sciences de Kuhn pourrait fort bien s'apparenter à une sociologie des sciences puisqu'en définitive, le paradigme ne serait rien d'autre que ce qu'un groupe, dans la confrontation avec d'autres, décide d'indexer en tant que science normale. Car il n'y aurait pas d'explication purement logique dans le choix d'un paradigme : ce dernier tient plus des caractéristiques subjectives du chercheur, elles-mêmes modelées par un ensemble de valeurs, de normes et de coutumes propres au groupe et à la société auxquels il appartient. Et si l'on suit la logique kuhnienne, il semblerait que les règles intrinsèques de construction du savoir au sein d'un paradigme ne suffisent jamais à éclairer son choix et sa contestation ou, comme l'énonce Chalmers :

« Dans la vision de la science de Kuhn, les valeurs qui agissent dans les processus scientifiques et qui déterminent l'acceptation ou le rejet de théories doivent être discernées par une analyse psychologique ou sociologique de la communauté scientifique². »

Or malgré l'influence majeure de Kuhn sur les travaux de Lantéri-Laura, il est tout à fait frappant de constater que ce dernier, dans son ouvrage, ne fait à aucun moment allégeance à cette série de propositions puisqu'il ne les mentionne pas et l'on peinera à y trouver un passage où le sociologique vienne offrir à la psychiatrie la raison de ses fondements. Tout se passe alors comme si l'historien de la psychiatrie ne conservait qu'une définition strictement épistémologique du paradigme : un corps de savoirs théoriques et pratiques régulant l'activité des psychiatres ; et comme s'il ne cherchait pas ailleurs que dans ce corps les motifs de son maintien et de ses crises.

Ce fastidieux exposé à prétention épistémologique permettra désormais de comprendre pourquoi l'*Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne* nous a fourni une amorce de solution aux problèmes précédemment rencontrés : épistémologies locales, histoire non linéaire, analyse a-politique des problèmes... Mais on notera au passage que l'épineux problème du point d'énonciation n'est peut-être pas tout à fait réglé ou, autrement formulé : quel serait le fil rouge permettant d'écrire une logique de succession des paradigmes ? En accord avec la méthode de Kuhn, Lantéri-Laura donne sur ce point une première réponse minimale :

1. *Ibid.*, p. 284.

2. Chalmers A.F., *Qu'est-ce que la science ? Récents développements en philosophie des sciences : Popper, Kuhn, Lakatos, Feyerabend*, 1982, op. cit., p. 181.

« [...] un paradigme, en psychiatrie, pose une question fondamentale, qu'il ne sait pas résoudre lui-même et qu'il tente plus tard, à sa façon larvée, d'indiquer au second, voire au troisième, comme une *aporie persistante*¹. »

Le point de bascule entre deux paradigmes fait ainsi figure de point d'impasse : un premier paradigme rencontre une impasse logique qu'il a lui-même fait naître mais qu'il ne sait pas résoudre. Et c'est en ce point où l'un est réduit au silence qu'un autre prend la parole s'il est en mesure de déplacer (plus que dissoudre) la difficulté tout en n'omettant pas, bien sûr, d'esquisser son propre point d'impossible. Si Lantéri-Laura montre bien comment chacun des paradigmes de la psychiatrie moderne a permis l'élaboration d'un type de savoir sur la folie et l'émergence d'impasses spécifiques, il apparaît également – la citation précédente le suggère – qu'une question lancinante traverse non seulement les trois paradigmes, mais bien l'*Essai* lui-même : celle de l'*unité de la folie*. Mais il ne s'agit pas pour l'auteur de réduire l'histoire de la discipline à la seule persistance de cette question, ni de soumettre chaque paradigme à la sentence d'une réponse *a priori*. Au contraire, l'enjeu serait ici davantage de circonscrire pas à pas un objet critique autour duquel s'ordonne la série d'analyses locales – objet dont les coordonnées et la consistance s'éprouvent différemment dès lors que l'on parle tour à tour d'*aliénation* mentale, de *maladies* mentales, de *structures* psychopathologiques.

Épistémologies locales, histoire non linéaire, analyse a-politique des problèmes, esquisse progressive d'un objet ; tels sont les influences et les principes qui vont maintenant permettre d'explicitier notre projet de repérage historique et épistémologique des rapports de la psychopathologie à la migration dans le contexte français.

« Histoire » et « épistémologie » étant clarifiées, attardons-nous sur les notions de « psychopathologie » et de « migration ». La première possède ici le statut d'une catégorie générique permettant d'indexer sous un même vocable, et par abus de langage, la variété disciplinaire des cliniques à l'épreuve de la migration. En effet la psychiatrie n'est pas la seule discipline, ni les psychiatres les seuls cliniciens, à avoir constitué le phénomène en objet de connaissance puisque celui-ci a aussi été l'affaire de psychologues cliniciens et de psychanalystes – cette répartition disciplinaire ne prescrivant aucunement, d'ailleurs, une répartition de paradigmes incommensurables. De plus, si l'on donne au terme « psychopathologie » la définition générale d'étude du déterminisme psychique de certaines pathologies, de réflexion sur l'étiologie et les processus des pathologies mentales, précisons que notre forçage sémantique est tel qu'ici, le terme désigne plutôt un ensemble variablement agencé par trois registres indissociables : des hypothèses *étiologiques*, des indicateurs *sémiologiques* et des propositions *thérapeutiques*.

1. Lantéri-Laura G., *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, 1998, *op. cit.*, p. 44. Nous soulignons.

Ensuite, la notion de « migration » vaut elle aussi en tant que catégorie générique par laquelle est désignée un ensemble de phénomènes dont le trait empirique immédiat serait le déplacement physique d'un point à un autre tandis que sur la scène sociologique, on parlerait volontiers d' « immigration ». Outre les termes de *migration*, de *déplacement* et d'*immigration*, nous croiserons également au fil de l'exposé ceux de *transplantation* ou encore d'*exil*. En conséquence, l'usage de la notion n'implique pas d'en faire un concept opératoire valant pour l'ensemble du champ et satisfait davantage à la nécessité de condenser en un mot une variété de phénomènes et de nominations dont les traits seront propres à chacun des paradigmes, ou des courants de pensée, que nous allons isoler.

Quant à l'expression *rapports de la psychopathologie à la migration*, elle suggère d'abord que le phénomène « migration » est bien susceptible de constituer un objet de pensée pour la psychopathologie. Autrement dit lorsque cette dernière décide de se mettre à l'épreuve de la migration, de prendre au sérieux la condition de migrant de certains patients, tout ceci peut dès lors mener à la production d'un savoir particulier. En conséquence, les rapports de la psychopathologie à la migration correspondent aux diverses manières d'appréhender la condition de migrant et son influence supposée sur les signes, les causes et les traitements des troubles psychiques. Et le double repérage historique/épistémologique se propose d'isoler *quelques* modalités d'écriture de tels rapports, de mettre en lumière les types de savoir ainsi produits et les apories auxquelles ils aboutissent nécessairement. Pour ce faire, comme nous l'avons déjà longuement signalé, nous mènerons pour chaque paradigme une analyse locale soucieuse de reconstituer des (en)jeux de savoir puis tenterons de saisir les points d'impasse et de confrontation entre les différents courants. Par ailleurs, si nous avons suffisamment insisté sur la réticence à convoquer un paramètre externe pour fonder quelque renouvellement du savoir en psychopathologie, il convient cependant d'indiquer que nous aurons souvent recours à des concepts issus de disciplines autres que la psychopathologie – et nommément la sociologie et l'ethnologie. Mais ces définitions importées d'autres champs n'auront pas d'autre fonction que de permettre ensuite de mieux mesurer leur appropriation en tant que concepts opératoires, ou non, pour la psychopathologie. Ceci posé, il est temps désormais d'explicitier à grands traits le plan général de la thèse, c'est-à-dire notre tentative de périodisation des rapports de la psychopathologie à la migration.

Le propos s'ouvrira sur un détour par la psychiatrie coloniale française telle qu'elle s'est développée dans le contexte nord-africain. Par *psychiatrie coloniale*, il faut entendre un corps de théories et de pratiques psychiatriques non seulement tramées d'une idéologie coloniale, mais entrant surtout ouvertement au service de cette idéologie. Deux raisons principales justifient ce détour : tout d'abord, la psychiatrie coloniale sera une référence majeure des premiers textes français signant l'acte de naissance de la psychopathologie de la migration puis, ensuite, il n'est sans doute pas exagéré d'affirmer que depuis les années 50

jusqu'à la période la plus actuelle, le spectre colonial ne cesse de hanter nombre de débats tant polémiques que cliniques.

Nous commencerons alors par situer deux rencontres inaugurales avec la folie « exotique » : celle de Kraepelin visitant les asiles de Java puis celle de Moreau de Tours traversant l'Orient. Premières confrontations d'un savoir psychopathologique avec la variabilité culturelle, ces deux expériences sont certes permises par un dispositif colonial mais n'en assument pas le projet d'expansion et d'assistance – à la différence de la psychiatrie coloniale qui naît d'une volonté politique de prise en charge médico-psychiatrique des aliénés coloniaux. C'est alors à travers elle que la folie indigène sera étudiée pendant de longues années ; par les médecins métropolitains accueillant sur le sol français des contingents d'aliénés coloniaux, puis par les médecins partis exercer dans les colonies. Oscillant entre un évolutionnisme humaniste et un racisme déclaré, ce savoir psychiatrique se caractérise par une mise en continuité des notions de constitution morbide et de mentalité indigène – opération dont on trouvera le point d'aboutissement dans les théories de l'École d'Alger. Dans ce cadre de pensée, la mentalité indigène trouve son fondement dans une raison neurologique et ainsi, ne se spécifie que d'un écart pathologique et sous-développé vis-à-vis de la norme occidentale – thèse exonérant les médecins de la moindre étude du contexte socio-culturel puisque ce dernier se révèle toujours-déjà déviant. Il faut attendre le lendemain de la deuxième guerre mondiale et les premières luttes d'Indépendance pour voir apparaître une prise de distance certaine vis-à-vis des théories coloniales. De la part des héritiers de l'École d'Alger, d'abord, tâchant d'abandonner la référence constitutionnaliste au profit d'une étude minutieuse du milieu socio-culturel, par laquelle une authentique distinction entre normalité et pathologie indigènes pourrait enfin devenir effective. De la part de Fanon, ensuite, dénonçant violemment la situation coloniale et son relais psychiatrique, et inscrivant les causes de la folie indigène dans le seul réel de la domination coloniale. Période de hautes contestations, ces années 50 sont aussi celles du grand bouleversement d'un champ psychiatrique de plus en plus soucieux du tissu social dans lequel il prend place. Et c'est dans un tel contexte de branchement du savoir psychiatrique sur les données socio-culturelles qu'émergera en France une psychopathologie de la migration.

Mais avant de situer précisément cette émergence, il sera nécessaire de faire un autre détour afin d'éclairer la vision de l'immigration à l'œuvre chez les médecins français à partir des années 30. À cette période, quelques études épidémiologiques nord-américaines voient le jour et envisagent l'expérience migratoire en tant que facteur de vulnérabilité, en tant qu'événement critique susceptible d'imprimer sa marque sur un tableau clinique. En France en revanche, l'immigration ne pose aux médecins qu'une seule question : celle d'une *sélection des immigrants* aux frontières afin de résorber le coût *a priori* exorbitant de la présence d'aliénés étrangers sur le sol français. Il s'agit donc d'attirer l'attention des pouvoirs publics

sur une situation aussi urgente que dramatique, puis de contribuer au dépistage des suspects que la Nation n'aurait pas à soigner. Un problème psychopathologique de l'immigration ne peut à aucun moment se poser ici puisque la folie reste affaire de constitution. Et quoique l'hypothèse d'un facteur de vulnérabilité, ou de déclenchement, fasse discrètement son apparition aux alentours de 1946, elle n'acquiert pas là ses lettres de noblesse car l'enjeu demeure celui de la participation active des psychiatres à la politique d'immigration prescrite dans les ordonnances de 1945.

Considérer la migration comme facteur de déclenchement d'un trouble psychique représente le geste fondateur de la *psychopathologie de la migration* – domaine de recherche dont nous trouverons les premiers indices au début des années 50, et les dernières traces significatives au début des années 90. Bien qu'il soit ponctué de nombreux débats et points de désaccords, ce courant – ou paradigme – conserve un caractère unitaire si l'on en juge par la solidité de ses prémisses. Prenant d'emblée pour figure exemplaire le travailleur ouvrier nord-africain, la psychopathologie de la migration se fonde sur deux axiomes consécutifs : les pathologies de la migration sont des pathologies réactionnelles de l'adaptation au milieu et, en conséquence, n'ont rien à voir avec une quelconque prédisposition morbide. Il ne faut donc pas chercher ailleurs que dans les vicissitudes du changement de milieu socio-culturel, bref dans les aléas de la condition de migrant, les causes des symptômes dont témoignent ces patients.

Outre ces premières considérations étiologiques, les psychopathologues de la migration entretiennent une passion certaine pour la nosographie et si tous s'accordent sur l'étrangeté radicale des symptômes de même que sur l'inexistence d'une pathologie spécifique, plusieurs classifications jugées typiques s'élaborent coûte que coûte. Le travailleur immigré voit dès lors sa consistance psychiatrique arrimée aux énigmatiques et bruyants désordres corporels, dont la forme la plus extrême et la plus fascinante est sans conteste la « sinistrose » ; entité clinique structurellement inconsistante, héritée de la collusion de la médecine mentale avec le droit du travail, et devenant progressivement l'idéal-type de la symptomatologie. Et outre cette déroute nosographique, il convient aussi de souligner à quel point ces migrants de par leurs langues, leurs valeurs, leurs coutumes, leurs conditions de vie et leurs symptômes, restent une énigme aux yeux des cliniciens. Pour pallier à ce déficit de sens, l'effort portera alors sur l'indispensable connaissance de ces patients décidément étranges et pour cela, il faudra partir à la recherche de ce qui caractérise l'immigré : place à l'objectivation passionnée des conditions de vie et des particularités culturelles de ces travailleurs. Certes, un débat fait rage entre les auteurs refusant d'accorder trop de poids aux spécificités culturelles, et les autres persuadés au contraire qu'une compréhension du migrant ne saurait faire l'impasse sur sa culture – infini débat où l'on devinera tout de même un retour discret du spectre colonial. Mais en dépit de ce désaccord, tous sont unanimes : le migrant, réduit à sa force de

travail, est un être acculturé et radicalement exclu du jeu social. Partant, pourquoi chercher dans une prédisposition la cause de ses symptômes alors que tout dans son existence actuelle concourt à le rendre fou ? Et pourquoi vouloir le soigner par la psychothérapie lorsque l'urgence réside dans l'amélioration de sa condition sociale ?

Le rejet du modèle de la prédisposition au profit d'un déterminisme socio-culturel exclusif fonde ainsi le domaine de recherche mais dans le même mouvement, circonscrit un point inassimilable qui, dans cette logique de raison psychiatrique, se nomme « individu ». Car tous sont unanimes sur un autre point : le patient migrant n'est pas que migrant... il est d'abord et avant tout un individu unique qui se positionne singulièrement face à une condition sociale à haut risque. Mais cette variable reste impossible à convoquer autrement que sous le mode d'un bref rappel n'ouvrant à aucun commentaire supplémentaire. Or il y a là une raison toute simple : à trop insister sur l'importance d'un facteur « individu », on court le risque de voir réapparaître le problème de la prédisposition – soit exactement ce qu'il a fallu rejeter pour fonder le domaine. Et c'est sur ce point que les plus vives contestations, au début des années 80, vont se cristalliser : sur le sociologisme extrême d'un courant qui n'aura eu de cesse d'abraser toute dimension de singularité.

Parmi ces critiques, certaines émanent d'un courant alors en voie de constitution : l'ethnopsychiatrie, dont nous retracerons les lignes de force comme autant de *perturbations dans l'ethnopsy*. Un exposé critique du projet initial de Devereux permettra d'éclairer ensuite les diverses ethnopsychiatries qui, en France, se sont mises à l'épreuve de la migration. Et loin de rechercher l'exhaustivité, nous nous focaliserons seulement sur trois auteurs dont les approches diffèrent sensiblement. Le premier, A. Ifrah, est sans conteste le disciple le plus fidèle, appliquant la lettre de la méthode complémentariste et répétant ainsi le même écueil. Critique sévère de la psychopathologie de la migration, il souhaite remettre en scène le registre de l'individu (qui dans la langue ethnopsy se nomme idiosyncrasie) tout en le coordonnant au registre culturel. Mais ce projet aboutit en définitive à l'écartèlement du migrant entre deux registres incommensurables : celui d'un déterminisme acculturatif et celui d'un déterminisme psychique. Car Ifrah, à l'instar du Maître, ne cesse de jongler entre deux points de vue que rien n'autorise, sur le plan de la méthode, à mettre en continuité. Aussi est-il contraint de maintenir la question étiologique dans une foncière ambiguïté permettant certes à l'individu de retrouver quelque épaisseur, mais au prix d'une impossibilité à convoquer simultanément le registre de la culture.

Nous nous lancerons ensuite dans un vaste exposé des conceptions de T. Nathan en y distinguant deux périodes. Soucieux de construire un dispositif de prise en charge adapté aux patients migrants, l'auteur a tout de suite cherché à faire du complémentarisme une méthodologie clinique grâce à laquelle il serait possible d'occuper deux régimes de discours, ethno-

logique et psychanalytique. Sur le plan doctrinal, se formule ainsi l'hypothèse d'une relation d'homologie entre culture et psychisme – opération permettant ensuite d'envisager le symptôme comme un signe codé par la culture d'origine, et les pathologies de la migration comme des pathologies de la déculturation. Sur le plan clinique, se met alors en place un dispositif groupal spécifique destiné à fournir au désordre une double signification culturelle et idiosyncrasique. Mais ce premier mouvement qui fait la part belle aux notions de double discours et d'ambiguïté du sens rencontre une difficulté : pourquoi maintenir une référence théorico-clinique à la psychanalyse s'il apparaît que le patient, en raison du modelage culturel de la pensée et du symptôme, n'entend dans l'interprétation du clinicien qu'un effet de sens conforme à sa culture ? La résolution du problème passera – seconde période – par une contestation radicale de la psychopathologie occidentale, accusée non plus seulement d'inefficacité mais surtout d'impérialisme. L'ethnopsy s'achemine alors vers une théorie générale de l'activité thérapeutique en prenant pour modèle la Tradition et pour envers l'Occident. La surdétermination du culturel sur le psychique s'accroît encore davantage et la déculturation subie par les migrants et leurs enfants prend une tournure de plus en plus tragique. Pour conjurer le désastre, il est toujours nécessaire de soigner les patients au sein d'un dispositif groupal dont les règles se modifient toutefois légèrement : le soin n'est possible et efficace qu'à l'impérieuse condition de recourir aux seuls procédés techniques en vigueur dans la culture d'origine, avec comme effet immédiat la réaffiliation du patient dans un univers de sens à sa mesure. Et nous mettrons un terme à cette excursion en tâchant de montrer comment, en usant d'une rhétorique de l'ennemi cruciale à la tenue du système, cette version de l'ethnopsy constitue *in fine* le reflet magistral de la psychiatrie coloniale.

Mais Nathan n'est pas l'unique représentant de l'ethnopsychiatrie française et c'est pourquoi nous consacrerons ensuite quelques pages aux travaux de l'une de ses anciennes collaboratrices : M.R. Moro. Récusant fermement le précédent impératif de clôture culturelle, cette autre variation ethnopsy plaide en faveur du métissage des hommes, des théories et des pratiques. C'est à nouveau au complémentarisme d'assurer le fondement de la démarche : méthodologie du double discours, ce principe doit alors permettre au clinicien d'ordonner une multiplicité de points de vue sans jamais être aveuglé par le recours exclusif à l'un d'entre eux. Mais si l'accent est porté sur la pluralité des référents, ethnologie et psychanalyse demeurent les deux disciplines *princeps* dont la confrontation mène à l'hypothèse, reprise de Nathan, d'un étayage de la psyché sur la culture. Dès lors la migration, phénomène surdéterminé, comportera toujours le risque d'une rupture de cet étayage, c'est-à-dire le risque d'une déculturation. Cependant l'entreprise thérapeutique ne prescrira aucunement une réparation de la clôture culturelle mais bien plus le métissage et la création de liens entre les cultures et les générations. Le dispositif rencontre toutefois une limite au-delà de laquelle il est réduit au silence ; celle d'un indispensable assentiment de l'individu à ses appartenances.

Tel est le problème fondamental de ces ethnopsychiatries : l'incapacité à penser la migration comme non identique à une déculturation et les migrants comme non identiques à leur(s) culture(s). La remarque ne s'applique certes pas vraiment à Ifrah car son respect de la lettre complémentariste l'empêche paradoxalement d'envisager un quelconque rapport entre culture et psychisme. En revanche ses deux successeurs tiennent pour acquis la co-existence et l'interaction de ces deux entités, au risque d'un recollement définitif interdisant de penser le moindre écart entre l'ethnique et l'idiosyncrasique. Et de ce point de vue, l'ethnopsychiatrie n'est peut-être pas mieux armée que la psychopathologie de la migration quand il s'agit de disjoindre l'individu de sa condition de migrant.

Un même constat va d'ailleurs fédérer plusieurs auteurs vivement opposés tant aux diverses variations ethnopsy qu'à la tradition de la psychopathologie de la migration, et inscrire ainsi un autre paradigme ; celui des *cliniques de l'exil*. Officiellement inauguré en 1991, ce courant entend renouveler de fond en comble les cliniques à l'épreuve de la migration et pour ce faire, pose comme acte premier le rejet du terme de « migration » pour celui d' « exil », transformant ainsi un phénomène sociologique en un événement existentiel. Orientées par la psychanalyse, les cliniques de l'exil puisent aussi dans une tradition phénoménologique qui va permettre de penser une tension entre l'inactualité d'un exil ontologique – la séparation fondatrice – et la douloureuse actualité d'une expérience subjective – le déplacement. Là où la psychopathologie de la migration s'affairait à lire les signes cliniques dans le cadre des catégories psychiatriques, où l'ethnopsy tâchait pour sa part de reconstituer des nosographies ethniques, les cliniques de l'exil favorisent l'approche compréhensive d'un événement et la reconstitution d'un être-au-monde de l'exilé. Ajournement de la temporalité, défaut de présence à soi et au monde, nostalgie d'un ailleurs à jamais perdu, errance et crispation identitaires ; voilà quelques-uns des traits composant la phénoménologie de l'exil, d'une expérience non exclusive à ceux qui se sont un jour déplacés d'un pays à un autre. L'autochtonie peut aussi être frappée d'exil, car il s'agit moins d'un déplacement physique que d'une déliaison de l'existence et du lieu où demeurer.

Si l'apport phénoménologique induit la fine compréhension d'un éprouvé, c'est en revanche vers la psychanalyse qu'il faut se tourner pour en déplier une explication. Mais il importe de souligner que ces cliniques de l'exil ne constituent pas tout à fait de nouvelles variations sur une clinique du deuil et des aléas de la relation d'objet. L'exil procédant davantage d'un délitement du lien social, sa clinique se situera alors en un point de convergence du savoir freudien et d'une anthropologie du contemporain, et ce d'une manière toute autre que les diverses versions ethnopsy. En effet le sujet – et non plus l'individu ou l'idiosyncrasie – dont il est question ici n'advient jamais dans la transparence et la fidélité à ses appartenances, et il n'y a pas à supposer de complémentarisme psychisme/culture mais plutôt un montage, tout aussi nécessaire qu'instable, entre la fondation du sujet de l'inconscient par la séparation et

les opérations symboliques de construction de la personne. D'où l'idée que la culture, en tant qu'instance symbolique structurale, fournit au sujet les insignes identificatoires par lesquels il sera représenté, et donc inscrit, dans le lien social. Or l'exil actuel désigne précisément le vacillement de ces identifications et l'inconsistance des signifiants donnant accueil et localité. Privé du recours à un Autre qui puisse répondre de sa présence, le sujet risque alors d'entrer en collision avec un objet que plus rien ne pacifie, ou de se ranger sous la bannière d'un signifiant réifié. Voilà pourquoi, sur un registre thérapeutique, les cliniques de l'exil rejettent la prescription d'appartenance, qui bien souvent se réduit à une assignation à résidence, et favorisent *a contrario* la création d'un montage identitaire au singulier.

Par ailleurs, si l'exil désigne une rupture dans le lien social, alors un pas supplémentaire peut être franchi : il caractérise désormais une crise du symbolique propre aux mondes contemporains, tandis que l'exilé devient le paradigme d'un nouveau sujet ; un sujet marqué par l'Histoire et contraint, de fait, au décalage et à la rupture. C'est alors tout un pan de ce que l'on appelle parfois les « nouvelles cliniques » qui trouve son interprétation renouvelée via la thèse d'une crise profonde du lien social, aux effets inédits et dramatiques sur les subjectivités. Et s'esquissent ainsi les contours d'une clinique sans doute moins inféodée aux classiques névroses, psychoses et autres perversions puisqu'il s'agit de démontrer les enjeux d'une psychopathologie du et dans le lien social. Mais ce mouvement d'ensemble témoigne d'une ambiguïté quant à l'objet des cliniques de l'exil. Au carrefour d'un écart structural et d'une rupture événementielle, à la fois signifiant de la fondation et de son empêchement, le concept d'exil trouve son *analogon* dans celui de sujet pris entre défaut structural d'inscription et représentation authentique dans l'ordre de la culture. Or si le projet inaugural est celui d'une mise en tension de ces contraires, peut-être assiste-t-on davantage à l'indétermination de leur rapport : *entre* l'insistance de la répétition et la consistance de l'événement, l'exil et son sujet resteront peut-être, et nécessairement, des points obscurs.

Pour finir, le laborieux parcours ici proposé permettra *a minima* de montrer que les rapports de la psychopathologie à la migration ont bien une histoire et des enjeux. La figure du migrant invite elle-même à une migration du regard et des savoirs et le présent travail, peu soucieux dans son ensemble de démontrer une thèse positive voire triomphante, se contentera de soutenir la pertinence d'un trajet. Ponctué de bifurcations, ce dernier n'en est pas moins guidé par l'insistance d'une question. Triviale et sans doute mal posée, quoique permettant tout de même de ne pas sombrer dans l'errance, en voici une formulation brève et concise : comment penser le migrant comme non-identique à lui-même ?

Et puisque *tout* vient d'être dit, place aux répétitions. Au lecteur d'y mesurer les différences.

DÉTOUR PAR UNE PSYCHIATRIE COLONIALE

En guise d'ouverture à notre tentative d'élucidation des rapports de la psychopathologie à la migration, nous inviterons le lecteur à effectuer un détour par une psychiatrie coloniale, telle qu'elle s'est tout du moins développée dans le domaine français. Deux séries d'arguments nous permettront de soutenir la pertinence du trajet proposé. Il apparaît d'abord que lorsque la psychopathologie se met à l'épreuve de la migration, lorsqu'elle constitue plus précisément les incidences cliniques de la migration en tant qu'objets de pensée, elle rencontre bien souvent l'épineuse question des rapports de la culture et du social à la maladie mentale. Elle participe en cela d'un projet plus vaste, qui se caractérise par un haut intérêt porté aux aspects sociaux, culturels et anthropologiques de la folie. Au cours du XX^e siècle, de nombreuses approches ont proposé des modes d'écriture de ces rapports : psychiatrie comparative, psychiatrie transculturelle, psychiatrie interculturelle, psychiatrie culturelle, cross-cultural psychiatry, psychiatrie sociale, ethnopsychiatrie, ethnopsychanalyse, anthropologie psychanalytique... et, au-delà de leur incroyable diversité, on peut schématiquement considérer qu'elles se donnent toutes pour but

« d'appréhender l'homme malade mental dans sa culture ou dans sa société, ainsi que l'influence de cette dernière sur celui-ci¹. »

Loin de prétendre à un historique détaillé de ce champ d'interrogations dans ses multiples ramifications, nous nous focaliserons, pour l'instant, sur l'un de ses aspects uniquement. Comme le suggère J.M. Bégué, l'histoire d'un tel domaine est en effet indissociable de celle de la psychiatrie coloniale :

« On peut dire, de manière lapidaire, qu'elle [l'ethnopsychiatrie] est née « aux colonies » et s'est constituée comme discours dans le sillage de la psychiatrie coloniale. Son histoire passe par celle de la psychiatrie coloniale². »

Il s'agira alors de poser quelques jalons historiques de la psychiatrie coloniale française, afin d'y repérer certaines des premières écritures d'un rapport entre culture et pathologie mentale. Là encore, nulle prétention à l'exhaustivité : nous traiterons surtout de la psychiatrie coloniale telle qu'elle s'est déployée dans le contexte nord-africain. Pour être plus complet, et pour se cantonner encore une fois au seul cas français, il faudrait bien entendu mener des recherches bibliographiques plus approfondies à l'image notamment de celles menées par R. Collignon³ depuis plusieurs années déjà. Par ailleurs, nous ne détaillerons pas

1. Rechtman R., Raveau F.H.M., « Fondements anthropologiques de l'ethnopsychiatrie », *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Psychiatrie, 37-715-A-10, 1993 : 8p., p. 2.

2. Bégué J.M., « Genèse de l'ethnopsychiatrie. Un texte fondateur de la psychiatrie coloniale française : Le Rapport de Reboul et Régis au Congrès de Tunis en 1912 », *Psychopathologie Africaine*, 1997, XXVIII, 2 : 177-220, p. 177.

3. Voir par exemple : Collignon R., « Contributions à la psychiatrie coloniale et à la psychiatrie comparée parues dans les *Annales médico-psychologiques*. Essai de bibliographie annotée », *Psychopathologie Africaine*, 1995-1996, XXVII, 2-3 : 265-326 ; 1997, XXVIII, 2 : 221-269.

non plus l'expérience novatrice initiée à Dakar à partir de la fin des années 50, par l'École de Fann dirigée par H. Collomb¹.

Le choix de restreindre ainsi le corpus trouvera sa principale justification – deuxième série d'arguments – dans l'influence remarquable que va avoir la psychiatrie coloniale nord-africaine, et sa contestation, dans l'émergence après-guerre d'une psychopathologie de la migration. Plus précisément, nous verrons au terme du parcours s'esquisser un contexte théorique et sociologique dans lequel prendra place, en France, tout un ensemble d'interrogations nouvelles quant à la nature des liens entre trouble psychique et condition de migrant. De plus, dans les prochaines sections de la thèse, nous croiserons parfois certains énoncés et débats dont les enjeux ne pourront être clarifiés qu'au regard d'une histoire ; celle de la psychiatrie dans son rapport à l'idéologie coloniale.

[1.1] Rencontres inaugurales avec la folie exotique

[1.1.1] Kraepelin : une nosographie soucieuse de sa validation

Du point de vue d'une histoire des idées, il est presque unanime de fonder l'acte de naissance des interrogations sur les rapports de la culture à la maladie mentale en 1904 :

« Nous trouvons le point de départ de [la psychiatrie transculturelle] dans le voyage que Kraepelin effectua à la fin de sa vie au tout début du siècle pour vérifier si les critères nosologiques de l'Europe de son époque étaient universels ou non². »

« On doit à Kraepelin d'avoir le premier introduit en 1904 le terme de « Psychiatrie Comparative » pour désigner cette branche de la psychiatrie dont l'objectif comprenait la recension des diverses expressions de la pathologie psychiatrique dans l'ensemble des aires culturelles de la planète³. »

« Au début de ce siècle, Kraepelin publie, après un voyage à Java, les premières observations transculturelles et définit les fondements d'une « psychiatrie comparative »⁴. »

1. Collomb H., « Assistance psychiatrique en Afrique (expérience sénégalaise) », *Psychopathologie Africaine*, 1965, I, 1 : 11-84. Voir également : Ortigues M.C., Ortigues E., *Œdipe africain*, Paris, Union Générale d'Éditions, 10/18, 1973.

2. Laplantine F., *L'ethnopsychiatrie*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. Que sais-je ?, 1988, p. 29.

3. Rechtman R., Raveau F.H.M., « Fondements anthropologiques de l'ethnopsychiatrie », 1993, *op. cit.*, p.1.

4. Leboyer M., Lévy-Leboyer C., Gorwood P., « Psychopathologie sociale », in Widlöcher D. (dir.), *Traité de psychopathologie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1994 : 823-861, p. 823.

« Nous arrivons presque à la date centenaire du voyage de Kraepelin à Java. Cette année là, en 1904, la psychiatrie européenne rencontrait officiellement la « folie » des autres [...] ¹, »

Les observations recueillies par Kraepelin à Java, alors colonie des Indes néerlandaises, lors de sa visite de l'asile de Buitenzorg (ouvert par l'administration coloniale en 1881) constitueraient ainsi le point de départ d'une psychiatrie soucieuse d'intégrer à son corpus des données relatives à la culture, à la variabilité culturelle. Si par la suite on parlera de psychiatrie culturelle, transculturelle ou encore d'ethnopsychiatrie, Kraepelin emploie quant à lui l'expression *psychiatrie comparée*² (ou *comparative* selon la traduction de *Vergleichende Psychiatrie*). S'y désigne une proposition méthodologique visant à éprouver, par une étude comparative, les concordances nosologiques entre les maladies mentales telles qu'elles se manifestent respectivement chez les « européens » et chez les « indigènes ». Un tel projet se donne donc pour tâche de comparer les signes ordonnant les tableaux cliniques afin de valider leur pertinence par-delà les spécificités propres à chaque peuple.

C'est ainsi que les observations faites à Java viennent attester, non sans quelques précautions, de l'absence de paralysie générale, de la présence de la démence précoce et de la rareté de la psychose maniaco-dépressive – ces deux dernières revêtant toutefois des formes sensiblement différentes. Quant à l'*amok* et au *latah*, habituellement considérés comme syndromes spécifiques, Kraepelin y reconnaît respectivement des formes d'épilepsie et d'hystérie. Et l'auteur de conclure

« qu'il n'y a pas de raison sérieuse d'admettre l'existence de formes entièrement nouvelles et à ce jour inconnues de nous de maladies mentales parmi la population indigène de Java. [...] Cependant, il faut dire également que les tableaux cliniques classiques présentent à Java des modifications qui peuvent être attribuées avec une certaine pertinence aux particularités raciales des patients. [...] Si le caractère d'un peuple est reflété dans sa religion et dans ses coutumes, dans ses productions spirituelles et artistiques, dans ses actions politiques et dans son développement historique, alors il trouvera également son expression dans la fréquence et la configuration de ses désordres mentaux, particulièrement ceux qui sont d'origine interne³. »

Le souci est bien de valider une nosographie dont les variations doivent être rapportées à des différences d'expression sous l'influence de la « race ». Il convient à ce propos de remarquer que si un lien entre sémiologie et « race » est bel et bien attesté, Kraepelin reste des plus

1. Baubet T., Moro M.R., « Introduction », in Baubet T., Moro M.R. (dir.), *Psychiatrie et migrations*, Paris, Masson, Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, 2003 : 1-2, p. 1.

2. Kraepelin E., « Psychiatrie comparée » (1904), *Psychopathologie Africaine*, 1995-1996, XXVII, 2-3 : 259-263.

3. *Ibid.*, p. 263.

prudents quant à la nature même de ce lien, d'autant plus qu'aucune donnée relative à une « psychologie » du peuple malais n'est esquissée. De sorte que l'influence de la « race » sur la composition du tableau clinique est peut-être davantage supposée que démontrée, Kraepelin s'attachant d'abord à lire les différences en tant que

« simples variations syndromiques liées à l'influence de la culture des patients observés, sans pour autant s'attarder sur la nature de cette influence, ni sur les implications théoriques qu'une telle mise en cause de la « culture » ne manque pas de révéler¹. »

Comme nous venons de le suggérer, Kraepelin est de fait régulièrement promu au rang de pionnier de la rencontre entre la psychiatrie et le fait culturel. Toutefois, J.M. Bégué attire l'attention sur le fait que

« Si l'article d'Emil Kraepelin est souvent pris comme point de départ de la psychiatrie comparée, la portée de cet article novateur, réalisé qui plus est par ce grand Maître allemand de la psychiatrie, sera néanmoins limitée, en France tout du moins, d'autant qu'il ne sera traduit en français qu'en... 1992². »

Ce même auteur souligne quant à lui le rôle précurseur, tout du moins dans le domaine français, tenu par Moreau de Tours qui, en 1843, publie dans le tout premier numéro des *Annales médico-psychologiques* un texte intitulé *Recherches sur les aliénés, en Orient*³. Attardons-nous alors, du fait de son statut présumé, sur cette rencontre inaugurale entre l'aliéniste et la folie orientale.

[1.1.2] Moreau de Tours : la Civilisation à l'épreuve de la folie orientale

En 1836, Jacques-Joseph Moreau de Tours [1804-1884] se voit confier par son maître Esquirol, la responsabilité d'accompagner un patient au cours d'un voyage de trois ans en Orient ; voyage à visée thérapeutique. Au début du XIX^e siècle, les aliénistes attribuent en effet au voyage et au dépaysement de multiples vertus. Marchant, dans le *Dictionnaire des sciences médicales* de 1822, invite ainsi à considérer le voyage sous deux aspects : il est un moyen pour le médecin de parfaire son instruction tandis que pour le malade chronique, il

1. Rechtman R., Raveau F.H.M., « Fondements anthropologiques de l'ethnopsychiatrie », 1993, *op. cit.*, p. 2.

2. Bégué J.M., « Genèse de l'ethnopsychiatrie. Un texte fondateur de la psychiatrie coloniale française : Le Rapport de Reboul et Régis au Congrès de Tunis en 1912 », 1997, *op. cit.*, p. 178.

3. Moreau de Tours J., « Recherches sur les aliénés, en Orient. Notes sur les établissements qui leur sont consacrés à Malte (Ile de), au Caire (Egypte), à Smyrne (Asie-Mineure), à Constantinople (Turquie) », *Annales médico-psychologiques*, 1843, I : 103-132 ; reproduit et présenté par Bégué J.M., « Moreau (de Tours), ethnopsychiatre », *L'Évolution Psychiatrique*, 1990, 55, 4 : 813-831. C'est à cette dernière édition que nous nous référons.

peut être un moment crucial sur la voie menant à la guérison. Participant de la formation médicale,

« les voyages agrandiront non seulement l'être moral dans le médecin instruit, ou du moins capable d'en retirer quelques profits, donneront de la force à son âme, de l'expérience à son cœur, et plus de solidité à sa raison, mais encore ils étendront ses connaissances par les rapports qu'il aura avec des gens pleins d'instruction, par la fréquentation des écoles publiques et des hôpitaux dont il fera la comparaison avec ceux qu'il aura vus ; par l'étude du climat, et de son influence sur les hommes et sur leurs mœurs¹. »

Les vertus thérapeutiques du voyage sont quant à elle décrites comme ceci :

« C'est un de ces secours de la médecine les plus capables d'opérer pour le physique et le moral toutes les révolutions nécessaires et possibles dans les maladies chroniques [...] ; tout y concourt ; la variété des pays, l'espoir de la guérison, la diversité des aliments, l'air continuellement nouveau qu'on respire, qui baigne et qui pénètre le corps, le changement de sensations habituelles, les liaisons passagères, les petites passions qui naissent de ces occasions, la liberté dont on jouit, tout cela change, bouleverse, détruit les habitudes d'incommodités et de maladies². »

Marchant préconise alors au médecin d'accompagner le malade dans des lieux chargés d'histoire (Rome et l'Italie, Athènes et la Grèce) aptes à la fois à nourrir l'esprit et flatter les sens. Esquirol lui-même vantera à son tour la vertu thérapeutique du voyage et notamment, tout comme Pinel avant lui, dans le traitement de la mélancolie :

« Les Anglais envoient leurs mélancoliques dans les provinces méridionales de la France, en Italie, et même dans les colonies. [...] J'ai constamment observé que les aliénés sont soulagés après un long voyage, surtout s'ils ont visité des pays éloignés, dont le site et l'aspect aient saisi leur imagination³. »

Le voyage de Moreau de Tours prend donc place dans un tel contexte et va bel et bien satisfaire aux deux objectifs précédemment fixés par Marchant. Le voyage en Orient procède d'abord d'un accompagnement thérapeutique, sans que l'on sache par ailleurs si le patient tirera ou non profit de cette expérience et, ensuite, va profondément marquer le destin de l'aliéniste. Rappelons en effet que l'histoire des idées a d'abord retenu de ce périple la rencontre, l'étude, l'expérimentation et la consommation du *datura stramonium* et du haschich, qui donneront lieu respectivement à deux monographies célèbres : *Mémoire sur le*

1. Cité par Quirot B., « Faux mouvement. Voyage et psychopathologie », *Gradhiva*, 1995, 18 : 3-26 ; p. 6.

2. *Ibid.*, p. 7.

3. *Idem.*

traitement des hallucinations par le datura stramonium (1841) et *Du haschich et de l'aliénation mentale. Études psychologiques* (1845). En revanche ces travaux et leur réputation tendent à jeter un voile sur tout un pan de l'enseignement que Moreau de Tours va tirer de ce voyage, enseignement pourtant précisément consigné dans l'article de 1843 : *Recherches sur les aliénés, en Orient*. Parcourant Malte, l'Égypte, l'Asie-Mineure et la Turquie, Moreau de Tours va recueillir de nombreuses observations concernant d'une part les structures d'assistance aux aliénés en Orient et, d'autre part, les particularités cliniques des aliénés orientaux. Sa visite des asiles de Malte, du Caire, de Smyrne et de Constantinople l'amène à critiquer vivement ceux-ci, accusés de ne point mettre en œuvre un quelconque traitement tant ils s'apparentent à des « *ménageries d'hommes* » dans lesquelles on se contente de parquer voire, bien trop souvent, de séquestrer violemment les fous. C'est lors de ces visites que Moreau de Tours va par ailleurs avoir l'occasion d'observer un certain nombre de malades ; ce dont témoigne la deuxième, et plus importante, partie de l'article.

Le problème majeur qu'il s'agit de résoudre concerne l'influence de la Civilisation sur la folie, et plus précisément sur les causes bien plus que sur les signes de celle-ci. L'auteur, en effet, ne fait à aucun moment part de difficultés quant à l'établissement d'un diagnostic si ce n'est un cas, plus que douteux, de paralysie générale – par ailleurs résolument absente dans ces contrées. La folie orientale ne diffère donc en rien de celle d'Occident quant à ses manifestations : Moreau de Tours y retrouve manie, monomanie, démence, délires partiels, idiotisme, hystérie, épilepsie... L'importance des idées religieuses – celles de l'Islam – dans les tableaux cliniques est néanmoins soulignée à plusieurs reprises, de même que le statut sacré accordé à la folie. Il est par ailleurs fait le constat que la population des asiles d'Orient est, proportionnellement, bien moins nombreuse qu'en Occident. Certes, le faible nombre d'institutions médicales et l'état de la science dans ces pays ne permettent pas de porter assistance à tous les aliénés de telle sorte que, hormis les plus dangereux, nombre d'entre eux continuent à vivre en totale liberté. Cependant,

« tout en étant convaincu qu'en Orient un grand nombre d'aliénés restent au sein de leurs familles et demeurent par conséquent inconnus ; que la science, si elle venait à s'introduire dans ces contrées, ne manquerait pas d'en découvrir en mille endroits où on n'en soupçonne même pas l'existence, je regarde comme vraie l'opinion d'après laquelle on admet généralement que *leur nombre proportionnel est beaucoup moins grand qu'en Europe*¹. »

Voilà énoncée la question posée par Moreau de Tours dans sa rencontre avec la folie orientale : comment rendre compte de la moindre fréquence de l'aliénation mentale en Orient ? Il s'agit là, finalement, d'une thématique propre au XIX^e siècle dans la mesure où

1. *Idem*.

tout un pan de la littérature médico-psychiatrique d'alors énonçait en tant que vérité scientifique la rareté, voire l'absence d'aliénation chez les peuples non occidentaux ; ceci trouvant son fondement dans le rôle supposé de la « Civilisation ». Moreau de Tours va apporter sa contribution au débat sur la cause de cette différence marquée entre l'Orient et l'Occident puisque

« c'est en étudiant le *climat*, l'organisation physique et morale, en d'autres termes, la constitution, les institutions politiques et religieuses des Orientaux, que nous la découvrirons¹. »

La démonstration de la différence procède d'une analyse conjointe du climat et de la civilisation (i.e. les mœurs, les habitudes et les institutions d'un peuple), des causes physiques et des causes morales, occasionnelles. Or ce régime des causes comporte en son sein une hiérarchie :

« La nature du climat des régions orientales nous donne la clef de la constitution morale, des habitudes, des mœurs, des institutions politiques et religieuses de ceux qui les habitent. On a trop tendance à l'oublier aujourd'hui, c'est à la nature physique qu'il faut demander compte du moral². »

Les caractéristiques d'une civilisation n'ont d'autre fondement que physique ou, plus précisément ici, climatique et l'aliéniste va établir un système de correspondance entre ces deux registres hiérarchisés, tout au long d'une démonstration reposant sur l'idée d'un *grand partage*³ :

« L'Orient était la patrie naturelle de l'islamisme, comme l'Occident du christianisme. [...]. Il y a, dans la *nature humaine*, un *dualisme* dont les deux termes partagent, en quelque sorte, le globe en deux parties, l'Orient et l'Occident⁴. »

Qu'en est-il alors de la cause physique, du climat ? Rappelant la forte corrélation entre les variations climatiques et l'éclosion de la folie, ces variations excitant le système nerveux, l'auteur insiste sur la grande stabilité et la température élevée du climat oriental. Ceci permet de postuler d'une part que le système nerveux n'est que peu exposé aux excitations et d'autre part que celui-ci, sous l'action de la chaleur, reste dans un état de demi-hébétéude, de torpeur. D'où « *l'apathie physique et morale* » si typique de l'homme oriental. À ces caractéristiques

1. Moreau de Tours J., « Recherches sur les aliénés, en Orient », 1843, *op. cit.*, p. 825.

2. *Idem.*

3. Sur cette notion, voir : Lenclud G., « Le grand partage ou la tentation ethnologique », in Althabe G., Fabre D., Lenclud G. (dir), *Vers une ethnologie du présent*, Paris, Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme, coll. Ethnologie de la France, 1992 : 9-37, p. 11.

4. Moreau de Tours J., « Recherches sur les aliénés, en Orient », 1843, *op. cit.*, p. 826.

vont alors correspondre celles de la civilisation, puisque la nature apathique régit pour une grande part le mode de vie oriental : dogme du fatalisme, esclavage, soumission, penchant à la mollesse, aversion pour le travail, résignation, disposition à jouir de l'instant présent... Quant à l'Occident, Moreau de Tours ne s'attarde pas sur ses caractéristiques climatiques quoique l'on puisse les déduire en négatif du climat oriental : à la fois plus tempéré et davantage sujet aux variations. À ceci vient correspondre sur le plan de la civilisation une nature plus active, plus intellectuelle, portée sur l'avenir, cherchant à prévoir et dominer les événements... Toutefois l'importance des variations climatiques trouve son *analogon* dans l'un des grands maux de la civilisation développée :

« Cet état est favorable au développement des affections nerveuses, parce que c'est un *état d'agitation*, de déplacement continu, de lutte incessante, entre ce qui s'en va et ce qui arrive, entre le passé et l'avenir [...]¹. »

Orient et Occident représentent ainsi des degrés d'évolution sur une échelle de civilisation dont les extrémités sont l'état sauvage d'une part, et l'état de civilisation complète d'autre part, tandis que l'aliénation mentale apparaît entre ces deux extrêmes. Il est alors possible de soutenir que la civilisation est favorable au développement de la folie et d'expliquer la moindre fréquence de celle-ci en Orient, ce dernier se situant à un pallier inférieur de l'échelle menant au « *but providentiel* » de l'humanité. Comment, dorénavant, rendre compte des causes les plus fréquentes de la folie orientale ? Moreau de Tours envisage ici deux possibilités. En premier lieu est évoquée la cause principale, voire unique : l'exaltation des idées religieuses, la religion pouvant en effet être à la source de pensées les plus extravagantes. L'accomplissement de la prière, du fait de la répétition des exercices contraignants qui l'accompagnent, peut entraîner un « *raptus du sang vers le cerveau* » et alors, certaine forme de démence. En second lieu, une autre cause déterminante serait l'usage immodéré – et seulement immodéré – du haschich et son action sur le système nerveux.

Telle est donc la teneur, grossièrement restituée, de ce texte parfois considéré comme l'acte de fondation d'une psychiatrie transculturelle, ou d'une ethnopsychiatrie. Il est vrai que nous y voyons un médecin aliéniste soucieux de recourir à des observations socio-anthropologiques afin de saisir les spécificités, non seulement de la folie, mais bien de l'homme oriental et de sa civilisation. Attardons-nous maintenant sur la logique dont procèdent les causes de l'aliénation mentale afin de mieux saisir la question de l'influence de la civilisation telle que postulée par Moreau de Tours.

S'il est instauré une hiérarchie dans le régime des causes – les causes physiques donnant aux causes morales leur fondement – il convient de remarquer les correspondances strictement

1. *Ibid.*, p. 825.

analogiques entre elles, leurs logiques respectives étant en tous points identiques. Ceci est particulièrement frappant à propos des causes de l'aliénation en Orient. La religion, est-il dit, doit y être envisagée comme cause principale de la folie, non pas en elle-même mais du fait de certains des comportements qu'elle induit, tels les phrases et les gestes répétés indéfiniment lors de la prière :

« On comprend sans peine que la répétition de ces exercices amène tôt au tard une sorte d'état chronique et de folie permanente. La désorganisation des facultés morales est rapide, et la *démence* ne se fait pas attendre. Nous avons dit plus haut que c'était effectivement l'état dans lequel j'avais trouvé bon nombre de *santons*, dont l'unique occupation est de chanter les louanges du Seigneur et de prier¹. »

C'est donc bien une répétition indéfinie et exclusive de comportements religieux qui provoque la folie. De même, en ce qui concerne cette autre cause qu'est le haschich, Moreau de Tours n'a de cesse d'insister sur le fait qu'il n'est pathogène, à l'image de l'alcool en Europe, que dans les cas où son usage est immodéré :

« Cependant, je me hâte d'ajouter, et je dois insister sur ce point, que l'abus seul, mais un très long abus, un abus d'un grand nombre d'années, peut amener les désordres que nous venons de signaler². »

Le texte se termine enfin par une évocation du *khamsin*, vent de Sud-Est en Égypte :

« J'y ai moi-même été exposé plusieurs fois. Rien ne peut rendre l'impression pénible qu'il produit, l'espèce d'anxiété dans laquelle il jette, et qui rend si bien compte, selon moi, de la terreur et de l'effroi instinctifs que son arrivée inspire aux animaux du désert. Véritablement, c'est à en avoir des vertiges, ce serait, en effet, à *en perdre la tête*, si l'on restait longtemps soumis à son influence³. »

Voilà un retour bien inattendu de considérations climatiques qui, si elles n'entrent pas *a priori* dans la liste des causes de la folie orientale, décrivent un processus bien similaire à ceux décrits précédemment puisque c'est bien une exposition prolongée qui peut faire *perdre la tête*. Autrement dit, quelle que soit la nature des causes évoquées de la folie, un même processus semble en jeu⁴ : une action longuement, parfois indéfiniment, répétée sur l'organisme. Et ce qui pour Moreau de Tours distingue alors l'Orient de l'Occident a trait aux conditions d'émergence de la folie :

1. *Ibid.*, p. 829.

2. *Ibid.*, p. 831.

3. *Idem.*

4. Sur cette distinction entre cause et processus, voir : Lantéri-Laura G., *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, 1998, *op. cit.*, pp. 226-236.

« La folie étant un désordre des fonctions cérébrales, plus les causes d'excitation seront nombreuses et variées, plus ces fonctions seront exposées à être jetées en dehors de l'état normal. Autant ces causes sont fréquentes en Europe, autant elles sont rares en Orient¹. »

Cet extrait permet de préciser davantage le processus de la folie, que celle-ci soit par ailleurs orientale ou occidentale : des excitations multiples et répétées des fonctions cérébrales, dès lors désorganisées. Partant, la civilisation n'exerce aucune influence sur un tel processus mais uniquement sur la probabilité de son émergence. Le grand partage entre Orient et Occident ne trace donc pas une ligne de démarcation entre deux types de folie mais entre deux milieux favorisant, ou non, son éclosion. Le souci de Moreau de Tours est moins de saisir les spécificités d'une folie orientale que de démontrer par une méthode comparative novatrice, que la Civilisation constitue un facteur causal : tel est l'enjeu, anthropologique, des *Recherches sur les aliénés, en Orient*. Elles esquissent certes le projet d'une psychologie de l'homme oriental, de même qu'elles soulignent la coloration religieuse de certaines formes symptomatiques, mais l'aliénation mentale conserve un caractère foncièrement unitaire, quel que soit le peuple dans lequel on l'observe. À ce titre, citons un bref extrait du livre *Du haschich et de l'aliénation mentale* :

« J'emploie indifféremment les mots délire, folie, aliénation mentale, pour désigner les désordres de l'esprit... Les causes, les symptômes ou signes extérieurs peuvent varier, la nature psychique intrinsèque reste essentiellement la même, sous quelque forme, aiguë ou chronique, partielle ou générale, que les troubles de l'âme se présentent². »

Un tel propos, s'il ne concerne pas directement la variabilité de l'aliénation mentale à travers les peuples, nous semble tout de même entrer en résonance avec la manière dont Moreau de Tours l'envisage entre Orient et Occident : non pas spécificité de la folie, mais de ses conditions de possibilité.

Ces rencontres inaugurales des deux aliénistes avec la folie exotique ouvriraient donc la voie à un domaine de recherche interrogeant les rapports de la pathologie mentale à la culture et sa variabilité. Or cette émergence n'est possible que dans un contexte bien particulier : celui de la colonisation et, plus précisément, de l'assistance aux aliénés coloniaux. C'est bien ce dispositif qui a permis aux cliniciens de mener les premières observations sur la folie indigène et de mesurer les écarts potentiels entre celle-ci et la folie européenne. Il serait toutefois plus juste de bien distinguer les recherches menées par Moreau de Tours et Kraepelin de la psychiatrie coloniale proprement dite. Leurs recherches semblent en effet moins guidées par une volonté de comprendre la folie indigène en elle-même que par le

1. Moreau de Tours J., « Recherches sur les aliénés, en Orient », 1843, *op. cit.*, p. 826.

2. Cité par Lantéri-Laura G., *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, 1998, *op. cit.*, p. 102.

recours à celle-ci comme argument afin de valider un corps d'hypothèses : l'importance de la Civilisation dans l'éclosion de la folie pour le premier, la validité d'une classification des maladies mentales pour le second. Autrement dit la folie indigène peut certes devenir l'objet de descriptions cliniques minutieuses éclairées par des références à un contexte culturel précis, mais elle reste avant tout un argument au sein d'une démonstration qui la dépasse. Tout autre est l'enjeu de la psychiatrie coloniale, car celle-ci n'a pas pour unique projet de soumettre une doctrine à l'épreuve d'une variation culturelle. Les psychiatres coloniaux sont effectivement en charge d'une autre mission : celle d'un devoir d'assistance. Dans ce cadre, l'étude de la folie indigène trouve davantage son fondement dans l'impératif de prise en charge médico-psychiatrique des aliénés coloniaux. Or cet impératif procède d'une volonté politique : l'empire colonial doit livrer à ses nouveaux sujets les bienfaits de la Civilisation, et notamment la rationalité de son savoir médical. Soigner les corps et les âmes indigènes participe donc de l'expansion d'une idéologie. Et la psychiatrie coloniale sera justement le nom de ce savoir psychiatrique entrant au service du projet colonial.

[1.2] Un savoir psychiatrique au service du projet colonial

[1.2.1] L'assistance aux aliénés coloniaux

Si Moreau de Tours peut légitimement être considéré comme un précurseur des réflexions psychopathologiques sur la folie orientale, il semble qu'il faille attendre la fin du XIX^e siècle pour qu'apparaissent en France de nouvelles études systématiques – c'est du moins ce que suggèrent les recherches historiques menées respectivement par J. Bennani et R. Berthelier¹. Ces études porteront dorénavant sur les « Arabes » et particulièrement sur les « aliénés algériens », et seront le fait de psychiatres restés en Métropole ou, plus tardivement, partis exercer dans les colonies. Rappelons tout d'abord brièvement quel était le système d'assistance psychiatrique mis en place par l'administration coloniale française. Jusqu'à la première décennie du XX^e siècle, un tel système est tout à fait inexistant dans l'ensemble de l'empire colonial, hormis dans les « anciennes colonies » (Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion), où la loi de 1838 sur l'internement des aliénés est promulguée. Dans les autres régions du monde, la mission civilisatrice de la France se donne notamment pour impératif d'apporter une assistance strictement médicale, mais en laissant au second plan la question

1. Bennani J., *La psychanalyse au pays des saints. Les débuts de la psychiatrie et de la psychanalyse au Maroc*, 1996, *op. cit.* ; Berthelier R., « Psychiatres et psychiatrie devant le musulman algérien », *L'Évolution Psychiatrique*, 1979, XLIV, 1 : 139-160 ; reproduit et mis à jour in *Psychopathologie Africaine*, 1980, XVI, 3 : 343-369.

Outre ces références, voir également : Bégué J.M., « Genèse de l'ethnopsychiatrie. Un texte fondateur de la psychiatrie coloniale française : Le Rapport de Reboul et Régis au Congrès de Tunis en 1912 », 1997, *op. cit.* ; et Collignon R., « Some reflections on the history of psychiatry in french speaking West Africa. The example of Senegal », *Psychopathologie Africaine*, 1995-1996, XXVII, 1 : 37-51.

de l'assistance aux aliénés. Il n'y a ainsi aucun asile en Indochine, en AOF, en AEF, pas plus qu'en Algérie, en Tunisie ou au Maroc, et il reviendra à Reboul et Régis de dresser un constat implacable de la situation dans un rapport présenté lors du Congrès de Tunis en 1912. La pénurie de structures de soins jugées adaptées aux malades mentaux – « européens » ou « indigènes » – conduit alors à interner ces derniers dans les asiles métropolitains. Plusieurs traités liant certaines colonies à quelques asiles vont ainsi être mis en place : l'Algérie et le Sénégal sont liés à l'asile de Marseille ; la Nouvelle Calédonie à l'asile de Morlaix pour les femmes et à celui de Quimper pour les hommes...

C'est dans un tel contexte qu'en 1896, Meilhon publie ses *Études de nosologie comparée* portant sur *L'aliénation mentale chez les Arabes*¹. L'auteur est médecin adjoint de l'asile d'aliénés d'Aix, dans lequel sont littéralement expédiés de nombreux malades algériens et l'un des enjeux du texte réside dans une vigoureuse dénonciation des traitements déplorables infligés à ces derniers. Les conditions dans lesquelles se déroulent en effet leurs transferts, loin d'être d'une quelconque utilité, ne font qu'aggraver leur situation :

« L'aliéné arabe, après quelques jours passés dans les plus mauvaises cellules de l'hôpital de Mustapha, est soumis à une traversée que les moyens de contention employés rendent particulièrement pénible et douloureuse ; après quelques heures de repos à l'asile de Marseille, il arrive par un service de voiture à l'asile d'Aix ; ainsi ballotté par monts et par vaux, par terre et par mer, il va, semble-t-il, trouver à l'asile d'Aix un repos bien gagné ; il n'en est rien cependant. Dès l'arrivée, une première vexation lui est réservée, la plus pénible de toutes, celle contre laquelle il ne manque jamais de se révolter : il sera contraint de se dépouiller de son costume national pour endosser la livrée réglementaire à l'européenne. S'il n'est encore que dément, il en deviendra gâteux [...]. Tel est l'état d'esprit de notre indigène à son entrée à l'asile ; cela peut s'appeler de la révulsion intellectuelle, une manière de traitement moral de Leuret, mais ce système thérapeutique est désormais banni de nos asiles². »

Meilhon critique ensuite les changements de nourriture et de coutume, l'isolement vis-à-vis du contexte religieux et familial, ainsi que la différence de langue qui ne fait qu'accroître l'incompréhension réciproque. Il serait donc des plus urgents de mettre un terme à ces pratiques, en créant en Algérie un asile d'aliénés qui soit « *en harmonie avec les mœurs des habitants* ». De telles prises de position quant aux modes de traitement de ces malades s'avèrent finalement assez progressistes pour l'époque, et elles s'accompagnent par ailleurs d'une tentative de compréhension des spécificités de la « folie indigène ».

1. Meilhon, « L'aliénation mentale chez les Arabes. Études de nosologie comparée », *Annales médico-psychologiques*, 1896, 54, III : 17-32, 177-207, 364-377 ; 1896, 54, IV : 27-40, 204-220, 344-363.

2. *Ibid.*, p. 358.

Meilhon va en effet s'attacher à saisir la « *folie des Arabes* » comme étant distincte de la « *folie des Européens* ». Tout comme Moreau de Tours, il est ici affirmé que la folie est moins fréquente chez les Arabes et il faut y reconnaître le rôle prophylactique joué par la religion, quoique cette dernière vienne freiner les progrès de la civilisation tant elle encourage les attitudes de passivité, de résignation et de fatalisme. Quant à la folie, elle aurait pour trait dominant « *la tendance à la violence* » et Meilhon va même jusqu'à soutenir que tous les Arabes aliénés sont violents. Il en veut pour preuve la très grande fréquence des passages à l'acte impulsifs, qui correspondraient à

« un acte subit, inconscient, aveugle, instinctif en un mot : c'est le signe d'un état d'infériorité cérébrale native, inhérente à la race et qui, chez nos malades du continent, ne se retrouve quelquefois que parmi les dégénérés les plus inférieurs¹. »

Cette thèse s'inscrit bien dans le fil de la théorie de la dégénérescence et Meilhon l'enrichit de considérations neurologiques relatives à une lésion supposée du cortex. Il convient cependant de souligner la prudence avec laquelle l'auteur annonce ses conclusions, d'autant que selon lui, l'Arabe,

« avant d'être classé du point de vue nosographique, demande à être observé longtemps, quelques fois pendant plusieurs mois ; de plus la présence d'un interprète est indispensable². »

Fort de cette mise en garde, Meilhon peut ensuite avancer que les formes aiguës et chroniques de la manie, de même que la mélancolie et l'alcoolisme, s'observent fréquemment chez ces malades. En revanche, le suicide serait quasiment inexistant tandis qu'il faut insister sur la dangerosité et les actes pervers. Quant aux délires, ils prendraient très nettement une coloration religieuse, mystique, mais les idées de persécution seraient peu fréquentes faute d'un développement intellectuel suffisant. L'auteur prend soin également de nuancer la tendance agressive des Arabes, et cela pour trois raisons : tout d'abord une loi de la criminologie stipule que les conduites agressives augmentent lorsqu'on se rapproche de l'équateur ; ensuite ce sont d'abord les malades les plus dangereux qui nécessitent un internement et il est donc malaisé de généraliser à partir de cette seule population ; enfin il arrive que l'Arabe puisse se révolter lorsqu'on porte atteinte à sa dignité.

Comme le soulignent très justement Bennani et Berthelien, l'importance accordée aux notions de passivité, de fatalisme, de violence, d'impulsivité et d'infériorité de la race se retrouvera quelques années plus tard dans les travaux d'autres psychiatres coloniaux. Néanmoins, Meilhon témoigne d'une prudence qui ne sera pas toujours de mise chez ses

1. *Ibid.*, p. 179.

2. *Ibid.*, p. 189.

successeurs tant il reste soucieux de ne point généraliser à outrance ses observations. Berthelier estime même qu'une telle approche,

« aussi teintée soit-elle de paternalisme, rend, me semble-t-il, un son étonnamment moderne. Elle met en place le thème de la communication nécessaire, celui du respect de la culture originale du malade et de la nécessité de concevoir à travers elle les modalités thérapeutiques – donc, implicitement au moins, l'obligation pour le thérapeute de modifier son système de références – ; cette thématique, assez nouvelle pour l'époque, préfigure d'ores et déjà le mode d'abord actuel des phénomènes pathologiques par l'ethnopsychiatrie [...]¹. »

Les études de Meilhon seront reprises et approuvées quinze ans plus tard par Levet², ancien médecin de l'asile d'Aix. Citant abondamment son prédécesseur, l'auteur partage avec lui les thèses formulées sur la folie indigène et, surtout, les prises de position à l'égard du traitement de ces malades. Il faut se rendre à l'évidence, en effet, que les choses ont peu changé depuis 1896 puisque l'asile d'Aix continue de recevoir nombre de patients issus des colonies (entre 1905 et 1906, 30% des admissions auraient été des admissions de coloniaux). Les conditions de transport sont tout aussi déplorables que celles décrites par Meilhon, et Levet dénonce également l'approximation trop fréquente des diagnostics qui motivent un transfert vers la Métropole, de même que l'absence de renseignements précis sur chacun des entrants. Quant à l'asile d'Aix, son architecture ne serait pas du tout adaptée pour recevoir un nombre si important de malades. Outre toutes ces difficultés, Levet évoque longuement celles relatives aux différences de langues, de coutumes et de mœurs. Si le « colonial » est européen, sa prise en charge ne se distinguera finalement pas de celle d'un malade métropolitain. Le « kabyle » ne posera pas, lui non plus, de problèmes particuliers puisque

« le Kabyle, en effet, parle souvent le français et le comprend ; il est, en somme, très près de l'Européen. Il n'en est pas de même pour l'Arabe³. »

Rappelant l'expression de Meilhon selon laquelle « *les Arabes n'ont pas de physionomie pour nous* », Levet fait part de l'extrême difficulté à examiner ces malades dont on ne comprend ni la langue, ni les attitudes :

« On conçoit donc l'embarras du médecin en présence d'un malade aussi difficile à bien connaître, et on conçoit combien, en dépit de toute sollicitude, il est difficile de soulager l'infortune d'un malheureux dont on ne sait jamais si les réactions sont commandées directement par la psychose ou ne proviennent pas d'une cause tout à fait étrangère à

1. Berthelier R., « Psychiatres et psychiatrie devant le musulman algérien », 1979, *op. cit.*, p. 142.

2. Levet, « L'assistance des aliénés algériens dans un asile métropolitain », *Annales médico-psychologiques*, 1909, 67, IX : 45-67 ; 239-249.

3. *Ibid.*, p. 60.

cette dernière. Voici des exemples : Un indigène peut refuser toute alimentation sous un prétexte religieux [...]. Il pourra frapper un infirmier, un médecin et ce ne sera pas de la violence pathologique : ce sera tout simplement parce que le médecin aura voulu pratiquer un examen intime (exploration de l'anus, par exemple), ou parce que l'infirmier aura insisté pour lui faire prendre une médication rectale ordonnée à la visite, ou encore lui aura servi par inadvertance, de la viande de porc ou du vin, alors que les explorations, les médicaments, les aliments sont contraires à la religion coranique et considérés par lui comme des insultes demandant la vengeance immédiate¹. »

Cette longue citation permet de prendre la mesure du problème posé par l'accueil de ces aliénés puisque, faute d'une connaissance de leur langue et de leurs habitudes, ils resteront incompris du médecin métropolitain. Ce passage illustre par ailleurs la prudence dont fait preuve Levet à propos de la violence présumée des Arabes aliénés. Tout comme Meilhon, il défend certes la thèse d'une « *tendance à la violence* » propre à ces patients, mais aussi l'idée selon laquelle cette violence peut trouver son origine dans une révolte face à une situation donnée (ici un malentendu entre le médecin et le malade), et non dans un processus morbide comme tel. Autrement dit, si une spécificité de la folie indigène est bien postulée, il faudrait néanmoins se garder de généraliser trop hâtivement cette hypothèse, faute de quoi on risquerait de transformer en signes cliniques des comportements qui ne relèvent pas de la psychopathologie. Fort de tous ces constats, Levet en arrive logiquement aux mêmes conclusions que son prédécesseur : l'assistance des aliénés algériens dans les asiles métropolitains constitue un désastre tant médical qu'humanitaire et devra cesser au profit de la construction d'un véritable asile algérien, adapté aux besoins et aux mœurs des indigènes.

Si ces deux études s'inscrivent bien dans la logique d'une idéologie coloniale dont l'expansion et les objectifs trouvent une grande part de justification dans une prétendue infériorité des peuples colonisés, elles témoignent néanmoins d'une subtilité certaine quant aux problèmes cliniques rencontrés, de même qu'elles restent très critiques à l'égard de la politique sanitaire mise en place par l'administration coloniale. Il n'en a malheureusement pas toujours été ainsi, comme l'illustre magistralement un article publié en 1908 par le Dr. Boigey, intitulé *Étude psychologique sur l'Islam*². Médecin-major au 3^e régiment de zouaves, l'auteur entend se livrer à une étude raisonnée de la psychologie de l'Islam et des musulmans, dont le contenu représente une caricature pour le moins édifiante d'un discours colonial totalement légitimé par un discours à prétention scientifique. Le propos s'ordonne à nouveau autour d'un *grand partage*, d'une différence incommensurable entre deux types de peuples : ceux qui, gouvernés par « *l'Idée* », ont connu une évolution tout aussi rapide que considérable et ceux qui, guidés par « *l'Instinct* », ne peuvent prétendre à une marche vers le progrès. Cette

1. *Ibid.*, pp. 241-242.

2. Boigey, « Étude psychologique sur l'Islam », *Annales médico-psychologiques*, 1908, 66, VIII : 5-14.

distinction correspond trait pour trait à celle entre l'Occident et l'Islam dont les types psychologiques sont respectivement « *actif* » et « *inactif* ». Le Musulman doit ainsi être considéré comme

« une silhouette médiocre du Prophète. C'est un homme incapable de naviguer, mais qui sait se servir des marins non musulmans. [...] C'est un homme incapable de devenir un musicien de mérite. Mahomet détestait la musique. C'est un homme qui ignore la mécanique, les arts, l'astronomie, les mathématiques, car Mahomet les ignorait. C'est un homme qui confie aux chrétiens l'administration de ses finances et aux instructeurs européens l'organisation de ses armées. C'est un homme qui est resté tel qu'il fut à son début¹. »

L'Islam, incapable d'une quelconque élévation de l'esprit, ne subsiste donc que par sa condition de « *parasite* » et Boigey va jusqu'à réécrire en partie l'Histoire pour appuyer son argumentation : Averroes et Avicenne, s'ils se sont bien convertis à l'Islam, étaient en fait des chrétiens espagnols dont les découvertes ne peuvent en aucun cas être attribuées aux « *déséquilibrés de l'Islam* ». Il est alors impératif, et ceci donne tout son sens à l'expansion coloniale, de mener une guerre contre ces peuples car

« un jour viendra où les races endormies, saisies par la tourmente des idées, deviendront à leur tour « débordantes » et, comme elles auront une énorme réserve d'énergie, elles finiront par dominer le monde. Nous assistons pour le moment à une victoire de l'Idée sur l'Instinct. Cet état témoigne de la réalité d'une lutte entre les espèces humaines². »

Le recours au savoir psychiatrique offre à de tels arguments une véritable caution scientifique puisque les traits jugés dominants de l'Islam seront interprétés sous l'angle exclusif de la pathologie mentale. L'homme musulman ne tient ici sa consistance que d'être un pur décalque du Prophète, dont

« les premiers disciples [...] furent des dégénérés et leurs doctrines, mises en pratique, ont provoqué de véritables lésions mentales chez ceux qui les ont suivies. En d'autres termes, Mahomet a implanté dans le cerveau des Croyants un véritable *état névropathique*³. »

Un tel état se traduit par une radicale incapacité aux sciences, aux arts et à l'administration. Le Musulman souffre par ailleurs d'une folie des mots, dont la répétition induit des extases délirantes sans commune mesure avec le mysticisme occidental. Le délire de tristesse a quant à lui pris la place de la joie et de la gaieté, au profit d'une morosité permanente ponctuée

1. *Ibid.*, p. 6.

2. *Ibid.*, p. 7.

3. *Ibid.*, pp. 7-8.

d'accès de colère. Pédéraste et masturbateur frénétique, cet homme témoigne d'une perversion de l'instinct sexuel, mais également du sens moral qui le rend foncièrement inapte au dévouement désintéressé. Et les hallucinations visuelles ou auditives sont les phénomènes à l'origine des crimes et des massacres. Bref,

« l'état mental de la majorité des Croyants est un mélange de folie à doses variées, de délires enchevêtrés, masqués par une apparence de raison¹. »

Dénué, enfin, de la moindre raison individuelle, le Musulman ne perçoit et n'agit qu'à travers le prisme du dogme et lorsque, voyageur ou prisonnier, le fil qui le relie à l'Islam se rompt, l'isolement consécutif entraîne une paralysie cérébrale à la fois totale et absolue.

On mesure aisément l'écart entre de tels propos et ceux, pourtant contemporains, dont il a été question précédemment. Ces deux approches ont certes en commun un soubassement résolument évolutionniste, de même que les références majeures à la violence, la passivité et la résignation. Mais là où Meilhon et Levet veillaient, non sans difficultés, à ne pas confondre les conduites symptomatiques et celles relevant de coutumes et de mœurs finalement inconnues, Boigey passe souverainement outre une telle précaution et « Islam » devient alors l'exact synonyme de « folie ». S'en déduit un rapport au politique sensiblement différent puisque le souci humaniste laisse ici la place à l'impératif du combat. Si l'infériorité supposée de la race justifie d'un côté le devoir d'assistance, mais tout de même adapté aux besoins et habitudes des populations colonisées, elle justifie de l'autre un authentique projet d'éradication légitimé scientifiquement. À ce titre, Berthelien considère que ces deux perspectives viennent révéler une opposition entre un abord résolument compréhensif du malade de la part des psychiatres métropolitains, et un abord sociocentrique qui est le fait des psychiatres coloniaux dont le souci s'avère bien plus idéologique que clinique² – l'article de Boigey faisant à cet égard figure de caricature d'une légitimation de la conquête. Les thèses de ce dernier vont d'ailleurs recevoir une réponse éminemment critique l'année suivante, et toujours dans les colonnes des *Annales médico-psychologiques*, de la part du Dr. A. Chérif³. Ce dernier souhaite témoigner de sa très haute indignation à la lecture de l'article et corriger ses nombreuses erreurs :

« Je considère comme un devoir impérieux de relever les erreurs flagrantes de l'auteur, de les empêcher de se propager et de corrompre le jugement d'honnêtes et innocents lecteurs, qui n'auront eu que le tort de croire M. Boigey sur parole. Je laisserai de côté la forme blessante, parfois même gratuitement injurieuse de cet article ; je répondrai à M.

1. *Ibid.*, p. 9.

2. Berthelien R., « Psychiatres et psychiatrie devant le musulman algérien », 1979, *op. cit.*, pp. 144-145.

3. Chérif A., « Étude psychologique sur l'Islam », *Annales médico-psychologiques*, 1909, 67, IX : 353-363.

Boigey non pas pour venger l'Islam et les musulmans d'offenses qui ne sauraient les atteindre, mais au nom de la vérité immuable et de la probité scientifique¹. »

Se référant à de nombreuses études françaises sur le monde musulman, et accusant Boigey d'une profonde ignorance, Chérif réfute systématiquement tous les points de l'argumentation pour démontrer entre autres la grandeur de la civilisation musulmane et ses innombrables contributions dans l'histoire. Notons toutefois, avec Bennani, que le recollement opéré entre Islam et pathologie mentale n'y est pas vraiment critiqué sur le fond². Il est vrai que Chérif s'indigne de l'équivalence posée entre religion et perversion, tout comme il critique la conception de la paralysie cérébrale. Mais hormis l'aspect insuffisant de ces thèses et les corrections d'ordre historique, nul argument ne vient finalement s'y opposer : le débat porte bien plus sur une relecture de l'histoire que sur le réductionnisme psychiatrique dont a fait preuve Boigey.

[1.2.2] Le congrès de Tunis

Avant d'aborder les thèses émanant de l'École d'Alger, pouvant être considérées comme le fleuron de la psychiatrie coloniale française, il convient d'évoquer, en raison du tournant qu'il va manifestement initier, le rapport présenté en 1912 par H. Reboul et E. Régis lors du Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue Française, à Tunis ; rapport ayant pour titre : *L'assistance des aliénés aux colonies*. Précisons toutefois que, n'ayant pu accéder au texte original, nous nous référerons aux longs développements que lui ont respectivement consacrés Bégué et Bennani³. Ce rapport constitue le premier travail officiel dressant un état des lieux de la politique psychiatrique mise en place jusqu'ici par l'administration coloniale française. Régis, à qui il faut attribuer la responsabilité du rapport, est professeur de psychiatrie à l'université de Bordeaux et considéré comme l'un des maîtres de la psychiatrie française. Dès 1908, il fait adopter un vœu au Congrès des aliénistes de Dijon en faveur de la création d'établissements pour aliénés dans les colonies, estimant lui aussi que les prises en charge dans les asiles métropolitains doivent cesser au plus vite. Quant au rapport de 1912, basé sur des questionnaires adressés aux directeurs du service de santé des colonies, il représente donc le premier travail d'ensemble sur la question et ses conclusions sur l'assistance psychiatrique vont s'avérer accablantes. Mais avant d'explicitier

1. *Ibid.*, pp. 353-354.

2. Bennani J., *La psychanalyse au pays des saints. Les débuts de la psychiatrie et de la psychanalyse au Maroc*, 1996, *op. cit.*, p. 69.

3. *Ibid.*, pp. 70-72 ; Bégué J.M., « Genèse de l'ethnopsychiatrie. Un texte fondateur de la psychiatrie coloniale française : Le Rapport de Reboul et Régis au Congrès de Tunis en 1912 », 1997, *op. cit.*

rapidement celles-ci et les préconisations qui leur font suite, il nous faut indiquer le cadre général de l'exposé.

Le rapport se veut une contribution significative à la mission civilisatrice de l'empire colonial, et l'assistance aux aliénés s'inscrit dans ce projet d'apporter les bienfaits de la Civilisation aux peuples indigènes : instruire, évangéliser, libérer, soigner. Or, et il s'agit là d'un apport majeur de ce texte, il y est postulé une universalité certaine de la folie :

« En vain oppose-t-on que la folie est rare chez les peuples neufs de nos colonies. C'est là une profonde erreur. La folie est aussi ancienne que le monde. C'est un mal humain, qui a existé de tout temps et en tous lieux, dans toutes les races et dans tous les pays et sur lequel la civilisation, par les excès, le surmenage, la complexité de vie qu'elle entraîne, n'agit que de façon toute relative et seulement pour le multiplier et le compliquer. Si les aliénés paraissent si rares dans les pays primitifs, c'est qu'on n'en voit que ceux que révèle publiquement l'excès de leur extravagance, tandis que la plupart vivent ignorés ou dissimulés dans leurs tribus ou dans leurs cases. [...]. On peut donc poser en principe que la folie existe, plus ou moins fréquente, chez les indigènes de toutes nos colonies, et qu'il suffit de l'y rechercher avec quelque compétence et quelque soin, pour s'en assurer¹. »

S'affirme nettement ici une prise de position dans le débat hérité du XIX^e siècle quant à l'influence présumée de la Civilisation sur la folie, et auquel Moreau de Tours avait significativement contribué. Les thèses de Régis rejoignent en partie celles de son prédécesseur, puisqu'il est conjointement postulé que la folie existe bel et bien chez les peuples indigènes, que l'on en perçoit seulement la face la plus visible socialement et, enfin, que la civilisation imprime sa marque sur son éclosion. En revanche, Régis s'en démarque radicalement par la négation de la thèse d'une moindre fréquence de la folie chez ces peuples colonisés : la Civilisation ne favorise pas nécessairement le développement de celle-ci. Un deuxième postulat énonce ensuite que la folie indigène est distincte de celle européenne car, malgré l'inévitable difficulté à communiquer avec ces malades,

« on arrive à cette conclusion que la psychopathie, chez les indigènes, se présente sous ses types les plus simples, tels que dégénérescence à tous les degrés, états maniaques, états mélancoliques, délires systématisés rudimentaires, et que, presque toujours, cette psychopathie porte l'empreinte des idées religieuses et superstitieuses de la tribu et s'accompagne de réactions extérieures intenses, allant parfois jusqu'à ces grandes mimiques choréomaniaques, hurlantes, gesticulantes et dansantes, qui caractérisent certaines épidémies de nos folies du moyen-âge². »

1. Cité in Bégué J.M., « Genèse de l'ethnopsychiatrie. Un texte fondateur de la psychiatrie coloniale française : Le Rapport de Reboul et Régis au Congrès de Tunis en 1912 », 1997, *op. cit.*, pp. 182-183.

2. *Ibid.*, p. 184.

Dans une perspective là encore évolutionniste, la folie indigène possède bien ses propres spécificités : ses manifestations sont marquées par la religion et la superstition, et viennent également révéler un degré moindre d'élaboration, une sorte de passé de la folie européenne. Ceci est d'ailleurs pleinement confirmé par les propos de F. Cazanove, médecin-major de 2^e classe des troupes coloniales ayant collaboré au rapport, lorsqu'il évoque la folie indigène en Afrique Occidentale Française :

« Nous avons dit qu'elles [les manifestations mentales] étaient constituées par l'alliance du sentiment religieux et l'état mental du primitif. À cet effet, il est utile de remarquer que la psychiatrie coloniale retrouvera et fera revivre la psychopathologie des premiers temps de notre civilisation, constituée par ces mêmes éléments¹. »

Et ajoutons enfin, pour terminer l'exposé de ces considérations générales sur la folie, la dénonciation qui y est faite de certains apports de la Civilisation, tels l'alcool :

« il faut ajouter – en regrettant amèrement que ce soit là un des premiers effets du contact des Européens avec les indigènes, c'est-à-dire de la colonisation civilisatrice – que l'alcoolisme se répand chez ces derniers avec une rapidité très grande et qu'il s'y montre d'autant plus nocif que les spiritueux que nous importons aux colonies ne sont pas autre chose pour la plupart que de grossiers poisons. Il y a là, et nous y reviendrons plus loin, une atteinte fâcheuse à notre honneur et un gros danger pour l'avenir de nos colonies². »

Ce passage, envisagé conjointement aux précédents, illustre une fois encore que la question de l'assistance des aliénés coloniaux mêle enjeux médico-psychiatriques (reconnaissance de la folie et devoir de la prendre en charge) et enjeux politiques (fonder le pouvoir colonial sur une mission civilisatrice), et ce n'est qu'à partir d'un tel nœud que la psychiatrie coloniale peut advenir.

Ceci posé, le rapport expose précisément l'état contemporain de cette assistance et le constat est implacable : comparée à celle des colonies anglaises et hollandaises, la politique psychiatrique de l'empire colonial français reste des plus rudimentaires puisqu'il n'y a ni législation, ni de structures d'hospitalisation sur place pour interner les malades européens et indigènes. Si la loi de 1838 a été promulguée dans les anciennes colonies d'outre-mer, ce n'est pas le cas dans le reste de l'empire colonial hormis l'Algérie, où elle demeure toutefois inapplicable faute d'asiles. Quelques colonies, telles la Tunisie en 1911, ont certes créé des services psychiatriques au sein des hôpitaux généraux mais leur taille réduite ne permet souvent d'accueillir que les patients européens. Comme nous l'avons déjà souligné, les malades sont donc en majorité expédiés en France, dans des conditions de transport et

1. *Ibid.*, p. 212.

2. *Ibid.*, p. 184.

d'accueil tout à fait catastrophiques. Outre l'assistance psychiatrique française, le rapport fait aussi état des modes traditionnels d'assistance : les maristanes en Afrique du Nord, le recours aux marabouts, aux sorciers, aux féticheurs... Les descriptions de ces pratiques, si elles viennent attester de l'existence *et* de la folie indigène *et* de modes de prise en charge traditionnels, sont néanmoins orientées dans le but de dénoncer la violence faite aux malades, *a contrario* d'une bienveillante prise en charge médico-psychiatrique témoignant de la supériorité de l'approche occidentale. Ainsi, pour exemple, cet avis porté sur le Code annamite encadrant la prise en charge des aliénés en Indochine:

« Elle [cette législation] nous montre en effet que les premières préoccupations du législateur, dans ces pays, sont d'édicter des mesures de préservation contre le danger et les méfaits des aliénés par l'enchaînement, l'emprisonnement, souvent indéfini, de ces malheureux, par les peines infligées à ceux qui en ont la charge, s'ils contreviennent à leur devoir. Ce n'est que plus tard, lorsque la conception humaine et médicale de la folie se substitue à sa conception surnaturelle, que la législation d'assistance s'ajoute à la législation de pure protection sociale, le traitement de douceur, de pitié, de science, au traitement par les incantations, les chaînes et les coups¹. »

Fort de ces constats, les auteurs élaborent un « *programme à réaliser* » qui recommande tout d'abord de former des médecins spécialisés, des psychiatres coloniaux. Il faudrait ensuite appliquer dans toutes les colonies les points essentiels de la loi de 1838. Le rapport insiste également beaucoup sur la construction d'établissements pour aliénés coloniaux, qui devraient être adaptés aux spécificités locales. Le personnel de ces établissements serait constitué d'un médecin en chef européen, secondé par des médecins indigènes formés à la psychiatrie. Les infirmiers pourraient quant à eux être sélectionnés parmi les infirmiers militaires européens, voire indigènes mais alors ces derniers ne devront s'occuper que des malades indigènes. Autre problème à régler, celui du transport et du rapatriement en Métropole. De ce point de vue, il est impératif que le transport des malades indigènes cesse définitivement. En revanche, le rapatriement des européens, de même que celui des aliénés des troupes coloniales, doit tenir compte de la pathologie du patient : les cas aigus nécessitent un traitement immédiat sur place, tandis que les cas chroniques peuvent être soignés en France. Enfin, dernier volet, la « *lutte préventive contre les psychoses coloniales* », où l'alcoolisme est lourdement stigmatisé. Il s'agit en fait, plus largement, de proposer ici la mise en place d'un véritable programme pédagogique dans les colonies :

« Pour l'indigène, il faut, avant tout et surtout faire son éducation, le débarrasser de ses préjugés concernant la folie et des pratiques fétichistes qui en résultent, de façon à l'amener rapidement à confier ses délirants à nos formations psychiatriques. C'est encore là une des tâches du médecin colonial, dans son rôle d'agent civilisateur par excellence, qu'il remplit déjà si bien. [...]. Pour l'Européen, civil ou militaire, il importe aussi de faire

1. *Ibid.*, p. 204.

son éducation coloniale au point de vue de l'hygiène physique et mentale qu'il devra observer dans les pays chauds. Mais il faut plus encore pour lui. Il faut le sélectionner. C'est un fait reconnu de tous aujourd'hui que les victimes psychiques des colonies sont surtout les prédisposés, les déséquilibrés¹. »

D'après Bégué, le Rapport de Reboul et Régis constitue un tournant décisif dans l'histoire de la psychiatrie coloniale et plus globalement de l'ethnopsychiatrie française : s'y opère une reconnaissance officielle de la folie indigène et, partant, de la nécessité d'un système d'assistance allié à un savoir psychiatrique spécifique. D'un point de vue institutionnel, tout d'abord, ses retombées seraient toutefois à nuancer car s'il va servir de référence pendant plusieurs décennies, il faudra attendre l'entre-deux guerres pour que certains de ses vœux puissent se concrétiser. C'est ainsi à l'aube de la Deuxième Guerre Mondiale que cessera définitivement le transport des malades en Métropole. Quant à la mise en place des structures d'hospitalisation, elle reste manifestement très inégale. Des asiles vont certes être créés dans certains pays : en Indochine, où deux hôpitaux psychiatriques sont ouverts en 1918 puis en 1934 ; en Algérie, où trois services psychiatriques sont créés sous l'impulsion de Porot à Alger (1934), Oran (1933) et Constantine (1935), puis un hôpital psychiatrique à Blida (1938). Mais dans la plupart des autres colonies, et notamment en AOF et AEF, aucun service spécialisé ne verra le jour avant la deuxième moitié du XX^e siècle². D'un point de vue théorique, ensuite, le rapport va favoriser l'extension des recherches sur une folie désormais pleinement reconnue de même que, conjointement, l'exploration plus systématique d'une « mentalité indigène » qui reste bien souvent trop méconnue. Nous avons vu, effectivement, les difficultés auxquelles se sont confrontés des auteurs comme Meilhon et Levet dans leur rencontre avec la folie des Arabes : parce que ces derniers « *n'ont pas de physionomie* » pour les aliénistes, il est laborieux de parvenir à une véritable compréhension clinique des malades et de leurs troubles. Autrement dit, pour être en mesure de comprendre la pathologie, il faudrait dans un même mouvement connaître les coutumes, la langue et la mentalité des indigènes. Et l'une des plus importantes contributions des psychiatres coloniaux à cette problématique va venir de l'École d'Alger, dirigée par Porot.

1. *Ibid.*, pp. 210-211.

2. Collignon R., « Some reflections on the history of psychiatry in french speaking West Africa. The example of Senegal », 1995-1996, *op. cit.*

[1.2.3] L'École d'Alger, à la recherche de la mentalité indigène

Antoine Porot est reçu au Médicat des Hôpitaux en 1910 et prend ses fonctions à l'hôpital civil français de Tunis¹. Y dirigeant d'abord un service de médecine générale, il est à l'origine de la création du Pavillon d'observation et de traitement psychiatrique, construit en 1911 et inauguré officiellement l'année suivante lors du Congrès de Tunis. Ce dernier est d'ailleurs organisé sous l'impulsion de Porot qui a activement collaboré à la rédaction du rapport présenté par Reboul et Régis. Il part ensuite à Alger, où il dirige le cours de neuro-psychiatrie à la Faculté de médecine et aura la charge de créer des structures de soins psychiatriques. Et c'est en 1918, par la publication des *Notes de psychiatrie musulmane*², qu'est lancé un véritable programme de recherche signant l'acte de naissance de l'École d'Alger. Le contexte dans lequel Porot a mené ces premières observations est celui de la Première Guerre Mondiale, où il a exercé une fonction d'expert psychiatre militaire auprès, notamment, des troupes coloniales d'Afrique du Nord. C'est alors que

« nous avons pu mesurer toute la résistance morale de certaines âmes simples, la force puissante de certains instincts primitifs comme aussi la misère de certaines indigences mentales et les déviations imprimées par la crédulité et la suggestibilité. Fixer, même à grands traits, la psychologie de l'indigène musulman est malaisé, tant il y a de mobilité et de contradiction dans cette mentalité développée dans un plan si différent du nôtre et que régissent à la fois les instincts les plus rudimentaires et une sorte de métaphysique religieuse et fataliste qui pénètre tous les actes de la vie individuelle et de la vie collective³. »

Simplicité, religiosité, fatalisme, crédulité, suggestibilité : autant de traits psychologiques caractérisant brièvement une mentalité indigène qui, dans la suite du propos, est décrite de manière plus systématique. La vie affective de l'indigène serait ainsi réduite au minimum, faite d'instincts élémentaires orientés vers la seule conservation de la vie. Presque dénué de la moindre émotivité, ce dernier garde souvent un tempérament atone, passif et insouciant quant à l'avenir – d'où la rareté, hormis les situations d'alcoolisation, des syndromes émotifs ou anxieux et des états psychasthéniques. Par ailleurs, profondément attachés à leur sol quoique leurs conditions matérielles soient des plus misérables, les musulmans vivent très difficilement le déracinement, et ce d'autant plus que la vie de leur « bled » favorise davantage la débilité mentale que l'éveil intellectuel. La fréquence des réactions nostalgiques chez les soldats incorporés trouvera ici sa principale explication et si ces états prennent la

1. Voir Bennani J., *La psychanalyse au pays des saints. Les débuts de la psychiatrie et de la psychanalyse au Maroc*, 1996, op. cit., pp. 69-83.

2. Porot A., « Notes de psychiatrie musulmane », *Annales médico-psychologiques*, 1918, 74, IX : 377-384.

3. *Ibid.*, p. 378.

forme de la stupeur et de l'inhibition, il est tout à fait remarquable qu'ils s'entremêlent la plupart du temps de phénomènes pithiatiques :

« D'une façon générale, l'esprit de l'indigène est *crédule* et *suggestible* à l'extrême. Pétri de soumission et de docilité religieuse, il est, de plus, la victime de toutes les superstitions qui représentent les formes frustes de la religiosité chez les simples. Mais cette suggestibilité et cette crédulité ne s'exercent, en général, que dans un sens déterminé par les intérêts, les instincts ou les croyances essentielles ; la résistance intellectuelle se fait sous forme d'un *entêtement* tenace et insurmontable, bien différent de la psychoplasticité mobile et polymorphe, parfois riche, du civilisé et de l'Européen. Aussi aboutit-elle à la production de formules grossières, véritable hystérie de sauvage, crises violentes et brutales, rythmies de la tête et du cou, persévération indéfinie d'attitudes caricaturales, faisant penser à la simulation, le tout entremêlé d'idées de possession [...], sans véritable concept délirant. Le pithiatisme chez les indigènes complète sa ressemblance avec nos anciennes hystéries médiévales par le coefficient collectif fréquent et la tendance facile à la généralisation par contagion¹. »

Porot dirige également l'attention sur l'importance dans la vie quotidienne de la mimique, des gestes et des convenances et ces manifestations ne doivent pas être systématiquement confondues avec des signes pathologiques, même si les tableaux cliniques en portent nécessairement la marque : de tels comportements peuvent certes paraître discordants aux yeux du médecin européen, mais ils perdent leur valeur diagnostique lorsqu'on les envisage du point de vue des mœurs indigènes. Ces différents traits psychologiques, au premier rang desquels la crédulité et l'entêtement, ne sont dès lors pas sans rappeler ceux de l'enfant : un « *puérilisme mental* » qui toutefois ne s'accompagne jamais de la curiosité intellectuelle, véritable ébauche de l'esprit scientifique propre aux enfants européens. Quant aux manifestations psychopathologiques caractéristiques, se réduisant toujours aux formes les plus simples, elles se composent de tableaux confusionnels, d'états dépressifs et surtout de troubles de l'humeur et de « *réactions excito-motrices* » où la manie aiguë revêt soit la forme coléreuse, soit la forme d'états d'agitation. Et l'auteur de souligner enfin le rôle joué par l'alcoolisme dans l'éclosion des phénomènes hallucinatoires et l'absence de paralysie générale contre laquelle les indigènes, grâce à la défense naturelle de leur passivité, sont immunisés.

Si l'enjeu de ces *Notes de psychiatrie musulmane* réside bien dans une tentative de compréhension de la mentalité indigène, dont nombre de thèses viennent d'ailleurs corroborer celles de textes évoqués dans les pages précédentes, l'un des éléments caractéristiques est un recollement certain du normal sur le pathologique. Porot indique certes qu'il faut toujours s'atteler à la distinction entre mœurs et signes morbides mais dans la mesure où la normalité indigène trouve ici son fondement dans une déviation par rapport

1. *Ibid.*, p. 381.

une normalité européenne, la mentalité de tout un peuple est dès lors marquée du sceau de la pathologie. Comme le souligne Bennani, cet article

« définit la mentalité indigène avec un vocabulaire psychiatrique. Voulant distinguer le constitutionnel et le pathologique, Porot aboutit à décrire une « mentalité indigène prémorbide » créant ainsi une confusion encore plus grande entre le normal et le pathologique¹. »

Une telle confusion n'est d'ailleurs pas sans lien avec l'une des références centrales du texte : la doctrine des constitutions dont l'un des plus fervents partisans est, en France, E. Dupré [1862-1921]. Mettant en avant le rôle joué par l'innéité, davantage que l'hérédité, dans la pathologie mentale (ce qui exclut toute possibilité d'évolution, donc de thérapeutique) les constitutionnalistes ont instauré une continuité entre chacune des constitutions et chacune des pathologies mentales, de sorte qu'ils

« ne reconnaissaient d'ailleurs, entre constitutions et maladies, qu'une différence assez conventionnelle de degré et non de nature, si bien qu'à leurs yeux la frontière entre le normal et le pathologique semblait plutôt arbitraire². »

De la même manière, la « mentalité » devenant sous la plume de Porot un quasi-synonyme de « constitution », la pathologie s'inscrit de fait dans une même lignée et ne se caractérise finalement que par l'accentuation des traits jugés typiques d'une constitution indigène inexorablement déviante. La teneur évolutionniste du texte conforte d'ailleurs cette perspective car toute possibilité d'évolution des indigènes y semble radicalement déniée. En effet si leur psychologie n'est pas sans analogie avec celle des enfants, elle reste toutefois sans commune mesure puisqu'elle n'est pas apte aux raisonnements scientifiques. Nul espoir alors de les voir accéder à une véritable élévation de l'esprit. De plus, lorsque Porot admet volontiers que l'éducation et la vie militaire participent de l'éveil des indigènes, il s'empresse d'ajouter que ces derniers ont malheureusement trop souvent tendance à

« emprunter à notre civilisation autre chose que ses qualités et prendre vite nos défauts ou nos vices³. »

Cet article marque donc le début des recherches menées par l'école algéroise de psychiatrie et contient presque l'intégralité des thématiques qu'elle sera par la suite amenée à traiter. La deuxième étape dans l'histoire de ce courant de pensée va alors être l'occasion d'approfondir ces premières thèses grâce à des études sur la criminalité. En 1926 le Dr. Arrii, élève de Porot,

1. Bennani J., *La psychanalyse au pays des saints. Les débuts de la psychiatrie et de la psychanalyse au Maroc*, 1996, *op. cit.*, p. 77.

2. Lantéri-Laura G., *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, 1998, *op. cit.*, pp. 175-176.

3. Porot A., « Notes de psychiatrie musulmane », 1918, *op. cit.*, p. 380.

soutient une thèse sur *l'impulsivité criminelle chez l'indigène algérien* dans laquelle l'impulsivité devient, en référence à Dupré, un élément constitutionnel du caractère des indigènes. L'essentiel de ces thèses sera repris dans un article portant le même titre, co-écrit avec Porot et publié en 1932¹. Il s'agit ici de rendre compte de la fréquence de l'impulsivité criminelle « *particulière à cette race* » des indigènes Nord-Africains. Dans la droite ligne des *Notes de psychiatrie musulmane*, l'impulsivité relève d'abord de facteurs constitutionnels où sont classés la débilité mentale, la crédulité et la suggestibilité, la persévération et la faiblesse de la vie affective et morale. Mais elle tient également à des facteurs morbides, groupe dans lequel figurent les intoxications, les infections, les états démentiels, les délires chroniques et les crises excito-motrices. Bennani souligne à ce titre que la distinction des facteurs constitutionnels et morbides demeure néanmoins fort ambiguë car là encore, normal et pathologique s'inscrivent en continuité :

« Porot veut distinguer le normal et le pathologique chez l'indigène, mais la déviance semble infiltrer en permanence ce qui serait la norme chez ces sujets ! Et l'on se perd avec l'auteur dans la description de l'indigène normal définie à partir du pathologique... Les coutumes, la religion, les marabouts, les superstitions sont ici avancés pêle-mêle pour expliquer, à côté des facteurs psychologiques, cette constitution de « l'indigène »². »

Le penchant à la criminalité devient alors un véritable trait de caractère se rapprochant de la norme indigène, à propos de laquelle Porot et Arrii pourront conclure que

« c'est surtout par des exemples et des sanctions qu'on apprendra à ces êtres frustes et trop instinctifs que la vie humaine doit être respectée, que l'intérêt individuel a ses limites dans l'intérêt collectif ; besogne ingrate, mais nécessaire, dans l'œuvre générale de civilisation à laquelle nous sommes tous appelés à collaborer³. »

La troisième et dernière étape venant compléter cet édifice théorique se caractérise par l'introduction de la notion de primitivisme, dans un article écrit par A. Porot et J. Sutter : *Le primitivisme des indigènes nord-africains. Ses incidences en pathologie mentale*, paru en avril 1939 dans le *Sud médical et chirurgical*. Explicitement dérivé du concept de « mentalité primitive » développé par Lévy-Bruhl, le primitivisme correspond pour ces auteurs à

« l'ensemble des dispositions d'esprit retrouvées constamment parmi les collectivités et les peuples les moins évolués⁴. »

1. Nous nous référons aux développements de J. Bennani et R. Berthelien. Voir : Bennani J., *La psychanalyse au pays des saints. Les débuts de la psychiatrie et de la psychanalyse au Maroc*, 1996, op. cit., pp. 77-80 ; Berthelien R., « Psychiatres et psychiatrie devant le musulman algérien », 1979, op. cit., pp. 145-147.

2. Bennani J., *La psychanalyse au pays des saints. Les débuts de la psychiatrie et de la psychanalyse au Maroc*, 1996, op. cit., p. 78.

3. *Ibid.*, p. 79.

4. *Ibid.*, p. 80.

Un tel primitivisme est alors aisément repérable dans le fatalisme, la passivité, la religiosité et l'inaptitude à l'abstraction propres à l'indigène nord-africain, dès lors situé entre le « *primitif* » et « *l'occidental évolué* ». Tâchant de construire une échelle des valeurs primitives distincte de celle des valeurs occidentales, Porot et Sutter tentent de montrer comment le primitivisme influence également les manifestations pathologiques. Influence quantitative, tout d'abord, qui vient notamment expliquer la débilité mentale :

« L'intelligence est pour beaucoup un produit de la culture : dans nos milieux, son développement est perpétuellement stimulé et facilité ; au contraire, en milieu indigène, on voit le libre choix s'effacer devant un déterminisme passif, le raisonnement devant les postulats préétablis, le libre arbitre devant le fatalisme, l'esprit scientifique devant une conception mystique étroite excluant toute curiosité et toute recherche¹. »

Influence qualitative, ensuite, qui vient rendre compte des états de conscience et des idées délirantes :

« Cette carence de l'esprit critique, du pouvoir de réflexion, explique ainsi les innombrables faits de persévération, d'hystéro-traumatisme, de sinistrose en matière d'accident du travail, le refus de s'incliner devant certaines invraisemblances, certaines contradictions, d'agréer certaines évidences même, au cours d'une enquête judiciaire ou d'une expertise médico-légale². »

L'autre apport majeur de cet article réside dans le fondement neurologique donné au primitivisme, comme l'illustre cette citation éminemment célèbre :

« Le primitivisme n'est pas un manque de maturité, un arrêt marqué dans le développement du psychisme individuel ; il est une condition sociale parvenue au terme de son évolution et adaptée de façon logique à une vie différente de la nôtre. Il n'est pas seulement une manière d'être, résultant d'une éducation spéciale ; il a des assises beaucoup plus profondes et nous pensons même qu'il doit avoir son substratum dans une disposition particulière sinon de l'architectonie, du moins de la hiérarchisation « dynamique » des centres nerveux. Nous avons d'ailleurs émis l'hypothèse qu'il pourrait s'agir d'une certaine fragilité des intégrations corticales, laissant libre jeu à la prédominance des fonctions diencephaliques. Ainsi pourrait s'expliquer la fréquence de l'épilepsie, de l'hystérie, des syndromes mimiques grossiers, des états d'agitation psychomotrice...³ »

1. *Ibid.*, p. 81.

2. *Idem.*

3. *Ibid.*, p. 82. Citation également reproduite par J. Sutter in Sutter J., Bertheliet R., « Courrier. À propos de l'École psychiatrique d'Alger », *Psychopathologie Africaine*, 1982, XVIII, 1 : 116-121 ; p. 117.

Loin de nuancer les hypothèses émises dès 1918, ces ultimes développements, au sens où la position algéroise ne variera plus, viennent au contraire parachever le programme de recherche en lui donnant une véritable assise conceptuelle. Le primitivisme et son fondement désormais organiciste permettent non seulement d'entériner la différence radicale entre indigènes et occidentaux, mais aussi d'ancrer celle-ci au niveau cortical : la différence de civilisation trouve sa raison d'être dans la neurologie. Et l'ambiguïté de la distinction normal/pathologique est alors reproduite à l'identique puisque, par le truchement d'une permanente *psychiatisation de la culture* (selon la formule de Bennani), la mentalité et la psychopathologie indigènes relèvent nécessairement d'une même constitution morbide. Une telle opération offre en retour un appui scientifique au projet colonial d'éducation et de domination et à ce titre, Berthelieir va même jusqu'à qualifier ce courant de pensée de raciste dans la mesure où le psychiatre devient ici le strict représentant du colonisateur :

« On peut se demander du reste si, dans le contexte de l'Algérie coloniale il était possible d'aboutir à une autre formulation ; les psychiatres algérois, issus de cette société au nom de laquelle ils témoignent et porte-parole de son idéologie, ne pouvaient en tout cas naguère, me semble-t-il, élaborer une œuvre différente car, participant à une problématique qu'ils avaient contribué à créer et à maintenir, il leur était sans doute impossible de prendre à son égard le moindre recul¹. »

De ces propos naîtra d'ailleurs une vive controverse entre l'auteur et un élève de Porot, J. Sutter. La revue *Psychopathologie Africaine* publiera en effet en 1982, suite à la réédition dans ses colonnes de l'article de Berthelieir, une réponse indignée de Sutter au portrait, jugé grossier et inexact, du Maître :

« J'ignore quelles ont pu être les opinions politiques de Monsieur Porot, car il n'en parlait guère. Sans doute, pour lui comme pour la plupart des Français de l'époque, la colonisation, qu'elle ait été en droit et en morale une bonne ou une mauvaise chose, était un fait historique définitivement acquis, dont importaient surtout les conséquences. Ces conséquences, pour les médecins d'Algérie, étaient dominées par le devoir de soigner le mieux possible les populations autochtones et de les doter du système de soins le meilleur, le mieux adapté à leurs besoins². »

Sutter préfère insister sur le rôle capital joué par Porot dans l'établissement d'un système d'assistance psychiatrique en Algérie, tandis que l'œuvre scientifique ne porterait que la marque d'une « *pensée d'époque* ». Il reproche de plus à son adversaire d'avoir littéralement inventé une citation relative au développement des fonctions corticales, présumée extraite de

1. Berthelieir R., « Psychiatres et psychiatrie devant le musulman algérien », 1979, *op. cit.*, p. 150.

2. Sutter J., Berthelieir R., « Courrier. À propos de l'École psychiatrique d'Alger », 1982, *op. cit.*, p. 116.

l'article de 1939 sur le primitivisme. Et une fois corrigé le passage en question, l'auteur précise :

« Ce que nous avons dit, somme toute, c'est que l'homme qui n'est pas entraîné par les conditions socio-éducatives à exercer et à développer ses fonctions les plus « corticalisées » est d'autant plus sensible aux incitations provenant de son diencéphale [...] et d'autant moins capable de les contenir et de les diriger. Ces vues sont encore actuelles¹. »

On notera tout de même dans ce propos une légère réinterprétation de la citation incriminée puisque Sutter inverse les coordonnées du problème. En 1939, il est dit que le primitivisme est une condition sociale dont le substratum est à rechercher dans une fragilité des intégrations corticales tandis qu'en 1982, ce sont les facteurs de milieu qui désormais ne favoriseraient pas les fonctions les plus corticalisées : le primitivisme garde de fait toute son actualité, mais ne se fonde plus tout à fait dans la neurologie. Et comme nous allons le voir dans les développements à venir, il s'agit là d'une relecture de la thèse initiale au travers des recherches ultérieures menées par les élèves de Porot.

Il convient par ailleurs de souligner que la persistance de ce modèle est pleinement confirmée par les éditions successives du célèbre *Manuel alphabétique de psychiatrie clinique et thérapeutique* dirigé par Porot, et publié pour la première fois en 1952. À l'entrée « *Indigènes Nord-Africains (Psychopathologie des)* » rédigée par H. Aubin, on nous annonce en effet que

« la mentalité primitive doit être évoquée ici avec d'autant plus de force que l'on a affaire à un groupement ethnique moins évolué². »

Viennent ensuite les notions de fatalisme, de crédulité, de suggestibilité, de persévération, de revendication, de pauvreté des affects, d'explosion de fureur etc., censées rendre compte de la mentalité indigène. Autre exemple : l'entrée « *Noirs (Psychopathologie des)* » sous la plume du même auteur, situe elle aussi les indigènes de l'Afrique noire dans le cadre d'une mentalité primitive caractérisée par l'importance des besoins physiques, la pauvreté intellectuelle, l'impulsivité, l'émotivité... Or ces références, et d'autres de la même veine, ne seront retirées du *Manuel* qu'à l'occasion de l'édition totalement refondue de 1984 dirigée par M. Porot, J. Sutter et Y. Pélicier ; sans aucun commentaire³.

1. *Ibid.*, p. 118.

2. Porot A. (dir.), *Manuel alphabétique de psychiatrie clinique et thérapeutique*, Troisième édition remaniée et mise à jour, Paris, Presses Universitaires de France, 1965.

3. Collignon R., « Émergence de la psychiatrie transculturelle au lendemain de la seconde guerre mondiale (Références africaines) », 2004, *op. cit.*, p. 90.

Le constat d'un tel maintien dans le temps ne doit tout de même pas masquer l'évolution des thèses issues de l'École d'Alger au lendemain de la guerre, dans un contexte qui annonce les premières luttes pour l'Indépendance. Dès 1955 surgissent en effet en Algérie les premiers mouvements de contestation de la situation coloniale, et ceci va s'accompagner d'un changement dans l'attitude des psychiatres à l'égard des « indigènes » et, de fait, favoriser un certain renouveau de la réflexion psychopathologique.

[1.3] Le contexte de l'Indépendance et le déplacement du regard

[1.3.1] L'évolution des thèses algéroises

Porot quitte l'Algérie en 1946 et une nouvelle génération de psychiatres va y poursuivre ses travaux : son fils M. Porot, J. Sutter et Y. Pélicier. Or quoique ces derniers entendent clairement s'inscrire dans le sillage du fondateur de l'École d'Alger, ils ne manquent pas d'ouvrir leurs recherches sur la pathologie nord-africaine à un ordre de préoccupation finalement assez peu considéré jusque là. On en trouvera les prémisses dans un court article de Sutter publié en 1949, ayant pour titre *Quelques aspects de la Psychogenèse en milieu indigène Nord-Africain*¹.

Le cadre général du propos s'ordonne toujours autour du concept de primitivisme, organisation psychologique typique de l'indigène et aisément repérable dans la simplicité de l'organisation sociale, le fatalisme, la religiosité, la pauvreté intellectuelle, l'impulsivité... La problématique va toutefois être enrichie d'un élément d'analyse supplémentaire afin d'étudier la psychogenèse en milieu indigène dans son rapport « *avec l'organisation sociale et les conditions de milieu* » ; et là réside la grande nouveauté par rapport aux premiers développements de l'École d'Alger. Porot ne s'embarrassait guère des particularités d'un contexte socio-culturel puisqu'il lui suffisait d'évaluer la mentalité indigène par rapport à une norme occidentale fixée *a priori* et en dernier recours fondée dans une structuration différente du cortex : si le fondement dernier est neurologique, l'influence du contexte apparaît finalement bien secondaire pour rendre compte des spécificités de cette mentalité. Or Sutter va en quelque sorte inverser l'ordre des priorités : le primitivisme reste certes le trait typique de la mentalité indigène mais il s'agit moins d'un donné neurologique que d'un mode d'organisation socio-culturel particulier, qui n'a pour l'instant fait l'objet d'aucune étude vraiment rigoureuse.

1. Sutter J., « Quelques aspects de la Psychogenèse en milieu indigène Nord-Africain », *Maroc Médical*, 1949, 284 : 215-216.

Ainsi, prenant soin de distinguer les individus n'ayant vécu qu'en milieu strictement indigène de ceux qui ont des contacts avec les milieux européens, Sutter esquisse tout d'abord une description de l'organisation de la famille, de la répartition des rôles de chacun au sein de la cellule familiale : le père est le détenteur de l'autorité absolue tandis que la femme, la mère, est maintenue dans une condition inférieure. Dans ce contexte,

« la rigidité d'une telle organisation supprime, on le conçoit, bien des problèmes psychologiques. L'attachement oedipien du fils à sa mère est bientôt contrebalancé par la conscience qu'il prend de l'infériorité du personnage maternel et sans doute ce fait a-t-il une grande importance pour le développement ultérieur de son affectivité. La rivalité entre frères, exacerbée par la supériorité accordée aux aînés, donne lieu, il est vrai, à de fréquents désaccords, mais il s'agit là, le plus souvent, d'une opposition pleinement consciente, se manifestant par des actes et par des attitudes de révolte ouverte, et non pas, comme en milieu européen, d'un conflit profond entre le devoir moral d'amour fraternel et une jalousie inavouée, chargée d'un lourd sentiment de culpabilité. Quant à la femme, elle se replie dans une attitude de secondarité et de passivité qui laisse peu de place aux débats intra-psychiques angoissants¹. »

Une certaine nouveauté réside dans le souci de description et de compréhension d'éléments d'ordre socio-culturel – ici le modèle familial – à partir desquels il serait ensuite possible de rendre compte des particularités de la folie indigène. Et quoique ces considérations sociologiques demeurent tout aussi sommaires que schématiques – l'auteur lui-même le reconnaît – elles déplacent sensiblement le mode d'interrogation puisque le modèle indigène ne consiste plus tout à fait en une simple déviation pathologique du modèle européen. Certes, le cadre reste toujours empreint d'un parti-pris évolutionniste permettant de situer les indigènes à un stade plus primitif de civilisation mais ce dernier n'est plus vraiment envisagé en tant que forme morbide, mais davantage en tant qu'organisation sociale particulière imprimant sa marque sur les manifestations de la folie :

« Aussi sommaires que soient les quelques notions que nous venons de dégager, elles rendent compte cependant de certains traits généraux de la psychogenèse chez les malades provenant des milieux indigènes les moins touchés par l'influence européenne, et avant tout de la simplicité élémentaire des conflits intra-psychiques. L'opposition entre une personnalité tout d'une pièce et des forces antagonistes brutalement répressives ne laisse place qu'à des solutions d'une primitive simplicité : révolte explosive, irréfléchie, désespérée, abandon inerte, refuge dans la maladie sous la forme d'une hystérie grossière ou d'une hypocondrie massive, fréquence, dans les psychoses et les névroses les plus diverses, des idées d'influence prenant leur forme dans les superstitions et dans la couche la plus archaïque des croyances religieuses². »

1. *Ibid.*, p. 215.

2. *Ibid.*, pp. 215-216.

Si Sutter n'approfondit pas cette théorie étiologique, et notamment ce qui est ici nommé des « *forces antagonistes* », il est en revanche remarquable que cette dernière esquisse nettement une ligne de démarcation entre normalité et pathologie indigènes à partir d'une prise en compte de données culturelles désormais reconnues en elles-mêmes : la morbidité n'est plus nécessairement constitutive de la mentalité indigène même si celle-ci ne cesse de conserver sa nature de simple. Par ailleurs, si ces précédentes hypothèses concernent seulement les indigènes n'ayant pas de contact avec les Européens, il convient également de mentionner la tentative de compréhension des « *malades plus ou moins gagnés par la civilisation européenne* », qui seraient confrontés à des modes de vie et de pensée s'accordant bien difficilement avec leur fonctionnement psychique :

« Nombre de traits de caractère communs aux indigènes dits « *évolués* » résultent de cette contradiction interne, de ce manque d'harmonie entre les premiers stades de l'organisation psychologique et ses développements ultérieurs [...]¹. »

Une dizaine d'années plus tard, les recherches algéroises semblent bien s'être définitivement engagées dans cette voie comme l'attestent les *Aspects algériens de la pathologie mentale* signés Sutter, Porot et Pélicier². L'article rapporte en effet de nombreuses données socio-psychologiques et témoigne d'un intérêt marqué pour l'évolution contemporaine de la société algérienne et les conséquences de ses mutations sur la morbidité psychiatrique. Ce programme de recherche est d'ailleurs jugé

« conforme à l'évolution générale des thèses ethnopsychiatriques. D'abord attachée à définir et à différencier des types humains, en rapport avec les travaux biotypologiques du début du siècle, la psychiatrie nord-africaine a tenté, non sans succès, de décrire une mentalité de l'algérien peu évolué, groupant autour du noyau central de l'impulsivité, la plasticité, la crédulité, la patience routinière, le désintérêt pragmatique et l'empirisme intellectuel. Actuellement, les données sociogénétiques retiennent toute l'attention et apportent une moisson de faits nouveaux³. »

Ce passage met exemplairement en lumière l'évolution des interrogations de l'École d'Alger et l'aspect *a priori* novateur des recherches portant désormais sur les données socio-culturelles afin de comprendre la mentalité indigène puis les formes de sa folie. Ces considérations socio-culturelles s'attachent d'abord à distinguer un milieu rural considéré comme le plus typique, d'un milieu citadin en proie à de brusques changements. Si même au sein du monde rural il existe d'importantes différences de langues, de coutumes et d'organisations sociales, il reste possible de retrouver des traits communs : l'importance de la

1. *Ibid.*, p. 216.

2. Sutter J., Porot M., Pélicier Y., « Aspects algériens de la pathologie mentale », *Algérie Médicale*, septembre 1959 : 891-896.

3. *Ibid.*, p. 891.

religion musulmane, une vie rurale pauvre, un niveau culturel des plus bas, une absence de contacts avec d'autres populations, un système patriarcal instaurant l'autorité absolue du père et la domination des femmes ;

« Telles sont les conditions communes qui interviennent beaucoup plus certainement que des facteurs raciaux ou climatiques, bien difficiles à définir, pour donner à la « mentalité indigène » un ensemble de traits assez constants qui la situent [...] à mi-chemin entre la structure mentale de l'européen « civilisé » et la « mentalité primitive » [...]. À cette dernière, elle emprunte son fatalisme, sa conception mystique ou plus souvent magique de la causalité, sa notion très subjective du temps [...], son inaptitude habituelle à la précision et à l'abstraction, toute connaissance demeurant imprégnée d'affectivité, le caractère asseritif de ses croyances, l'empirisme de ses notions éthiques¹. »

En contraste total se situe la mentalité des citadins, ces derniers vivant dans un milieu en perpétuel devenir. Et si l'on peut esquisser un portrait psychologique du musulman rural, il est en revanche impossible de définir un type spécifique d'urbain quoique le trait le plus caractéristique soit l'éloignement des structures traditionnelles. Les auteurs s'attachent alors à décrire les mutations d'un mode de vie traditionnel à un autre occidentalisé : multiplication des migrations, travail salarié permanent, accès à l'instruction, accès au confort de vie européen, émancipation des filles, déclin de l'autorité paternelle... Dès lors,

« on conçoit aisément qu'une telle déstructuration n'est pas sans danger si elle n'est pas compensée par des possibilités de restructuration valables sur le plan choisi. La transition peut être harmonieuse ou discordante, être peut-être une réussite ou un échec. Elle se fait, de façon plus ou moins conflictuelle, essentiellement en fonction du niveau socio-économique et d'une certaine unité familiale persistante. [...] Il y a donc là un aspect dynamique de la psycho-sociologie qui mérite des études à la fois urgentes, indispensables et passionnantes². »

Les auteurs dressent alors un panorama de la psychopathologie algérienne en totale adéquation avec les précédents travaux issus de cette école. Soulignons néanmoins le rôle accordé aux changements sociaux dans l'éclosion de certains d'entre eux : la crise pubertaire s'originant dans la confrontation au modèle adolescent européen, les psychoses nuptiales bien souvent provoquées par la connaissance chez les jeunes filles de normes maritales plus libérales, ou encore la délinquance des jeunes vagabonds errant dans les villes.

L'étude de la mentalité indigène passe donc dorénavant par la nécessité d'une prise en compte systématique des dimensions sociale et culturelle à partir desquelles les spécificités de la folie pourront, ensuite, être appréhendées. Loin des généralisations précédentes, un

1. *Ibid.*, p. 892.

2. *Ibid.*, p. 893.

certain effort semble ici à l'œuvre afin de contextualiser davantage les observations cliniques. Et si la référence au primitivisme est toujours aussi explicite, elle n'entre plus tout à fait au service d'une *psychiatisation de la culture* mais vient davantage désigner un mode d'organisation sociale moins évolué permettant en retour de comprendre, par analogie, les manifestations *a priori* rudimentaires de la folie : celle-ci emprunte les formes d'une mentalité mais ne se confond plus nécessairement avec elle.

Autre témoin du déplacement du regard clinique, l'attention portée aux changements socio-culturels et à leur potentielle force de déstructuration, qui fait entrer la folie dans le registre d'une étiologie socio-culturelle, certes assez schématique, et non plus seulement dans celui des constitutions. Une telle ouverture aux problématiques liées à ces bouleversements sociaux semble d'ailleurs directement issue des « événements » contemporains de la rédaction de l'article (1959), comme l'illustre sa conclusion :

« Jamais sans doute la marche historique des événements ne pourra être rigoureusement organisée et dirigée. Elle le sera d'autant mieux cependant que l'on saura lui proposer un cours raisonnable, en tenant compte des réalités présentes et des besoins les plus authentiques. C'est dans ces conditions seulement que les artisans de l'Algérie de demain pourront éviter des erreurs redoutables et promouvoir un progrès dont les aspects techniques et économiques auront une authentique correspondance sur l'échelle des valeurs humaines¹. »

Si nous nous contenterons ici de ces deux articles afin d'illustrer la manière dont les travaux issus de l'École d'Alger ont contribué, dans le contexte de l'Indépendance, à faire évoluer la pensée psychiatrique coloniale, rappelons néanmoins que d'autres études verront le jour à la même période, guidées par des questionnements tout à fait similaires. Mais nous ne saurions toutefois clore cet aperçu de la psychiatrie coloniale dans le contexte de l'Indépendance sans évoquer la voix singulière d'un psychiatre radicalement engagé dans la lutte pour la décolonisation.

[1.3.2] Frantz Fanon : psychiatrie et révolution

Située au carrefour de la psychiatrie et du militantisme politique, l'œuvre de Frantz Fanon représente d'abord une contribution majeure à la lutte pour l'émancipation des Noirs et, plus globalement, de tous les peuples colonisés et opprimés. Outre l'engagement dans l'action politique, un tel combat en passe nécessairement par une déconstruction systématique du

1. *Ibid.*, p. 895.

discours colonial, au premier rang desquels le discours psychiatrique. Et c'est à ce titre que nous nous attarderons sur cette critique radicale de la psychiatrie coloniale.

Né à Fort-de-France en Martinique en 1925, Fanon s'engage au cours de la Seconde guerre mondiale dans les combats pour la libération de la France. En 1947, l'obtention d'une bourse d'Etat lui permet de s'inscrire à la Faculté de Médecine de Lyon en psychiatrie et, au cours de ces études, il rencontre la pratique de la psychothérapie institutionnelle avec Tosquelles, à Saint-Alban. En 1952 paraît son premier livre, *Peaux noires, masques blancs*, dont les lignes suivantes illustrent magistralement le projet général :

« Le Noir est un homme noir ; c'est-à-dire qu'à la faveur d'une série d'aberrations affectives, il s'est établi au sein d'un univers d'où il faudra bien le sortir. Le problème est d'importance. Nous ne tendons à rien de moins qu'à libérer l'homme de couleur de lui-même. Nous irons très lentement, car il y a deux camps : le blanc et le noir¹. »

Premier jalon d'une entreprise de désaliénation, *Peaux noires, masques blancs* consiste en une analyse à la fois psychologique et politique des relations Noirs/Blancs dans le contexte de la colonisation, c'est-à-dire d'un dispositif reposant non seulement sur la supériorité de la race blanche mais également, en symétrie, sur l'infériorité manifestement intériorisée de la race noire. Si Fanon mène une critique systématique de l'idéologie coloniale, il semble que c'est très précisément sur la problématique de l'intériorisation par le noir de la suprématie blanche que psychiatrie et politique vont pleinement s'articuler.

Dans *Peau noire, masques blancs*, cette problématique apparaît au moment où Fanon entreprend une critique, parfois excessive, de quelques thèses issues d'un ouvrage paru en 1950 : la *Psychologie de la colonisation*, signé Octave Mannoni². Rédigé après la sanglante répression de l'insurrection malgache de 1947, ce dernier ouvrage développe notamment une analyse psychologique de la colonisation via la théorie d'un complexe de dépendance propre non seulement au peuple malgache, mais bien plus largement aux peuples colonisés. Afin de comprendre la situation coloniale, Mannoni estime qu'il faut étudier les deux types de populations en présence et les relations qu'elles vont nouer, armé du postulat que l'on a affaire à deux types de personnalités radicalement distinctes. Opérant par analogie entre développement culturel et développement de l'enfant, Mannoni caractérise la personnalité malgache par un complexe de dépendance à l'égard des morts, des ancêtres, tandis que la personnalité européenne rompt avec cette dépendance au profit de l'autonomie et de l'individualisme typiques des progrès de la civilisation. Toutefois les difficultés inhérentes à la rupture de la dépendance peuvent engendrer un complexe d'infériorité, bien repérable

1. Fanon F., *Peau noire, masques blancs* (1952), Paris, Seuil, coll. Points, 1975 ; p. 6.

2. Mannoni O., *Le racisme revisité. Madagascar, 1947*, Paris, Denoël, coll. L'espace analytique, 1997.

chez l'enfant dans son sentiment d'abandon, qui sera alors compensé par un impérieux besoin de domination. Et c'est alors la rencontre entre complexe de dépendance malgache et complexe d'infériorité européen qui va engager la situation coloniale sur la voie du malentendu : le Malgache transfère sur l'Européen ses sentiments de dépendance, ce dernier étant de fait reconnu dans sa supériorité et légitimé dans son projet d'expansion coloniale.

Si Fanon admet volontiers la sincérité du propos de même que la pertinence d'une analyse psychopathologique du colonisateur, il reproche à Mannoni de s'être contenté d'une analyse psychologique irréalisant le poids de la domination coloniale. Le présumé complexe d'infériorité ne préexiste pas à la colonisation : il en est le produit. Il est plus précisément le produit d'une domination par un type de société foncièrement raciste de telle sorte que, dans la droite ligne du Sartre des *Réflexions sur la question juive*, « c'est le raciste qui crée l'infériorisé¹ ».

Voilà donc le premier point de la thèse de Fanon : l'infériorité et la dépendance du colonisé ne s'enracinent nullement dans un quelconque complexe psychologique d'origine infantile mais dans le fait colonial lui-même : le Noir, c'est-à-dire un individu dont la valeur et l'humanité sont sans cesse contestées, n'existe qu'aux yeux du Blanc. Et confronté à cette situation, le Noir n'a pas d'autre solution pour s'assurer d'un sentiment d'existence, que de se faire reconnaître par le Blanc en se conformant à ce qu'on attend de lui. Dit autrement, dans une perspective marquée par Hegel relu par Kojève : l'Esclave Noir désire la reconnaissance par le Maître Blanc et pour ce faire, n'a pas d'autre choix que de devenir lui-même Blanc en adoptant tout un ensemble d'attitudes et de représentations typiques. Il est alors possible de mesurer plus finement le projet qu'a Fanon de « libérer l'homme de couleur de lui-même » : libérer le Noir de ce qu'il est par et pour le Blanc, c'est-à-dire le libérer de la contradiction née d'un désir de reconnaissance impossible. C'est en ce point précis que psychiatrie et politique vont alors se coordonner, comme l'atteste la longue citation suivante :

« 1° Mon patient souffre d'un complexe d'infériorité. Sa structure psychique risque de se dissoudre. Il s'agit de l'en préserver et, peu à peu, de le libérer de ce désir inconscient.

2° S'il se trouve à ce point submergé par le désir d'être blanc, c'est qu'il vit dans une société qui rend possible son complexe d'infériorité, dans une société qui tire sa consistance du maintien de ce complexe, dans une société qui affirme la supériorité d'une race ; c'est dans l'exacte mesure où cette société lui fait des difficultés, qu'il se trouve placé dans une situation névrotique. [...].

Autrement dit, le Noir ne doit plus se trouver placé devant ce dilemme : se blanchir ou disparaître, mais il doit pouvoir prendre conscience d'une possibilité d'exister ; autrement dit encore, si la société lui fait des difficultés à cause de sa couleur, si je constate dans ses

1. Fanon F., *Peau noire, masques blancs*, 1952, op. cit., p. 75.

rêves l'expression d'un désir inconscient de changer de couleur, mon but ne sera pas de l'en dissuader en lui conseillant de « garder ses distances » ; mon but, au contraire, sera, une fois les mobiles éclairés, de le mettre en mesure de *choisir* l'action (ou la passivité) à l'égard de la véritable source conflictuelle – c'est-à-dire à l'égard des structures sociales¹. »

Ce passage nous renseigne d'abord sur une version particulière de la névrose, produit de la contradiction dans laquelle le Noir est placé dans le contexte colonial. En quelque sorte, il s'opère ici un glissement de l'aliénation mentale à l'aliénation socio-politique, la première trouvant en définitive son fondement dans la seconde à la manière d'une étiologie *macro-sociologique*². Fanon situe de fait la cause à l'endroit précis où, selon lui, Mannoni s'est tu : le réel de la domination coloniale et les contradictions qu'elle suscite chez le Noir. À ce titre, il est important de remarquer la propension de l'auteur à contester la validité des explications d'ordre psychanalytique appliquées aux Noirs :

« [...] ni Freud, ni Adler, ni même le cosmique Jung n'ont pensé aux Noirs, dans le cours de leurs recherches. En quoi ils avaient bien raison. On oublie trop souvent que la névrose n'est pas constitutive de la réalité humaine. Qu'on le veuille ou non, le complexe d'Œdipe n'est pas près de voir le jour chez les nègres. [...] Indépendamment de quelques ratés apparus en milieu clos, nous pouvons dire que toute névrose, tout comportement anormal, tout éréthisme affectif chez un Antillais, est la résultante de la situation culturelle³. »

De telles thèses ne sont d'ailleurs pas sans évoquer – quoique l'aspect politique soit chez Fanon nettement plus prononcé – celles du courant dit culturaliste qui prit son essor, dans le monde anglo-saxon, à partir des années 30 avec des auteurs comme Mead, Benedict, Kardiner, Linton, Horney, Fromm ou Sullivan. On y retrouve en effet une même méfiance quant à la prétention de la psychanalyse à une certaine forme d'universalité (avec au premier rang l'universalité de l'Œdipe), au profit d'un intérêt porté sur les conditions socio-culturelles dans lesquelles naissent et se développent les individus. Et dans cette perspective, le regard psychopathologique serait davantage enclin à favoriser

« des conceptions « situationnelles » de la psychopathologie, une compréhension de la névrose, par exemple, comme erreur sociale ou éducative⁴. »

1. *Ibid.*, pp. 80-81.

2. Nous empruntons cette notion à G. Lantéri-Laura. Voir Lantéri-Laura G., *Psychiatrie et connaissance. Essai sur les fondements de la pathologie mentale*, Paris, Sciences en situation, 1991 ; p. 174.

3. Fanon F., *Peau noire, masques blancs*, 1952, *op. cit.*, pp. 123-124.

4. Brisset C., « Le culturalisme en psychiatrie (étude critique) », *L'Évolution Psychiatrique*, 1963, 28 : 369-405 ; p. 390.

De même chez Fanon, nulle place ne semble pouvoir être accordée à la dimension fantasmatique de la vie psychique, ni même à l'inconscient freudien. Si inconscient il y a, il faudrait peut-être davantage le caractériser par une relative inconscience de l'aliénation coloniale. La cause se situant nécessairement dans un contexte sociopolitique, il s'en déduit une praxis psychiatrique que nous pourrions strictement qualifier de révolutionnaire : les conflits auxquels se confronte l'individu ne pourront être levés qu'en modifiant le rapport qui lie ce dernier aux structures sociales. Il s'agit donc d'œuvrer en faveur d'une prise de conscience de l'aliénation en vue d'une libération et, à terme, d'un changement social radical. En cela, psychiatrie et politique sont bel et bien indissociables : l'une entre toujours au service de l'autre, que la perspective soit par ailleurs coloniale ou révolutionnaire. Et la suite du parcours de Fanon va pleinement confirmer et systématiser ces premières bases conceptuelles.

Nommé médecin-chef en Algérie, Fanon officie à l'hôpital de Blida-Joinville à partir de la fin de l'année 1953. Il tente d'emblée d'y introduire la psychothérapie institutionnelle en compagnie de J. Azoulay mais si l'entreprise rencontre quelque succès dans le service des femmes européennes, force est de constater son échec dans le service d'hommes musulmans. Dans un article publié en 1954 (*La sociothérapie dans un service d'hommes musulmans*), Fanon et Azoulay tirent les leçons de cette expérience : important un modèle institutionnel occidental, ils n'auraient pas suffisamment pris en compte les particularités structurelles de la société autochtone :

« D'abord, l'Afrique du Nord est française, et véritablement on ne voit pas, quand on ne cherche pas, en quoi l'attitude doit être différente d'un service à un autre. Le psychiatre, irréflexivement, fait la politique de l'assimilation. L'autochtone n'a pas besoin d'être compris dans son originalité culturelle. L'effort doit être fait par l' « indigène », et celui-ci a tout intérêt à ressembler au type d'homme qu'on lui propose. L'assimilation, ici, ne suppose pas une réciprocité des perspectives. Il y a toute une culture qui doit disparaître au profit d'une autre. Dans notre service de musulmans, si l'on excepte la nécessité d'un interprète, notre comportement n'était absolument pas adapté. En fait, une attitude révolutionnaire était indispensable, car il fallait passer d'une position où la suprématie de la culture occidentale était évidente à un relativisme culturel¹. »

La proximité avec les thèses énoncées dès *Peau noire, masques blancs* est ici évidente, puisque y est à nouveau affirmée la nécessité de reconnaître l'autochtone dans sa singularité culturelle, de même que l'enjeu tant politique que thérapeutique de rupture d'avec la tradition asilaire coloniale.

1. Cité par Berthelien R., « Psychiatres et psychiatrie devant le musulman algérien », 1979, *op. cit.*, p. 152.

En 1955, quelques temps après le déclenchement des « événements d'Algérie », Fanon entre en contact avec le F.L.N. et, s'engageant progressivement dans la lutte pour l'Indépendance, quitte son poste fin 1956. Les motifs de la démission concernent bien entendu le régime colonial et le traitement inacceptable qu'il inflige aux Algériens : comment poursuivre une activité de psychiatre au sein d'un régime fondé sur l'aliénation permanente de sa population ? Il part alors en Tunisie, où sont rassemblés la majorité des dirigeants du F.L.N. et collabore à l'hôpital Charles-Nicolle de Tunis, où il va mettre en place un service expérimental d'hospitalisation de jour. L'œuvre psychiatrique de Fanon tend toutefois à se réduire à mesure que se déploie son engagement politique : membre officiel du F.L.N. depuis 1957, il intègre en 1958 le Ministère de l'Information du Gouvernement Provisoire de la République Algérienne (G.P.R.A.) et rejoint également la cause panafricaine dont il deviendra l'un des plus éminents représentants. Atteint de leucémie, Fanon meurt aux États-Unis en décembre 1961, l'année où paraît son dernier ouvrage : *Les damnés de la terre*.

Nous nous attarderons ici sur le dernier chapitre de ce manifeste révolutionnaire tiers-mondiste, intitulé *De l'impulsivité criminelle du Nord-Africain à la guerre de Libération nationale*¹. Ultime critique du discours psychiatrique colonial, le texte se réfère tout d'abord explicitement aux thèses de l'École d'Alger, et notamment aux trois articles dont nous avons parlé dans les pages précédentes :

« Avant 1954, les magistrats, les policiers, les avocats, les journalistes, les médecins légistes convenaient de façon unanime que la criminalité de l'Algérien faisait problème. L'Algérien, affirmait-on, est un criminel-né. Une théorie fut élaborée, des preuves scientifiques apportées. Cette théorie fut l'objet pendant plus de 20 ans d'un enseignement universitaire. Des Algériens étudiants en médecine, reçurent cet enseignement et petit à petit, imperceptiblement, après s'être accommodés du colonialisme, les élites s'accommodèrent des tares naturelles du peuple algérien. Fainéants nés, menteurs nés, voleurs nés, criminels nés². »

Fanon expose alors l'essentiel des hypothèses de Porot et de ses élèves, insistant particulièrement sur le fondement neurologique du primitivisme. Puis vient la mention d'un autre auteur d'origine britannique : John Colin Dixon Carothers. Précisons simplement que ce médecin, travaillant depuis 1938 à l'hôpital psychiatrique de Nairobi, deviendra dans les années 40 l'un des plus éminents spécialistes anglo-saxons de la psychiatrie coloniale³. Il sera à ce titre sollicité pour évaluer les systèmes de santé mentale en Rhodésie et en Ouganda, et

1. Fanon F., *Les damnés de la terre* (1961), Paris, Gallimard, coll. Folio Actuel, 1997 : 350-367.

2. *Ibid.*, p. 353.

3. Pour plus de détails, voir : Collignon R., « Émergence de la psychiatrie transculturelle au lendemain de la seconde guerre mondiale (Références africaines) », 2004, *op. cit.*, pp. 88-89 ; Fassin D., « Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies africaines aux banlieues parisiennes », *L'Homme*, 2000, 153 : 231-250.

se verra confier par l'O.M.S. la rédaction d'une monographie sur la *Psychologie normale et pathologique de l'Africain* (parue en 1953 sous le titre *The African Mind in Health and Disease : A study in ethnopsychiatry* et traduite en français l'année suivante par Aubin, élève de Porot). Puis en 1954 paraît *The Psychology of Mau Mau*, rapport écrit à la demande du gouvernement colonial du Kenya à la suite de la révolte Mau Mau dans le pays Kikuyu, avec pour objectif de donner aux autorités coloniales les moyens de comprendre les causes d'une telle insurrection et de gérer ainsi ses retombées politiques. Carothers s'inscrit fidèlement dans la lignée de l'École d'Alger, dont il reprend d'ailleurs les travaux pour fonder ses propres thèses telle la « *paresse frontale* » de l'Africain. Cette théorie énonce que ce dernier fonctionne mentalement à la manière d'un Européen lobotomisé, ce qui peut être expliqué par une très faible utilisation des lobes frontaux – d'où la présumée paresse frontale caractérisant les particularités de la psychiatrie africaine. Outre ces considérations organicistes, le portrait de l'Africain standard dressé par Carothers est lui aussi bien similaire à celui du Nord-Africain cher à Porot : inapte à l'abstraction et à l'invention, dépendant des stimuli physiques et émotionnels, incapable d'accéder au sens des responsabilités, impulsif et violent etc.

Si le ton employé par Fanon à l'évocation de ce corpus théorique laisse volontiers transparaître indignation et mépris, il est tout à fait remarquable de voir comment ces textes vont devenir le support, non pas simplement d'une critique supplémentaire du discours colonial, mais également d'une réflexion sur l'entreprise révolutionnaire elle-même. La déconstruction de cette notion de criminalité doit être en elle-même un acte politique, une étape primordiale dans la prise de conscience de la domination. Avant la guerre en effet, le comportement des Algériens a finalement donné raison aux magistrats, aux policiers et aux hommes de science, mais cette criminalité ne trouve pas son explication dans un caractère congénital ni dans l'organisation du système nerveux. C'est bien plutôt la situation coloniale et le climat de permanente oppression qui produit la criminalité, dans un contexte où chaque individu n'a d'autre but que la survie. Autrement dit, près de dix ans après son premier ouvrage, Fanon maintient fermement un même principe d'analyse : infériorité et criminalité sont les produits du dispositif colonial. Et tout comme le Noir endossait précédemment le rôle qu'on lui attribuait, l'Algérien s'est identifié à l'image construite par l'Européen : violent, passionné, brutal, jaloux, fier et orgueilleux. Et Fanon peut alors clarifier les enjeux de la Révolution :

« Que les combattants algériens aient discuté ce problème, qu'ils n'aient pas craint de remettre en cause les croyances installées en eux par le colonialisme, qu'ils aient compris que chacun était l'écran de l'autre et qu'en réalité chacun se suicidait en se jetant sur l'autre devait avoir une importance primordiale dans la conscience révolutionnaire. Encore une fois, l'objectif du colonisé qui se bat est de provoquer la fin de la domination. Mais il doit également veiller à la liquidation de toutes les non-vérités fichées dans son

corps par l'oppression. Dans un régime colonial tel qu'il existait en Algérie, les idées professées par le colonialisme n'influençaient pas seulement la minorité européenne mais aussi l'Algérien. La libération totale est celle qui concerne tous les secteurs de la personnalité¹. »

Il ne s'agit donc pas uniquement de lutter contre un pouvoir colonial mais davantage d'amener chaque individu à se défaire des normes et des représentations qui le font exister en tant que colonisé. Le projet est toujours bien celui de « *libérer l'homme de lui-même* » et, à l'image du trajet de Fanon, le référent (socio)psychiatrique cède ici définitivement sa place à la praxis révolutionnaire comme entreprise de désaliénation. Autrement dit, si la pratique psychiatrique a dès le départ donné à cette œuvre une assise clinique, un cadre de compréhension du fait colonial et des moyens de le combattre, il semblerait bien qu'au terme du parcours cette pratique perde sa capacité à participer au changement social au seul profit de l'engagement militant voire de la lutte armée. Toutefois la disparition progressive de l'effectivité révolutionnaire de la psychiatrie ne doit pas occulter la fonction qu'elle continue de remplir pour Fanon : celle d'assurer le fondement de la critique du colonialisme et cela, de deux manières. D'une part le discours psychiatrique colonial illustre magistralement le dispositif théorique et pratique à combattre et d'autre part, une fois mise à jour l'idéologie qui le sous-tend, fournit les moyens d'analyse de la situation et les conditions de sa subversion. La politique de Fanon conserve donc tout du long un ancrage résolument psychiatrique, lui-même sans cesse confronté à sa part d'idéologie, qu'elle soit coloniale ou révolutionnaire.

[1.3.3] Convergences des points de vue

On mesure aisément l'écart entre les positions de Fanon et celles des élèves de Porot dans cette période annonçant la décolonisation, mais il convient néanmoins d'insister sur ce qui va paradoxalement les rapprocher, à savoir l'inscription dans un changement de paradigme de la réflexion psychiatrique. Collignon estime en effet que l'œuvre de Fanon souligne

« qu'à côté de la phylogenèse issue de la tendance constitutionnaliste de la médecine de la fin du XIX^e siècle, et de la réaction à cette dernière que constitue la perspective ontogénétique promue par Freud et la psychanalyse, il y a une place nouvelle à ménager pour une perspective sociogénétique, qui prendra chez lui une accentuation plus sociopolitique². »

1. Fanon F., *Les damnés de la terre*, 1961, *op. cit.*, pp. 366-367.

2. Collignon R., « Émergence de la psychiatrie transculturelle au lendemain de la seconde guerre mondiale (Références africaines) », 2004, *op. cit.*, pp. 86-87.

Si l'intérêt porté à une telle sociogenèse est certes présent dès les années 30 dans le monde anglo-saxon via notamment l'école culturaliste, force est en effet de constater le virage amorcé au lendemain de la guerre par une psychiatrie de plus en plus soucieuse du contexte social et politique dans lequel elle prend place¹. Sur le plan pratique, cela se traduira entre autres par une remise en cause importante de la tradition asilaire avec l'émergence notamment de la psychothérapie institutionnelle et de la sociothérapie, puis l'officialisation d'une politique de sectorisation (formalisée dès mars 1960 mais n'entrant en application qu'en 1971) mettant un point d'honneur à favoriser l'insertion ou la réinsertion des malades mentaux dans la Cité. N'oublions pas non plus la révolution thérapeutique initiée à cette période par les méthodes chimiothérapiques. Sur un plan théorique, ces bouleversements s'accompagnent entre autres d'un intérêt de plus en plus marqué envers le rôle présumé des « facteurs de milieu » (culturels, sociaux, économiques, politiques...) dans l'étiologie des troubles psychiques. On parlera alors volontiers d'une psychiatrie ou d'une psychopathologie sociale qui, selon la stricte définition de R. Bastide, se donne pour tâche première de découvrir et contrôler les causes sociales des maladies mentales². Dans ce contexte, la folie et ceux en charge de la soigner ne peuvent plus prétendre s'extraire du tissu social qui leur donne sens.

Or, bien que leurs positionnements idéologiques respectifs soient en tous points opposés, Fanon et les héritiers de Porot sont effectivement marqués par cette nouvelle « pensée d'époque » et se rejoignent dans l'affirmation de l'importance fondamentale de la dimension sociogénétique de la folie. Avec eux, la psychopathologie des indigènes ne peut plus se restreindre à l'exploration d'une mentalité fatalement rapportée à une constitution morbide, mais doit désormais interroger l'impact des facteurs de milieu (culturels, sociaux, politiques) dans l'éclosion, et même le traitement, de la pathologie mentale. Et dans les deux cas est mise en avant l'impérieuse nécessité de reconnaître en elle-même la culture autochtone, pour prendre la mesure clinique des difficultés rencontrées par les individus. Bref, quoique les divergences entre ces deux systèmes de pensée soient radicales quant à leurs projets et leurs rapports au politique, ils ont tout de même, chacun à leur manière, contribué à un déplacement significatif du regard psychiatrique porté sur les indigènes.

Par ailleurs, au moment où les cliniciens exerçant dans les futures ex-colonies prennent leurs distances vis-à-vis des théories psychiatriques énoncées dans (et prescrites par) le dispositif colonial, certains exerçant en métropole témoignent d'un intérêt renouvelé envers un certain type de patients : ceux dont le statut social est d'être immigrés, et bien souvent originaires du

1. Sur l'évolution de la psychiatrie au XXe siècle, et notamment après 1945, voir : Trillat E., « Une histoire de la psychiatrie au XXe siècle », in Postel J., Quételet C., *Nouvelle histoire de la psychiatrie* (1994), Nouvelle édition revue et augmentée, Paris, Dunod, 2002 : 339-367.

2. Bastide R., *Sociologie des maladies mentales* (1965), Paris, Flammarion, coll. Champs, 1977 ; p. 16.

Maghreb. L'exploration d'un nouveau champ d'interrogations, celui des rapports de la migration à la pathologie mentale, peut dès lors s'amorcer. Certes, comme nous le verrons dans les pages suivantes, cette question s'est posée en France dès les années trente, et plus tôt encore aux États-Unis. Mais ce qui va progressivement devenir une « psychopathologie de la migration » – ou « psychopathologie de la transplantation » – ne prend véritablement son essor qu'à partir des années cinquante et l'émergence de ce domaine de recherche est bien sûr étroitement solidaire d'un contexte. D'un point de vue sociologique tout d'abord, la France instaure dès 1945 une politique d'immigration massive de travailleurs étrangers ; politique tissée de contradictions ministérielles et administratives qui favoriseront rapidement l'arrivée toujours plus importante de travailleurs algériens. Ces derniers acquièrent certes officiellement la citoyenneté en 1947 et donc la liberté de circulation en métropole, mais ils demeureront constamment moins désirables sur la scène sociale que les voisins européens... Ainsi à partir de cette date,

« l'affaire coloniale domine la politique d'immigration qui se réorganise autour du problème algérien. Juridiquement, l'immigré est toujours italien, espagnol, polonais ou portugais. Politiquement puis socialement, il devient l'Algérien. C'est donc en fonction des migrations venues d'Algérie que la politique française d'immigration se réoriente¹. »

Cet « Algérien », passant progressivement du statut d'indigène colonial à celui de travailleur immigré prototypique, sera précisément celui auquel nombre de psychiatres métropolitains auront parfois affaire, et à partir duquel un savoir psychiatrique particulier va s'élaborer. Mais un tel constat sociologique ne saurait à lui seul éclairer l'émergence d'une psychopathologie de la migration si l'on ne tient pas compte, dans le même temps, de la logique interne au champ psychiatrique.

Or, nous venons de le voir, le contexte de l'après-guerre voit également apparaître un vif intérêt de la psychopathologie envers les perspectives sociogénétiques, et c'est au travers de ce paradigme que les rapports de la migration à la pathologie mentale vont effectivement être étudiés. À ce titre, quelques-uns des pionniers en matière de psychopathologie de la migration seront également d'ardents défenseurs de la sociothérapie, tels P. Sivadon, G. Daumézou ou encore L. Le Guillant dont le projet, légèrement plus radical que celui de ses collègues, consistera à démontrer grâce à la dialectique matérialiste, le rôle éminemment pathogène des contradictions de la société capitaliste et du système d'exploitation qui en résulte, par exemple chez les bonnes à tout faire bretonnes transplantées à Paris, les téléphonistes ou encore les mécanographes². Autrement dit – au risque d'anticiper sur la

1. Weil P., *La France et ses étrangers. L'aventure d'une politique de l'immigration de 1938 à nos jours*, Nouvelle édition refondue, Paris, Gallimard, coll. Folio Histoire, 2005 ; p. 84.

2. Pour une vue synthétique de la doctrine, voir : Le Guillant L., « Introduction à une psychopathologie sociale », *L'Évolution Psychiatrique*, 1954, 1 : 1-52.

suite du propos – l'étude des rapports de la migration à la pathologie mentale en passera nécessairement par une élucidation du rôle pathogène des facteurs de milieu (la condition d'immigré) de la même manière que pour les élèves de Porot et Fanon, la psychopathologie indigène est elle aussi devenue indissociable d'une étude rigoureuse de son milieu socio-culturel. Par ailleurs, ce détour par la psychiatrie coloniale, s'il permet à terme de situer assez précisément le contexte français d'émergence de la psychopathologie de la migration, nous donnera également quelques clés pour mieux comprendre certaines de ses formulations. Nous verrons ainsi quelques anciennes thématiques relatives à la mentalité et la symptomatologie des indigènes nord-africains faire étrangement retour dans certains discours sur les migrants maghrébins ; et comment le spectre de la psychiatrie coloniale ne cessera de hanter nombre de débats, même les plus contemporains.

INCISE : LA SÉLECTION DES IMMIGRANTS

Nos propres recherches bibliographiques sur les liens entre migration et pathologie mentale, ainsi que la reconstitution d'un contexte, nous mènent donc à situer l'émergence de cette problématique au lendemain de la seconde guerre mondiale. C'est en effet à cette période, nous l'avons déjà évoqué, que les études psychopathologiques sur les incidences de la migration prennent véritablement leur essor ; comme l'atteste d'ailleurs la multiplication des publications spécialisées à partir des années cinquante. De plus, si l'on se réfère aux indications bibliographiques de quelques articles majeurs dans ce domaine de recherche, il est à remarquer l'absence systématique de références françaises antérieures à l'après-guerre¹. Les seules références (rarement citées dans les premiers articles français) portant spécifiquement sur cette thématique sont nord-américaines, et nous commencerons par présenter très brièvement leur contenu. Nous tâcherons ensuite de montrer que malgré les apparences, le problème de la prise en charge psychiatrique des immigrants aliénés en France commence à se poser avec une acuité certaine dès 1930, mais sous la forme d'un enjeu bien particulier et résolument absent de la future psychopathologie de la migration.

[2.1] Premières recherches nord-américaines

D'après Collignon, les premières recherches systématiques sur les liens entre migration et pathologie mentale ont d'abord lieu aux États-Unis dès le milieu du XIX^e siècle². L'auteur mentionne ainsi un article de 1850 (non référencé) publié dans l'*American Journal of Insanity* où est mise en avant, sur des critères statistiques peu fiables, la sur-représentation des immigrants parmi la population des asiles américains. Deux hypothèses sont à l'époque formulées pour éclairer ce constat : d'une part celle d'un stress de la migration (celle-ci constituant un traumatisme du fait de difficultés d'adaptation), d'autre part celle d'une auto-sélection (les immigrants témoignant d'une prédisposition morbide). Or, il est tout à fait étonnant de constater que ces deux hypothèses quant à l'étiologie des troubles présentés par les migrants sont celles-là mêmes qui, plus d'un siècle plus tard, vont agiter nombre de débats entre cliniciens aux prises avec la psychopathologie de la migration. Ensuite, et toujours aux États-Unis, seront réalisées plusieurs études épidémiologiques dans l'entre deux guerres. Parmi les plus célèbres, mentionnons tout d'abord celle de B. Malzberg (*Mental disease among native and foreign born whites in New York State*, 1936³), qui vient relativiser, grâce l'amélioration des méthodes statistiques introduisant de nombreux facteurs

1. Almeida (de) Z., « Introduction à la psychopathologie de la transplantation », *L'Information Psychiatrique*, 1972, 48, 2 : 167-173 ; Berner P., Zapotoczky H.G., « Psychopathologie des transplantés », *Confrontations Psychiatriques*, 1969, 4 : 135-154 ; Daumézon G., « Transplantation et maladie mentale », *La revue du praticien*, 1965, XV, 2 : 119-137.

2. Collignon R., « Immigration et psychopathologie », *Psychopathologie Africaine*, 1990-1991, XXIII, 3 : 265-278.

3. Citée par Berner P., Zapotoczky H.G., « Psychopathologie des transplantés », 1969, *op. cit.* et Daumézon G., « Transplantation et maladie mentale », 1965, *op. cit.*

de pondération, la plus grande fréquence de morbidité chez les immigrants que chez les autochtones. Il convient d'évoquer ensuite les recherches de Ø. Ødegaard (*Emigration and insanity ; a study of mental disease among the Norwegian-born population of Minnesota*, 1932¹), comparant les taux de morbidité dans trois populations : les immigrants norvégiens dans le Minnesota, les américains de souche, et les norvégiens restés au pays. Ces statistiques démontreraient que le nombre d'admissions dans les asiles serait bien plus élevé chez les immigrants norvégiens que chez les autochtones, quoique cet écart se réduise grâce aux mesures plus restrictives prises par les autorités au départ d'Europe. De même, le nombre de norvégiens internés en Amérique serait lui aussi plus grand que celui des norvégiens internés dans leur propre pays. D'où l'hypothèse d'une plus grande attirance pour la migration chez des individus prédisposés à la maladie mentale : s'il y a plus de migrants « psychopathes », c'est parce que la migration elle-même est le fait de cette psychopathie. Une autre hypothèse semble par ailleurs avancée : ne faudrait-il pas également prendre en compte les difficultés d'adaptation des individus à leurs nouvelles conditions de vie ? L'étude de Ø. Ødegaard inviterait alors, elle aussi, à considérer l'étiologie des troubles mentaux chez les migrants selon deux axes d'analyse : la prédisposition morbide (nettement privilégiée par l'auteur) et les difficultés d'adaptation au nouveau milieu.

S'il apparaît donc que les premières études systématiques, d'ordre épidémiologique, émergent aux États-Unis et s'il faut attendre les années cinquante pour que ce domaine de recherche prenne véritablement son essor (aux États-Unis comme en Europe), il s'avère toutefois que la question des rapports entre migration et pathologie mentale a manifestement bien été posée en France au cours de l'entre deux guerres. Comme nous allons le voir en revenant tout d'abord sur deux publications de l'époque, il ne va pas s'agir uniquement de mener des recherches statistiques sur la morbidité psychiatrique des migrants, et encore moins de s'interroger sur les incidences cliniques de la migration. L'enjeu principal pour ces médecins français se situe sur un autre registre : il s'agit d'apporter aux pouvoirs publics une contribution médico-psychiatrique significative au problème de la sélection des immigrants aux frontières.

[2.2] Émergence du problème en France

Une première référence est un très bref compte-rendu, publié dans les *Annales médico-psychologiques* de 1930, d'un rapport annuel sur le fonctionnement des asiles de la Seine rédigé par Auguste Marie, médecin-chef de l'hôpital Sainte-Anne. Sur la base de statistiques

1. Voir le compte-rendu de la recherche par Meignant P., « Notes sur l'immigration », *L'Hygiène Mentale*, 1933, XXVIII, 3 : 71-76 ; également mentionnée par Daumézon G., « Transplantation et maladie mentale », 1965, *op. cit.* et Collignon R., « Immigration et psychopathologie », 1990-1991, *op. cit.*

d'internements d'aliénés étrangers (principalement belges, italiens et polonais) établies de 1924 à 1928, l'auteur fait état d'un

« envahissement des services hospitaliers par les étrangers¹. »

Il s'agit alors d'alerter les pouvoirs publics sur le coût de la prise en charge de ces patients qui ne parlent pas un mot de français, se révèlent difficilement curables et, enfin, seraient délibérément expédiés en France en vue d'une admission à l'asile. D'où l'urgence pour la France d'organiser une sélection efficace, un véritable contrôle sanitaire de l'immigration :

« Filtrer les étrangers qui viennent en France, ce n'est pas mentir à nos traditions d'hospitalité. C'est empêcher la France d'être exploitée tout en risquant d'être atteinte dans ses œuvres vives, dans le domaine de l'intelligence et dans celui des forces physiques². »

De semblables préoccupations sont également présentes sous la plume du Dr. René Martial, dont le mémoire intitulé *Étude de l'aliénation mentale dans ses rapports avec l'immigration*³ est publié en 1933. L'auteur, hygiéniste, fait à l'époque figure d'éminent spécialiste des questions liées à l'immigration et aux contacts entre les peuples ou, plus précisément, les « races ». On lui doit notamment un *Traité de l'immigration et de la greffe inter-raciale*⁴ dont le but explicite est de contribuer à l'élaboration d'une politique française d'immigration, dont il déplore les insuffisances tant en matière de sélection aux frontières que d'absorption des immigrants dans la Nation. L'enjeu de l'*Étude de l'aliénation mentale dans ses rapports avec l'immigration* se situe dans la droite ligne de ces précédents travaux, puisque Martial entend proposer une méthode de sélection des immigrants afin de réduire au maximum la population d'immigrants aliénés dans les asiles et, partant, le coût engendré par cette présence pour la société française. Afin de bien prendre la mesure de ces propositions, il convient d'explicitier brièvement la vision de l'immigration qui les sous-tend. Il faut tout d'abord bien distinguer l'*étranger* de l'*immigrant*, dans la mesure où seul le second est amené à s'installer durablement dans le *pays récepteur*. L'immigration relève donc autant d'un but économique que d'un point de vue démographique :

« Il s'agit de fixer sur le territoire du pays récepteur les familles d'étrangers de manière à ce que la résorption se fasse le plus rapidement possible. Il s'agit en réalité d'une véritable

1. Marie A., « Les aliénés étrangers en France », *Annales médico-psychologiques*, 1930, 88, II : 264.

2. *Idem*.

3. Martial R., « Étude de l'aliénation mentale dans ses rapports avec l'immigration », *L'Hygiène Mentale*, 1933, XXVIII, 2 : 29-51 ; 1933, XXVIII, 3 : 53-71.

4. Voir le compte-rendu de l'ouvrage par Meignant P., « Notes sur l'immigration », 1933, *op. cit.*

greffe de certaines parties d'une population sur la population d'un autre pays. C'est pourquoi nous avons donné à cette opération le nom de greffe inter-raciale¹. »

Il est alors impératif de se donner les moyens d'une sélection raisonnée du « greffon » afin de garantir le succès de l'opération. Il est en d'autres termes impératif de s'assurer de la qualité irréprochable des immigrants et pour ce faire, l'auteur estime que c'est par une étude minutieuse des races et des peuples que l'on parviendra à optimiser les greffes. Cette étude devra comporter des éléments d'histoire, de géographie, d'ethnographie, de démographie et, surtout, de psychologie afin de caractériser les traits essentiels d'un caractère national. En effet,

« Le point qui domine tous les autres réside dans la psychologie des peuples émetteurs. De cette psychologie résultera la possibilité d'adaptation dans le pays nouveau : son étude doit conduire à la découverte de la dominante qu'il faut satisfaire pour que l'immigrant se trouve bien dans son pays d'adoption. [...] La dominante à satisfaire est très variable suivant les peuples : pour les Polonais, ce sera une question de religion ; pour les Hollandais, une question d'habitation ; pour les Tchécoslovaques, coopération ; pour les Italiens, indépendance à ménager ; pour les Africains du Nord, désir d'initiation technique, etc...². »

Tout ceci ne constitue néanmoins qu'un idéal auquel la France n'est toujours pas parvenue faute d'une véritable politique de sélection, comme en témoigne la présence dans ses asiles d'un nombre bien trop important d'immigrants aliénés. Les données statistiques communiquées par l'auteur, établies entre 1924 et 1930 dans les asiles de la Seine (et certaines issues du précédent rapport de Marie), doivent permettre d'illustrer l'ampleur du problème quoique le sentiment d'« envahissement » soit tout de même à nuancer :

« L'absence de sélection tant dans le pays d'origine que dans notre pays explique la présence de ces aliénés dans nos asiles. Il faut reconnaître que la proportion n'est cependant pas aussi forte que l'on aurait pu s'y attendre en n'écoulant que la rumeur publique ou en lisant des articles dont les auteurs ne sont pas toujours remontés aux sources³. »

L'urgence réside alors, tout comme chez Marie, dans une réduction maximale des dépenses entraînées par la présence de ces malades dans les asiles. Si la France nécessite bien l'apport de main d'œuvre et le renforcement de sa démographie, le recours indispensable à l'immigration devra s'accompagner de toute une procédure de sélection visant à éliminer

1. Martial R., « Étude de l'aliénation mentale dans ses rapports avec l'immigration », 1933, *op. cit.*, pp. 30-31.

2. *Ibid.*, pp. 32-33.

3. *Ibid.*, pp. 44-45.

« toutes les maladies qui, directement ou indirectement, font retomber l'immigrant à la charge de la collectivité réceptrice [...] »¹.

La méthode proposée par Martial s'inspire d'une liste d'instructions données aux médecins américains chargés de procéder à la sélection des candidats à l'immigration ; liste reproduite presque intégralement par l'auteur tant elle lui paraît exemplaire. Quant à ses propres propositions, force est de constater leur enjeu résolument politique puisque le mémoire établit finalement les bases effectives d'une politique migratoire raisonnée. Il s'agira dès lors de porter attention, en tant que première opération de sélection, au choix du peuple ou de la race selon sa « *qualité* » et sa démographie. Ensuite, dans le pays d'origine, chaque famille candidate au départ devra faire l'objet d'une visite préalable au cours de laquelle seront effectués un examen professionnel et un examen médical. Ce dernier sera réalisé par trois médecins : le premier vérifiera l'état général de chacun des membres de la famille, le second se livrera aux examens spécialisés (dont le dépistage des troubles mentaux) et le troisième, enfin, aura pour tâche de compléter, confirmer ou infirmer les conclusions des deux autres. Ces premiers examens ont ainsi pour but de constituer un « *réservoir d'immigrants* » suffisamment sûr pour permettre d'y puiser lorsque nécessaire. Au moment de l'appel des candidats retenus, de nouveaux examens médicaux auront lieu pour vérifier les précédents et autoriser, ou non, le départ. Et à l'arrivée sur le territoire français,

« [...] tous les suspects, et il faut très peu de choses pour être suspect, sont retenus pour de nouveaux examens dont le point de départ est la feuille d'observation établie dans le pays d'origine. Parmi ces examens, il y a ceux des mentaux qui sont, comme nous l'avons vu plus haut, poussés particulièrement à fond. Ceux des immigrants qui ont pu passer à travers les deux premiers filtres ne passent certainement pas à travers le troisième, et sont refoulés, après conclusions des médecins de l'immigration, vers le pays d'origine aux frais de la compagnie de transport qui les a amenés². »

L'idéologie qui sous-tend un tel projet est bien évidemment des plus édifiantes, de la part d'un auteur dont les thèses rencontreront d'ailleurs quelque succès sous le régime de Vichy³. Néanmoins, ces quelques citations sont à nos yeux suffisamment éloquentes pour ne pas avoir à en faire le procès. Il nous importe davantage de saisir la manière dont est ici envisagé le rapport entre immigration et pathologie mentale. Cette étude ne s'accompagne en premier lieu d'aucune description clinique précise de la population considérée hormis des tableaux statistiques croisant plusieurs variables : sexe, nationalité, diagnostic psychiatrique et nature de l'infraction dans les cas d'aliénés ayant affaire à la justice. Le vocabulaire diagnostique

1. *Ibid.*, p. 66.

2. *Ibid.*, p. 69.

3. Noiriol G., *Le creuset français. Histoire de l'immigration. XIXe-XXe siècle* (1988), Paris, Seuil, coll. Points, 1992, p. 35.

puise quant à lui dans une nosographie habituelle : dégénérescence mentale, démence, délire, confusion mentale, alcoolisme etc., sans être l'objet d'une quelconque discussion. De même, la question du lien entre immigration et aliénation semble réglée *a priori* par la mise en équivalence de la présence d'immigrants aliénés sur le territoire et l'absence de sélection aux frontières. La pathologie mentale dont témoignent ces patients ne peut dès lors être affaire que d'une prédisposition, elle-même manifestement fondée sur le modèle des constitutions. Il importe de souligner aussi que la référence à une « psychologie des peuples » n'engage l'auteur à aucun développement, de même que les particularités de la « race » ne semblent jamais exercer une quelconque influence sur les tableaux cliniques. Et il va de soi que la relation au malade et la dimension thérapeutique restent ici des questions sans légitimité. Dans une telle perspective, les immigrants aliénés n'interrogent certainement pas la démarche clinique et si leur présence fait problème pour le médecin, ce n'est pas relativement au savoir clinique de ce dernier, mais bien davantage à un enjeu politique et idéologique.

[2.3] L'après-guerre : persistance et déplacement

Si la question de la sélection des immigrants paraît caractériser la réflexion française sur les rapports de la migration à la pathologie mentale au cours des années trente, il s'avère qu'elle reste toujours d'actualité au lendemain de la deuxième guerre mondiale. C'est en tout cas ce dont témoignent certains débats de la Société médico-psychologique, tels que rapportés par les *Annales médico-psychologiques*. Lors de la séance du 28 janvier 1946 est ainsi présenté par l'un des membres de la Société, R. Charpentier, un vœu « *concernant l'examen psychiatrique des candidats à l'immigration en France et des candidats à la naturalisation française*¹ ». Cette proposition s'inscrit dans le contexte de la mise en place des deux ordonnances prises par le gouvernement provisoire de la IV^e République les 19 octobre et 2 novembre 1945, déterminant les conditions d'accès à la nationalité et les conditions de l'entrée et du séjour des étrangers en France². L'objet de la discussion porte sur le rôle des psychiatres dans le contrôle sanitaire des candidats à l'immigration et à la naturalisation. Voici comment Charpentier pose le problème :

« Mais s'il est vrai [...] que la situation sociale et morale des immigrants soit souvent à la base de la « nostalgie » et des psychoses qu'ils présentent, psychoses justiciables par conséquent de mesures de prophylaxie destinées à faciliter l'adaptation rapide aux conditions de leur vie nouvelle, un autre point de vue semble primordial pour la

1. Charpentier R., « Présentation d'un vœu de M. René Charpentier concernant l'examen psychiatrique des candidats à l'immigration en France et des candidats à la naturalisation française », *Annales médico-psychologiques*, 1946, 104, I : 76-79.

2. Voir Weil P., *La France et ses étrangers. L'aventure d'une politique de l'immigration de 1938 à nos jours*, 2005, *op. cit.*, pp. 65-81.

prophylaxie de ces psychoses. Il paraît, en effet, tout d'abord indispensable de réglementer médicalement l'immigration et de la limiter aux sujets non porteurs de tares héréditaires ou acquises favorisant l'éclosion ultérieure de troubles mentaux¹. »

Là encore est en jeu la contribution de la médecine mentale à la sélection des immigrants quoique, à première vue, cette citation puisse suggérer une nouvelle manière d'envisager le type de lien entre migration et aliénation mentale. En effet, à la différence des deux textes précédents qui n'envisageaient nullement que la condition d'immigrant puisse constituer un facteur d'éclosion des troubles mentaux, celui-ci admet d'emblée la pertinence d'une telle hypothèse (qu'il réfère d'ailleurs, sans renvoi bibliographique, à un auteur nord-américain : un certain Isaac Frost). Néanmoins ce qui pourrait ici représenter un nouveau point de vue psychopathologique ne prend finalement que peu de consistance, dans la mesure où cette hypothèse est secondarisée au profit de celle des facteurs de prédisposition. Autrement dit, si deux facteurs étiologiques sont ici avancés – la migration et la prédisposition – c'est bien le second qui reste privilégié au détriment du premier, dès lors placé au rang d'artefact. Et la logique argumentaire devient quasiment identique à celle ayant cours précédemment :

« Jusqu'à ce jour, cependant, peu semble avoir été fait pour lutter contre cet envahissement par des sujets tarés. [...]. On s'explique ainsi l'arrivée en France de sujets tarés. Il n'est pas trop tôt, et il paraît actuellement opportun, de pousser un cri d'alarme, si l'on ne veut pas que notre pays risque de devenir le dépotoir de sujets ailleurs considérés comme indésirables tant à cause de leur rendement illusoire qu'à cause des frais d'assistance occasionnés par eux-mêmes et par leur famille². »

À nouveau le sentiment d'envahissement des institutions, le coût jugé exorbitant des prises en charge, mais également l'absence de « rentabilité » de ces migrants, motivent la critique des procédures habituelles de sélection. Charpentier déplore en effet l'absence de mention, dans l'ordonnance du 2 novembre 1945, d'un examen psychiatrique des étrangers venant travailler en France ou sollicitant une carte de résident, alors même que l'ordonnance d'octobre 1945 sur le code de la nationalité refuse la naturalisation à qui n'est pas reconnu « *sain d'esprit* » d'une part, et n'étant pas « *une charge ou un danger pour la collectivité* » d'autre part. Or seul un spécialiste, c'est-à-dire un psychiatre, est en mesure de statuer sur ces deux dimensions ; d'où l'exigence d'un examen psychiatrique systématique de tous les candidats à l'immigration et à la naturalisation. Précisons enfin que ce vœu sera adopté à l'unanimité par la Société médico-psychologique.

1. Charpentier R., « Présentation d'un vœu de M. René Charpentier concernant l'examen psychiatrique des candidats à l'immigration en France et des candidats à la naturalisation française », 1946, *op. cit.*, p. 76.

2. *Ibid.*, p. 77.

L'année suivante, la séance du 24 mars est l'occasion pour la Société de reprendre ces débats par l'entremise de H. et J.L. Beaudoin¹. Le premier est déjà intervenu, comme il le rappelle dans sa communication, le 26 février 1945 pour attirer l'attention des autorités sur la nécessité d'obtenir des garanties quant à l'équilibre psychique des candidats à la naturalisation. Ce vœu, et celui de Charpentier l'année suivante, n'ont manifestement pas été exaucés : le dispositif législatif encadrant l'immigration et la naturalisation ne stipule toujours pas l'obligation d'un examen psychiatrique des candidats. Pourtant,

« il faut bien rappeler que nos prédécesseurs, même lointains, avaient jeté un cri d'alarme plusieurs fois répété, en soulignant le pourcentage élevé d'aliénés étrangers dans nos établissements, comme de délinquants poursuivis devant les tribunaux². »

C'est donc toujours un même constat qui motivent les médecins à apporter leur contribution significative à une politique d'immigration, cette dernière étant critiquée en raison de ses insuffisances réglementaires. Quel est alors le lien postulé par ces auteurs entre migration et pathologie mentale ? Tout comme chez Charpentier, l'argumentation connaît quelque évolution depuis les années trente puisque la condition d'immigrant peut être envisagée en tant que cause possible de l'aliénation. Mais cette dernière hypothèse est avancée d'une manière assez étonnante :

« Nous esquivons les problèmes relatifs aux éléments « sociaux » susceptibles de réaliser des causes psychogènes : conditions précaires d'existence matérielle, incompréhension du milieu, etc... Mais il ne faut pas omettre de mentionner spécialement les problèmes de l'adaptation au travail (orientation, médecine du travail), et de la prévention des troubles pouvant résulter de l'inadaptation au travail, ainsi qu'au milieu social...³ »

S'il est dorénavant postulé que la pathologie mentale, telle que manifestée par certains immigrants, ne se résorbe pas tout à fait dans une problématique de prédisposition (les individus étaient aliénés avant même de migrer), l'autre manière de construire le problème (la condition de migrant comme facteur de troubles mentaux) ne bénéficie d'aucune investigation systématique. La discussion ne porte effectivement que sur l'élaboration d'un système de « *dépistage par filtrations successives* » et dans ce cadre, l'interrogation sur la nature des causes de la pathologie mentale chez les migrants n'a que peu d'importance, de même que l'éventualité d'une prise en charge thérapeutique. Seule compte la mise en place d'une méthode qui puisse garantir l'efficacité du repérage des migrants aliénés pour leur interdire l'installation sur le territoire national. Les auteurs proposent, de ce point de vue, un

1. Beaudoin H., Beaudoin J.L., « Le problème psychiatrique de l'immigration. Les stades de dépistage », *Annales médico-psychologiques*, 1947, 105, I : 416-420.

2. *Ibid.*, p. 417.

3. *Ibid.*, p. 418.

dépistage par étapes successives au cours desquelles devront être systématisés les examens sociaux, médicaux et psychiatriques : une enquête sur place, une enquête à l'entrée, une enquête en cours de séjour et enfin une enquête avant naturalisation. Ainsi,

« les décisions administratives, provisoires ou définitives, s'appuyant sur des avis autorisés, offriront pour la collectivité une garantie sérieuse [...].¹ »

C'est bien un même souci qui nous semble orienter les prémisses d'une réflexion française sur les rapports de la migration à la pathologie mentale : celui d'apporter une contribution médico-psychiatrique à la sélection des immigrants. Dans cette perspective, il convient de prendre la mesure du problème posé et de ce qu'il entraîne en termes de production de savoir. On a pu entrevoir que les coordonnées du problème ne contraignent finalement pas à un déplacement du savoir propre à ces cliniciens ; autrement dit qu'il n'y a pas véritablement d'enseignements à tirer d'une pratique clinique auprès de migrants dits aliénés. Ces derniers ne sont en effet l'enjeu d'aucune discussion d'ordre clinique : l'établissement d'un diagnostic, lorsqu'il est évoqué, ne rencontre manifestement aucune difficulté, de sorte que la symptomatologie de ces patients ne bouleverse en rien les critères nosographiques habituels. La dimension thérapeutique, quant à elle, est systématiquement discréditée au regard du coût engendré par cet éventuel type de prise en charge.

Reste néanmoins la question étiologique qui, au fil du temps, va sensiblement évoluer : s'il paraît d'abord évident que les troubles mentaux présentés par les migrants relèvent d'une prédisposition et ne sont pas liés à de nouvelles conditions de vie, celles-ci vont ensuite être promues au rang de causes potentielles sans être toutefois objets d'approfondissements particuliers. Un tel débat n'est d'ailleurs pas nécessaire à la réflexion puisque seule importe l'efficacité du repérage des migrants atteints de troubles mentaux. Et dans un tel cadre, ni la nosologie, ni l'étiologie, ni même la thérapeutique ne peuvent devenir des questions légitimes. En cela, *l'aliénation mentale dans ses rapports avec l'immigration* n'ouvre ici sur aucune interrogation d'ordre clinique et pour les cliniciens qui s'y confrontent, l'enjeu est strictement d'ordre politique. Il s'agit en effet de mettre en place les conditions institutionnelles qui puissent garantir à la Nation une rentabilité certaine des migrants et c'est en ce point précis que le savoir psychiatrique devrait jouer un rôle majeur. Il y va donc de la reconnaissance d'une participation tout aussi active que nécessaire de la médecine mentale à la politique d'immigration. Et finalement, ce mode de construction du problème des rapports de la migration à la pathologie mentale, loin d'initier un quelconque déplacement du savoir psychopathologique, est d'abord et avant tout l'écriture d'un rapport bien singulier du savoir psychiatrique au politique.

1. *Ibid.*, p. 419.

PSYCHOPATHOLOGIE DE LA MIGRATION

Si au terme d'un détour par la psychiatrie coloniale, il nous a été possible de dresser un contexte d'émergence de la psychopathologie de la migration, le trajet des premiers pas de la réflexion française sur les rapports de la pathologie mentale à la migration aura quant à lui permis de voir apparaître une question nouvelle, quoique posée bien plus tôt aux États-Unis. En congruence avec un certain déplacement du regard psychiatrique sur la folie, les troubles psychiques présentés par les migrants pourraient dorénavant s'envisager autrement que dans les seules coordonnées du modèle d'une prédisposition, d'une personnalité morbide pré-migrante : en quoi seraient-ils liés à la migration elle-même, à la condition sociologique de migrant ? Une telle hypothèse n'a certes aucun enjeu lorsqu'il s'agit avant tout, pour des auteurs comme Charpentier et Beaudoin, de contribuer à la sélection aux frontières via la mise au point de procédures effectives de dépistage. Prédisposés ou mis à l'épreuve d'un événement, les migrants doivent seulement donner à la Nation la garantie de leur rentabilité et s'ils ont l'audace de transgresser cette règle, ils deviennent alors une charge si excessive qu'un nouveau statut leur est accordé de droit : celui d'envahisseurs.

Mais une nouvelle voie est désormais ouverte, et ceux qui vont la suivre envisagent bien sûr le problème d'une toute autre manière : le souci d'une prise en charge psychiatrique et sociale, et non plus d'un repérage préalable de suspects que l'on n'a pas à soigner, ramène la problématique dans un champ résolument clinique. La sémiologie, l'étiologie et la thérapeutique des incidences morbides liées la migration acquièrent dès lors une pleine légitimité, jusqu'à venir représenter un domaine de recherche susceptible d'interroger les cadres du savoir psychopathologique déjà constitué. Nous donnerons à ce domaine le nom générique de *psychopathologie de la migration* quoique l'on puisse aussi voir employés les termes de *transplantation* et, plus rarement, de *déracinement*. S'il apparaît d'emblée que l'usage de ces trois mots, par les auteurs, les pose en stricts synonymes (aucun des trois n'ayant en lui-même valeur de concept), nous nous permettrons cependant un rappel de définitions, ordinaires puisque issues du dictionnaire¹.

« MIGRATION n.f. (lat. *migratio*). Déplacement de population, de groupe d'un pays dans un autre pour s'y établir, sous l'influence de facteurs économiques ou politiques. / Déplacement en groupe et dans une direction déterminée, que certains animaux entreprennent saisonnièrement. / Entraînement, par les eaux, de diverses substances du sol. / Déplacement d'un organisme, d'une molécule, etc. »

« MIGRER v. i. Effectuer une migration. »

« TRANSPLANTATION n.f. Action de transplanter. / *Med.* Greffe d'un organe. »

« TRANSPLANTER v. t. Planter en un autre endroit en enlevant de sa place : *transplanter des arbres*. / Faire passer d'un lieu à un autre ; transférer : *transplanter une*

1. Et plus précisément, du *petit Larousse en couleurs*, édition 1987.

colonie. / *Med.* Greffer un organe dans un corps vivant en assurant le raccordement des vaisseaux sanguins et des conduits excréteurs. »

« DERACINEMENT n. m. Action de déraciner. Fait d'être déraciné. »

« DERACINER v. t. Arracher de terre un arbre, une plante avec ses racines. / Extirper, faire disparaître : *déraciner une habitude.* • *Déraciner qqn*, le retirer de son milieu d'origine. »

Afin de retracer les principales lignes de force de ce domaine de recherche qui, malgré nombre de divergences internes, repose néanmoins sur un socle d'hypothèses communes, nous commencerons par un exposé détaillé de deux publications assez anciennes situant, *a posteriori*, de manière exemplaire l'essentiel des thèses et des débats qui animeront ensuite les réflexions cliniques pour les quatre décennies à venir.

[3.1] Positionnement des problèmes

[3.1.1] 1952

Exerçant à la clinique neurologique de la Faculté de médecine de Marseille, J. Alliez et H. Decombes publient en 1952 leurs *Réflexions sur le comportement psycho-pathologique d'une série de nord-africains musulmans immigrés*¹, motivées de la manière suivante :

« Frappés par un nombre insolite de consultations données à la clinique neurologique de la Faculté à des malades d'origine nord-africaine, nous avons voulu rechercher dans une étude préliminaire si ces sujets présentaient des caractéristiques psycho-pathologiques spéciales en comparant nos constatations avec les études déjà poursuivies, en particulier en Afrique du Nord, sous l'impulsion de Porot, et en essayant d'établir dans quelle mesure leur condition d'immigré pouvait expliquer certains aspects observés². »

Le grand nombre de consultations ne s'expliquerait pas, cependant, par une plus grande fréquence des affections mentales chez ces sujets – majoritairement des hommes ouvriers – mais plutôt par leur penchant à répéter indéfiniment leurs doléances et par la remarquable persistance des troubles. Deux diagnostics sont particulièrement récurrents : les crises nerveuses et, dans 80% des cas, les cénesthopathies. Les premières consistent en des crises atypiques et labiles, plus proches d'états d'agitation désordonnée que d'une véritable épilepsie. Quant aux secondes, rebelles à toute thérapeutique, elles se traduisent par

1. Alliez J., Decombes H., « Réflexions sur le comportement psycho-pathologique d'une série de nord-africains musulmans immigrés », *Annales médico-psychologiques*, 1952, 110, II : 150-156.

2. *Ibid.*, p. 150.

d'innombrables plaintes somatiques diffuses atteignant les jambes, la tête, le côté, le ventre etc. Ces douleurs persévèrent indéfiniment malgré la multiplication des examens médicaux effectués par des spécialistes de plus en plus désemparés face à l'absence d'origine organique précise. Le tableau clinique en devient donc tout aussi monotone que chronique, empreint d'une tonalité revendicatrice à l'endroit de médecins volontiers accusés de négligence voire de malveillance. On reconnaîtra aisément ici plusieurs traits composant une entité clinique, sur laquelle nous reviendrons plus longuement par la suite, isolée dès 1908 par Brissaud et promise à un édifiant succès : la *sinistrose*.

Quant à l'explication de ces tableaux cliniques manifestement déroutants, elle prend appui sur deux références principales. La première concerne les travaux issus de l'École d'Alger quant à la mentalité nord-africaine : l'Islam étant synonyme d'abandon, de passivité et de fatalisme, la volonté de s'intégrer à une société valorisant essentiellement « *l'énergie humaine créatrice* » engendrera une sorte de conflit inconscient. Et si, ensuite, la notion jugée dépassée de primitivisme est abandonnée au profit de celle d'immaturité, la fidélité aux thèses de Porot reste néanmoins évidente :

« Nous croyons qu'il s'agit plutôt chez nos malades de comportements de type infantile dus au psychisme non développé du fait de conditionnement provenant du milieu, du mode éducatif et de la forme de religion. [...]. [Ils] ne savent que souffrir totalement, comme des êtres simples, qui associent à un sentiment très vif de la justice de nombreux traits attardés de la mentalité de l'enfant¹. »

Les plaintes somatiques constitueraient dès lors un refuge dans le but de susciter soit l'intérêt social et affectif, soit l'intérêt financier par la demande d'indemnisation. Outre cette hypothèse, il faudrait aussi envisager le rôle majeur joué par la condition particulière d'immigré. Confrontés à une société à la fois plus évoluée et plus complexe que celle d'origine, les sujets sont en effet maintenus dans un état d'infériorité et d'incompréhension qui contribue beaucoup à leur isolement. Et en réaction à cette situation, ils cherchent à reconstituer leur groupe social originel, à maintenir les traditions de la tribu et l'usage de la langue arabe. Les conditions sont dès lors réunies pour qu'apparaisse, loin du Maghreb natal, un vif sentiment de nostalgie qui s'accompagne très fréquemment de désordres psychosomatiques. Les fameuses cénesthopathies des nord-africains musulmans immigrés trouvent donc leur fondement à la fois dans une mentalité caractérisée par un psychisme peu développé et dans un certain contexte migratoire, i.e. dans une immaturité constitutive et un isolement :

1. *Ibid.*, pp. 155-156.

« Ils [ces comportements] sont influencés à la fois par le conditionnement moral antérieur des sujets, d'ordre coutumier ou religieux, et par leur situation d'immigrés particuliers, qui en fait essentiellement des isolés à divers points de vue¹. »

Du point de vue thérapeutique enfin, le rapatriement semble bien être la seule solution adéquate aux yeux des auteurs quoiqu'elle ne soit pas toujours, malheureusement, acceptée par les patients.

[3.1.2] 1954

En 1954 paraît un texte de P. Sivadon, P. Koechlin et M. Guibert, ayant pour titre *À propos des troubles mentaux des transplantés*. Son introduction situe d'emblée la problématique :

« Devant l'apparition de troubles mentaux chez les étrangers transplantés, on peut soulever deux hypothèses :

1° la transplantation et l'installation dans un pays à civilisation différente sont le témoin d'un désir d'évasion qui peut être pathologique ;

2° la transplantation, à elle seule, est pathogène. Elle peut, dans certains cas, favoriser l'éclosion des troubles mentaux². »

La première hypothèse s'inscrit dans la lignée des travaux sur les fameux *aliénés voyageurs* ou *migrateurs*, classe isolée par A. Foville dès 1875 et amenée à rencontrer elle aussi un vif succès. Travaillant au Havre, alors un des principaux ports d'Europe, cet auteur confie y avoir rencontré nombre de malades qui

« ne se trouvaient au Havre que d'une manière accidentelle, lorsqu'ils ont été arrêtés comme aliénés. Ils y étaient en qualité de simples passagers, et avaient manifesté leur état de folie, soit au moment de s'embarquer pour traverser l'Atlantique, soit à celui où ils débarquaient à leur retour de quelque pays lointain³. »

Foville les regroupe alors sous la dénomination d'aliénés voyageurs ou migrateurs et entend démontrer que leurs diverses pérégrinations sont des actes parfaitement réfléchis et conscients, conséquences directes d'un délire systématisé. Deux groupes devraient alors être distingués parmi ces sujets : ceux dont les idées de persécution poussent à s'expatrier pour

1. *Ibid.*, p. 156.

2. Sivadon P., Koechlin P., Guibert M., « À propos des troubles mentaux des transplantés », *Annales médico-psychologiques*, 1954, 112, II : 101-106 ; p. 101.

3. Foville A., « Les aliénés voyageurs ou migrateurs. Étude clinique sur certains cas de lypémanie », *Annales médico-psychologiques*, 1875, 33, XIV : 5-45 ; p. 8.

échapper à leurs ennemis imaginaires et ceux qui, conjointement au délire de persécution, développent des idées de grandeur dont la réalisation ne serait possible, à leurs yeux, que dans un pays étranger. Dans un tel cadre, le déplacement apparaît donc en tant que signe pathologique, symptôme entrant dans la composition du tableau clinique de la lypémanie.

Outre cette première hypothèse, une seconde possibilité doit donc, d'après Sivadon et ses collaborateurs, être envisagée : celle du rôle pathogène de la migration ou plus précisément ici, de la transplantation. Voilà ce que les auteurs vont tenter de démontrer, persuadés d'avoir repéré des signes cliniques communs à tous les transplantés, « *quels qu'en soient les raisons et les pays d'origine* ». Deux groupes de syndromes peuvent dès lors être distingués : les états dépressifs atypiques d'une part et les délires à thème de persécution ou de jalousie d'autre part. Les premiers surviennent chez des sujets qui se sont en apparence très bien adaptés à leur nouvelle vie en France. Mais ils deviennent progressivement de plus en plus inquiets, aux prises avec la crainte de ne pas être suffisamment adaptés ou ne plus être en mesure d'y parvenir correctement. L'évocation du pays natal se fait de plus en plus insistante tandis que le sommeil et le courage disparaissent peu à peu. Il n'est pas rare alors de les voir se réfugier dans la boisson et, surtout, se consacrer avec obstination à leur travail afin de trouver enfin la fatigue physique et morale qui leur fera oublier leurs pensées. Mais fort heureusement, le soutien moral de leur entourage voire du médecin permet la résolution rapide du malaise.

Les délires de persécution, quant à eux, diffèrent notablement de la description classique de Sérieux et Capgras car une fois constitué, une fois les persécuteurs localisés, le délire ne s'étend plus même s'il demeure tout aussi actif qu'actuel. La persécution vient inexorablement de l'entourage proche du patient (famille, amis, collègues...) et jamais de personnes pouvant exercer sur lui une fonction d'autorité. Sur le lieu de travail, cela se traduit par une intransigeance toujours plus grande et le souci d'une stricte application du règlement. Profondément respectueux de ses supérieurs, le sujet mettra un point d'honneur à traquer les complots envers l'autorité et à démontrer l'effectivité de son travail au regard de celui accompli par les français. Une fois rentré chez lui, il fera montre de la même intransigeance à l'égard des siens et cherchera à faire respecter l'autorité qu'il pense avoir perdue dans son travail. Volontiers enclin à se plaindre de ses malheurs, il rejettera toutes les tentatives de réconfort et finira par accuser sa famille de se liguier contre sa personne et de se faire passer pour plus française que lui. Bref, un tel malade devient à la fois « *tyran domestique* » et « *tyran de bureau* ».

Reste alors à rendre compte de l'éclosion de ces états que les auteurs qualifient respectivement, comme pour marquer leur étrangeté au regard de la nosographie classique, de « *pseudopsychasthéniques* » et de « *pseudoparanoïaques* ». Ces deux entités correspon-

draient en définitive à deux modes d'adaptation au nouveau milieu. Dans le premier cas, il s'agit d'une transplantation récente confrontant le sujet à des difficultés linguistiques et à l'incompréhension immédiate des coutumes et habitudes du nouveau pays. L'adaptation nécessitera alors un nouvel apprentissage, c'est-à-dire une lutte contre le milieu duquel il provient. L'état dépressif atypique est donc la manifestation d'un conflit permanent entre l'ancien et le nouveau milieu, qui disparaîtra une fois l'adaptation obtenue. Quant à l'état « pseudoparanoïaque », il témoigne de l'échec adaptatif et de l'incapacité à s'intégrer dans le nouveau milieu. Mis en situation d'infériorité, le sujet compensera dès lors par une survalorisation de son autorité professionnelle et domestique. De plus,

« Ses possibilités d'échange avec la société étant limitées, il se méfiera ; ne saisissant que quelques éléments, il aura tendance à interpréter ; c'est là une réaction semblable à celle du sourd, dont la situation n'est pas sans présenter quelques analogies avec la sienne¹. »

Tout comme les sourds effectivement, ce type de transplanté souffrirait de difficultés instrumentales d'insertion au milieu laissant présager, mais sur ce point les auteurs n'avancent aucun élément de démonstration, d'un pronostic bien plus favorable que pour les délires authentiquement paranoïaques.

[3.1.3] Fondements d'une psychopathologie de la migration

La lecture de ces deux textes et leur confrontation va maintenant permettre de circonscrire les principales problématiques posées par la psychopathologie de la migration dans les trois registres de la nosographie, de l'étiologie et de la thérapeutique. Avant de déplier ces trois registres, soulignons rapidement la question épidémiologique soulevée par Alliez et Decombes. S'ils affirment d'emblée que la fréquence des troubles mentaux n'est pas plus élevée dans leur population de nord-africains musulmans immigrés que dans la population française, cette hypothèse va cependant faire l'objet de nombreux débats contradictoires, les parties en présence se disputant la pertinence des méthodes statistiques employées.

Sur le *registre nosographique*, Sivadon, Koechlin et Guibert postulent l'existence d'un syndrome spécifique de la transplantation. Cette idée va rapidement être battue en brèche dans de nombreuses recherches, mais une certaine ambiguïté va persister car l'on va tout de même s'attacher à recenser les tableaux cliniques les plus fréquemment rencontrés chez les migrants, c'est-à-dire les plus « typiques ». Bref il n'existe pas de syndrome spécifique de la

1. Sivadon P., Koechlin P., Guibert M., « À propos des troubles mentaux des transplantés », 1954, *op. cit.*, p. 105. Par ailleurs, le modèle psychopathologique de la surdité sera repris et systématisé par P. Koechlin. Voir : Koechlin P., « Perturbations des mécanismes instrumentaux d'insertion au milieu (essai psychopathologique), *L'Évolution Psychiatrique*, 1956, 3 : 587-611.

transplantation quoiqu'une certaine régularité des formes symptomatiques (au premier rang desquelles les cénesthopathies, hypocondries, désordres psychosomatiques et autres sinistres) soit repérable et permette progressivement d'élaborer un mode de classification qui fasse (presque) consensus. À ce titre, si les deux textes déploient des répartitions distinctes, celles-ci se complètent davantage qu'elles ne s'opposent, dessinant ainsi quelques contours des nosographies à venir. Crises d'agitation, états dépressifs, plaintes somatiques, délires à teneur paranoïaque, paraissent en effet faire partie du lot commun des symptômes de la transplantation. Enfin, dernier point méritant d'être souligné, le caractère d'étrangeté que semblent revêtir ces manifestations qualifiées de « *pseudo-* » ou d' « *atypiques* » : étranges puisque, du point de vue de la composition et de l'évolution, elles ne correspondent pas trait pour trait aux tableaux déjà connus.

En ce qui concerne maintenant le *registre des étiologies*, ces deux textes mettent en avant trois coordonnées explicatives principales. La première, qui leur est commune, se rapporte à la problématique d'adaptation au nouveau milieu. La symptomatologie devient en effet le signe de difficultés adaptatives s'originant dans la condition d'immigré confronté au conflit entre deux types de sociétés radicalement différentes. Incompréhension de la langue, des coutumes et des valeurs, isolement, hostilité de la société d'accueil, sont autant de facteurs mettant en péril les possibilités d'adaptation et, partant, l'équilibre psychique. Dans ce cadre, la pathologie des migrants est étroitement solidaire du contexte de la migration et peut dès lors être considérée comme actuelle : les difficultés rencontrées par ces sujets sont d'abord liées à l'actualité de leur situation.

Cette focalisation sur l'actuel et l'événement aboutit, deuxième coordonnée du problème, à s'éloigner très nettement du modèle de la personnalité morbide pré-émigrante où, nous l'avons vu, le déplacement trouve son origine dans des facteurs dits de prédisposition, tels les voyages pathologiques ou encore la fuite névrotique. Nous verrons que l'enjeu d'une telle distinction réside dans la nécessaire démonstration du rôle éminemment pathogène de la transplantation. Mais l'éviction de la première hypothèse pour mieux fonder la seconde ne saurait toutefois la faire disparaître définitivement : elle fera retour sous la forme d'une « variabilité individuelle » radicalement impensable.

Enfin, troisième et dernière coordonnée du problème, ces deux textes mettent en lumière dès leurs titres respectifs une ligne de démarcation entre deux types d'approches. Alors que Alliez et Decombes étudient des « *nord-africains musulmans immigrés* », Sivadon, Koechlin et Guibert parlent quant à eux de « *transplantés* » sans aucune précision sur le milieu d'origine. Autrement dit, si les premiers se réfèrent volontiers à une mentalité nord-africaine, les seconds généralisent leurs observations à tous les transplantés indépendamment de leur origine socio-culturelle. Et ceci préfigure un débat aussi complexe que passionné quant à la

pertinence ou non d'un recours aux spécificités culturelles pour restituer tout leur sens aux comportements et attitudes morbides des sujets.

Nous terminerons enfin par le *registre du thérapeutique*. S'il ne fait pas l'objet de discussions approfondies dans les deux textes, deux éléments peuvent néanmoins être retenus. Alliez et Decombes annoncent clairement que la seule solution reste le rapatriement dans le pays d'origine. Vivement critiquée, cette option pour le moins radicale fera l'objet de nombreuses discussions mais il importe de souligner qu'elle va demeurer dans l'arsenal thérapeutique. Ensuite, on peut déduire du texte de Sivadon, Koechlin et Guibert que la thérapeutique doit œuvrer en faveur, non d'un rapatriement mais d'une adaptation au nouveau milieu ; les auteurs soulignant que les troubles disparaissent une fois l'adaptation obtenue. Cette dernière perspective, en toute logique avec le point de vue étiologique adopté, va constituer la clé de voûte des programmes thérapeutiques et préventifs envisagés au sein de la psychopathologie de la transplantation : favoriser ou restaurer les capacités d'adaptation et d'intégration.

Les problématiques étant grossièrement explicitées, nous nous livrerons maintenant à un exposé critique de ce courant de recherche. Outre les deux textes précédemment abordés, les publications dont nous allons parler s'échelonnent de 1960 à 1991. Le choix de s'arrêter à cette date – pour arbitraire qu'il puisse paraître – trouvera son principal motif dans la cristallisation d'un débat opposant principalement deux nouveaux courants, se situant tous deux en rupture avec cette tradition d'une psychopathologie de la migration. Rupture d'autant plus nette *a priori* qu'elle entraînera avec elle un curieux oubli, volontaire sans doute, d'une incroyable somme de publications dont nous ne retiendrons ici que les plus célèbres, et les plus exemplaires à nos yeux.

[3.2] Une nosographie à la déroute

« Différents travaux montrent qu'il y a un taux de morbidité psychiatrique plus élevé chez les Migrants par rapport à la population autochtone¹. »

« En revanche, toutes les études portant sur la *pathologie mentale en milieu transplanté* montrent que la fréquence des troubles observés n'est pas supérieure à ce qu'elle est dans la population autochtone². »

1. Bensmail B., « Notes sur les aspects transculturels et psychopathologiques de la migration maghrébine en France », *Psychopathologie Africaine*, 1990-1991, XXIII, 3 : 305-327 ; p. 315.

2. Scotto J.C., Antoni M., Dravet A., Frot N., Pin M., Warnery F., « Santé mentale et migration : aspects actuels », *L'Information Psychiatrique*, 1990, 66, 10 : 1000-1004 ; p. 1001.

La première étude statistique conséquent sur la fréquence de la morbidité psychiatrique des migrants en France paraît en 1954¹. Ses auteurs (G. Daumézon, Y. Champion et J. Champion-Basset) prennent appui sur le nombre d'admissions de patients nord-africains à l'hôpital Sainte-Anne entre 1945 et 1952, et concluent à un taux d'incidence morbide bien plus élevé dans cette population que dans celle autochtone puisque les données brutes indiquent un chiffre de 2.70‰ pour la première contre 1.15‰ pour la seconde. Ces chiffres diminuent toutefois sensiblement lorsque l'on prend en compte dans les calculs des indices pondérés tels la distribution d'âge, le sexe, l'état civil, le niveau économique, une première hospitalisation ou une réadmission etc. Ces résultats confirment d'ailleurs plusieurs études anglo-saxonnes qui, passées les données brutes indiquant des taux de deux à trois fois supérieurs, relativisent considérablement ce premier constat au fur et à mesure de l'introduction de nouvelles variables. Par exemple, l'étude de Malzberg évoquée précédemment (*Mental disease among native and foreign born whites in New York State*, 1936) fait tout d'abord apparaître un taux brut de 115,1 pour les blancs d'origine étrangère contre 58,7 pour les autochtones. Mais l'utilisation de divers paramètres tels que la répartition par classes d'âge l'amène finalement à nier l'existence d'une différence significative de morbidité. Plus globalement les divergences sont particulièrement flagrantes d'une étude à l'autre et elles s'expliquent par les difficultés méthodologiques relatives à la sélection des échantillons. Comment parvenir en effet à une homogénéisation au regard des disparités démographiques, sociales et économiques des populations de référence ? Sur la base d'une synthèse des différents travaux, Berner et Zapotoczky aboutissent à la conclusion que tous les arguments prenant appui sur ces données statistiques doivent être avancés avec la plus grande réserve et considérés comme provisoires faute de méthodologies vraiment fiables².

[3.2.1] Troubles du regard

« [...] l'absence, chez beaucoup de transplantés, de relation obligatoire entre une symptomatologie donnée et une évolution précise, ne peut pas rester sans répercussions sur la nosologie psychiatrique dans la mesure où une telle relation était l'idée directrice de ces systèmes nosographiques³. »

« En outre, on y constate un polymorphisme dynamique propre qui fait qu'au cours de la même existence pathologique, les syndromes appartenant à des groupes nosographiques

1. Daumézon G., Champion Y., Champion-Basset J., « Étude démographique et statistique des entrées masculines nord-africaines à l'Hôpital psychiatrique de Sainte-Anne de 1945 à 1952. », *L'Hygiène Mentale*, 1954, XLIII, 1 : 1-20 ; 1954, XLIII, 3 : 85-107.

2. Berner P., Zapotoczky H.G., « Psychopathologie des transplantés », 1969, *op. cit.*, p. 139.

3. *Ibid.*, p. 141.

inconciliables ailleurs vont se mélanger ou se succéder à un rythme plus ou moins accéléré¹. »

« Vouloir faire entrer ces maladies dans un cadre nosologique précis devient hasardeux ; au mieux est-on tenté souvent de porter le diagnostic « syndrome névro-psychotique multiforme » entité n'existant évidemment pas dans la nosographie psychiatrique traditionnelle². »

La très grande majorité des spécialistes s'accordent nettement à dire qu'il n'y a pas de syndrome spécifique de la transplantation, que l'accumulation de signes ne permet manifestement pas d'aboutir à l'autonomisation d'un tableau clinique unitaire. On est donc *a priori* fort éloigné de l'affirmation péremptoire d'un syndrome commun à tous les transplantés. Néanmoins les diverses tentatives nosographiques et leur recoupement laissent bientôt apparaître quelques régularités, de sorte qu'il reste possible de dégager un minimum de traits permettant peut-être de constituer une classe. La très classique distinction états aigus/états chroniques va effectivement permettre de répartir les symptomatologies les plus fréquemment rencontrées selon une perspective synchronique (un groupement de signes opposé à un autre) et diachronique (l'évolution des signes tout au long de l'histoire du patient et, surtout, de sa maladie). Ce n'est cependant pas ce relatif consensus qui, selon nous, garantit à une telle classe nosographique la moindre consistance. Si des signes se donnent effectivement à voir de manière tout aussi régulière que bruyante, force est de constater la difficulté des cliniciens à les déchiffrer ou, plus simplement, à les lire. Tout se passe alors comme si l'excès de visibilité était ici, en quelque sorte, corrélatif d'un défaut de lisibilité.

Classification synchronique

La méthode la plus fréquente consiste donc à répertorier les troubles selon les deux catégories états aigus/états chroniques et nous prendrons ici pour base de présentation, tout en la complétant, la classification synthétique proposée par D. Moussaoui et G. Ferrey³

États aigus

Phénomènes manifestement les plus rencontrés par les psychiatres, les états aigus peuvent se diviser en trois groupes. Tout d'abord, les *crises d'angoisse* souvent qualifiées d'hystéroides à défaut d'une authentique manifestation hystérique. Ensuite, les *psychoses délirantes aiguës ou confuso-anxieuses*. Proches des bouffées délirantes polymorphes obser-

1. Almeida (de) Z., « Introduction à la psychopathologie de la transplantation », *L'Information Psychiatrique*, 1972, 48, 2 : 167-173 ; p. 170.

2. Benadiba M., Adjedj J.P., Horber M., Sichel J.P., « Quelques problèmes particuliers posés par la pathologie mentale des transplantés nord-africains », *Annales médico-psychologiques*, 1980, 138, 1 : 88-94 ; p. 89.

3. Moussaoui D., Ferrey G., *Psychopathologie des migrants*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. Psychiatrie ouverte, série Nodules, 1985 ; pp. 35-48.

vées chez les autochtones, elles s'en distingueraient toutefois par leur tonalité anxieuse ou agitée. Les délires, à thématique persécutoire ou hypocondriaque accompagnées d'idées d'empoisonnement et d'ensorcellement, ne s'organisent que très rarement en un véritable système et n'évoluent pas, non plus, vers une véritable schizophrénie. Enfin, groupe le plus exemplaire, celui des *états dépressifs*, volontiers qualifiés d'atypiques. Outre la tonalité anxieuse de l'humeur s'accompagnant parfois d'une agitation prononcée parfois proche de conduites jugées théâtrales, ces états dépressifs restent presque systématiquement masqués par de multiples plaintes somatiques extrêmement répétitives, auxquels R. Berthelier donnera le nom de « *dépressions à expression somatique prévalente*¹ ». On parlera également d'hystérie, de cénesthopathie, de Mal-partout, de maladie psychosomatique ou encore d'hypocondrie. Il est par ailleurs fréquent que ces états soient accompagnés de conduites d'allure paranoïaque, comme en témoignent les idées de persécution et les attitudes revendicatrices. Le pronostic de ces troubles reste quant à lui objet de débats car si quelques-uns plaident en faveur de leur disparition rapide, la plupart insiste au contraire sur une évolution désespérément traînante qui tend progressivement à la chronicité.

États chroniques

En ce qui concerne les *psychoses chroniques*, les plus fréquemment observées chez les migrants seraient la schizophrénie dans ses formes paranoïdes et simples et les délires chroniques hallucinatoires ou paranoïaques. Les *déséquilibres psychiques* tels que les conduites psychopathiques et délinquantes sont rares, à la différence de l'alcoolisme auquel s'adonnent nombre de transplantés.

Parmi les *états névrotiques*, on retrouve tout d'abord des troubles anxiodépressifs chroniques proches de la « pseudopsychasthénie » décrite par Sivadon, Koechlin et Guibert. Caractérisés par un contenu peu structuré, une perte progressive de l'intérêt pour l'entourage et une inertie aboulque, on les a parfois curieusement qualifiés d'« *autisme dépressif* ». Les névroses phobiques et obsessionnelles structurées, quant à elles, demeurent exceptionnelles et se présentent rarement à l'état pur.

Enfin, la dernière entité classiquement rangée dans ces états névrotiques chroniques est de loin celle qui, véritable objet de fascination, s'est vue consacrer le plus grand nombre de pages. Il s'agit de la version chronicisée des états dépressifs à expression somatique, dont la nomination varie sensiblement d'un auteur à l'autre : *cénesthopathies* (Alliez et Decombes), *états névrotiques de type hystérique* (Moussaoui et Ferrey), *états psychosomatiques* (Daumézou), *syndrome hystérique bâtard de l'immigrant* (Barros-Ferreira), *syndrome*

1. Berthelier R., *Incidence psychopathologique de la transplantation dans une population musulmane*, Thèse pour le Doctorat en Médecine, Lyon, 1966, n°49.

coenestho-dépressivo-anxiypocondriaque (Almeida), *états dépressifs psychasthénohypocondriaques* (Bensmail et al.), *névrose invalidante* (Pélicier) et pour terminer, *sinistrose*¹... Particulièrement fluctuantes, ces formes symptomatiques se caractérisent avant tout par des plaintes somatiques multiples sans cause organique précise. « J'ai mal partout » constitue bien souvent la seule et unique doléance, répétée de manière suffisamment insistante pour très rapidement exaspérer les nombreux médecins consultés. Décrivant son *syndrome hystérique bâtard de l'immigrant portugais*, Barros-Ferreira le caractérise par le tableau suivant :

« fatigue, anxiété, sensations d'étouffement, dyspnée, toux, frissons « de la tête aux pieds » habituellement unilatéraux, paresthésies, mal au ventre (estomac), céphalées et « mal partout », paresthésies, rachi-algies, pleurs et tristesse, peur de mourir ou d'avoir un cancer, asthénie, picotements et contractions des jambes, vomissements, diarrhée, douleurs précordiales, palpitations, lipothymies et syncopes etc.[...] Les symptômes s'entremêlent, fluctuent, se remplacent les uns par les autres sans que l'on puisse avoir la prétention de les saisir et de les dissocier pour en faire à chaque moment une entité nosologique². »

Pour compléter ce tableau sans parvenir toutefois à l'exhaustivité, il faudrait évoquer de nombreux autres éléments tels que l'hypocondrie quasi-délirante, l'hyper-expressivité, le théâtralisme, les crises d'agitation, la suggestibilité, l'impuissance sexuelle, le « black-out » libidinal, le comportement régressif de type infantile, la perte d'initiative, l'intolérance à la frustration, les attitudes de revendication, les conduites d'allure paranoïaque, etc. De plus, quoiqu'il soit souvent affirmé qu'une telle constellation de signes est repérable chez n'importe quel immigrant, il serait tout de même plus juste de souligner la fréquence avec laquelle ce syndrome est associé aux travailleurs immigrés maghrébins et portugais. Certes,

« les traits de caractère hystérique [...] peuvent être apposés à tort à un migrant originaire d'une culture méditerranéenne³ »

de même que s'il est question la plupart du temps de migrants d'origine maghrébine, on doit éviter d'inférer ici

« une attitude discriminatoire vis-à-vis d'une collectivité parmi d'autres ou, pis encore, quelque présumé liant psychopathologie et particularité ethnoculturelle⁴. »

1. Nous présenterons plus en détail ce syndrome dans le point suivant.

2. Barros-Ferreira (de) M., « L'immigrant portugais et « son » hystérie ou l'hystérie de l'immigration », *L'Évolution Psychiatrique*, 1978, XLIII, 3 : 521-548 ; p. 528.

3. Moussaoui D., Ferrey G., *Psychopathologie des migrants*, 1985, *op. cit.*, p. 40.

4. Scotto J.C., Antoni M., Dravet A., Frot N., Pin M., Warnery F., « Santé mentale et migration : aspects actuels », 1990, *op. cit.*, p. 1000.

Il n'empêche que l'on ne peut tenir pour rien cette solidarité entre l'entité clinique et l'origine présumée des sujets chez qui on l'observe : les désordres somatiques hystériformes restent en France indissolublement liés aux immigrés dits « méditerranéens » et, comme nous le verrons par la suite, l'on cherchera bien souvent dans leurs particularités culturelles, dans le *langage culturel méditerranéen de la souffrance*, des clefs de compréhension.

Perspective diachronique

La classification précédente procède d'une répartition synchronique des manifestations cliniques les plus fréquemment rencontrées chez les migrants. Fondée sur la distinction aigu/chronique, elle introduit certes un élément de temporalité mais elle reste peu apte à rendre compte précisément de la dynamique évolutive des symptômes. Plusieurs auteurs ont alors tenté de mettre en lumière cette dynamique le long d'un segment temporel linéaire dont le premier point est représenté par la date d'arrivée sur le territoire. Nous ne mentionnerons ici qu'une seule classification, *a priori* la plus systématique et la plus célèbre : celle de Z. de Almeida. Ce choix est également orienté par les motifs invoqués par l'auteur pour justifier son approche. Almeida a en effet été l'un de ceux qui ont le plus insisté sur le polymorphisme des troubles psychiques liés à la migration et il va instituer ce constat en une véritable caractéristique clinique : la fluctuation des symptômes chez un même sujet obéit à une logique, celle de la temporalité linéaire :

« En réalité, l'on se trouve en face d'un syndrome d'évolution et de forme particulières qui n'entre pas dans les cadres habituels, dûment étiquetés, de la nosographie classique. À une certaine époque, le patient était vraiment déprimé ; par la suite, il est devenu délirant ; puis il a exhibé des symptômes hystériques, tec. La mobilité vertigineuse des désordres mentaux typiques des migrants pourrait ainsi traduire la réorganisation en profondeur d'une personnalité [...]. Elle va traverser de multiples crises d'identité, difficiles à surmonter, crises qui l'obligeront à assumer des personnages successifs différents¹. »

D'où la nécessité de repérer la chronologie des désordres qui seule viendra révéler la dynamique adaptative qui les sous-tend. Nous laisserons pour l'instant de côté cette dynamique au profit de l'exposé de la classification. Celle-ci est proposée trois ans plus tard et repose sur l'étude de près de 1000 dossiers de patients étrangers résidant en région parisienne, observés sur des périodes de trois mois à dix ans. Sont distingués les troubles à court, moyen et long terme².

1. Almeida (de) Z., « Introduction à la psychopathologie de la transplantation », 1972, *op. cit.*, p. 170.

2. Almeida (de) Z., « Les perturbations mentales chez les migrants », 1975, *op. cit.*, pp. 255-274.

Les troubles à court terme

Il existerait tout d'abord une période de latence entre la migration et l'éclosion des premiers troubles, exempte de manifestations pathologiques. Les premiers signes surgissent entre le troisième et le sixième mois et prennent diverses formes : dépressions réactionnelles accompagnées de conduites d'opposition et d'accentuation des particularités culturelles, rêveries nostalgiques, hypersthénie relationnelle, refuges, paniques... Dans un deuxième temps de l'adaptation apparaissent des *crises d'identité* proches de la psychasthénie qui viennent révéler une quête de l'estime de soi, l'intériorisation d'une image dévalorisée et le renoncement aux traditions. Almeida insiste également sur les *crises de dépersonnalisation*, syndrome le plus typique de la psychopathologie de la transplantation. Elles se traduisent par un sentiment d'étrangeté, d'irréalité de soi et du monde extérieur, avec angoisse d'anéantissement. S'exprimant massivement dans le registre corporel, ces crises ne constitueraient pas de véritables entités cliniques mais des moments évolutifs.

Les troubles à moyen terme

Situés entre la fin du premier semestre et la dixième année après la migration, ces états s'avèrent plus organisés que les précédents. Ils peuvent tout d'abord prendre la forme de *syndromes névrotiques multiformes* combinant des symptômes dépressifs, anxieux, psychasthéniques, hypocondriaques et hystériques. Il peut s'agir également d'*épisodes psychotiques aigus multiformes* dans lesquels les poussées psychotiques prennent, simultanément ou successivement, des formes dépressives, paranoïdes, cataleptiques, stuporeuses, confusionnelles, oniriques... Les thèmes délirants les plus fréquents sont l'influence et la possession tandis que le pronostic, quant à lui, reste favorable. Les troubles à moyen terme peuvent aussi correspondre à des *états névro-psychotiques* (dans lesquels les éléments névrotiques et psychotiques se combinent ou se succèdent) ou, enfin, à des *sinistroses*.

Les troubles à long terme

Ces derniers, situés au delà de la dixième année, provoquent généralement des modifications durables de la personnalité. Sont observés des *désordres caractériels* se traduisant par des manifestations paroxystiques de type hystérique, dépressif, revendicatif, persécuteur, pervers... et autres. Mention doit être faite, également, des colères violentes et des crises clastiques auto- et/ou hétéro-agressives. Une seconde classe de troubles à long terme rassemble les *paranoïas atypiques* où prolifèrent les délires chroniques paranoïaques qui disparaissent souvent au bout de quelques années d'évolution. « Atypiques » car ils rapprochent des états *hystéro-paranoïaques* empreints d'une coloration hystérique et d'une importante polymorphie des thèmes délirants.

[3.2.2] L'in(con)sistance de la sinistrose

Parmi toutes les formes d'états dépressifs à expression somatique, il en est une sur laquelle nous souhaiterions insister davantage, dans la mesure où cette entité clinique constitue manifestement aux yeux des cliniciens la figure la plus extrême, et la plus fascinante, de la chronicisation : la très énigmatique *sinistrose*. Introduite dès 1908 par Brissaud, elle a d'abord été observée chez des bretons et des auvergnats venus travailler sur les chantiers du chemin de fer parisien. Et dans le contexte de la psychopathologie de la transplantation, elle concernera avant tout les travailleurs immigrés maghrébins et parfois portugais. Bertheliet et Lejeune peuvent ainsi affirmer dans leur présentation d'une sinistrose observée chez un travailleur immigré portugais que

« quand on convoque la sinistrose chez les travailleurs immigrés, on profère sans nul doute un lieu commun sinon un pléonasme¹. »

Dans le même ordre d'idée, dans son étude sur la sinistrose chez le migrant maghrébin, B. Naili Douaouda indique que

« statistiquement, les sinistroses sont relevées avec plus de fréquence dans la population maghrébine. On relève pas moins des cas sinistrosiques chez les autochtones. Si les migrants maghrébins sont le plus touchés actuellement, cela répond à des données conjoncturelles sur lesquelles il est inutile de s'étendre ; il s'agit présentement de la couche de population la plus défavorisée et aux capacités d'adaptation très précaires. Hier, c'était les Bretons, aujourd'hui ce sont les Maghrébins et à un degré moindre des Portugais². »

Bretons, auvergnats, maghrébins, portugais ; les sinistrosés ont également été polonais et italiens lorsqu'un psychanalyste allemand, travaillant à l'époque à la clinique de Bärghölzli auprès de Jung et Bleuler, les a rencontrés. Les curieux hasards de la lecture nous ont en effet permis de croiser un texte signé Karl Abraham, dans lequel la sinistrose est rapidement évoquée. Le fait est d'autant plus remarquable que sa rédaction date de 1907, soit un an avant la publication de l'article princeps de Brissaud. Et, à notre connaissance tout du moins, il n'est jamais devenu une référence dans la généalogie de la notion – raison suffisante pour lui consacrer quelques lignes supplémentaires³.

1. Bertheliet R., Lejeune F., « Les émigrés en France. Problèmes de sinistrose », *L'Information Psychiatrique*, 1981, 57, 4 : 483-490 ; p. 485.

2. Naili Douaouda B., « La sinistrose chez le migrant maghrébin », *Annales médico-psychologiques*, 1986, 144, 10 : 1099-1104 ; p. 1101.

3. Signalons, toutefois, au moins une exception : sa brève mention dans l'ouvrage, lu après notre « découverte », de Mohammed Ham : *L'immigré et l'autochtone face à leur exil. Cultures d'exclusions et savoirs hors sujet. Essai clinique*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, coll. Psychopathologie clinique, 2003 ; p. 45.

La sinistrose, version Abraham

Cette étonnante référence à la sinistrose surgit dans un article de jeunesse consacré au rôle étiologique du traumatisme sexuel infantile¹. Discutant les vues freudiennes sur la question – discussions rétrospectivement jugées erronées, comme l'indique le post-scriptum de 1920 – Abraham soutient la thèse selon laquelle la survenue d'un traumatisme sexuel au cours de l'enfance ne suffit pas à rendre compte de la formation des névroses et des psychoses. Pour qu'un tel événement fasse trace, encore faut-il que l'enfant ait été inconsciemment complaisant : l'enfant subit le traumatisme selon « *l'intention* » de son inconscient. Or le motif inconscient procède d'une disposition particulière, d'un désir anormal de plaisir sexuel. Ainsi la recherche inconsciente du traumatisme, et sa répétition, participe d'une forme infantile et anormale d'activité sexuelle. Abraham évoque alors plusieurs vignettes cliniques afin d'illustrer ces existences orientées par cette surprenante tendance au traumatisme. C'est alors qu'apparaît l'exemple suivant, que nous reproduirons *in extenso* :

« Il est indiscutable que, dans un très grand nombre de cas, l'hystérie traumatique a la même signification que la sinistrose. La lutte pour l'obtention d'un dédommagement empêche la disparition des manifestations morbides. Lorsque l'amélioration constitue une menace de réduction, voire de suppression de la rente, les symptômes disparus ou atténués réapparaissent avec une force nouvelle. Ainsi, nous appréhendons les milles manières dont dispose l'inconscient pour réaliser des désirs qui restent obscurs pour la conscience. Il n'est pas rare de voir des personnes ayant subi un accident, en subir un second, souvent insignifiant, puis un autre qui vient à point pour appuyer leur revendication d'une rente. J'ai pu observer cela chez une catégorie de sujets particulièrement disposés à l'hystérie, les travailleurs polonais couverts par l'assurance-accidents allemande. De l'avis général, ces personnes défendent avec obstination leur droit à la rente et les symptômes traumatiques-hystériques sont d'un entêtement extrême. Le nombre de travailleurs polonais qui revendiquent le paiement d'une rente en raison de *plusieurs* accidents est surprenant². »

Et cette configuration sinistrosique, parce qu'elle témoigne d'une répétition du traumatisme, est une réalisation inconsciente de désir, comme vient l'illustrer ensuite rapidement le cas d'un ouvrier italien. Faute d'avoir consulté la version originale du texte, il ne nous a certes pas été possible de vérifier le terme exact employé par Abraham et traduit ici par « sinistrose ». Quoiqu'il en soit, la vignette clinique rapportée correspond assez justement au tableau clinique proposé par Brissaud : la revendication obstinée d'une rente consécutive à un accident et l'incroyable persistance, voire parfois la recrudescence, des symptômes... Toutefois, la nécessaire répétition du traumatisme ne sera pas aussi prévalente chez

1. Abraham K., « Les traumatismes sexuels comme forme d'activité sexuelle infantile » (1907), in Abraham K., *Œuvres Complètes – I. Rêve et Mythe*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1977 : 24-35.

2. *Ibid.*, p. 34.

Brissaud, de même qu'il rejettera l'analogie avec le modèle de l'hystérie au profit de celui de la paranoïa.

Par ailleurs, quoiqu'il soit délicat de supposer ici une influence directe entre les deux auteurs, il reste néanmoins très étonnant de les voir se rejoindre en un point, bien problématique quant à la consistance de l'entité clinique. Abraham suggère en effet que le patient sinistrosé est à lui-même sa propre victime ou, plus précisément, qu'il est victime de sa propre volonté inconsciente. Toutefois ce registre inconscient de l'intention ne semble pas si assuré que cela, comme l'indique dans le texte une petite phrase quelque peu embarrassante, située juste avant l'évocation de la sinistrose. Abraham déploie le cas d'une patiente dont l'histoire est ponctuée d'événements au cours desquels l'inconscient manifesterait toujours des intentions de suicide. Et une fois cette thèse formulée, l'auteur annonce que

« plus on soumet de tels incidents à l'analyse psychologique, plus on apprend à estimer le rôle de « la volonté de l'inconscient ». *Bien entendu, il n'est pas possible de tracer une frontière stricte entre les intentions inconscientes et conscientes*¹. »

Vient alors la mention de la sinistrose en tant que nouvel exemple de répétition de traumatismes subis. Or cette précision relative à la difficile démarcation entre intention inconsciente et intention consciente pourrait bien s'avérer lourde de conséquences cliniques, si dorénavant l'on considérait la recherche du traumatisme orientée par la seule volonté consciente. Dans quelle mesure les patients revendiquant une rente et refusant de guérir ne deviendraient-ils pas alors des simulateurs, voire des manipulateurs guidés par le seul appât du gain, et non plus de pauvres hystériques, ces « *êtres intéressants auxquels il arrive toujours quelque chose*² » ? Certes, Abraham n'envisage à aucun moment cette éventualité et soutient au contraire fermement la thèse du vouloir inconscient. Subsiste toutefois cette petite phrase qui, prise à la lettre, risquerait bien de porter gravement atteinte au motif présumé de l'accident, et donc à la tenue du tableau clinique. Or ce léger trouble est précisément celui que la sinistrose version Brissaud va à son tour faire émerger, quoique les coordonnées du problème y soient *a priori* sensiblement différentes. Si le malade reste à lui-même sa propre victime, comment faire pour ne pas réduire la sinistrose à la simulation ou l'exagération ?

La sinistrose, version Brissaud

C'est donc en 1908 que Brissaud autonomise, de manière bien plus systématique qu'Abraham, le tableau de la dite sinistrose. Une telle émergence est solidaire, en France, d'une invention juridique datée de 1898 : le droit à l'indemnisation des accidents du travail

1. *Ibid.*, p. 33. Nous soulignons.

2. *Ibid.*, p. 31

par une compagnie d'assurance. Il importe d'insister sur le fait que si la sinistrose a d'abord été observée chez des ouvriers venus travailler à Paris, cette condition de transplanté « intérieur » n'entre aucunement dans la composition du tableau. La sinistrose chez Brissaud ne naît pas d'une rencontre du savoir psychiatrique avec la transplantation mais bien davantage avec le droit : c'est la récente indemnisation des accidents du travail qui crée la sinistrose, celle-ci consistant en une

« inhibition de la bonne volonté. Le blessé, depuis longtemps guéri, ne se décide pas à faire, au prix d'un peu de douleur ou simplement de fatigue, le moindre essai de reprise du travail. Il se refuse au plus petit effort : « C'est inutile, je souffre, je ne peux pas, je ne pourrai pas, je sais très bien que je ne pourrai pas... ». Il ne sort pas de là. Et celui qui parle ainsi est un homme dans la force de l'âge, laborieux, père de famille, dont le salaire est dix fois, vingt fois supérieur à la rente ou au petit capital rachetable représentant les *dommages-intérêts auxquels il croit avoir droit*. C'est, en effet, une idée fixe, une idée fausse sur la forme de la réparation du préjudice qui exerce et développe ce pouvoir d'inhibition¹. »

Autrement dit la récupération de la capacité fonctionnelle ne va pas de paire avec celle de la capacité ouvrière : l'accidenté voudrait pouvoir ajourner indéfiniment la date dite par la jurisprudence de *consolidation*, qui correspond à la cessation de paiement de l'indemnité. Voilà sur quoi porte l'idée fausse : sur une interprétation erronée de la loi. Et peu à peu,

« cette idée fausse, passée à l'état d'idée fixe, non seulement absorbe toute son activité psychique, mais va même jusqu'à briser les ressorts de son activité physique. Et alors que, guéri de sa blessure depuis des mois, il a cessé d'être une victime du travail, il reste encore victime d'une erreur de bonne foi, c'est à dire sa propre victime à lui-même². »

La sinistrose ne trouve donc pas son origine dans l'accident du travail lui-même mais dans l'interprétation d'un fait : la loi. Comment s'opère alors le passage de l'idée fausse à l'idée fixe ? Brissaud prend ici appui sur la conception que Régis a donné de l'idée fixe : un délire rudimentaire qui s'étend et s'organise progressivement. Or l'idée fausse amène le malade à à des déductions tout aussi inexactes et s'imposant de manière obsédante. Les douleurs causées par l'accident ont certes disparu depuis longtemps mais le malade éprouve des hallucinations obsédantes, des « *topoalgies* » ou des « *algies* ». En d'autres termes l'algie est une hallucination et ce n'est donc pas la douleur qui crée l'obsession, mais bien l'obsession qui crée la douleur. Voilà pourquoi le sinistrosé est à lui-même sa propre victime, pourquoi la douleur n'est pas le fait de l'accident mais de l'accidenté. Et il arrive même parfois que des médecins bien mal intentionnés réussissent à provoquer chez leurs patients la fameuse idée

1. Brissaud E., « La sinistrose », *Le Concours Médical*, 1908 : 114-117 ; p. 114.

2. *Idem*.

fixe. Dans tous les cas le malade, ayant acquis la certitude quasi-délirante de son incapacité permanente et revendiquant le maintien de ses droits à l'indemnisation, s'inflige les troubles que l'accident aurait dû entraîner ; troubles qui, bien sûr, n'empêchent que de travailler tandis que les autres activités demeurent, au moins au début, possibles. Mais il ne s'agit nullement ici de simulation consciente ou d'exagération calculée, et quoique cette maladie puisse par ailleurs s'accompagner fréquemment de signes de neurasthénie et d'hystérie, elle ne doit pas non plus être confondue avec celles-ci.

Il est particulièrement frappant de voir combien cette composition de la sinistrose procède d'une juxtaposition d'éléments nosographiques épars : revendication d'allure paranoïaque, hallucination obsédante, pithiatisme, hystérie, neurasthénie... Brissaud lui-même reconnaît que le diagnostic s'avère parfois bien délicat et ne peut être posé qu'à une seule condition : la reconnaissance de l'idée fixe survenue après le traumatisme de l'accident. La consistance de l'entité clinique ne tiendrait donc qu'à cette idée dont le statut, toutefois, demeure bien problématique. La démonstration repose en effet sur le supposé passage d'une idée fausse à une idée fixe délirante provoquant les obsessions hallucinatoires :

« « L'idée fixe, dit fort bien Régis, n'est pas en réalité autre chose qu'un délire rudimentaire, réduit à sa plus simple expression... Elle finit le plus souvent par s'étendre, s'organiser et, par suite, tourner au délire proprement dit ». D'une idée fausse ou inexacte – mais non pas nécessairement absurde –, le malade tire des déductions fausses ou inexactes. Ces déductions s'imposent à son esprit avec une ténacité obsédante ; et par une pente naturelle l'anxiété, qui caractérise toute obsession, finit par transformer un trouble primitivement intellectuel en un trouble émotif et rien qu'émotif¹. »

Si l'on suit donc à la lettre l'argumentation, l'idée fausse est toujours-déjà idée fixe ; le trouble intellectuel – l'interprétation erronée de la loi – toujours-déjà un trouble émotif – la conviction délirante. Il ne peut y avoir de transformation de l'idée mais si tel est le cas, alors la sinistrose ne représente rien d'autre qu'une forme particulière de la paranoïa et perd de fait sa consistance d'entité clinique autonome. Autrement dit, la sinistrose telle que Brissaud la définit ne repose cliniquement que sur l'action d'une idée dont la nature reste structurellement indémontrable. Bref, le diagnostic de sinistrose est sans doute nécessairement frappé d'inconsistance puisque fondé sur une distinction impossible. On peut dès lors mieux comprendre pourquoi l'évocation de cette maladie reste toujours entachée d'une suspicion à l'égard des malades : le refus de reconnaître la guérison et la revendication du droit à l'indemnité sont-ils signes d'un authentique trouble psychique ou d'une simple erreur de jugement, voire d'une mauvaise volonté ? La sinistrose ne tiendrait peut-être qu'au suspens de la réponse.

1. *Ibid.*, p. 115.

La sinistrose, version Psychopathologie de la migration

« Il est adressé, pour la première fois, en 1978, à l'Hôpital de la Timone, six mois après un accident de travail : il est tombé d'une hauteur de trois mètres sur le chantier où il travaillait. Il fait un coma de plusieurs heures, sans signe neurologique de focalisation. Son réveil se fait dans des conditions très défavorables : il a été transporté dans un hôpital qu'il ne connaît pas, et ce n'est que cinq jours plus tard que ses amis finissent par le retrouver. Entre temps, un message était adressé à sa famille pour annoncer son décès.

Alors que les examens cliniques et paracliniques se normalisent, apparaît rapidement un syndrome vertigineux avec chute sans perte de connaissance. Les explorations habituelles sont négatives. Il est envoyé un mois en maison de repos. À la fin du séjour, bien que les vertiges persistent, il est considéré comme pouvant rentrer chez lui. Il va alors entamer un périple hospitalier et médical : il sera successivement examiné, sa feuille d'accident de travail en témoigne, par onze médecins et traité dans six services hospitaliers différents, où il fait des séjours d'une durée moyenne de quinze jours. C'est le dernier de ces services qui nous l'adresse en consultation, arguant de la négativité des examens somatiques.

M. Lou... se présente comme un homme très renfermé, taciturne mais un de ses amis confirme que ce trait de caractère est antérieur à l'accident. Il parle un français rudimentaire, ses propos traduisent essentiellement un sentiment d'effondrement général, il paraît dépassé par ce qui lui arrive. Ses vertiges, très fréquents au début, ne sont plus qu'un élément dans un tableau asthéo-dépressif marqué avec insomnie, anxiété, irritabilité, inhibition psychomotrice, clinophilie dans une atmosphère de total désarroi. Il est en litige avec la Sécurité Sociale qui refuse de le prendre en charge plus longtemps sous le régime d'accident du travail. Ayant fait appel de cette décision, il ne perçoit plus de prestations depuis deux mois, il est endetté auprès de ses compatriotes et sa famille ne reçoit plus d'argent¹. »

Ce long passage extrait d'un compte-rendu clinique illustre de manière tout à fait exemplaire la sinistrose telle que décrite chez les ouvriers immigrés et il n'est sans doute pas exagéré d'affirmer que de tels cas sont, aux yeux du corps médical, légions. On y retrouve d'ailleurs l'essentiel des traits recensés par Brissaud : malgré la guérison des blessures causées par l'accident, les plaintes somatiques persistent et se multiplient sans qu'il soit possible de les relier à un substratum organique. Le malade exige la reconnaissance de son incapacité et son droit à une prise en charge par la Sécurité Sociale. Examens, actes et expertises médicales s'enchaînent et aboutissent inexorablement à la même conclusion : les douleurs sont inexplicables. Et au terme de ce périple, nombreux sont ceux qui échouent dans un service de psychiatrie avec pour principal bagage un volumineux dossier médical ponctué de diagnostics pour le moins variés : simulateur, hystérique, hypocondriaque, revendicateur,

1. Trouvé J.N., Liauzu J.P., Calvet P., Scotto J.C., « Aspects pratiques des soins en milieu psychiatrique chez les patients immigrés », *Annales médico-psychologiques*, 1984, 142, 1 : 25-45 ; p. 33.

paranoïaque... sinistrosé. Dressant l'inventaire des manifestations cliniques de la sinistrose chez le migrant, Almeida distingue :

- des éléments *dépressifs* centrées sur un vécu catastrophique des lésions organiques provoquées par l'accident et pouvant aboutir à de véritables idées délirantes,
- des éléments *hystéro-anxieux* se traduisant par une majoration, déformation ou théâtralisation du déficit attribué à l'accident,
- des éléments *cénesthopathiques et hypocondriaques* du type « mal partout »,
- des éléments *revendicatifs* dont la valeur pathologique n'est pas toujours facile à apprécier,
- des *altérations globales de la personnalité* allant de la désorganisation névrotique à la désorganisation psychotique¹.

Depuis sa « création » par Brissaud, la sinistrose semble donc bien conserver son aspect résolument hétéroclite, mais un léger changement de perspective a tout de même lieu en ce qui concerne le statut de l'élément déclenchant. Nous avons vu que la sinistrose version Brissaud suppose d'abord un accident du travail et ensuite une fausse interprétation de ses conditions d'indemnisation comme véritable point d'origine. En revanche dans la psychopathologie de la migration, la sinistrose désigne d'abord une constellation de troubles d'allure psychosomatique dans laquelle l'aspect revendication devient plutôt un trait parmi d'autres. Par ailleurs, la sinistrose est désormais une conséquence directe d'un accident du travail, d'une maladie ou de tout autre événement fortuit. Elle doit dès lors être rattachée au domaine des pathologies réactionnelles, les troubles corporels émergeant consécutivement à un traumatisme (accident, maladie...) ou un événement vécu comme tel. Le lieu d'origine s'est donc sensiblement déplacé : de l'idée fausse toujours-déjà délirante à l'événement quelconque venant compromettre un équilibre des plus précaires² ; du modèle de la paranoïa à celui des névroses traumatiques.

Mais cette nouvelle référence au traumatisme ne ramène pas pour autant la problématique dans la filiation d'Abraham : il est ici davantage question de causalité linéaire, d'un événement se suffisant à lui-même pour rompre l'équilibre ; tandis qu'il est nécessaire pour Abraham de situer l'accident dans la répétition, dans l'insistance d'un motif inconscient d'origine infantile n'instituant la valence traumatique de l'événement que dans un après-coup. Et qu'il faille pour cela une forme de disposition à la névrose demeurera, comme nous

1. Almeida (de) Z., « Les perturbations mentales chez les migrants », *L'Information Psychiatrique*, 1975, 51, 3 : 249-281 ; pp. 269-270.

2. Nous développerons ce point ultérieurement.

le verrons un peu plus tard, radicalement impensable dans le cadre de la psychopathologie de la migration.

Par ailleurs, le déplacement du régime de la causalité ne permet pas toujours de résoudre l'ambiguïté au fondement de la notion puisque l'épineux problème de la revendication fait régulièrement retour dans les discussions diagnostiques. Ainsi, à l'évocation de la sinistrose Moussaoui et Ferrey insistent sur l'importance de

« garder au mot de sinistrose ce sens limité de trouble d'allure paranoïaque, survenant dans les suites d'un accident à propos de ses conséquences. Même ainsi défini le cadre n'est pas simple à délimiter. Nous avons vu que la nature externe du traumatisme incite à reconnaître une cause et une responsabilité, donc à rentrer dans un système légal. À partir de quel moment le sujet ne fait-il que défendre ses droits, quand est-ce qu'il se trompe en sa faveur dans l'interprétation des règlements, quand ces idées deviennent-elles délirantes¹ ? »

Le même type de problème se pose également à Almeida à propos des éléments revendicatifs :

« En effet, la revendication peut être parfaitement légitime et justifiée. D'autres fois, elle semble excessive, du moins au regard de la législation sociale en vigueur. [...]. D'autres fois encore, il s'agit d'un véritable délire de revendication qui implique des changements globaux de la personnalité [...]»²

Nous citerons enfin, en guise de dernière illustration exemplaire de la difficulté, les propos du D^r Singer lors d'une discussion de la Société médico-psychologique, en octobre 1979, suite à la communication de M. Benadiba et ses collaborateurs :

« Je voudrais évoquer [...] les problèmes qui se posent au psychiatre expert chargé d'examiner une Maghrébine pour le compte par exemple de la Sécurité Sociale, soit qu'il s'agisse d'une demande de mise en invalidité ou de fixation d'un taux d'invalidité après accident du travail. Je dois dire que, confronté à cette symptomatologie déroutante décrite par le D^r Sichel avec une grande finesse, je reste toujours dans le doute car je balance entre la simulation et des manifestations pathologiques. Même l'évolution ultérieure ne permet pas toujours de lever ce doute.

Réponse du rapporteur : Le problème évoqué par M. Singer est certes un des plus irritant auquel l'expert – surtout vis-à-vis de la Sécurité Sociale – est confronté. Ce qui est

1. Moussaoui D., Ferrey G., *Psychopathologie des migrants*, 1985, *op. cit.*, p. 46.

2. Almeida (de) Z., « Les perturbations mentales chez les migrants », 1975, *op. cit.*, pp. 270.

certain, c'est que des psychiatres d'origine maghrébine, arabophones, ne réussissent pas beaucoup mieux que les métropolitains à trouver une réponse valable¹. »

L'évocation de la sinistrose s'accompagnerait donc fatalement d'une incertitude voire d'une suspicion quant à la bonne foi du malade un peu trop revendicateur : erreur ? calcul ? hystérie ? délire ? Il ne peut sans doute pas en être autrement puisque dès le départ, une telle ambiguïté en a constitué le fondement paradoxal. Tout se passe comme si, de Brissaud à la psychopathologie de la migration en passant par Abraham, la sinistrose ne pouvait tenir qu'à la condition d'une démonstration impossible : celle de l'authenticité de son tableau clinique.

Convulsé analphabétique, agité illisible. Cette formule proposée par Fethi Benslama² pour épingler le corps du migrant tel qu'il se donne à voir au clinicien, entre particulièrement en résonance avec la mise en échec systématique de ces diverses tentatives nosographiques. Atypiques, pseudo-entités au pronostic indécidable, les formes cliniques recensées par la psychopathologie de la migration ne cessent de se caractériser par leur étrangeté ou, comme nous le disions précédemment, leur défaut de lisibilité. Le clinicien s'évertue en effet à lire les signes dans le discours d'un savoir déjà constitué, à parcourir inlassablement les lignes traçant les contours d'un cadre déjà connu... en vain. Et cette limite n'a d'égal, ardeur classificatoire oblige, que l'obstination à tenter de réduire toujours un peu plus le hiatus entre la grille de lecture préalable et l'énigme d'un texte dont on ne dispose ni de la clé ni de l'alphabet. Dans cette clinique à l'épreuve de la migration, l'harmonie supposée des cadres nosographiques habituels s'avère bel et bien perdue mais cette perturbation, aux dires de nombreux auteurs, ne serait elle-même que le reflet d'une relation clinique bien particulière, essentiellement fondée sur le malentendu.

[3.2.3] Sur la voie du malentendu

Quoiqu'un auteur, que n'aurait peut-être pas désavoué Kraepelin, ait certes pu affirmer que

« seul l'examen du sujet aura une valeur objective sans aucune communication³ »...

la majorité des psychopathologues de la migration font tout de même état de grandes difficultés ayant trait à une relation de soin qui s'engage inexorablement sur la voie du *malentendu*. La divergence quant à l'interprétation du sens, l'absence d'un système de

1. Benadiba M., Adjedj J.P., Horber M., Sichel J.P., « Quelques problèmes particuliers posés par la pathologie mentale des transplantés nord-africains », 1980, *op. cit.*, p. 94.

2. Benslama F., « L'enfant et le lieu », *Cahiers Intersignes*, 1991, 3 : 51-68 ; p. 65.

3. Deligny J., *Contribution à la compréhension de la psychopathologie de la transplantation. Études de quelques cas cliniques*, Thèse pour le Doctorat en Médecine, Toulouse, 1976, n°439 ; p. 72.

représentations partagées, n'ont de cesse de remettre en cause la capacité de déchiffrement des paroles et des attitudes de l'autre.

La « *barrière linguistique* » est bien évidemment un premier facteur d'incompréhension dans la mesure où les patients parlent un français *a priori* des plus rudimentaires, tandis que les médecins n'ont bien souvent aucune connaissance de la langue d'origine. D'où l'insistance des deux questions suivantes : quelle fiabilité a le diagnostic lorsque l'on ne comprend pas ce que l'autre dit ? Comment instaurer dans un tel cadre une relation dite de confiance entre le médecin et le malade ? Dans ce défaut de compréhension peuvent même parfois s'originer certaines des manifestations cliniques :

« Il nous a paru essentiel d'insister sur les difficultés de communication linguistique chez nos sujets. Nous croyons pouvoir affirmer que c'est en fonction de celle-ci que le malade utilise son corps comme moyen d'expression à défaut de pouvoir avoir recours à d'autres systèmes de signalisation¹. »

Faute d'une langue commune la somatisation se substituerait ainsi à la verbalisation : le *langage du corps* comme ultime recours pour signifier au médecin sa souffrance. Le déplacement de la souffrance sur le corps peut aussi s'expliquer, parfois, par des caractéristiques propres à la langue. Cette dernière peut ainsi se révéler inapte à rendre compte des sentiments, comme en témoigne la

« remarquable pauvreté sémantique de l'arabe dialectal, en particulier sa carence complète en termes abstraits² »,

tout comme le français parlé par de nombreux algériens, qui n'est souvent

« qu'un langage rudimentaire et utilitaire peu propre à exprimer les « états d'âme »³. »

Et si l'usage de la langue d'origine semble de toute évidence le remède le plus adéquat, quelques faits inattendus ne manquent pas de surgir lorsque le soignant choisit logiquement cette option. Daumézon, parmi d'autres, observe effectivement que lorsqu'on essaie d'utiliser l'arabe pour communiquer avec les patients algériens, régulièrement ceux-ci font montre d'une réticence certaine,

1. Daumézon G., « Transplantation et maladie mentale », 1965, *op. cit.*, p. 134.

2. Bertheliet R., *Incidence psychopathologique de la transplantation dans une population musulmane*, Thèse pour le Doctorat en Médecine, Lyon, 1966, n°49 ; p. 6.

3. Mounier B., *Algérie, algériens et transplantés. Considérations ethnologiques et sociologiques. Aperçu psychopathologique et psychiatrie*, Thèse pour le Doctorat en Médecine, Lyon, 1974, n°298, p. 123.

« paradoxalement le malade étant plus confiant à l'égard du médecin qui le comprend mal ou même pas, qu'envers un médecin parlant arabe ou un infirmier algérien lui-même¹. »

Mais le malentendu n'a pas pour origine le seul écart linguistique ; il faut aussi composer avec l'hétérogénéité des univers de référence, des systèmes de représentations. Autrement dit la « culture » peut elle aussi générer du malentendu non pas seulement du fait d'une différence, mais surtout d'une méconnaissance. Se pose en effet avec acuité le problème de comprendre l'autre dont les références sont *a priori* si éloignées, si étranges :

« Par sa culture comme par son trouble psychique, celui-ci est en effet doublement étrange. Quand il s'agit de migrants depuis longtemps installés avec leur famille en France et originaires d'Europe du Sud-Ouest, la prise en charge thérapeutique est sensiblement similaire à celle des patients autochtones. En revanche, un malade africain ou asiatique posera plus d'un problème quant au diagnostic, au pronostic et au traitement². »

D'où l'impératif pour plusieurs auteurs de partir à la recherche d'éléments d'ordre culturel dont on suppose l'influence primordiale tant sur les formes symptomatiques que sur les attitudes envers le médecin. Reconnaisant justement cette influence de la culture sur l'expression des troubles psychiques, Berner et Zapotoczky notent que

« tant que le transplanté n'est pas encore familiarisé avec les modes d'expression du milieu d'accueil, il choisit donc ceux en usage dans son milieu d'origine. Nous nous trouvons ainsi en face d'une sémiologie qui nous est étrangère, et qui peut nous amener à des diagnostics erronés³. »

Moussaoui et Ferrey, dans le prolongement de la citation précédente, focalisent eux aussi leur attention sur certaines difficultés inhérentes à l'établissement d'un diagnostic :

« Dans quel registre inclure la conviction d'un Sénégalais qu'un sorcier anthropophage l'a envoûté : croyance culturelle ou déjà vécu délirant ? Comment répondre au malade persuadé que le sorcier habite les machines de l'usine, qui dès lors deviennent le relais de sa persécution ? De pareils référents culturels désarçonnent le médecin, l'infirmière ou l'assistante sociale non avertis⁴. »

1. Daumézon G., « Transplantation et maladie mentale », 1965, *op. cit.*, p. 133.

2. Moussaoui D., Ferrey G., *Psychopathologie des migrants*, 1985, *op. cit.*, p. 81.

3. Berner P., Zapotoczky H.G., « Psychopathologie des transplantés », 1969, *op. cit.*, p. 148.

4. Moussaoui D., Ferrey G., *Psychopathologie des migrants*, 1985, *op. cit.*, p. 81.

La prise en compte des particularités culturelles pourrait également éclairer quelques-unes des modalités bien déroutantes du rapport au clinicien. Frappé par ces patients algériens à la recherche d'une relation de dépendance et de passivité à l'égard du médecin, Berthelier, à partir d'une étude sur la « *structure de base du musulman d'origine rurale* », en trouve la principale explication dans le type de relation nouant le maghrébin à son environnement comme figure maternelle : le dispositif clinique serait alors l'occasion de réactualiser une relation anaclitique avec la mère. Quant à la difficulté de parler à la première personne malgré les nombreuses sollicitations du médecin, elle s'originerait dans une parole inéluctablement empêtrée dans un discours collectif qui ne favorise guère la responsabilité individuelle¹.

Dans d'autres situations, il pourra également arriver qu'un migrant, déjà frustré par l'obstacle linguistique, tente d'instaurer un mode de relation médecin/malade conforme à ses traditions villageoises :

« Par exemple, à Paris, il arrive que le cabinet soit envahi par des familles portugaises ou espagnoles « au grand complet », parce qu'elles veulent assister, ou mieux encore, participer à l'examen clinique de leur parent malade. C'est leur façon de se montrer solidaires et de partager les souffrances de l'un des leurs. Évidemment, cela n'est pas du tout commode pour faire oeuvre médicale, ce qui requiert, dans la mesure du possible, un minimum de sérénité². »

Les divergences quant aux représentations du soin et de la maladie ne manquent pas, elles non plus, de perturber le bon déroulement des prises en charge :

« Une difficulté supplémentaire réside en la représentation culturelle de la maladie dans le Maghreb traditionnel, où tout individu atteint par une affection, même bénigne et passagère, devient l'objet de la sollicitude familiale et est exempté de tout travail ou responsabilité socioprofessionnelle³. »

Comment ne pas voir effectivement les profondes divergences entre ces pratiques et l'isolement provoqué par l'institution hospitalière ? Et dans quelle mesure cette conception traditionnelle de la maladie peut s'accorder avec la notion d'incapacité partielle prévue dans la législation française en matière d'indemnisation des accidents du travail ? Le malade ne risque-t-il pas alors de se sentir rejeté si sa souffrance n'est pas reconnue ?

1. Berthelier R., *Incidence psychopathologique de la transplantation dans une population musulmane*, 1966, *op. cit.*

2. Almeida (de) Z., « Les perturbations mentales chez les migrants », 1975, *op. cit.*, p. 279.

3. Bensmail B., Boucebei M., Bouchebra A., Millet L., Seddik-Ameur M., « Psychopathologie et migration », 1982, *op. cit.*, p. 654.

Autre aspect du problème, la figure du thérapeute peut rapidement être investie d'une puissance magique lorsqu'elle est confondue avec celle du taleb ou du marabout. Totalement soumis et dépendant face à l'omnipotence et l'omniscience du guérisseur, le malade ne pourra alors sortir d'une relation infantile qui, si elle

« s'intègre bien dans le cadre général du mode de vie féodal, qui fonctionne toujours selon les dualités seigneur-serveur, protecteur-protégé, actif-passif¹ »,

ne manque pas de désarçonner le thérapeute occidental moderne bien plus habitué à instaurer un dialogue fondé sur la réciprocité. La situation peut certes devenir une source de gratifications pour le clinicien mais cela ne dure qu'un temps en général. Passée cette étonnante coopération d'un malade qui accepte sans hésitation aucune tous les traitements proposés, il n'est pas rare que la relation vire au rapport de force et même parfois au rejet lorsque les plaintes, toujours aussi lancinantes, persistent.

Comme on vient de l'apercevoir, la sérénité n'est manifestement pas l'état le plus propice à caractériser la clinique des migrants. Inhabituelle, énigmatique, ponctuée d'incohérences, cette dernière n'aurait de cesse de mener ceux qui s'y confrontent en des contrées peu rassurantes, en une zone de perturbations critiques, au plus près d'un point de vacillement du savoir. La fluctuation de l'image, du *tableau* clinique, vient révéler un point résolument obscur : mal-entendu et illisible. Or quoique les cliniciens à l'épreuve de la migration puissent régulièrement parler de *dialogue de sourds*², il serait sans doute quelque peu hâtif d'affirmer que faute de ne rien entendre, ils ne savent pas lire. Soutenons d'abord que la question de ce qu'ils peuvent effectivement entendre dans la parole des migrants se pose avec une acuité certaine. Qu'est-ce qui, de cette parole, reste tout de même susceptible d'être entendu pour accéder à un texte qui puisse être lu ? Si le malentendu confronte manifestement à l'illisibilité, dans quel code faut-il transcrire les signes pour parvenir à les déchiffrer et déplacer (peut-être résoudre) l'énigme ? Afin d'apporter des éléments de réponse à ces interrogations, de reconstituer le texte ouvrant l'accès au déchiffrement de ces étranges phénomènes, il va dorénavant falloir procéder à l'examen des tentatives d'explication des troubles psychiques observés chez les migrants, déplier les modalités de rapport entre les signes cliniques et leurs causes supposées.

1. Moussaoui D., Ferrey G., *Psychopathologie des migrants*, 1985, *op. cit.*, p. 86.

2. Almeida (de) Z., « Les perturbations mentales chez les migrants », 1975, *op. cit.*, p. 279.

[3.3] Considérations étiologiques

« Les caractéristiques expérimentales propres à la situation du migrant peuvent laisser espérer une connaissance plus exacte du rôle respectif joué chez celui-ci par sa personnalité pré-morbide, d'une part, et par l'importance du changement socio-culturel d'autre part¹. »

« [La psychopathologie du migrant] offre en particulier des conditions presque expérimentales pour apprécier l'influence de l'environnement sur les désordres mentaux. Quelle place faut-il donner aux facteurs sociaux dans l'étiologie et dans l'évolution des troubles des migrants ?² »

Ces deux citations donnent une vue précise de l'enjeu théorique majeur des recherches en psychopathologie de la migration : il s'agit à travers elles d'apporter une contribution significative quant à l'étude de l'étiologie des maladies mentales. Comme nous l'avons déjà signalé auparavant, ce domaine de recherche n'est rendu possible qu'à partir du moment où l'expérience de la migration est non seulement envisagée comme événement déclenchant, mais surtout comme événement pathogène : une psychopathologie des conséquences morbides causées par le déplacement et le changement de milieu qu'il induit. Il est alors possible de faire un pas supplémentaire pour affirmer que la pathologie de la migration sera une *pathologie de l'adaptation* : les troubles observés s'originent dans une incapacité à s'adapter de manière satisfaisante au nouveau milieu. Or cette démonstration du rôle pathogène de la transplantation en tant qu'exigence adaptative quasi-insurmontable va nécessiter un rejet inaugural : celui du modèle de la prédisposition.

[3.3.1] La prédisposition morbide

La lecture du texte de Sivadon, Koechlin et Guibert a montré que l'étude de la transplantation dans ses rapports avec la maladie mentale pouvait être envisagée de deux manières : ou bien la transplantation n'est elle-même qu'une conséquence de la pathologie, ou bien elle en est la cause principale. Le rejet de la première hypothèse au profit de la seconde semble bien constituer le geste véritablement fondateur du domaine de recherche. Par prédisposition, il faut d'abord entendre l'existence d'une personnalité morbide pré-émigrante à l'image des aliénés migrants de Foville, dont le déplacement n'est que le témoignage d'une activité délirante : ce dernier est pathologique bien plus que pathogène. Or, comme l'énonce Le Guillant en 1960,

1. Berner P., Zapotoczky H.G., « Psychopathologie des transplantés », *Confrontations Psychiatriques*, 1969, 4 : 135-154 ; p. 136.

2. Almeida (de) Z., « Introduction à la psychopathologie de la transplantation », 1972, *op. cit.*, p. 168.

« Jusqu'alors les migrants présentant des troubles mentaux étaient simplement tenus pour des arriérés ou des « déséquilibrés migrants ». Cependant, elle demeure trop statique. Elle méconnaît notamment les transformations psychologiques qui s'opèrent chez l'individu transplanté, transformations qui, nous le verrons, paraissent jouer un rôle essentiel¹. »

Une autre version de la prédisposition, quoique dans la droite ligne de la précédente, concerne l'hypothèse que la transplantation favoriserait le déclenchement d'un trouble mental qui, jusque là, fonctionnait plutôt à bas bruit. Pour illustrer ce dont il s'agit, nous pouvons nous référer à une étude publiée en 1970 par une équipe de neuro-psychiatres travaillant à l'Hôpital psychiatrique de Belgrade. Ces derniers ont eu l'occasion de prendre en charge nombre de patients yougoslaves qui, au cours d'une migration dans un autre pays de l'Europe occidentale, ont déclenché une psychose, motif de leur rapatriement. Et de leur point de vue, en parfait accord avec les anciennes études de Ødegaard, il apparaît très clairement que

« trois quarts des patients observés avaient un comportement remarquable au point de vue psychique avant l'émigration. Parmi eux dominaient les perturbations de la personnalité, le plus souvent du type schizoïde. On a trouvé un grand nombre de sujets subnormaux et de sujets avec épisodes psychotiques antérieurs². »

Deux ans après la publication française de cette communication, Almeida la critique sévèrement dans son article majeur sur les perturbations mentales chez les migrants. Insistant d'abord sur les difficultés méthodologiques relatives à la détection d'une prédisposition, il interroge le fait que, étrangement, ces patients diversement schizoïdes, paranoïaques ou cycloïdes avant leur émigration aient tous fait, de préférence, une bouffée délirante au lieu de décompenser sur un mode respectivement schizophrène, paranoïaque ou maniaco-dépressif. D'où la question suivante :

« Faut-il en déduire qu'une grande masse de migrants malades se recrute parmi des débiles, des hystéro-épileptoïdes ou des sensitifs ? Pour que tout cela fût cohérent, il faudrait en bonne logique hérédito-constitutionnaliste tracer le portrait-robot de la personnalité psychopathique correspondant à la bouffée délirante, portrait qui, jusqu'ici et à notre connaissance, n'a jamais été dessiné³. »

1. Le Guillant L., « Psychopathologie de la transplantation », 1960, *op. cit.*, p. 3439.

2. Marković M., Tomašek B., Jevtić-Todorović J., Stanišić P., « Psychoses chez les émigrants. Tableau clinique et caractéristiques de la personnalité pré-émigrante », *Annales médico-psychologiques*, 1973, 131, 3 : 341-347 ; p. 346.

3. Almeida (de) Z., « Les perturbations mentales chez les migrants », 1975, *op. cit.*, p. 251.

Selon Almeida en effet, si l'on peut repérer des antécédents psychiatriques pré-migratoires, il y a de fortes chances alors pour qu'il ne s'agisse pas d'une pathologie de la transplantation mais plutôt d'une *pathologie d'importation*, indépendante de la migration elle-même.

Autre classe de facteurs de prédisposition qu'il paraît urgent d'abandonner, certaines explications d'ordre psychanalytique à propos desquels il nous faut tout de même confier un certain embarras, dans la mesure où leurs détracteurs ne se donnent jamais la peine de mentionner la moindre référence... Le Guillant évoque rapidement les tentatives d'expliquer la migration par une fuite névrotique et la pauvre condition des immigrés par un mécanisme d'échec ; hypothèses jugées indémontrables et sans fondement au regard des analyses psycho-sociales. Bastide mentionnera quant à lui, sans grande conviction non plus, les théories qui voient dans le déplacement une réactivation du sevrage, de la séparation d'avec la mère et la réactivation d'angoisses primitives¹. Almeida, à son tour, consacre lui aussi de brefs développements assassins sur le point de vue des psychanalystes :

« Ainsi, c'est par l'analyse des motivations des « aliénés migrants » que certains psychanalystes ont voulu expliquer la surmorbidity chez les populations transplantées. Ils considèrent que la migration représente une fuite pour les individus qui n'ont pas résolu dans leur enfance la problématique oedipienne. La transplantation ne ferait que traduire les conflits internes du sujet en quête symbolique de parents idéaux. Pour eux, l'acte d'émigrer constitue en somme le premier symptôme de troubles latents qui ne tarderont pas à se manifester en force. Cette interprétation qui est partiellement valable pour un secteur de la jeunesse « hippie » de notre temps, et qui l'est entièrement pour un grand nombre d'aliénés voyageurs, ne l'est sûrement pas quand elle s'applique au déracinement économique, phénomène surtout d'ordre sociologique². »

On ne saurait être plus clair : la prédisposition dont témoignent entièrement les aliénés migrants et partiellement un pourcentage non négligeable de hippies, n'entre en rien dans l'explication des troubles mentaux chez les transplantés. Certes on ne peut manquer de voir dans cette démonstration un forçage puisque sont mises sur un même plan la prédisposition morbide dans son acception psychiatrique et une logique de l'inconscient propre à une pensée psychanalytique dont, il nous faut tout de même l'admettre au regard de ce qui nous est rapporté, la trivialité ne parvient pas vraiment, ici, à éveiller l'intérêt. Mais il importe d'abord de saisir la manière dont procède cette volonté de rejet définitif de la prédisposition. Le débat ouvert par ce problème de la prédisposition n'est finalement rien d'autre que celui, tout aussi classique que mal posé, opposant facteurs constitutionnels et facteurs sociaux dans l'étiologie des troubles mentaux : ces derniers dérivent-ils du biologique, du constitutionnel et de l'hérédité, ou bien de l'environnement ? Retraçant les principales lignes de force de ce

1. Bastide R., *Sociologie des maladies mentales*, 1965, *op. cit.*, p. 208.

2. Almeida (de) Z., « Les perturbations mentales chez les migrants », 1975, *op. cit.*, p. 252.

débat à partir de la position organo-dynamique de H. Ey, Bastide montre comment organogenèse et sociogenèse s'opposent avant tout sur le statut étiologique que l'on doit accorder à l'événement, à la situation : pour les premiers, il ne peut s'agir que d'une variable occasionnelle qui n'influence en rien le processus pathologique tandis que pour les seconds, la survenue de l'événement ou de la situation peut à elle seule provoquer le trouble, qui sera dès lors considéré comme *réactionnel*¹. Or cette alternative est exactement celle devant laquelle se trouvent les psychopathologues de la migration, comme l'illustre une nouvelle fois cette citation de Almeida :

« Y-a-t-il toujours besoin d'un « terrain » organo-psychique prédisposant ? Un « terrain » sain peut-il, dans sa totalité bio-mentale, réagir au changement écologique par une désintégration pathologique globale de ses structures ? Existe-t-il vraiment des psychoses « réactionnelles » ?² »

La problématique se fonde bien sur une distinction très marquée entre deux types de facteurs étiologiques : une *prédisposition* finalement peu éloignée de la notion de constitution (l'organique et le psychique étant situés ici en continuité), et un *événement* caractérisé par la migration ; pathologie constitutionnelle *vs* pathologie réactionnelle. Et dans le cadre d'un tel débat, la démonstration du rôle pathogène de la transplantation doit nécessairement exclure l'autre hypothèse selon laquelle il ne peut y avoir que des variables occasionnelles, ou encore : des non-événements. Les auteurs vont ainsi se livrer à une élucidation des troubles psychiques observés en se focalisant uniquement sur les conséquences de l'événement migratoire, c'est à dire sur la seule actualité de la condition de migrant. Le modèle de la prédisposition étant exclu, c'est donc guidés par l'hypothèse d'une sociogenèse que les auteurs vont tenter de mettre à jour les processus par lesquels la migration, le changement de milieu, peut devenir une expérience pathogène en elle-même. Dans ce cadre de pensée, on ne cherchera pas ailleurs que dans la condition de migrant – qui reste à définir – les facteurs susceptibles d'entraver le processus central que représente l'adaptation. Adaptatifs, les troubles psychiques trouveront ici leur fondement dans un ensemble de déterminations sociales et culturelles dont on suppose l'influence morbide sur le processus en question. Or comme l'énonce fort justement Bastide,

« ce qui compte, ce n'est pas l'événement lui-même, ou la migration, mais l'appréciation subjective que l'intéressé s'en fait, la façon dont la personnalité vit la situation sociale dans laquelle elle est impliquée³. »

1. Bastide R., *Sociologie des maladies mentales*, 1965, *op. cit.*, pp. 90-104.

2. Almeida (de) Z., « Introduction à la psychopathologie de la transplantation », 1972, *op. cit.*, p. 168.

3. Bastide R., *Sociologie des maladies mentales*, 1965, *op. cit.*, p. 248.

Reformulé dans les termes de la psychopathologie de la transplantation, la problématique de l'adaptation au milieu inviterait à penser de manière dialectique les facteurs externes, « socio-culturels », et les facteurs internes, « individuels ». Il ne suffit effectivement pas de mettre en lumière l'impact pathogène d'une condition socio-culturelle. On doit ensuite être en mesure de rendre compte de ce que d'aucuns nommeront le *mode réactionnel propre à chacun*, faute de quoi le « migrant » deviendrait bien rapidement une nouvelle entité morbide... Les psychopathologues de la migration ne s'y sont pas trompés puisque tous insistent sur l'impératif de maintenir la dialectique entre ces deux types de facteurs. Cependant, l'évidence de l'un n'a d'égal que l'obscurité de l'autre, précisément à cause du rejet inaugural de la prédisposition. Faute de ne pouvoir le penser autrement que sous la forme de cette prédisposition morbide nécessairement exclue, le facteur « individu » va en effet demeurer radicalement impensable, réduit à un *presque* rien face à la multiplication des facteurs socio-culturels de vulnérabilité adaptative.

[3.3.2] De l'acculturation...

« L'un d'entre nous (L. Millet) a rapproché, dans une comparaison analogique, l'arboriculture aux notions d'acculturation et de transplantation.

« Parlant de culture, il paraît intéressant de faire référence à la forme la plus simple de celle-ci, l'agriculture. Le premier temps, lorsqu'on veut installer un arbre à une nouvelle place, consiste évidemment à le retirer du lieu où il se trouvait d'abord. On choisit habituellement un sujet assez jeune, particulièrement vigoureux et solide, car un végétal solidement enraciné et de grande taille a beaucoup de mal à être déplacé. Un point essentiel réside dans la conservation du plus grand nombre de ses racines, et c'est pourquoi il sera placé dans un nouveau sol entouré d'une partie de la terre natale : la motte. Ce temps de préparation indispensable doit être minutieux. La préparation comporte aussi l'aération et l'enrichissement du sol récepteur qui doit être creusé et rendu plus accueillant. Mais tous les sols ne se ressemblent pas, de même que les racines des arbres. Il existe parfois des terres de grande qualité, faites de limon humide, sans pierres, de composition minérale équilibrée, dans un climat excellent ; la plupart des plantes peuvent y pousser. Mais, elles sont exceptionnelles. Par contre et en évitant toute notion de hiérarchie, certains sols conviennent bien à certaines racines ; d'autres qui leur sont défavorables sont accueillants pour d'autres arbres : des racines requièrent de la profondeur, d'autres nécessitent une extension en longueur ou en largeur¹. » »

1. Millet L., « Acculturation, transplantation et arboriculture » (1980), cité in Bensmail B., Boucebc M., Bouchebra A., Millet L., Seddik-Ameur M., « Psychopathologie et migration », *Annales médico-psychologiques*, 1982, 140, 6 : 647-662 ; p. 660.

De l'écart au conflit

La mise en échec des processus adaptatifs peut tout d'abord trouver son fondement dans l'écart et la différence entre les caractéristiques du milieu d'origine et celles du milieu d'accueil. Plutôt que de convoquer la notion trop statique de *choc culturel*, il faudra partir d'une hypothèse plus dynamique, celle du *conflit*. Ce à quoi serait effectivement confronté le migrant, c'est à un conflit entre ses représentations et valeurs passées et celles qu'il doit acquérir pour non seulement se mouvoir mais surtout s'intégrer pleinement dans le nouveau milieu. Ce mode de construction repose en définitive sur une version bien particulière du processus d'*acculturation*, pensé ici dans une perspective non plus anthropologique mais psychopathologique. Selon la définition princeps établie par Redfield, Linton et Herskovits dans le *Mémoire pour l'étude de l'acculturation* (*Memorandum on the Study of Acculturation*, 1936), l'acculturation désigne

« l'ensemble des phénomènes qui résultent du contact direct et continu entre des groupes d'individus de cultures différentes avec des changements subséquents dans les types culturels de l'un ou des autres groupes¹ »

Et comme le souligne Bastide à plusieurs reprises, il importe de garder à l'esprit qu'un tel phénomène est avant tout dynamique : il ne correspond pas à un état mais à un processus continu de transformation du modèle culturel initial par la sélection d'éléments empruntés à l'autre modèle en présence. Qu'en est-il alors de ce concept une fois transposé dans la psychopathologie des migrants ? L'idée majeure qui doit être retenue est celle du changement des modèles culturels, non plus au niveau du groupe mais de l'individu. Mais le changement en question est interprété d'une manière particulière puisqu'il est surtout connoté d'un aspect conflictuel : ça ne change jamais sans heurts et c'est bien pour cette raison que des troubles psychiques apparaissent. Scotto et ses collaborateurs pourront ainsi affirmer que le processus d'acculturation permet de saisir

« les difficultés de l'immigré constamment écartelé entre la nécessité de changer et le besoin qu'il a de rester fidèle à lui-même et à sa communauté d'origine. Les processus d'adaptation et d'assimilation sont en effet conditionnés par l'adhésion au modèle culturel du groupe récepteur. L'immigré se voit donc placé devant la nécessité d'une restructuration intégrale de ses références culturelles de base². »

Un premier facteur de vulnérabilité rencontré par les migrants dans leur périple adaptatif concerne l'écart, et bien souvent l'isolement, linguistique. Nous avons déjà rencontré

1. Cité par Bastide R., « Acculturation » (1968), *Encyclopædia Universalis*, 1996, Vol. 1. Voir également : Cuche D., *La notion de culture dans les sciences sociales* (1996), Paris, La Découverte, coll. Repères, 2004 ; pp. 50-66.

2. Scotto J.C., Luccioni H., Liauzu J.P., Pin M., Trouvé J.N., « De la perte d'identité à l'invalidation chez le travailleur immigré », *Annales médico-psychologiques*, 1982, 140, 6 : 634-638 ; p. 636.

l'analogie dressée par Sivadon, Koechlin et Guibert entre la situation des transplantés et celles des sourds. Deux décennies plus tard, Barros-Ferreira annoncera à son tour que

« l'immigrant analphabète et non francophone est un handicapé¹. »

L'isolement linguistique s'accompagne effectivement, surtout chez le migrant isolé, d'un isolement social et culturel qui risque bien de provoquer une rupture radicale de tout lien social. Par ailleurs, hypothèse déjà rencontrée, faute d'une maîtrise suffisante de la langue française le migrant sera contraint de vivre dans un monde de silence quasi-autistique et aura inéluctablement recours, au moins dans les premiers temps, au langage du corps pour exprimer ses difficultés. Cependant la question de l'apprentissage de la langue apparaît rapidement secondaire au regard de celui de nouveaux mécanismes culturels, dont elle ne représente d'ailleurs qu'un aspect. Et cet apprentissage est rendu d'autant plus difficile que l'écart entre le milieu d'origine et le milieu d'accueil est prononcé, comme ce peut être le cas aussi bien pour des jeunes filles bretonnes parties travailler à Paris :

« Plus le port de la coiffe, plus le parler du breton, plus les structures traditionnelles – exprimées à travers ces signes – sont fortes, plus les individus, quand ils émigrent, ont chance, si l'on peut dire, de rencontrer des difficultés d'adaptation et de présenter des troubles mentaux² »,

que pour des Français musulmans immigrés :

« Dans l'immigration classique, l'immigrant ne peut s'épanouir qu'à condition de s'intégrer dans un système de valeurs nouveau, et d'abord connaître les habitudes et coutumes, puis la langue. [...]. Ici, les systèmes sont si différents que l'acculturation est difficile³. »

Il est nécessaire toutefois de dépasser le simple constat d'une différence culturelle afin de mettre à jour la dynamique qui s'y actualise. Le Guillant envisage celle-ci comme une dialectique entre deux mécanismes fondamentaux : la contradiction et l'aliénation. Le premier repose sur l'idée que les deux milieux ne sont pas seulement différents mais bel et bien contradictoires : il s'exerce une lutte entre deux formes, passée et présente, d'idéologie et de pratique sociale envers lesquelles le migrant nourrit des sentiments ambivalents d'attrait et de répulsion. Dans le meilleur des cas, l'adoption de la forme nouvelle conduit à une intégration complète mais le plus souvent, l'ambivalence ne peut être surmontée et le

1. Barros-Ferreira (de) M., « L'immigrant portugais et « son » hystérie ou l'hystérie de l'immigration », 1978, *op. cit.*, p. 537.

2. Le Guillant L., « Psychopathologie de la transplantation », 1960, *op. cit.*, p. 3434.

3. Pouget R., Cirba R., Chiariny J.F., Castelnau D., « Troubles psychiatriques chez les Français musulmans immigrés », *Annales médico-psychologiques*, 1975, 133, 2, 3 : 541-561 ; p. 559.

conflit qui en résulte fait naître l'angoisse, « *mère des troubles mentaux* ». Quant à l'aliénation, elle désigne la situation d'étranger à la société, d'homme séparé des autres, coupé des échanges sociaux qui seuls permettent de se réaliser et de se désaliéner. Et

« dans le monde, pour lui inconnu et insolite des grandes cités modernes, le migrant, « perdu, exclu de tout », devient étranger non seulement aux autres mais à lui-même. C'est alors qu'il lui arrive de perdre la raison¹. »

Le conflit entre les deux référentiels peut alors, d'après Almeida, contraindre la vie affective du migrant à devenir un véritable *champ de bataille*

« entre les anciens et les nouveaux attachements et les crises de dépersonnalisation pourront se succéder au fil des ans, jusqu'à la restructuration totale d'une identité plus conforme aux exigences socio-culturelles du présent. À l'instar de ce qui se passe dans la cure psychanalytique, il faudrait trouver une solution rapide à ces luttes intestines soit par la « réintérieurisation » des valeurs et des objets d'amour perdus, soit par l'introjection de contre-valeurs et de liens affectifs récents. Autrement dit, soit par le retour au pays natal, soit par l'intégration dans le pays d'accueil². »

La migration provoquant le déclenchement des hostilités, il s'agira dès lors de cartographier minutieusement le théâtre des opérations, d'évaluer la dynamique des forces en présence, les capacités stratégiques d'attaque et de défense, de percée et de repli :

« Chaque migrant a une potentialité (limitée) d'évolution et de compromis entre la culture originelle et la culture dominante. [...]. Certains chercheront activement, d'emblée, la transformation de leur mode de vie. D'autres conservent une référence à leur schéma culturel de départ et refusent (consciemment ou inconsciemment) tout changement³. »

Entre ces deux extrêmes – transformation radicale *vs* résistance obstinée au changement – se situe toute une variété de manœuvres visant à déstabiliser l'adversaire, à déséquilibrer le rapport de force. Et ces périodes de crise sont d'abord rendues visibles au spectateur par l'entremise du symptôme, signal exemplaire de l'intensité des combats.

1. Le Guillant L., « Psychopathologie de la transplantation », 1960, *op. cit.*, p. 3434.

2. Almeida (de) Z., « Les perturbations mentales chez les migrants », 1975, *op. cit.*, p. 262.

3. Moussaoui D., Ferrey G., *Psychopathologie des migrants*, 1985, *op. cit.*, pp. 71-72.

Nous en trouverons une première illustration clinique dans une étude sur certaines conduites d'allure érotomaniaque chez des algériens musulmans¹. Plutôt que d'une érotomanie classique telle que définie par Clérambault, il faudrait ici parler d'une réaction érotomaniaque actuelle sous-tendue par la transplantation. Outre la fixation pathologique sur une femme française, les trois patients observés présentent plusieurs points communs parmi lesquels une bonne connaissance du français, une adaptation *a priori* satisfaisante, l'absence de projet de retour au pays et une « *double appartenance conflictuelle* » (la revendication d'un statut et d'un mode de vie analogues à celui des français et une condamnation de la rébellion des compatriotes algériens). Or malgré ces indicateurs patents d'intégration,

« l'insuffisance de pénétration par la culture française était pourtant manifeste. Deux des malades avaient eu un concubinage malheureux ; en présence d'une femme, le troisième ne savait comment se comporter – l'objet, pris dans l'entourage *restreint* de ces sujets, en fait transplantés et isolés, était sur une sorte de piédestal, comme dans l'érotomanie classique². »

Dans ce cas de figure, l'objet d'amour érotomaniaque doit être appréhendé dans sa valeur symbolique : grâce à lui il serait possible, enfin, d'entrer dans la communauté et d'obtenir le statut réel de Français. Cette manière d'envisager le rapport pathologique à un objet prélevé dans le nouveau milieu est d'ailleurs étrangement similaire à ce que l'on peut rencontrer à propos de l'alcool... L'attachement abusivement passionné à ce dernier, si fréquemment rencontré dans certaines classes de migrants, ne saurait en effet être analysé autrement que comme signe d'une volonté d'intégration par l'adoption d'un trait culturel jugé typique de la nouvelle société, chez des individus

« ayant totalement renié leur appartenance d'origine, adoptant le vocabulaire de l'ouvrier français, et il nous est apparu en quelque sorte que l'alcoolisme était, pour eux, à la fois vécu comme un reniement coupable mais aussi comme une communion dans le vin avec le milieu d'accueil³. »

Estimant eux aussi que l'alcoolisme signe bien souvent un vif désir d'intégration, Moussaoui et Ferrey ne manquent pas de rappeler que chez les maghrébins, ces conduites coexistent paradoxalement avec d'autres telles la pratique du Ramadan et/ou le refus de manger du porc. Cette contradiction apparente ne serait toutefois que le reflet de « *l'être au monde* » de l'étranger, de son impossibilité à comprendre les structures fines et les règles de fonctionnement de la société d'accueil :

1. Nicaise H., Nicaise J., Delteil P., Carrère J., « Syndromes érotomaniaques survenant chez des Algériens musulmans séjournant en France », *Annales médico-psychologiques*, 1961, 119, I : 548-554.

2. *Ibid.*, p. 553.

3. Daumézon G., « Transplantation et maladie mentale », 1965, *op. cit.*, p. 134.

« Tout est si différent et porte en soi le risque de rupture avec les schèmes sociaux prévalents. Il les entrevoit et les adopte à sa manière, avec maladresse, contraint, car ils se marient mal avec ses habitudes originelles. Doit-il manger à la main ou avec une fourchette, cette main en métal ? Pour retrouver une communion avec la nourriture, si importante dans une culture de l'oralité, il se cache honteusement. Il aurait préféré faire ses ablutions aux toilettes à l'eau et au savon, mais il ne dispose que de papier hygiénique. Et ce pommeau qui l'arrose d'une eau tiède ne lui rappelle que très vaguement le monde magique du hammam¹. »

Ces descriptions établies, l'étude du conflit culturel peut tout de même faire l'objet d'analyses théoriques plus approfondies, notamment par un recours à des concepts issus de la psychanalyse :

« On note bien souvent une attitude culturelle ambivalente vis-à-vis du pays d'accueil : l'image de la France, ancienne puissance colonisatrice, est tout à la fois attirante et redoutée, fascinante et décevante. Le migrant Algérien se trouve ainsi dans une position biculturelle où la confrontation des deux systèmes culturels se conjugue avec les deux images parentales et la fantasmagorie oedipienne. La France est identifiée à un père puissant, protecteur ou craint, et l'Algérie à une mère aimante ou rejetante². »

Mais loin de fonder la démarche, le recours à la psychanalyse procède davantage d'un raisonnement analogique et le standard œdipien semble uniquement fournir ici un modèle pour penser de manière dynamique le conflit culturel en termes d'ambivalence. « Père » et « mère » y désignent bien plus des figures prototypiques que des points d'identification se tramant dans l'infantile.

Plus originale dans son interprétation du conflit et son recours à la psychanalyse, la célèbre théorie de Almeida mérite quelques développements supplémentaires³. La pathologie de la migration y est envisagée comme une pathologie du Moi en conflit avec son environnement, fragilisé par le déracinement et incapable, dans les premiers temps, de maîtriser le système d'attitudes et de comportements nécessaires pour vivre au sein de la nouvelle société. Coupé de sa source habituelle d'approvisionnement narcissique et de ses anciens investissements objectaux, le Moi n'arrive pas toujours à compenser par de nouveaux investissements le vide ainsi créé, soit parce que les valeurs sont trop contradictoires, soit parce que le milieu rejette la culture du migrant. L'adaptation est alors vouée à l'échec et le Moi n'a pas d'autre défense que la régression et la projection sur l'extérieur sa propre déstructuration. Au fur et à mesure

1. Moussaoui D., Ferrey G., *Psychopathologie des migrants*, 1985, *op. cit.*, pp. 24-25.

2. Bensmail B., « Notes sur les aspects transculturels et psychopathologiques de la migration maghrébine en France », 1990-1991, *op. cit.*, p. 314.

3. Almeida (de) Z., « Les perturbations mentales chez les migrants », 1975, *op. cit.*

de douloureux efforts adaptatifs ponctués de nouvelles crises symptomatiques (crises d'identité et crises de dépersonnalisation), le Moi recherche de nouveaux points d'appui se substituant progressivement à ceux du passé. L'histoire de la maladie est donc celle d'un conflit à l'issue duquel la personnalité, dans les cas les plus favorables, se régénère intégralement pour se conformer aux exigences du nouveau milieu.

Avec Bastide, on peut globalement considérer que le principe d'analyse des troubles psychiques sous l'angle de l'acculturation consiste finalement à insister sur l'écart et le conflit entre le nouvel environnement culturel et la *personnalité de base* du migrant¹. Néanmoins l'hypothèse du symptôme comme point de cristallisation d'un conflit d'ordre acculturatif est-elle suffisante ? Plusieurs auteurs ne vont manifestement pas s'en contenter : armés du postulat qu'une structure de personnalité ne prend sens que dans un contexte socio-culturel donné et, en conséquence, que la compréhension du symptôme d'un sujet implique obligatoirement la prise en compte de la culture d'origine, nombre d'entre eux se proposent alors de reconstituer un portrait de la personnalité de base des sujets afin d'accentuer encore davantage l'écart entre celle-ci et les caractéristiques culturelles du nouveau milieu.

À la recherche de la personnalité de base

Commençons par resituer rapidement le concept. Issu de l'école culturaliste et forgé par A. Kardiner, il désigne la configuration psychologique propre aux individus membres d'une société donnée et se manifeste par un certain style de comportement. R. Linton, travaillant en étroite collaboration avec Kardiner et approfondissant le concept, explique que la personnalité de base (*Basic Personality Type*)

« dote les membres de la société de manières de comprendre et de valeurs communes, et leur permet de répondre affectivement de façon unifiée aux situations qui intéressent leurs valeurs communes². »

Cette personnalité, qui résulte non de l'hérédité mais de l'éducation et de l'apprentissage, correspond finalement à ce que les individus peuvent avoir de commun. Mais, corrige Linton, au sein de chaque société coexistent plusieurs systèmes de valeurs de même qu'une grande diversité de statuts sociaux, de sorte qu'à la personnalité de base s'imbriquent des personnalités statutaires (*Status Personalities*) délimitant des valeurs et des modèles de réponse plus spécifiques. Par ailleurs, et il s'agit là de précisions fondamentales pour saisir la particularité du concept,

1. Bastide R., *Sociologie des maladies mentales*, 1965, *op. cit.*, p. 212.

2. Linton R., *Le fondement culturel de la personnalité* (1945), Paris, Dunod, 1995 ; p. 115.

« la culture doit être considérée comme le facteur prédominant dans la constitution de la personnalité de base pour chaque société, et aussi dans la constitution des séries de personnalités statutaires caractéristiques de chacune. Rappelons que les personnalités de base et les personnalités statutaires, tout comme les modèles culturels construits, représentent des moyennes à l'intérieur d'un éventail de variations possibles. Il est dans ces conditions douteux que la personnalité réelle d'un individu soit jamais accordée en tous points avec l'une ou l'autre de ces deux abstractions¹. »

Personnalité de base et personnalité individuelle ne peuvent donc pas être superposées puisqu'elles ne se situent pas tout à fait sur un même registre. La première se rapporte à un individu moyen représentatif de son groupe d'appartenance tandis que la seconde se définirait davantage comme espace de variation, segment irréductible à un champ de détermination culturel. Et si nous nous référons au modèle de la personnalité de base pour caractériser la manière dont les psychopathologues de la migration font usage de la notion de culture d'origine, c'est non seulement parce que l'expression y est régulièrement employée, mais aussi parce que le projet consiste bien à dégager un ensemble de traits, un *type* de personnalité susceptible d'éclairer certaines particularités des phénomènes cliniques.

Nous prendrons pour point de départ les hypothèses de Berthelieir formulées dans sa thèse de Doctorat. Ayant exercé en tant que médecin généraliste dans un camp abritant des réfugiés harkis accompagnés de leurs familles, l'auteur indique que cette population n'a eu qu'un minimum de contacts avec la civilisation occidentale et, partant, a conservé intacts les coutumes et les modes de vie traditionnels. Ainsi la grande majorité des malades ne maîtrise pas la langue française et si l'on tient compte également de la fameuse pauvreté sémantique de l'arabe dialectal, on peut comprendre pourquoi le corps, faute de mieux, prend si souvent le relais du verbe. Par ailleurs la situation de harkis ne doit pas être négligée car ces derniers restent

« écartelés entre des coutumes étrangères qu'on veut leur imposer et leur milieu socio-culturel d'origine vécu comme dévalorisé et dévalorisant². »

Toutefois ces facteurs ne sont pas suffisants pour rendre compte des aspects observés et Berthelieir va recourir alors à l'hypothèse d'une « *structure de base du musulman d'origine rurale* ». L'une des grandes caractéristiques de la société musulmane traditionnelle est le sevrage brutal d'un allaitement prolongé, qui engendre une fixation au stade oral. D'où la facilité avec laquelle

1. *Ibid.*, p. 134.

2. Berthelieir R., *Incidence psychopathologique de la transplantation dans une population musulmane*, 1966, *op. cit.*, p. 43.

« en réponse à un conflit ou à un traumatisme, la décompensation se fait le plus souvent vers une régression à un stade encore archaïque de l'organisation de la personnalité ; par là, l'individu cherche à retrouver l'état de dépendance de l'enfance, vécue comme le Paradis perdu¹. »

Si cette structure de base névrotique se révèle anormale en France, elle est en revanche tout à fait normale dans le pays d'origine. En effet la société traditionnelle musulmane évite à ses membres les risques de décompensation grâce à une structure patriarcale et monolithique, une religion tyrannique excluant toute notion de responsabilité et, enfin, une structure collective niant la dimension individuelle. Les conduites les plus favorisées sont donc la dépendance et la passivité. Une telle personnalité, confrontée à un nouveau milieu, sera nécessairement inadaptée et subira de fait un traumatisme. Le refuge dans la maladie sera alors une tentative de recréer sous un mode archaïque la relation perdue de dépendance à l'environnement. Le chemin emprunté par Berthelmer va ensuite être parcouru par de nombreux auteurs, eux aussi partis en quête d'une personnalité de base Maghrébine traditionnelle fondée, selon Bensmail, sur

« le sentiment d'appartenance, avec un double ancrage collectif (le « Moi collectif ») et généalogique (le « Moi généalogique »), l'individu étant d'abord et surtout spécifié par ses références au père et à la lignée mâle, et son adhésion totale aux valeurs du groupe². »

L'auteur nuance toutefois le propos en rappelant que depuis l'accès à l'Indépendance, les pays du Maghreb connaissent de nombreux changements : des mutations sociales, économiques, culturelles, rapides et profondes qui bouleversent les valeurs et les repères établis, déstabilisent les schémas traditionnels et font coexister des modèles socioculturels contradictoires. Tout cela se traduit par une « *crise d'identité* » généralisée et de graves tensions tant sociales que générationnelles. Ces réserves émises, et que l'on rencontre dans plusieurs textes, il resterait néanmoins possible de dégager quelques traits caractéristiques de la personnalité maghrébine, au premier rang desquels figure la *corporalité*, l'investissement privilégié du corps. Bensmail relie ce langage du corps aux particularités du développement libidinal en milieu traditionnel, caractérisé par la prégnance de l'oralité du conflit oedipien qui, en retour, permet de comprendre la fréquence des conduites régressives oro-oedipiennes. Moussaoui et Ferrey confirment pleinement ces thèses et font découler cet investissement d'une

1. *Ibid.*, p. 45.

2. Bensmail B., « Notes sur les aspects transculturels et psychopathologiques de la migration maghrébine en France », 1990-1991, *op. cit.*, pp. 307-308.

« hypertrophie des phases d'allaitement et de portage au corps par la mère, qui peuvent durer jusqu'à l'âge de 4-5 ans. Ce corps à corps prolongé imprègne fortement l'enfant de l'image maternelle, à tout jamais¹. »

La pratique du hammam, les ablutions accompagnant les cinq prières de la journée et le rite de circoncision rehaussent ensuite cette importance du corps, si évidente également dans la proximité avec l'interlocuteur et la gestuelle ponctuant sans cesse les prises de parole. Dans cette configuration, le corps signe toujours la relation privilégiée à la mère et c'est à travers lui qu'opère la communication avec l'entourage. De plus, le statut de la parole individuelle dans la culture traditionnelle peut favoriser d'une autre manière le langage corporel car

« la verbalisation du Maghrébin est noyée dans le stéréotype ancestral. Il n'a que peu la responsabilité de ses dires puisque ce sont ceux du Coran, du Prophète ou des adages populaires qu'il reprend à son compte. C'est donc une parole collective qui est répercutée et qui dit mal ce qu'il souffre individuellement². »

Une telle dépendance à l'égard de l'entourage évoque d'ailleurs fortement, tout du moins pour A.T.O. Ahami, la persistance d'une relation de symbiose typique de certaines familles traditionnelles qui, alors, mettent en place un mode éducatif affaiblissant nettement le système de pare-excitation interne du jeune enfant. Et dans ce cadre,

« l'individu se laisse emporter longtemps après la naissance, par une illusion de continuité entre le milieu infantile et la vie adulte³. »

Outre l'esquisse d'une personnalité de base maghrébine traditionnelle, il est également possible de reconstituer avec Barros-Ferreira, dans une perspective légèrement différente de la précédente, une *psychologie des populations portugaises*⁴. Dans un article portant sur la psychothérapie des immigrants portugais, l'auteur attire l'attention sur certaines particularités d'un dialogue rendu bien difficile lorsque l'on n'a pas à l'esprit l'importance, entre autres, des croyances magico-religieuses, du langage argotique et scatologique et du recours aux néologismes frantugais. On apprend ainsi que la croyance en la réincarnation des âmes est très enracinée chez nombre de sujets et participe de l'équilibre psychique individuel et familial. Si le clinicien refuse d'entendre ces croyances, les malades auront alors recours à ceux qui les comprennent : guérisseurs, voyants et sorciers qui, attribuant les causes du mal au mauvais oeil, aux sortilèges et à l'incarnation des esprits, déplacent responsabilité et

1. Moussaoui D., Ferrey G., *Psychopathologie des migrants*, 1985, *op. cit.*, pp. 66-67.

2. *Ibid.*, p. 67.

3. Ahami A.T.O., « Facteurs et situations impliqués dans l'apparition des désordres psychosomatiques chez les malades nord-africains en France », *Annales médico-psychologiques*, 1991, 149, 7 : 573-580 ; p. 579.

4. Barros-Ferreira (de) M., « Psychothérapie des immigrants portugais », *L'Évolution Psychiatrique*, 1987, 52, 1 : 209-229 ; p. 210.

culpabilité sur des éléments externes. Quant au frantugais, sorte de compromis entre langue maternelle et langue du pays d'accueil, il témoigne bien sûr d'une volonté de communiquer avec le nouvel environnement. Le langage scatologique et argotique, très répandu dans les classes populaires, fait quant à lui l'objet d'une analyse saisissante, comme vient l'illustrer entre autres cette citation :

« Le langage scatologique portugais est riche de références au coït, comme je l'ai déjà signalé. Lorsqu'un Portugais dit : « On m'a baisé » ou « je suis baisé », le signifié a constamment une référence féminine car le signifiant (cul) n'est pas nommé. On peut ainsi le dire à longueur de journée sans que cela réveille l'homosexualité latente. Celle-ci, et la jalousie qui la masque, peuvent être révélées par le « complexe du cocu », si répandu chez l'homme portugais¹. »

Si ces quelques éléments de psychologie portugaise sont avant tout destinés à éclairer des attitudes et des comportements qu'un clinicien non averti ne saurait décoder, ils peuvent aussi entrer en ligne de compte lorsque l'on souhaite cerner plus finement certaines difficultés liées à l'immigration. En effet si l'homme portugais analphabète et croyant en Dieu développe des mécanismes de défense et des réflexes conditionnés parfaitement adaptés à son milieu rural, son appareil psychique restera totalement désarmé face aux mœurs et aux habitudes de la nouvelle société. Il en va ainsi de la contrainte à exercer un travail incompatible avec le milieu d'origine :

« Si le balai peut être un symbole phallique, il représente surtout pour l'homme portugais un symbole féminin : il est l'objet que la femme tiendra dans ses mains pendant le ménage ! Les tâches féminines sont encore bien définies au Portugal : le balai et la vaisselle appartiennent à la femme. « Je suis femme de ménage » signifie quoi dans le cerveau d'un Portugais qui porte le balai à la place de sa femme ? Et que pense sa femme de lui ? Et ses enfants, sa famille et ses copains de France qui travaillent dans le bâtiment et ses copains du Portugal ? Il y a là une perte d'identité massive par castration absolue. « Je suis femme, je ne suis pas homme ». Or l'identité sexuelle est ce à quoi l'homme portugais tient le plus. Être « homme », c'est être mâle. Être « femme », c'est mal. À notre sens, et si l'on nous permet une boutade, le balai et la vaisselle peuvent être les moyens par lesquels le transplanté portugais entre dans l'hystérie et dans la lésion psychosomatique, pour ne parler que de ces maladies². »

1. *Ibid.*, pp. 214-215.

2. Barros-Ferreira (de) M., « L'immigrant portugais et « son » hystérie ou l'hystérie de l'immigration », 1978, *op. cit.*, p. 541.

Controverse

Nous nous contenterons de ces quelques exemples d'édification d'une personnalité pensée comme type culturel pour souligner la controverse que cette approche n'a pas manqué de susciter. Si l'étude de la personnalité de base ne contredit pas celle des effets de l'acculturation – il s'agit même d'un argument supplémentaire pour entériner l'écart et le conflit – on peut tout de même distinguer à partir d'elle deux tendances opposées. En 1979, Berthelien dira en effet que

« s'il persiste un intérêt certain envers la pathologie de la transplantation, une tendance se fait jour qui consiste à la considérer comme non spécifique, peu liée à la culture, et à mettre tous les migrants dans le même sac. Ce courant, illustré par l'œuvre d'Almeida, me paraît dangereux, et je l'ai pour ma part contesté au nom d'une conception selon laquelle la compréhension vraie d'un symptôme implique obligatoirement la prise en compte de la culture d'origine du sujet¹. »

Mais la tendance critiquée ici n'a manifestement pas attendu Almeida pour s'affirmer puisque dès 1961, Nicaise et ses collaborateurs mettent en garde contre les tentatives, jugées idéologiques et caricaturales, de théoriser sur une prétendue âme musulmane

« comme si nous parlions de l'âme chrétienne, bouddhique ou fétichiste sans craindre d'attribuer à la religion ce qui est le fait de la nature humaine, et de ses réactions suivant les milieux où l'homme évolue. [...]. Nous estimons que les données cliniques que nous présentons ici sont valables pour tous les transplantés, musulmans ou non, pour tous les allogènes dont l'adaptation en France se fait mal². »

Et quatorze années plus tard Almeida adoptera effectivement une thèse identique, comme l'atteste ce passage faisant suite à une référence aux travaux de Berthelien :

« À notre avis, tout ce qu'on peut dire à propos des immigrés de n'importe quelle ethnie, c'est que les manifestations psychopathologiques modelées par l'expérience commune de la transplantation priment sur celles qui sont façonnées par la culture d'origine³. »

Quels sont donc les enjeux de telles prises de position ? Les propos des Nicaise, Delteil et Carrère fustigeant la prétention d'une théorie de l'âme musulmane s'inscrivent avant tout en opposition à un certain héritage de la psychiatrie coloniale et sa conception de la mentalité primitive qui, rappelons-le, représentait d'ailleurs la référence majeure d'Alliez et Decombes en 1952. Tout se passe comme s'il s'agissait de ne pas répéter la confusion caractéristique

1. Berthelien R., « Psychiatres et psychiatrie devant le musulman algérien », 1979, *op. cit.*, p. 157.

2. Nicaise H., Nicaise J., Delteil P., Carrère J., « Syndromes érotomaniaques survenant chez des Algériens musulmans séjournant en France », 1961, *op. cit.*, p. 549.

3. Almeida (de) Z., « Les perturbations mentales chez les migrants », 1975, *op. cit.*, p. 277.

entre élément culturel et signe pathologique. On pourra reconnaître chez Almeida un même souci, comme en témoignent ses critiques acerbes à propos du « syndrome méditerranéen » qui, lorsqu'il ne vient pas psychiatriser un peu trop rapidement de simples modalités relationnelles, est tout simplement évoqué pour discréditer la souffrance des malades. Et on pourrait ainsi

« multiplier les exemples de psychiatres occidentaux, non affranchis de leurs propres préjugés ethniques, qui, en face du patient étranger, surtout s'il vient du tiers monde, érigent en catégories nosographiques originales des comportements morbides tout à fait banaux¹. »

Doit-on pour autant considérer cette exploration de la personnalité de base des migrants comme le signe d'une résurgence de la psychiatrie coloniale ? Il est vrai que par plusieurs aspects, la reconstitution d'une personnalité maghrébine traditionnelle résonne étrangement avec des thèses issues de l'École d'Alger ; difficile de ne pas être légèrement troublé par ces idées de dépendance, de passivité, ou encore de stade archaïque de la personnalité. Cependant on est sans doute moins proche de Porot que de ses élèves, dont on soulignera une nouvelle fois le souci d'étudier les particularités socio-culturelles même si le primitivisme ne cesse pas d'ordonner la réflexion. Un auteur comme Berthelier a certes beaucoup contribué à une relecture éminemment critique du colonialisme mais même chez lui, le musulman algérien conserve toujours cette nature de simple. Et qu'une certaine rationalité psychanalytique soit convoquée n'atténue pas vraiment le trouble puisqu'elle reste empêtrée dans l'imaginaire de la régression ici élevée au rang de fait culturel : le nord-africain n'est plus à mi-chemin entre le primitif et le civilisé mais il garde cependant un rapport privilégié, pour ne pas dire symbiotique, avec la mère... De même, comme nous l'explicitons un peu plus tard, l'attitude de l'homme portugais immigré face à la société d'accueil ne sera pas sans évoquer à Barros-Ferreira celle d'un enfant face à une mère hystérique... Il ne s'agit certes plus de situer ces migrants méditerranéens à un niveau plus bas sur l'échelle de l'évolution sociale mais il arrive tout de même que l'on soit enclin, une fois pleinement reconnue une singularité culturelle, à les draper d'une âme d'enfant.

Il est d'ailleurs remarquable que plusieurs tenants de l'étude minutieuse de la personnalité de base soient eux-mêmes manifestement bien embarrassés face à une telle entreprise, pourtant jugée nécessaire du point de vue clinique. Ainsi Bensmail, dont on a déjà signalé quelque réticence au regard des profonds bouleversements sociaux que connaissent les pays du Maghreb depuis l'Indépendance, conclut un article où abondent les références culturelles en soulignant qu'il

1. *Ibid.*, p. 276.

« n'y a pas de pathologie mentale spécifique propre aux Migrants Maghrébins. La souffrance psychique humaine est universelle, même si ses modalités d'expression sont influencées par la culture¹. »

De même Moussaoui et Ferrey, en guise d'avertissement préliminaire à une étude de quelques caractéristiques de la culture maghrébine traditionnelle, avertissent le lecteur que leur propos,

« qui peut sembler culturaliste tente de souligner qu'au-delà de l'universalité de l'Œdipe une structure de personnalité n'a d'existence ni de sens que dans un contexte socio-culturel donné. Pareille réflexion, nous en avons conscience, peut toucher dans ses développements assez rapidement ses limites, mais, malgré les risques qu'elle comporte, elle nous semble prometteuse au plan heuristique pour la psychopathologie du migrant². »

Or il se pourrait bien que le risque en question soit directement lié à un héritage bien lourd à porter : celui d'une psychiatrie coloniale qui n'aura eu de cesse de recoller la personnalité culturelle, ou la mentalité indigène, sur une pathologie mentale ancrée dans une constitution. Mais notre propos n'est certainement pas de réduire la référence au contexte socio-culturel à une nouvelle version du colonialisme, puisque le positionnement des divers acteurs de la controverse témoigne *a contrario* d'une volonté de rupture d'avec cette tradition. Il importe cependant de reconnaître l'incroyable embarras idéologique que ce type de référence ne peut manquer de susciter, autant chez ceux qui y ont recours que chez ceux qui s'y opposent le plus fermement.

[3.3.3] ... à son contexte social (ou comment survivre en milieu hostile)

« Il se confronte, chaque jour, avec la répression active ou passive du milieu à tous les niveaux : absence d'amis et de famille, incapacité de communiquer, alimentation non adaptée et logement déficient, vie sexuelle perturbée, instabilité de travail [...], travail non compatible avec son milieu socio-culturel d'origine. Isolé, mal nourri pour économiser le maximum, « regardé de côté », supporté tant bien que mal par l'autochtone, cet étranger ne peut pas ne pas être réprimé par les instances du réel³. »

1. Bensmail B., « Notes sur les aspects transculturels et psychopathologiques de la migration maghrébine en France », 1990-1991, *op. cit.*, p. 325.

2. Moussaoui D., Ferrey G., *Psychopathologie des migrants*, 1985, *op. cit.*, p. 65.

3. Barros-Ferreira (de) M., « L'immigrant portugais et « son » hystérie ou l'hystérie de l'immigration », 1978, *op. cit.*, pp. 540-541.

Jusqu'à présent, nous avons pu nous faire une idée du mode d'explication des troubles psychiques observés chez les migrants sous l'angle d'une problématique liée à la différence de culture. Dans cette perspective, les sujets se trouvent aux prises avec des contradictions et des conflits de représentations et de valeurs mais cette logique de démonstration ne constitue finalement qu'une partie du problème. Le migrant ne peut être en effet considéré seulement comme porteur d'une culture car il occupe aussi une place bien singulière sur l'échiquier social : il représente l'*idéal-type* de la classe socialement disqualifiée. Et à ce titre, sa condition est bien entendu hautement pathogène. La reconnaissance de ce déterminisme social ne va d'ailleurs pas nécessairement à l'encontre de la dimension culturelle, bien au contraire. Il s'agit plutôt de porter attention aux *cadres sociaux de l'acculturation*, selon une formule chère à Bastide : la dynamique de l'acculturation peut difficilement être saisie si l'on irréalise le positionnement social des groupes en présence¹. Or les immigrés sont décrits comme étant dans une très large majorité des travailleurs exploités maintenus dans des conditions de vie déplorables, formant une classe de sous-prolétaires : défavorisés, dévalorisés et radicalement exclus du jeu social. Dans un tel contexte les contradictions culturelles sont toujours tissées de contradictions sociales et les difficultés rencontrées, constituant autant de facteurs pathogènes, doivent donc être en quelque sorte portées au carré.

Misère sociale

Les conditions de vie des migrants sont très vite apparues comme d'indéniables facteurs de vulnérabilité puisque dès 1960, F. Sanchez affirme que

« venu en France pour améliorer sa condition et celle des siens, l'Algérien s'y trouve mal adapté : habitat précaire, emploi peu ou non qualifié, restrictions alimentaires et pécuniaires, absence de vie familiale et sexuelle normale, isolement moral, superficialité des contacts sociaux, instabilité sociale et professionnelle, telles sont, en général, les principaux éléments qui rendent la situation du transplanté particulièrement traumatisante². »

Quittant son pays pour des raisons économiques, guidé par le besoin d'améliorer son existence, le migrant débarque dans un nouveau milieu n'ayant rien d'autre à lui octroyer qu'un emploi misérable et ce haut privilège de devenir l'éminent représentant d'un sous-prolétariat. Les conditions de vie qui sont les siennes sont alors suffisamment déplorables pour provoquer ce qu'Almeida nomme les « *psychosocioses* », c'est-à-dire des désordres psychiques engendrés par les bouleversements sociaux contemporains : industrialisation

1. Voir : Bastide R., « Acculturation », 1968, *op. cit.*

2. Sanchez F., *Considérations sur l'immigration du travailleur musulman algérien en France. Troubles mentaux présentés par les immigrés algériens placés dans un service d'hommes à l'Hôpital Psychiatrique de Clermont-de-l'Oise de 1952 à 1959*, Thèse pour le Doctorat en Médecine, Rennes, 1960, n° 122 ; p. 82.

massive, automatisation et routinisation du travail, déracinement, habitat vertical, vie en banlieue... Solitude, indifférence affective, insécurité, ennui, anonymat, crises d'identité et dépersonnalisation sont autant d'éléments constitutifs de ces expériences morbides :

« les migrants, eux, avant d'accéder au rang de « consommateurs », auront encore à souffrir de « psychosocioses » dues à leurs conditions misérables d'existence : logement insalubre – meublés et bidonvilles – ; travaux pénibles et dangereux ; insécurité de l'emploi – priorité en matière de licenciement et de chômage – ; etc... Tout ceci entraîne la dégradation psychologique, propice au développement de troubles du caractère, de la délinquance, de l'hébètement, de l'alcoolisme etc. Si la motivation des migrants économiques, c'est d'améliorer leur sort, le fait est que, le plus souvent, ils tombent finalement dans un autre genre de misère sociale dans les pays industrialisés¹. »

Quelques auteurs nuancent toutefois ce type de généralisation faute de données épidémiologiques suffisamment fiables. Daumézon note ainsi que la plupart des malades nord-africains hospitalisés en psychiatrie sont certes issus d'un prolétariat de bas niveau, mais leur mode de vie s'oppose tout de même nettement à celui de leurs compatriotes de même statut et *a priori* sains d'esprit². Berner et Zapotoczky estiment quant à eux que ces conditions de vie peuvent effectivement avoir une influence morbide mais elle reste difficile à évaluer. Un facteur en revanche se révèle plus significatif : la mobilité verticale vers un niveau plus bas :

« On comprend ainsi que la mobilité verticale joue un rôle plus important que l'horizontale, comme on peut le remarquer dans tous les groupes de migrants, les difficultés matérielles concrètes n'étant qu'objet de rationalisation dans ce profond ébranlement du sentiment de sa propre valeur³. »

Ce qui se trouve donc mis en avant par ces deux auteurs, ce n'est pas tout à fait la morbidité des conditions précaires ni même le simple choc culturel épinglé ici par l'expression de « *mobilité horizontale* ». Les interprétations en termes de précarité et d'écart culturel peuvent certes s'avérer pertinentes, mais à la condition de tenir compte également du changement de statut social vers le bas et ses répercussions sur le système de valeur. La question peut donc se déplacer en direction de la valeur accordée au migrant sur la scène sociale, de la place à laquelle il est malgré lui assigné.

1. Almeida (de) Z., « Les perturbations mentales chez les migrants », 1975, *op. cit.*, p. 275.

2. Daumézon G., « Transplantation et maladie mentale », 1965, *op. cit.*, pp. 130-131.

3. Berner P., Zapotoczky H.G., « Psychopathologie des transplantés », 1969, *op. cit.*, p. 149.

Disqualification sociale et culturelle

Or le migrant ne vaut justement pas grand chose aux yeux de la société d'accueil. Membre d'une classe nettement défavorisée et exclue du jeu social, le migrant participe également d'une culture globalement dévalorisée. L'acculturation est certes bien difficile lorsque les modèles culturels divergent mais les choses s'aggravent largement lorsque la culture d'origine n'est pas reconnue comme légitime :

« Face à un monde hostile, pour ne pas dire franchement xénophobe ou même raciste, le travailleur étranger se sent profondément dévalorisé par le rôle social qu'il joue et par la culture ignorée ou méprisée qu'il représente. On exige de lui qu'il renonce de gré ou de force à une partie importante de ses traditions, de ses valeurs et de ses comportements¹. »

Le migrant se confronte alors à une contradiction presque insurmontable : contraint d'abandonner ses modèles culturels initiaux jugés sans valeur, la société d'accueil entrave toutefois son accès aux nouveaux modèles en le maintenant à une place socialement disqualifiée. Et voilà le migrant écartelé entre un référentiel dévalorisé et l'autre quasiment inaccessible. Le processus d'acculturation rend donc d'autant plus vulnérable que

« la mobilisation verticale sur l'échelle des conditions sociales vient compliquer la situation en rendant les modèles culturels inaccessibles pour la grande majorité des Maghrébins. La distance économique et sociale qui sépare les modèles du sujet est source d'angoisse, de sentiments de frustration, de honte et d'infériorité². »

Cette attitude de la société d'accueil suggère d'ailleurs à Barros-Ferreira une analogie avec l'ambivalence d'une mère hystérique face à son enfant : elle le contraint à se conformer à ce qu'elle souhaite tout en invalidant systématiquement la transformation escomptée :

« L'immigré, comme l'enfant de femme hystérique, est contrôlé périodiquement – carte de séjour et de travail. Ce qui, pourtant, pour certains d'entre eux crée des vécus semblables à celui de l'enfant de femme hystérique, est ce qui lui est refusé dès lors qu'il s'imaginait pouvoir l'acquérir : refus de carte de travail et de séjour, refus de le laisser voter, refus de la naturalisation... [...]. En tant que refusé, l'immigré n'a d'autre solution que celle de s'enfermer dans le monde du travail et de la famille (s'il en a une), et d'économiser le plus possible pour repartir dans son pays où il pense retrouver ce qui lui manquait dans le pays d'accueil : l'estime, son langage et sa citoyenneté³. »

1. Almeida (de) Z., « Les perturbations mentales chez les migrants », 1975, *op. cit.*, p. 257.

2. Scotto J.C., Luccioni H., Liauzu J.P., Pin M., Trouvé J.N., « De la perte d'identité à l'invalidation chez le travailleur immigré », 1982, *op. cit.*, p. 636.

3. Barros-Ferreira (de) M., « L'immigrant portugais et « son » hystérie ou l'hystérie de l'immigration », 1978, *op. cit.*, p. 542.

L'hystérie bâtarde de l'immigré peut dès lors être comprise comme le cri de désespoir d'un enfant à l'adresse d'une mère toute-puissante afin d'attirer son attention, sa reconnaissance et peut-être même son amour... Par ailleurs, outre le refuge dans la maladie, Barros-Ferreira indique ici deux autres stratégies pouvant être mises en œuvre en réaction à cette attitude du milieu d'accueil : l'investissement dans le travail et le repli familial. Nous laisserons pour l'instant de côté le premier pour nous focaliser sur le second.

Le repli familial peut d'abord être abordé dans la perspective plus générale du regroupement communautaire. Or nombre d'auteurs ont souligné que l'insertion dans un groupe de compatriotes pouvait, au moins dans les premiers temps, atténuer les difficultés liées à l'acculturation en offrant la possibilité d'un maintien des habitudes et des mœurs du milieu d'origine. De plus, l'investissement des liens communautaires apparaît bien souvent proportionnel à l'intensité du rejet de la part du nouveau milieu. Néanmoins,

« l'attachement trop étroit à un groupe, surtout s'il dégénère en un milieu maintenant continuellement en vie des préjugés, peut freiner ou même carrément empêcher l'assimilation, ce qui comporte des risques importants pour la santé mentale [...]¹. »

De même lorsque le migrant est accompagné de sa famille, l'isolement si problématique s'estompe peu à peu, d'autant que la solidité du milieu familial garantit une certaine stabilité. Néanmoins l'investissement de la cellule familiale peut parfois être tellement exclusif qu'il en vient à compromettre gravement les échanges avec l'extérieur et, de fait, l'intégration. Mais cette cellule familiale court un autre risque, bien plus important : celui de sa déstructuration. Celle-ci commence toujours par la remise en cause de l'autorité traditionnellement incontestable du chef de famille : l'épouse apprend le français, jette l'habit traditionnel, se met à sortir, souhaite travailler et ose même parfois exiger le divorce en cas de conflit conjugal. Quant aux enfants, confrontés au délitement de la structure familiale, ils glissent progressivement dans *le syndrome de carence d'autorité*² si manifeste dans leurs conduites de déviance, de délinquance, de toxicomanie, d'échec scolaire, de tentatives de suicide etc. Or cette déstructuration ne semble pouvoir se comprendre qu'au regard du statut social dorénavant occupé par le père :

« Il est dévalorisé d'abord par les données objectives que constituent ses difficultés linguistiques, son travail déshumanisant, son manque de connaissance des lois et des habitudes. Mais il est surtout atteint dans sa capacité de représenter le groupe familial à l'extérieur par l'exercice partagé des responsabilités collectives. L'échec de sa socialisation le prive de son identité de rôle et de statut et « annule sa parole ». Aucune validation

1. Berner P., Zapotoczky H.G., « Psychopathologie des transplantés », 1969, *op. cit.*, p. 147.

2. Scotto J.C., Antoni M., Dravet A., Frot N., Pin M., Warnery F., « Santé mentale et migration : aspects actuels », 1990, *op. cit.*, pp. 1002-1003.

sociale ne vient plus authentifier la tradition qu'il veut transmettre et le respect absolu qu'il exige pourtant au nom de celle-ci¹. »

Il ne serait pas rare alors de voir ce père discrédité faire preuve d'un autoritarisme et d'un traditionnalisme ne réussissant qu'à accentuer toujours davantage l'éloignement de l'épouse et des enfants. Et cette tentative désespérée de recouvrer son statut cèdera progressivement la place à la démission et au syndrome dépressif.

Analphabète, fruste, isolé, sous-alimenté, mal logé, inadapté, marginalisé, incompris, rejeté, dévalorisé, méprisé, exploité, impuissant, désorienté, disqualifié... La seule fortune dont dispose encore le migrant semble réduite à son corps comme outil et force de travail, ultime rempart avant de sombrer définitivement dans le non-être. Que se passe-t-il alors lorsque le statut de ce corps est lui-même violemment remis en cause par l'accident ou la maladie ? C'est à partir de cette hypothèse d'une existence sociale suspendue au bon état de marche d'un corps-pour-le-travail que plusieurs auteurs vont désormais aborder les fameux troubles d'allure psychosomatique régulièrement épinglés sous le terme de *sinistrose*.

D'un corps en ruine en quête de reconnaissance

Si le migrant n'a finalement pas d'autre légitimité sociale que l'exploitation de sa force de travail par la société d'accueil, tout ce qui vient porter atteinte au corps constitue *ipso facto* la négation radicale d'une identité sociale, celle de travailleur immigré. Or si l'on adopte à l'instar de Tahar Ben Jelloun le point de vue d'une théorie critique, l'accident du travail ou la maladie peuvent alors faire l'objet d'une interprétation symbolique en termes de contestation inconsciente d'un système d'exploitation, refus de participer davantage à un jeu dont les règles visent à maintenir l'aliénation :

« Contre leur solitude physique et psychologique, contre tout un système qui les exploite et les aliène, certains répondent par l'accident du travail. Cela ne signifie nullement que la victime d'un accident de travail en porte elle-même la responsabilité, qui incombe entièrement au système d'exploitation de l'homme par l'homme. [...] Ces travailleurs refusent le contrat qui consiste pour eux à vendre leur force de travail. Ce refus ne se fait pas ouvertement, mais passe par un détour. Ils refusent un contrat social qui les exclut de toutes les manières². »

Ayant perdu des repères culturels eux-mêmes en pleine mutation dans le pays d'origine, représentants d'une culture méprisée, exclus de la culture de la société d'accueil, réduits à

1. Scotto J.C., Luccioni H., Liauzu J.P., Pin M., Trouvé J.N., « De la perte d'identité à l'invalidation chez le travailleur immigré », 1982, *op. cit.*, p. 637.

2. Ben Jelloun T., *La plus haute des solitudes. Misère sexuelle d'émigrés nord-africains*, Paris, Seuil, coll. Combats, 1977 ; p. 62.

une force de travail consommable, les migrants se transforment parfois en révolutionnaires discrets et solitaires, dénonçant l'injustice et la domination par la destruction de leur seul outil de travail : leur corps. L'accident et le refus d'accepter la guérison des blessures viennent donc signifier à tout un système une mort sociale, le meurtre d'un statut que l'on ne saurait endosser plus longtemps.

Une position voisine, quoique moins portée à l'idéalisation de l'esthétique révolutionnaire, est adoptée par un groupe de travail réuni autour de J.C. Scotto. Dans une perspective fortement marquée cette fois par les travaux du sociologue Abdelmalek Sayad¹, la maladie, l'atteinte à l'intégrité du corps, vient ici révéler les contradictions liées au statut de travailleur immigré :

« Aussi est-ce à l'occasion de la *maladie* (ou de l'accident) et de ses suites que se donnent le mieux à voir les contradictions constitutives de la condition même de l'immigré. Parce que l'immigré n'a de sens, à ses propres yeux et aux yeux de son entourage et parce qu'il n'a d'existence, à la limite, que par le travail, la maladie par elle-même, mais peut-être plus encore par la vacance qu'elle entraîne, ne peut manquer d'être éprouvée comme la négation de l'immigré². »

Cette négation de l'immigré, réalisée par l'accident ou la maladie, vient révéler une crise d'identité pré-existante masquée par un mensonge social : l'immigration ne tient que par la méconnaissance du dispositif de domination qui l'a produite, de même que l'immigré n'a d'existence sur la scène sociale qu'à la condition de méconnaître son aliénation dans le travail. Et tout comme chez Ben Jelloun,

« c'est comme si le malade refusait de jouer plus avant un jeu social dont il aurait découvert que pour lui les règles sont faussées ou par trop défavorables. Il ne s'agit bien sûr pas d'un refus conscient comme certains s'obstinent à le croire en faisant du malade un simulateur ou un paresseux, mais au contraire le résultat d'un travail largement inconscient [...]»³.

Toutefois les potentialités révolutionnaires de l'accident laisse ici la place à un processus de reproduction : l'identité sociale de travailleur n'étant plus viable – elle ne l'a d'ailleurs jamais été – le migrant cherchera ailleurs la reconnaissance sociale : dans le statut de malade. La maladie comme négation de l'identité indique paradoxalement la voie pour en acquérir une

1. Sayad A., *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Paris, Seuil, coll. Liber, 1999. Voir notamment le chapitre 9 intitulé *La maladie, la souffrance et le corps* (pp. 257-303) ; reproduction d'un article initialement publié en 1981 dans la revue *Psychologie médicale*, sous le titre *Santé et équilibre social chez les immigrés*.

2. *Ibid.*, p. 260.

3. Trouvé J.N., Liauzu J.P., Calvet P., Scotto J.C., « Aspects pratiques des soins en milieu psychiatrique chez les patients immigrés », 1984, *op. cit.*, pp. 38-39.

nouvelle : du corps-pour-le-travail au corps-pour-la-médecine. La reconnaissance sociale par la maladie n'est alors possible qu'à s'assurer d'une guérison impossible et pourtant sans cesse revendiquée. L'immigré reproduit donc à son insu, avec le concours de l'institution médico-psychiatrique, sa condition fondée sur la contradiction : la négation du statut de malade par le corps médical assure paradoxalement son maintien. Les retombées cliniques de cette situation deviennent alors rapidement insurmontables puisque toute manœuvre thérapeutique entretient la maladie davantage qu'elle ne la résout. La désocialisation, la marginalisation, le rejet de la part l'entourage, de la famille et bientôt des médecins entreront à leur tour au service du processus morbide, avec le risque d'aboutir à une chronicisation catastrophique et désespérée.

Pour terminer, il convient d'insister sur la valeur de modèle que prend cette analyse des conséquences désastreuses de l'atteinte à l'intégrité du corps-pour-le-travail. Elle ne saurait en effet être spécifique car tout événement venant, d'une manière ou d'une autre, remettre en cause le sentiment d'identité du migrant porte en lui le risque d'un grave déséquilibre. La moindre crise dans l'itinéraire de l'immigré (chômage, maladie, accident, infraction, conflit avec la famille ou toute autre personne de l'entourage...) touche nécessairement à son identité même d'immigré, et

« si chacune de ces crises produit sur son système de comportement et son système de représentations des effets qui confinent à la pathologie, c'est sans doute parce qu'elle n'est pas seulement une crise dans l'environnement extérieur de la personne mais une crise interne à la personne, une crise dans le statut qui la définit et qui lui est entièrement imposé de l'extérieur¹. »

Nous voici arrivés au terme de la reconstitution des principaux éléments culturels et sociaux composant autant de facteurs significatifs de vulnérabilité. Une telle mise en série ne saurait bien entendu dissimuler la disparité flagrante des modes d'explication, comme en témoigne entre autres la teneur des débats évoqués au fur et à mesure de l'exposé. Cependant il n'est pas exagéré d'affirmer que la grande majorité de ces auteurs a recours à une pensée en quelque sorte cumulative : la démonstration procède bien souvent d'une juxtaposition de facteurs comme si la vulnérabilité des migrants devait être appréhendée à l'image d'un cumul de handicaps, culturels (l'acculturation) et sociaux (la disqualification sociale). Ainsi pour ne donner qu'un exemple, le précédent article de Trouvé et ses collaborateurs déploie une analyse psychopathologique essentiellement fondée sur les contradictions sociologiques du statut d'immigré et, dans le même temps, souligne l'importance des travaux de Berthelier visant à articuler le symptôme avec les références ethniques du sujet. Dans cette perspective,

1. Sayad A., *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, 1999, *op. cit.*, p. 303.

aliénation sociale et acculturation ne constituent en rien des modes d'analyse antinomiques : ils s'additionnent bien plus qu'ils ne s'opposent.

Reste alors, comme nous l'annoncions au début de cette partie, à élucider le rapport entre cet assemblage plutôt hétéroclite dont la composition varie sensiblement d'un auteur à l'autre, et la variable « individu » ou « personnalité » car lui seul permettrait *a priori* de saisir précisément l'impact pathogène de la transplantation. Mais afin de circonscrire plus finement le problème posé par l'écriture de ce rapport, nous expliciterons tout d'abord les projets thérapeutiques mis en place dans le cadre de cette clinique à l'épreuve de la migration.

[3.4] Instance des thérapeutiques

Nous avons précédemment pu prendre la mesure des nombreuses difficultés rencontrées par les cliniciens au sein d'une relation thérapeutique essentiellement fondée sur le malentendu. Symptômes indéchiffrables, absence de communication faute d'une langue commune, méconnaissance de la culture d'origine, soumission absolue à la toute-puissance du soignant... Malgré tout le souci de prise en charge mène à l'élaboration de projets de soin, de propositions thérapeutiques que nous allons dorénavant expliciter plus en détail. Quels sont les objectifs fixés et les moyens nécessaires pour venir en aide aux « migrants malades mentaux » ? En parfait accord avec la conception étiologique des troubles, le projet général aura une visée adaptative : seule l'action en faveur d'une adaptation satisfaisante au nouveau milieu représente une voie d'accès à la guérison.

[3.4.1] Rapatriements sanitaires

Si en 1952, Alliez et Decombes considéraient le rapatriement dans le pays d'origine comme la seule solution favorable, celle-ci demeure toutefois particulièrement problématique et controversée. On est effectivement bien loin de cette époque où les migrants malades mentaux devaient nécessairement être expulsés du territoire car jugés incurables, encombrants et contre-productifs. Certes on trouvera toujours quelques auteurs à considérer cette solution comme idéale, à l'image d'un R. Groselle qui, en 1980, voit en elle l'unique moyen de réparer les préjudices de l'immigration en réimplantant le malade dans un « univers socio-culturel à sa mesure¹ ». Cependant le rapatriement est davantage vécu par la majorité des cliniciens comme une solution de facilité et le signe d'un échec de toutes les

1. Groselle R., *Le « Mal-partout » chez les immigrés maghrébins : entité médicale ou socio-culturelle ?*, Thèse pour le Doctorat en Médecine, Marseille, 1980, n°151 ; p. 55.

tentatives thérapeutiques mises en place jusque là ; ultime réponse bien embarrassante face à l'absence d'amélioration de l'état du patient :

« Bornons-nous ici à souligner qu'il est indispensable avant tout rapatriement de sujets transplantés que les différentes possibilités thérapeutiques existant en France aient été utilisées dans le but d'une réinsertion en envisageant avec clarté la situation des possibilités thérapeutiques encore insuffisantes dans le pays d'origine¹. »

Almeida conseille lui aussi d'aborder cette question avec circonspection² : il convient d'apprécier finement la pathologie du patient, d'évaluer ses capacités d'adaptation en fonction de l'évolution future de sa situation socio-économique : promotion sociale éventuelle ou, au contraire, maintien des conditions de vie actuelles. Mais le rapatriement pose un autre type de problème que celui d'un échec thérapeutique ressenti par le clinicien : la réaction des patients à ce genre de prescription. La plupart des auteurs notent en effet que celle-ci est en général perçue, de manière bien légitime, comme le témoignage d'un rejet de la part de l'institution soignante et, plus globalement, de la société d'accueil. Certains préféreront alors proposer des séjours de convalescence dans le pays d'origine.

[3.4.2] Psychothérapies

D'un avis unanime, la relation clinique est suffisamment problématique et ponctuée d'incohérences pour compromettre sérieusement tout projet de psychothérapie auprès d'un migrant. Le premier élément incriminé est bien sûr la barrière linguistique quoique, nous l'avons déjà signalé, le recours à la langue maternelle soit souvent mal perçu par le patient qui préfère s'exprimer, même maladroitement, dans la langue du pays d'accueil. Un deuxième élément correspond à la différence des référents culturels entre le patient et le thérapeute, différence qui nuit trop souvent à la compréhension réciproque faute d'un code commun.

Une autre dimension du problème relève du processus même de la psychothérapie, dont les objectifs s'accorderaient mal à la situation des migrants. Selon Moussaoui et Ferrey, et ces remarques seraient valables pour un migrant maghrébin comme pour un paysan français originaire du terroir, le patient n'est guère habitué à parler de lui à la première personne et

1. Benadiba M., Adjedj J.P., Horber M., Sichel J.P., « Quelques problèmes particuliers posés par la pathologie mentale des transplantés nord-africains », 1980, *op. cit.*, p. 93.

2. Almeida (de) Z., « Les perturbations mentales chez les migrants », 1975, *op. cit.* ; et Almeida (de) Z., Alzuetta A., Calvet M., et al., « Rapatriements sanitaires des immigrés pour motifs psychiatriques », *L'Information Psychiatrique*, 1974, 50, 3 : 281-292.

l'invitation à associer librement ne va pas de soi. La psychothérapie devra dès lors rester en surface, procéder par ré-assurance et consolidation, renforcer les

« quelques plages de plaisir à vivre, qui surnagent au-dessus de ce qui est parfois le marécage de l'exil et de la souffrance¹. »

Dans un même ordre d'idée, Barros-Ferreira estime que

« la psychothérapie est difficile à pratiquer lorsque nous nous adressons à des sujets de niveau d'instruction bas ou nul. Il est pourtant toujours possible de poursuivre un tête-à-tête prolongé, à condition de ne pas être pressé ou trop exigeant². »

L'auteur préconise donc de s'éloigner du modèle standard des psychothérapies d'inspiration psychanalytique car il reste trop dépendant de capacités d'abstraction suffisamment développées pour « *accéder au sens et au symbolique* ». Nul espoir alors de découvrir homosexualité latente et autre complexe d'Œdipe si l'on ne change pas de méthode, si l'on ne trouve pas un langage de substitution tel que, dans la pratique de l'auteur, le Rêve Éveillé Dirigé. L'emploi de cette technique n'est toutefois pas évidente elle non plus, le patient ayant du mal à concevoir que l'on puisse « rêver éveillé » et ne saisissant pas son éventuel intérêt tandis que le clinicien, dirigeant les séances d'une main de fer, doit se livrer à une véritable « *bataille d'usure* » pour obtenir le matériel clinique adéquat...

La pertinence de la psychothérapie peut même se trouver radicalement contestée car elle n'offrirait en rien une réponse aux problèmes des migrants. Ainsi, soulignant d'abord qu'aucune forme de psychothérapie ne peut prétendre à l'universel, Ben Jelloun en arrive à la conclusion que

« la psychothérapie, quelle que soit la bonne volonté de ceux qui la pratiquent, apparaît dans de tels cas non seulement dépassée, mais tout simplement inutile, car le mal a son origine dans la vie quotidienne, dans les rapports quotidiens. Nous n'avons pas à rechercher de causes lointaines et obscures pour expliquer un trouble³. »

Ce dernier trouve d'abord son explication dans le sort réservé aux immigrés dans la société d'accueil, dans le racisme et le système d'exploitation qui la caractérise. Dans ce cadre, seuls des remèdes sociaux sont vraiment en mesure d'apporter une réponse aux difficultés psychologiques que rencontrent ces patients.

1. Moussaoui D., Ferrey G., *Psychopathologie des migrants*, 1985, *op. cit.*, p. 87.

2. Barros-Ferreira (de) M., « Psychothérapie des immigrés portugais », 1987, *op. cit.*, p. 209.

3. Ben Jelloun T., *La plus haute des solitudes. Misère sexuelle d'émigrés nord-africains*, 1977, *op. cit.*, p. 99.

[3.4.3] Remèdes sociaux

Il faut entendre par « remèdes sociaux » tous les projets thérapeutiques qui visent à améliorer la condition des migrants. Ces derniers sont en effet aux prises avec des difficultés d'ordre socio-culturel et c'est sur ce terrain là que doit se situer l'action afin de favoriser l'adaptation progressive et, idéalement, l'intégration à la société d'accueil. Ainsi, il faudra tout d'abord lutter contre l'isolement et pour ce faire, Berthelie propose en 1966 de

« recréer un milieu protégé, sécurisant, réalisant une image approchée de la mechtah d'origine¹. »

Il soutient d'ailleurs pleinement une solution envisagée par le ministère des rapatriés de l'époque : la création de chantiers de forestage, hameaux isolés abritant une douzaine de familles de même origine et dont l'encadrement serait assuré par une monitrice européenne et un officier de carrière. Un tel dispositif permettrait alors de sensibiliser progressivement une population à un type de civilisation radicalement différent. Toutefois, beaucoup d'auteurs soulignent que ce type de regroupement communautaire peut parfois devenir problématique lorsqu'il favorise la constitution de véritables ghettos, risquant d'isoler totalement le groupe et de rompre tout échange avec le milieu. Un autre moyen de lutte contre l'isolement est de maintenir les liens familiaux, soit par des séjours réguliers dans le pays d'origine, soit en permettant le regroupement familial.

S'il est par ailleurs indispensable d'offrir aux migrants la possibilité d'apprendre le français et de comprendre la culture du pays d'accueil, il faudra aussi lutter contre les attitudes de rejet, voire de xénophobie, dont font malheureusement preuve certains secteurs de la société. Il sera nécessaire enfin d'améliorer les conditions matérielles de vie, permettre l'accès à des formations professionnelles, favoriser les démarches auprès des Pouvoirs Publics, des syndicats, de l'aide sociale, de la santé, des employeurs etc., en vue d'une authentique réhabilitation sociale. Si l'ensemble de ces mesures participent manifestement de l'arsenal thérapeutique, ce sont elles également qui se trouvent convoquées lorsque l'on aborde le chapitre « prévention », qui est surtout l'occasion pour les psychopathologues de la migration d'insister sur les limites de leur compétence, comme l'illustrent ces quelques citations :

« La première tâche authentiquement soignante serait du registre sociopolitique et ne relève pas stricto-sensu de la compétence du psychiatre². »

1. Berthelie R., *Incidence psychopathologique de la transplantation dans une population musulmane*, 1966, op. cit., p. 47.

2. Mounier B., *Algérie, algériens et transplantés. Considérations ethnologiques et sociologiques. Aperçu psychopathologique et psychiatrie*, 1974, op. cit., p. 173.

« Tandis que Barrès soulignait les effets néfastes [du déracinement], Gide en vantait la puissance créatrice. Nous croyons que l'un et l'autre ont raison : tout dépend de la politique d'immigration¹. »

« L'essentiel est sans doute à trouver dans la prévention, non pas une prévention immédiate, individuelle [...] mais surtout dans une analyse globale du problème de l'immigration dans ses aspects socio-économiques et politiques. Cette analyse ne peut être le fait du seul psychiatre². »

Tout se passe donc comme si la psychopathologie des migrants se confrontait finalement à une problématique située hors de son champ de compétence et d'exercice. Une telle conclusion pourrait sembler quelque peu paradoxale au regard de l'incroyable production de savoir qu'un tel objet a pu susciter. Les troubles psychiques des migrants peuvent certes être passionnément répertoriés, classés, expliqués, pris en charge, mais le problème est toujours ailleurs : le regard psychopathologique ne saurait garantir à cet objet-limite une consistance propre qu'à la condition de le projeter dans un autre champ et donc dans un autre texte : culturel, social, économique, politique... Et si la psychopathologie des migrants en arrive ainsi à se désapproprier de l'objet qui pourtant paraît la justifier, c'est en raison même du mode de construction par lequel elle a tenté de le faire émerger.

[3.5] Aux portes du sanctuaire

« Il convient de dire que, *bien entendu*, la réalité et le vécu de la transplantation diffèrent selon les individus ; chaque personnalité, chaque histoire sont dans une certaine mesure particulières. Mais dans une certaine mesure seulement³. »

Il est temps maintenant d'aborder le fameux problème de l'individu ou de la personnalité pensé en tant que facteur en interaction avec le milieu, l'environnement socio-culturel. Nous avons à plusieurs reprises signalé l'importance qui lui accordent les psychopathologues de la migration pour rendre compte de l'étiologie des troubles psychiques, mais également le traitement bien particulier dont il va faire l'objet. Pour l'annoncer de manière radicale : ils n'ont *presque* rien à en dire. Et nous souhaitons montrer que cet impensable, qui reste à définir plus précisément, est d'une part un produit du rejet inaugural de la prédisposition et, d'autre part, le motif principal de cette curieuse désappropriation d'un objet censé assurer au domaine de recherche sa consistance.

1. Almeida (de) Z., « Les perturbations mentales chez les migrants », 1975, *op. cit.*, p. 280.

2. Trouvé J.N., Liauzu J.P., Calvet P., Scotto J.C., « Aspects pratiques des soins en milieu psychiatrique chez les patients immigrés », 1984, *op. cit.*, p. 44.

3. Le Guillant L., « Psychopathologie de la transplantation », 1960, *op. cit.*, p. 3439. Nous soulignons.

[3.5.1] Position du problème

Commençons par restituer le trajet pour le moins sinueux qui nous a mené d'une nosographie à la déroute à une individualité impensable. N'entrant jamais dans les cadres nosographiques établis, ce qui se donne à voir au clinicien résiste à l'intelligibilité, à la lisibilité. Cette situation est elle-même le reflet d'une relation clinique essentiellement fondée sur le malentendu et le dispositif clinique s'ordonne alors autour d'un manque de compréhension qu'il va s'agir de combler. Les conditions sont certes réunies pour engager un authentique *dialogue de sourds* mais nous avons préféré faire le pari que ces psychopathologues de la migration entendent tout de même quelque chose dans la parole des migrants et, à partir de là, sont en mesure de reconstituer un texte enfin lisible, d'accéder à un code susceptible de résoudre l'énigme de départ. Or ce qui d'abord entendu, ce sont des difficultés d'adaptation liées à la condition de migrant, cette dernière étant située au croisement du culturel et du social. Il s'agit alors de procéder à une transcription particulière des signes dans ce même code culturel et social : écart et conflit de culture, spécificités culturelles propres au milieu d'origine, misère sociale, disqualification, contestation et recherche d'un statut etc. Et en cohérence avec ceci, l'acte thérapeutique devra en tout premier lieu privilégier l'action sociale et la réhabilitation, c'est à dire traiter un problème qui finalement ne relèverait plus de la compétence et de l'exercice des cliniciens.

Au bout du chemin se profilerait donc un léger doute quant à la consistance de l'objet de connaissance. C'est que l'énigme de départ n'a certainement pas été résolue mais plutôt déplacée. On sait désormais lire l'atypicité des signes dans le texte d'un ensemble de dispositions socio-culturelles envisagées en tant que facteurs de vulnérabilité, mais à une condition : s'interdire de penser le problème de l'individu ou de la personnalité. Autrement dit s'interdire l'accès au *sanctuaire*, à cet objet que Mauss consentit à céder à la psychologie dans l'espoir, un brin cynique, de pacifier les liaisons trop dangereuses nouées entre cette discipline et la sociologie :

« Nous sommes les premiers, ayant le sens du droit, à vouloir respecter vos bornes, et il suffit qu'il y ait, petit ou grand, un élément de conscience individuelle, pour légitimer l'existence d'une discipline qui lui soit consacrée, individuelle. D'ailleurs, nous ne songeons pas à la nier. Même lorsque l'esprit de l'individu est entièrement envahi par une représentation ou une émotion collective, même lorsque son activité est entièrement vouée à une œuvre collective : haler un bateau, lutter, avancer, fuir dans une bataille, même alors, nous en convenons, l'individu est source d'action et d'impression particulières. Sa conscience peut et doit être, même alors, l'objet de vos considérations, et nous-mêmes sommes tenus d'en tenir compte. Car quel que soit le pouvoir de suggestion

de la collectivité, elle laisse toujours à l'individu un sanctuaire, sa conscience, qui est à vous¹. »

Transposé au problème qui nous préoccupe ici, un tel don conceptuel risque fort d'ébranler tout un édifice laborieusement construit et par conséquent, mieux vaut déposer son objet en un lieu que nul n'aurait l'audace de traverser sans quelque appréhension. Les seuls termes d'« individu », de « personnalité » ou même de « conscience » restent néanmoins un peu vagues pour cerner ce dont il s'agit. Nous emprunterons donc les premiers éléments d'une définition plus précise – sans toutefois aller trop vite – à R. Rechtman, via sa relecture des thèses de Lévi-Strauss sur l'efficacité symbolique :

« [...] même là où la contrainte sociale semble la plus pesante sur les formes d'expression de la Pensée, la leçon structurale qui se dévoile dans « Le sorcier et sa magie » et dans « L'efficacité symbolique » nous invite à conclure que la singularité individuelle ne saurait s'y réduire. La portée clinique de cette innovation mérite encore que l'on s'y attarde. Elle nous permet de rendre à l'individu la part qui lui revient pour affirmer sa différence par rapport au groupe auquel il appartient. C'est dans un certain rapport dialectique entre l'individu et le groupe, tous deux nécessairement joints et pourtant distincts, que réapparaît l'espace subjectif de chacun dont la clinique pourra rendre compte². »

En cohérence avec Mauss, l'individu désigne ici un point d'irréductibilité au registre d'une détermination collective ou groupale et en conséquence, il doit davantage être envisagé comme entretenant un rapport à ce registre de détermination. En d'autres termes, un tel individu ne saurait en aucun cas être considéré dans la clinique en tant qu'informateur ou *porte-parole d'un fait social* – pour reprendre une juste expression des Ortigues³. Il s'agirait bien au contraire d'interroger le type de rapport qu'entretient cet individu au fait social en question, ce qui implique *de facto* le maintien d'un certain écart entre l'un et l'autre. Dans la perspective d'une psychopathologie de la migration, la question serait donc celle du rapport qu'entretient l'individu à sa condition de migrant entendue comme point de convergence de multiples facteurs socio-culturels de vulnérabilité. Et nous allons à présent tâcher d'illustrer en quoi un tel rapport demeure radicalement impensable : l'individu peut certes être reconnu ici en tant que variable réagissant à une situation sociale mais une fois cette reconnaissance établie, rien ne permet de lui octroyer la moindre épaisseur.

1. Mauss M., « Rapports réels et pratiques de la psychologie et de la sociologie » (1924), in Mauss M., *Sociologie et anthropologie* (1950), Préface de C. Lévi-Strauss, Paris, Presses Universitaires de France, coll. Quadrige, 1983 : 281-310 ; p. 290.

2. Rechtman R., « De l'efficacité thérapeutique et « symbolique » de la structure », *L'Évolution Psychiatrique*, 2000, 65 : 511-530 ; p. 529.

3. Ortigues M.C., Ortigues E., *Edipe africain*, 1973, *op. cit.*, p. 62.

[3.5.2] L' « individu », de la reconnaissance à l'impensable

La question du facteur « individu » a d'abord partie liée avec celle du déclenchement, elle-même proportionnelle au degré présumé de vulnérabilité. Or les migrants constituent une population à haut risque car ils sont particulièrement fragilisés par la migration et les difficultés d'adaptation qu'une telle expérience ne manque pas de provoquer. L'équilibre social et culturel est éminemment instable et risque donc de rompre à tous moments. Mais on ne peut attribuer au seul choc migratoire le rôle de facteur déclenchant, d'autant que les véritables troubles apparaissent en général plusieurs mois après l'arrivée dans le nouveau milieu. Si les pathologies observées chez les migrants sont bien réactionnelles, il faudrait davantage situer leur déclenchement dans le cours même du processus d'adaptation, dans une accumulation progressive de difficultés adaptatives fragilisant de plus en plus le terrain. Et alors un événement surgit, rompt l'équilibre et précipite la pathologie. Pour certains auteurs comme Scotto, à la suite de Sayad, l'événement en question (accident, maladie, chômage...) remet gravement en cause l'identité sociale déjà bien précaire d'immigré tandis que pour d'autres, il peut s'agir d'un événement quelconque mais qui là encore, rencontre un terrain déjà lourdement menacé d'effondrement. Ainsi,

« la plupart des troubles névrotiques, dépressifs, voire psychotiques, prennent volontiers un aspect psycho-réactif, réactionnel à un événement ou à un traumatisme psychique ou physique, tout en sachant que l'importance réelle du traumatisme subi est difficile à apprécier avec précision chez des sujets déjà fragilisés par la transplantation. Quoiqu'il en soit il est évident que la condition du migrant, avec isolement et sentiment d'insécurité, va être une caisse de résonance amplifiant la moindre maladie somatique ou psychique¹. »

La vulnérabilité socio-culturelle est donc des plus évidentes et c'est bien elle qui favorise la survenue des troubles psychiques. Toutefois la majorité des auteurs reconnaît que cet ordre de détermination n'est pas suffisant : il faut lui adjoindre les particularités propres à chaque individu, la manière dont une personnalité va singulièrement réagir à la situation. Or tout le problème consiste maintenant à rendre compte de cette personnalité autrement que dans les termes d'une prédisposition morbide si l'on souhaite démontrer l'impact pathogène de la migration. Bref, il va falloir envisager une dialectique entre l'actualité d'une condition sociale pathogène et un individu en quelque sorte vierge de toute aspérité organique et/ou psychique. Et une telle tâche s'avère rapidement impossible car aucun modèle ne se révèle apte à fournir à cette variable individuelle un quelconque fondement. Celle-ci sera dès lors toujours réduite à un *presque* rien, à une brève mention n'appelant aucune considération comparable à celles envers les facteurs socio-culturels de vulnérabilité. Ainsi, à l'évocation

1. Bensmail B., « Notes sur les aspects transculturels et psychopathologiques de la migration maghrébine en France », 1990-1991, *op. cit.*, p. 314.

d'un incontestable *mode réactionnel propre à chacun*, Pélicier s'interroge brièvement sur l'existence d'un

« facteur d'aisance adaptative qui justifie les écarts considérables dans la réussite observée chez les transplantés qui au début se trouvaient dans des conditions analogues. Le caractère, affecté des signes de l'extraversion, de l'introversion, de la schizothymie, le style et la robustesse de la personnalité influent certes sur les conduites. La familiarité avec le pays d'accueil, même théorique ou analogique, apparaît favorable à la réinsertion¹. »

L'individu n'endossera donc ici que la maigre consistance de quelques traits, un style et une force de caractère permettant peut-être de comprendre en partie pourquoi tous, loin de là, ne décompensent pas... Bien plus récemment, on trouvera chez Scotto et ses collaborateurs un questionnement assez similaire :

« la *capacité adaptative* de l'individu transplanté ne peut manquer d'être mise à rude épreuve. Le plus admirable est que la plupart déjouent les difficultés, surmontent les obstacles et, finalement, le plus souvent au prix de durs renoncements, réussissent leur migration². »

L'étonnante capacité de nombreux migrants à ne pas sombrer dans la folie est ici d'autant plus admirable que la somme de leurs handicaps laisserait pourtant présager de tout le contraire. Mais on peinera à situer ailleurs que dans la condition de migrant une interprétation de ce constat : le succès réside bien sûr dans la réussite sociale et la lutte contre la dévalorisation de l'image de soi produite par la migration. Tout se passe donc comme si l'étonnante marge de variabilité individuelle face à une condition sociale à haut risque ne pouvait trouver d'explication en dehors de cette condition elle-même.

Un autre indice de l'impensable individualité nous est fourni par Almeida, qui ne l'envisage que dans la *pathologie d'apport*, c'est-à-dire une pathologie indépendante de la migration elle-même survenant chez des individus prédisposés. Tandis que l'authentique *pathologie de la transplantation* procède de mécanismes communs à tous les migrants, quelles que soient leurs caractéristiques tant culturelles que personnelles. Par ailleurs, les heureux hasards de la lecture nous ont permis de reconnaître dans la conclusion de son article majeur sur *Les perturbations mentales chez les migrants*, une appropriation pour le moins étonnante de certains propos de Bastide – appropriation ayant valeur d'illustration exemplaire du sort réservé à l'idée d'une variabilité individuelle. En effet, dans un passage de sa *Sociologie des*

1. Pélicier Y., « Aperçus généraux sur la psychologie des transplantés », 1964, *op. cit.*, p. 2720.

2. Scotto J.C., Antoni M., Dravet A., Frot N., Pin M., Warnery F., « Santé mentale et migration : aspects actuels », 1990, *op. cit.*, p. 1002.

maladies mentales, Bastide souligne la querelle opposant Barrès et Gide à propos du déracinement, connue sous le titre de *La querelle du peuplier* :

« En fait Barrès qui souligne les effets néfastes du déracinement et Gide qui voit en lui la condition *sine qua non* de l'originalité créatrice, ont raison l'un et l'autre, *tout dépend des prédispositions* [...]¹. »

Et sous la plume d'Almeida, cette étrange citation déjà mentionnée :

« Tandis que Barrès soulignait les effets néfastes [du déracinement], Gide en vantait la puissance créatrice. Nous croyons que l'un et l'autre ont raison : *tout dépend de la politique d'immigration*². »

L'anecdote est certes amusante mais il est surtout édifiant de constater qu'un sociologue convaincu puisse évoquer la prédisposition là où l'un des plus éminents spécialistes de la psychopathologie des migrants ré-écrit le passage dix ans plus tard en substituant à cette prédisposition la politique d'immigration. Ceci démontrera à nouveau l'urgence pour Almeida d'évincer une bonne fois pour toutes la première hypothèse pour fonder la seconde mais ce rejet de la prédisposition a un prix, quoique sans doute modique pour l'auteur : celui d'un recollement définitif de la variabilité individuelle au seul contexte de la migration. Il n'y a plus aucun écart possible entre l'individu et sa condition sociale, sauf à déceler chez le premier une prédisposition qui réduirait du même coup la seconde au statut de non-événement.

Si Almeida est très certainement l'auteur le plus radical dans son traitement de la variable « individu », d'autres auteurs se révèlent tout de même, à l'image de Pélicier et Scotto, un peu plus nuancés sans toutefois paraître mieux armés que leurs collègues. Il en est ainsi de Moussaoui et Ferrey, rappelant au lecteur qu'insister sur

« la différence culturelle du comportement, sur la condition difficile d'exil en proie à l'inexorable processus d'acculturation ne peut faire oublier que le migrant, être en situation de transplanté comme des millions d'autres, n'est pas que migrant. Il est d'abord lui-même et unique, au delà de ce qui fait sa ressemblance avec ceux de sa culture³. »

Cette ultime reconnaissance d'une singularité, figurant dans les toutes dernières pages d'un ouvrage de référence, n'ouvre malheureusement à aucun commentaire supplémentaire si ce n'est l'importance de toujours revêtir l'individu de son habit culturel... Et ce type d'argument

1. Bastide R., *Sociologie des maladies mentales*, 1965, *op. cit.*, p. 211. Nous soulignons.

2. Almeida (de) Z., « Les perturbations mentales chez les migrants », 1975, *op. cit.*, p. 280. Nous soulignons.

3. Moussaoui D., Ferrey G., *Psychopathologie des migrants*, 1985, *op. cit.*, p. 93.

est également utilisé par Bensmail lorsqu'il définit la psychopathologie des migrants comme l'étude de

« la personne humaine souffrante en situation de transplantation, où interviennent respectivement et en interaction réciproque :

- La personnalité de départ, qui crée ou s' « adapte » à la situation.
- La situation de choc culturel, qui fait réagir la personnalité.

Cette personnalité du migrant ne peut être comprise qu'en la replaçant dans son contexte socio-culturel, et d'autre part toute Migration durable et réussie est d'une certaine façon une nouvelle naissance culturelle aux nouveaux modèles identificatoires¹. »

Cette logique de démonstration demeure toutefois assez discutable puisque l'on glisse subrepticement d'une personnalité de départ à la nécessité de reconnaître sa détermination socio-culturelle, de la *personnalité réelle de l'individu* à la *personnalité de base* comme si le passage de l'une à l'autre ne faisait pas problème, comme si l'on avait peut-être oublié le conseil de Linton de ne jamais confondre trop rapidement ces deux registres. Et dans le cas présent, une fois reconnue son individualité, le migrant ne sera finalement envisagé qu'en terme d'élément quelconque représentatif d'une classe, individu moyen devenu informateur et *porte-parole d'un fait social*.

Ce déplacement d'un registre à l'autre, de l'individu à sa détermination socio-culturelle, va également permettre de renouveler sensiblement l'abord des motivations au départ. En congruence avec le rejet du modèle de la prédisposition, on ne doit plus chercher dans ces dernières de signes morbides comme ce pouvait être auparavant le cas à propos des aliénés migrants. Mais elles ne doivent pas non plus être interprétées sous l'angle d'un quelconque « désir » car alors, il faudrait postuler à l'orée du départ une forme de névrose c'est-à-dire, dans une certaine logique de raison psychiatrique, une forme de prédisposition. À ce titre, rappelons les développements acerbes d'Almeida, Bastide ou Le Guillant à l'égard des points de vue psychanalytiques sur les phénomènes liés à la transplantation. Et dorénavant, on ne pourra plus localiser les véritables motifs de la migration ailleurs que dans une constellation de facteurs socio-culturels. Par exemple, après avoir insisté sur le contexte des migrations « forcées », Pélicier souhaite également rendre compte des migrations *a priori* non imposées qui, toutefois, ne procèdent pas d'une activité morbide :

« Certains individus supportent mieux la transplantation et même peuvent la rechercher sans nécessité absolue. Ce peut être l'effet d'un caractère ethnique ou d'une tradition :

1. Bensmail B., « Notes sur les aspects transculturels et psychopathologiques de la migration maghrébine en France », 1990-1991, *op. cit.*, p. 310.

cosmopolitisme des riverains de la Méditerranée orientale, habitudes des relations commerciales, solidarité raciale dépassant le cadre des frontières nationales¹. »

On voit bien ici comment le recours à l'ethnie et la tradition semble venir au secours d'une personnalité ou, plus précisément, d'un ensemble de facteurs « *strictement individuels* » aussi évidents qu'inconsistants dans la démonstration. Et lorsque les auteurs ne fondent pas les motifs du départ dans un trait de caractère ethnique, ce sont bien sûr les dimensions socio-économiques et politiques qui se trouvent volontiers convoquées car, comme l'énonce Barros-Ferreira de manière définitive,

« Être immigrant économique ou politique n'est pas une chose naturelle. On le devient par la conjonction de forces qui « expulsent » du pays d'origine celui qui s'expatrie. Il n'y a pas de volontariat dans l'immigration, quoi que l'on dise. Partir c'est mourir un peu². »

[3.5.3] Conséquences et contestations

Dans une telle conjoncture clinique, la démonstration du rôle pathogène de la migration conduit *ipso facto* les auteurs à un point d'impossible : la reconnaissance d'une variable malheureusement impensable, s'effaçant au gré d'une objectivation passionnée des facteurs de vulnérabilité adaptative. L'« individu » ne trouvera jamais de consistance en dehors du registre de détermination socio-culturel auquel il reste définitivement assigné – geste certes indispensable à la fondation du domaine de recherche, mais aux conséquences cliniques assez redoutables.

La première concernera en quelque sorte l'« identité professionnelle » de ces cliniciens à l'épreuve de la migration, identité mise en péril puisqu'ils se mettent en demeure d'apporter une réponse médico-psychiatrique à des patients qui, à leurs yeux, ne souffrent *in fine* que d'un contexte socio-culturel et politique situé hors de leur champ de compétence. L'extrême attention à l'égard d'un événement migratoire transparent à lui-même, alliée à l'impossibilité de penser le rapport de l'individu à l'actualité de sa condition, mène alors progressivement les cliniciens à se dessaisir d'un problème qui n'a pourtant eu de cesse de les convoquer. Il convient de souligner qu'il s'agit là d'autre chose sans doute que d'une reconnaissance de la portée politique d'un acte clinique. Car si le politique semble bien prescrire ici le problème à résoudre, ce dernier ne trouve à se formuler que dans les termes mêmes de la prescription. Autrement dit, les psychopathologues de la migration estiment hériter d'un problème qu'ils n'arrivent cependant pas à déplacer, à construire selon de nouvelles coordonnées faute d'une

1. Pélicier Y., « Aperçus généraux sur la psychologie des transplantés », 1964, *op. cit.*, p. 2719.

2. Barros-Ferreira (de) M., « L'immigrant portugais et « son » hystérie ou l'hystérie de l'immigration », 1978, *op. cit.*, p. 545.

capacité à circonscrire le point de dis/jonction de l'individu à sa condition de migrant. Nosographie, étiologie et thérapeutique ne peuvent se déployer qu'à travers les lignes d'un texte rejetant dans ses marges le *presque* rien qui pourtant, offrirait peut-être au domaine son objet.

Mais ce mode de construction n'induit pas seulement un léger trouble d'appartenance disciplinaire car dans le même mouvement, il aboutit à une vision bien particulière de ces patients épinglés sous l'unique insigne de leur condition de migrant. On aura aisément repéré en effet, à quel point la psychopathologie de la migration s'attache à faire de ces migrants les figures exemplaires de la nécessité et du besoin, victimes éminemment tragiques d'un jeu social d'où elles demeurent exclues. Tout ceci participe bien sûr d'une réalité sociologique que les auteurs ont pour la plupart vivement dénoncée mais, à ne rien entendre dans la parole que le drame d'un théâtre social ou l'exotisme d'une différence culturelle, ils ont aussi contribué à désapproprier ces hommes de leurs actes – et nommément celui de s'être un jour expatrié. Il revient sans doute à Jalil Bennani d'avoir été l'un des premiers à vigoureusement pointer les insuffisances d'une telle manœuvre, rappelant que

« la maladie, mentale et physique, n'est pas que la résultante de conditions sociales. À n'être que sociologique, ne contribue-t-on pas à réduire le sujet à sa dimension économique, à l'utilitarisme et au besoin¹ ? »

L'auteur soutient *a contrario* que s'il est certes indispensable pour le clinicien d'être à l'écoute des dimensions culturelles, économiques, sociales et politiques des difficultés rencontrées par les migrants, cette posture ne doit en aucun cas occulter la « part subjective » du discours, même si

« prendre en considération la dimension psychologique au cours de la trajectoire sociale de certains sujets n'est pas chose aisée. Surtout si ces sujets rencontrent d'importants problèmes sociaux. Et ce sont ceux-là qui arrivent en majorité à l'institution médicale ou psychiatrique. La socio-pathogénie de la maladie devient alors évidente : comment nier la répression que peuvent imprimer au désir des rapports sociaux ? Inversement, comment être à l'écoute de ce désir dans une relation psychothérapique duelle et ne pas voir les répercussions de ce désir sur l'environnement social du sujet ? Allons plus loin : l'ouvrier, tout exploité qu'il est, a droit à un inconscient et à l'analyse. Mais les choses n'en sont pas là². »

Loin d'être une étude supplémentaire sur les pathologies de la transplantation, *Le corps suspect* est avant tout une entreprise, très marquée par la perspective institutionnelle (Oury,

1. Bennani J., *Le corps suspect. Le migrant, son corps et les institutions soignantes*, Paris, Galilée, 1980 ; p. 67.

2. *Ibid.*, p. 74.

Mannoni, l'anti-psychiatrie italienne), de déconstruction du savoir médico-psychiatrique au travers de l'immigré comme figure révélatrice des failles d'un système. Il s'emploie alors à démontrer comment les institutions de soin en viennent à priver les migrants de la moindre parole, au nom d'une condition de travailleur exploité, au nom d'un corps réduit à sa dimension de pur objet médical – au risque de voir s'instaurer une bien étrange solidarité entre des patients adressant une plainte sous l'empire de la nécessité, et un regard clinique volontiers enclin à les y maintenir le plus fermement. Et si cet ouvrage a manifestement fait date (comme l'atteste la fréquence avec laquelle il est mentionné dès sa parution en 1980) il n'est pas certain que ses prises de position face à l'occultation trop systématique de la part subjective contenue dans la parole des migrants, aient toujours été bien entendues par les psychopathologues de la migration. Ces derniers ont veillé à reconstituer un texte socio-culturel susceptible d'orienter le déchiffrement des signes, mais force est de constater l'échec de l'opération : l'énigme du mal-entendu et de l'indéchiffrable persiste et se déplace, du corps illisible à l'individu impensable.

Cette incroyable réduction de ce que d'aucuns nommeront la *dimension psychologique* face à une surdétermination du culturel et du social, représente le point d'attaque privilégié des premières critiques systématiques de ce courant de recherche, au tout début des années 80. Parmi celles-ci, outre J. Bennani, il faudrait mentionner au moins deux autres auteurs dont les perspectives diffèrent légèrement : Albert Ifrah¹ puis Mohand Chabane². Le premier, sur lequel nous nous attarderons plus longuement dans la section suivante, se donnera pour tâche de reconsidérer la psychopathologie de la migration au travers de l'ethnopsychiatrie version Devereux ; celle-ci offrant un outil méthodologique permettant peut-être de renouveler la délicate articulation entre les registres sociologique et psychologique. Quant au second, s'inscrivant dans le sillage des Ortigues, ses efforts porteront sur la réfutation d'une spécificité culturelle (maghrébine) des désordres somatiques, de même que du lien supposé entre ceux-ci et le contexte migratoire – au profit d'une interprétation œdipienne de la problématique, centrée sur l'assomption de la castration et les aléas des identifications paternelles. Et dans cette perspective, le registre de la culture posera avant tout une question d'aménagement du cadre psychothérapeutique afin de respecter les modalités culturelles de communication et d'expression de la maladie, tandis que la migration quitte le centre des interrogations ou, tout du moins, n'est plus l'objet d'une élaboration de savoir spécifique.

Mais les critiques demeurent à cette période relativement isolées et la psychopathologie de la migration conserve *a priori* sa vivacité jusqu'à l'orée des années 90 – date à partir de laquelle les réflexions sur les incidences cliniques de la migration semblent davantage portées par

1. Ifrah A., *Le Maghreb déchiré. Tradition, Folie et Migration*, Claix, La Pensée Sauvage, 1980.

2. Chabane M., « Virilité et paternité. À propos des plaintes somatiques des hommes du Maghreb », *Psychanalystes*, 1984, 12 : 19-38.

deux nouvelles approches diamétralement opposées : une *ethnopsychiatrie* post-Devereux émergeant dans les années 80 (Ifrah faisant en quelque sorte figure de précurseur) puis le champ des *cliniques de l'exil* (où l'on retrouvera d'ailleurs Bennani¹) dont le programme est lancé en 1991². Ce mouvement proposé pour éclairer une histoire très récente est exactement celui suggéré par l'un des fondateurs des cliniques de l'exil, Fethi Benslama :

« Si l'on se reporte seulement au contexte des années 1970-1980 en France, on peut dégager schématiquement deux courants théoriques à ce sujet. Celui de la psychopathologie de l'immigration, où le déplacement apparaît comme un facteur incident de troubles psychiques parmi d'autres facteurs qui désorganisent la relation du moi à son environnement [...]. Le deuxième courant théorique, qui a pris une importance très grande, est celui de l'ethnopsychiatrie dont l'approche consiste à relier le fait psychique aux catégories *a priori* de la culture³. »

Dans la mesure où nos propres recherches bibliographiques corroborent cette répartition, nous nous autoriserons à considérer qu'en France, à partir des années 90, ethnopsychiatrie et cliniques de l'exil occupent bien le devant de la scène tandis que le paradigme précédent tend à s'effacer progressivement. Et si tout semble opposer ces deux nouveaux courants pris dans un débat particulièrement vif, il n'est toutefois pas exagéré d'affirmer qu'ils se rejoignent dans leur volonté partagée de rompre définitivement avec la psychopathologie de la migration – à tel point que s'il arrive qu'elle soit encore évoquée, c'est pour être d'emblée discréditée tandis que les publications dont nous avons fait état ne sont presque jamais mentionnées. Nous tâcherons donc maintenant de retracer les principales lignes de force de l'ethnopsychiatrie puis des cliniques de l'exil, afin de saisir les changements d'écriture des rapports de la psychopathologie à la migration.

1. Bennani J., « Désirs d'exil », *Psychologie clinique*, nouvelle série, 1997, 3 : 31-38.

2. Voir les Actes du Colloque de mai 1991, *Incidences cliniques de l'exil*, publiés dans les *Cahiers Intersignes*, 1991, 3, « Parcours d'exil » ; pp. 45-144.

3. Benslama F., « « Nous » », *Le Coq-Héron*, 2003, 175 : 45-53 ; pp. 46-47. Le passage de la psychopathologie de la migration à l'ethnopsychiatrie est également attesté par R. Rechtman. Voir : Rechtman R., « De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatres », 2000, *op. cit.* ; et Rechtman R., « L'ethnisation de la psychiatrie : de l'universel à l'international », 2003, *op. cit.*

PERTURBATIONS DANS L'ETHNOPSY

.

Ethnopsy désignera ici le domaine ouvert par Georges Devereux [1908-1985], c'est-à-dire une discipline formalisée, l'ethnopsychiatrie, réappropriée ensuite par certains disciples français soucieux d'intégrer sa rigueur méthodologique à une pratique clinique auprès de patients migrants. L'intitulé de cette section¹ – *Perturbations dans l'ethnopsy* – trouvera sa principale explication dans l'incroyable variété des approches se réclamant d'une fidélité aux thèses de Devereux et nous tâcherons de l'illustrer en abordant successivement, après un bref aperçu des fondements de la méthode, trois auteurs ayant chacun apporté une contribution significative, et détachée du paradigme précédent, à la clinique des migrants : Albert Ifrah, Tobie Nathan et Marie Rose Moro. Ce faisant, nous ne saurions bien entendu prétendre à un exposé représentatif des diverses tendances de l'ethnopsy post-Devereux mais ces trois auteurs, outre une relative célébrité, nous paraissent exemplaires dans leurs tentatives, non superposables, de saisir les incidences cliniques de la migration au travers de la méthode complémentariste initialement construite par le Maître.

Il convient également d'avertir le lecteur du schéma général de l'exposé – lequel accorde une place nettement plus conséquente à Tobie Nathan qu'à ses deux acolytes. Une telle disparité ne se justifie ni par un corpus de textes plus important, ni par une complexité accrue, ni par une plus haute pertinence des thèses avancées. La place qui lui revient ici serait davantage à l'image de celle qu'il occupe volontiers dans les débats français autour des cliniques à l'épreuve de la variabilité culturelle. En effet, il n'est sans doute pas exagéré d'affirmer qu'il ordonne peu ou prou ces derniers car presque tous les auteurs œuvrant dans ce champ, et quelle que soit leur orientation, estiment nécessaire de se positionner à l'égard de l'ethnopsychiatrie version Nathan. Mais ces prises de position se font parfois au détriment d'un passage par les textes eux-mêmes et s'il s'avère bien légitime d'adopter un point de vue critique à leur endroit, il nous semble tout de même préférable de restituer la logique et l'évolution de cette pensée – ce qui éventuellement permettra, à terme, d'éclairer les raisons pour lesquelles tout énoncé critique, loin de porter atteinte à la doctrine, ne fait au contraire qu'en confirmer les prémisses.

Ceci posé nous nous autoriserons, au titre de prologue à cette excursion, à reprendre la difficile reconstitution historique de l'ethnopsychiatrie. Devereux est certes considéré comme le fondateur de la discipline dans la mesure où son projet est entièrement dédié à la formalisation des conditions épistémologiques d'une rencontre entre l'ethnologie et la psychanalyse. Mais s'il énonce un certain nombre de préceptes méthodologiques novateurs, il n'est bien évidemment pas le premier à avoir défriché le vaste champ d'interrogations des rapports qu'entretient la folie au fait socio-culturel. À ce titre, le détour par la psychiatrie coloniale nous aura permis d'entrevoir comment l'ethnopsychiatrie – dans une acception

1. Titre largement inspiré de celui donné par J. Allouch à l'un de ses articles, au demeurant fort éloigné des présentes préoccupations : Allouch J., « Perturbation dans l'ethnopsy », *Littoral*, 1988, 26 : 63-86.

élargie – trouve en partie ses origines au XIX^e siècle dans la rencontre de savants occidentaux avec la folie indigène et comment, plus tardivement, le contexte colonial mènera aux premières études systématiques de la mentalité indigène et de son empreinte sur les manifestations de la folie. Ce premier fil généalogique ne saurait toutefois suffire à rendre compte de son émergence progressive, d'autant que la filiation coloniale n'est pas la plus fréquemment mentionnée. Si l'on suit les jalons historiques posés par Laplantine puis Rechtman et Raveau¹, il faudrait aussi évoquer les premiers balbutiements ethnographiques de la fin du XIX^e siècle, la psychologie des peuples (aussi appelée en France « ethnopsychologie² »), l'anthropologie culturelle anglo-saxonne et enfin, l'anthropologie psychanalytique qui, aux yeux d'un Géza Róheim, trouve son fondement dans le fameux texte de Freud rédigé entre 1912 et 1913 : *Totem et tabou*.

Si nous ne détaillerons pas ces divers repères généalogiques, il convient toutefois de souligner rapidement ce texte freudien dans la mesure où il initie effectivement un rapport bien particulier de la psychanalyse à l'anthropologie. Puisant dans un abondant matériel ethnographique, Freud se donne en effet pour projet d'établir *quelques concordances dans la vie d'âme* [« Seelenleben », plus fréquemment traduit par « vie psychique »] *des sauvages et des névrosés* – concordances fondées sur la célèbre équation « névrosé = primitif = enfant ». Mais si *Totem et tabou* reste en cela largement tributaire d'une vision évolutionniste, il rompt néanmoins radicalement avec elle en érigeant le meurtre du Père et l'institution du Totem comme véritable point d'ombilic, point d'origine mythique à partir duquel s'inscrit non seulement la règle sociale mais surtout, pour chacun, primitif ou civilisé, le renoncement pulsionnel – la névrose devenant ainsi la condition même de la *Kultur*. Mais en deçà des thèses avancées par Freud, attardons-nous sur la préface de l'ouvrage, où s'affirme une position qui pourrait bien, *a posteriori*, faire figure de programme pour l'ethnopsychiatrie :

« Ils [les quatre essais composant l'ouvrage] entendent faire la médiation entre d'une part les ethnologues, linguistes, folkloristes, etc., et d'autre part les psychanalystes, et ne peuvent pourtant donner aux uns et aux autres ce qui leur manque : aux premiers, une introduction suffisante à la nouvelle technique psychologique, aux derniers, une maîtrise satisfaisante du matériel en attente d'élaboration. Ainsi devront-ils sans doute se contenter, d'un côté comme de l'autre, d'éveiller l'attention et de susciter l'espoir qu'une rencontre assez fréquente des deux parties ne puisse rester sans profit pour la recherche³. »

1. Laplantine F., *L'ethnopsychiatrie*, 1988, *op. cit.* ; Rechtman R., Raveau F.H.M., « Fondements anthropologiques de l'ethnopsychiatrie », 1993, *op. cit.*

2. Voir Miroglio A., *La psychologie des peuples*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. Que sais-je ?, 1958 ; et notamment le chapitre « Le passé de la psychologie des peuples », pp. 13-34.

3. Freud S., *Totem et tabou. Quelques concordances dans la vie d'âme des sauvages et des névrosés* (1912-1913), in Freud S., *Œuvres complètes. Psychanalyse. Volume XI. 1911-1913*, Paris, Presses Universitaires de France, 2005 : 189-385 ; pp. 193-194.

Mais cet espoir d'une rencontre fructueuse entre les deux parties restera, au moins dans les premiers temps, totalement vain. La première raison concerne l'accueil très critique des thèses freudiennes par les anthropologues, les reproches portant principalement sur le parti pris évolutionniste (Boas), les hypothèses jugées erronées de la horde primitive et du meurtre du père (Kroeber) et la prétendue universalité du complexe d'Œdipe (Malinowski, Mead). Pulman¹ souligne à ce titre que la grande majorité des premières critiques anthropologiques de la psychanalyse se caractérisent par une profonde méconnaissance des propositions freudiennes puisqu'elles passent sous silence la spécificité des concepts tels que l'inconscient, le refoulement, le pulsionnel, le fantasme etc. Mais il y a peut-être une seconde raison à cette absence de rencontre, qui proviendrait cette fois du rapport qu'entretient la psychanalyse aux données ethnographiques. En 1939, dans le troisième essai de *L'homme Moïse et la religion monothéiste*, Freud évoque son vieux mythe de la horde primitive et les nombreuses objections ethnologiques à la théorie totémique jadis empruntée à Robertson Smith :

« [...] je n'ai jamais été convaincu ni de la justesse de ces nouveautés ni des erreurs de Robertson Smith. Une objection n'est pas pour autant une réfutation, une nouveauté n'est pas forcément un progrès. Mais avant tout je ne suis pas ethnologue, je suis psychanalyste. J'avais le droit de tirer de la littérature ethnologique ce que je pouvais utiliser pour le travail analytique. Les travaux du génial Robertson Smith m'ont fourni de précieux points de contact avec le matériel psychologique de l'analyse, des indications pour son utilisation. Je n'ai jamais trouvé de terrain de rencontre avec ses adversaires². »

La horde primitive peut certes n'être qu'une *just so story* (comme la qualifiait certains anthropologues tels Marett puis Kroeber³) mais cela n'a aux yeux de Freud aucune importance car c'est en psychanalyste qu'il interroge l'ethnologie – discipline dont il n'a pas à partager la rigueur puisque ses propres questions se situent sur un autre registre. Et l'enjeu est peut-être moins de démontrer les fondements ethnologiques et préhistoriques du meurtre du Père et ses conséquences pour les fils, que de trouver dans le savoir ethnologique les éléments à partir desquels fonder un mythe psychanalytique pouvant dire quelque chose d'une autre vérité, celle d'un père qui ne cesse de hanter les fantasmes du névrosé. Dès lors,

« [...] une comparaison de la « psychologie des peuples de la nature », telle que l'enseigne l'ethnologie, avec la psychologie du névrosé, telle que la psychanalyse nous la fait connaître, ne pourra que mettre en évidence de nombreuses concordances et nous

1. Pulman B., « Anthropologie et psychanalyse : « paix et guerre » entre les herméneutiques », *Connexions*, 1984, 44 : 81-97.

2. Freud S., *L'homme Moïse et la religion monothéiste. Trois essais* (1939), Paris, Gallimard, Folio Essais, 1993 ; pp. 236-237.

3. Freud S., « Psychologie des foules et analyse du moi » (1921), in Freud S., *Essais de Psychanalyse*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1988 : 117-217 ; pp. 189-190.

permettra, d'un côté comme de l'autre, de voir sous un nouvel éclairage ce qui est déjà connu¹. »

Freud ne semble attendre de l'ethnologie rien d'autre qu'un nouvel éclairage sur la névrose, et qu'il n'ait toujours pas trouvé, en 1939, de terrain de rencontre avec ses adversaires s'expliquera sans doute par l'empressement de ceux-ci à toujours répondre, logiquement, sur le terrain de leur propre discipline sans repérer les enjeux cliniques de la question freudienne à l'endroit des hommes primitifs. Car la psychanalyse n'affiche aucune prétention ethnologique, et c'est peut-être pour cette raison qu'elle s'autorise à se jouer avec désinvolture de matériaux qui ne lui sont *a priori* pas destinés. Et il est éloquent de voir le peu d'intérêt de Freud à l'égard des critiques ethnologiques qui lui sont adressées, laissant à ses élèves le soin de les réfuter. Ainsi, face aux objections d'un Malinowski quant à l'universalité de l'Œdipe au regard du système de parenté matrilineaire trobriandais, il reviendra d'abord à Ernest Jones de répondre en 1925² ; puis ce sera au tour de Róheim – personnage auquel est d'ailleurs rattachée une amusante anecdote illustrant assez bien la position de Freud dans le débat. Apprenant par Róheim que les trobriandais, *dixit* Malinowski, ignorent les perversions et l'érotisme anal, il préférera effectivement répondre par le Witz, authentifiant par là-même que tout cela n'aura bien sûr été qu'une *just so story* : « *Eh quoi ! Ces gens-là n'ont donc pas d'anus !*³ »...

Géza Róheim [1891-1953] tient par ailleurs une place particulière dans la constitution de l'anthropologie psychanalytique – lui-même se définissant comme le premier à avoir bénéficié d'une double et solide formation ethnologique et psychanalytique⁴. Rencontrant la psychanalyse au cours de ses études universitaires à Berlin, il sera, à son retour à Budapest, analysé par Ferenczi (1915-1916) puis par W. Kovacs. Vivement encouragé par Freud à poursuivre ses travaux d'interprétation psychanalytique de matériaux ethnographiques (le folklore hongrois, le totémisme australien...), il se verra confier la réalisation d'une mission ethnographique soutenue par Freud, Ferenczi, Kovacs et M. Bonaparte. Il part ainsi en 1928 pour un long périple le menant de l'Australie aux États-Unis, en passant par la Nouvelle-Guinée. Outre la possibilité pour lui de réaliser enfin de véritables enquêtes de terrain, et non plus des études portant sur un matériel de seconde main, l'un des objectifs est également de

1. Freud S., *Totem et tabou*, 1912-1913, *op. cit.*, p. 197.

2. Malinowski B., *La sexualité et sa répression dans les sociétés primitives* (1924-1927), Paris, Payot, 1971. Outre les deux premiers essais de 1924 posant la controverse, voir également la curieuse réponse à Jones dans le troisième, rédigé en 1927. Voir également : Jones E., « Le droit de la mère et l'ignorance sexuelle chez les sauvages » (1925), in *Psychanalyse. Folklore. Religion*, Paris, Payot, 1973 : 129-152.

3. Cet épisode est mentionné par Roger Dadoun : Dadoun R., *Géza Róheim et l'essor de l'anthropologie psychanalytique*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1972 ; p. 41.

4. Pour ces développements, nous nous référons à Dadoun R., *Géza Róheim et l'essor de l'anthropologie psychanalytique*, 1972, *op. cit.* ; et Róheim G., *Psychanalyse et anthropologie. Culture-Personnalité-Inconscient* (1950), Paris, Gallimard, coll. TEL, 1978.

profiter de l'expédition pour répondre aux attaques de Malinowski en allant voir directement sur le terrain d'observation de l'anthropologue (non pas les îles Trobriand mais les îles Normanby, aux organisations sociales matrilineaires suffisamment proches). L'un des apports fondamentaux de Róheim sera d'appliquer la méthode psychanalytique en tant que technique d'enquête : association libre, analyse des rêves, maniement du transfert... Partant, l'« ethnologue » règle ici son écoute d'un matériel ethnographique en tant que déterminé par le travail de l'inconscient – méthode qui, en retour, coupe court aux projets de réfutations s'attachant jusqu'ici, comme Malinowski, à objectiver les seuls comportements manifestes. De même, l'argument de l'incommensurabilité des cultures n'a plus ici force d'autorité car

« si l'interprétation n'a de valeur que dans le cadre d'une seule culture, comment se fait-il que nous trouvions des éléments identiques dans de nombreuses cultures, bien qu'elles puissent être orientées vers des buts différents ? Faut-il invoquer la diffusion ? C'est bien peu probable. Du reste, cela ne prouverait rien car une collectivité n'empruntera ou n'acceptera que des éléments culturels correspondant à quelque chose dans sa propre organisation. *Mais il existe une preuve bien plus frappante : c'est que dans toutes les cultures, les rêves ont la même signification latente*¹. »

Et pour terminer, contentons-nous de préciser qu'un autre apport de Róheim concernera une relecture de *Totem et tabou* soucieuse de rompre avec loi biogénétique (l'ontogenèse récapitule la phylogenèse) au profit d'une *théorie ontogénétique de la culture* attachée à la seule expérience culturelle individuelle ou encore, à la reconstitution des configurations pulsionnelles propres aux individus membres de telle ou telle culture – les différences culturelles portant sur les types de conflits et de traumatismes infligés aux enfants au cours de leur développement ; dans une optique qui n'est pas sans rappeler certains travaux issus de l'école culturaliste. Il s'avère enfin que l'œuvre de Róheim aura une remarquable influence sur Devereux qui, comme lui, sera l'un des rares à pouvoir revendiquer une double formation à l'ethnologie et la psychanalyse. Outre le postulat de l'unité psychologique de l'humanité et le recours à la méthode psychanalytique auprès de membres de sociétés « primitives », ce n'est sans doute pas forcer le trait que de reconnaître effectivement dans la théorie ontogénétique de la culture plusieurs éléments annonçant les fameux désordres ethniques. Et dernier fait notable, Devereux partagera toujours avec son prédécesseur une même méfiance envers les thèses biogénétiques de Freud, préférant lui aussi saisir la culture en son unique incarnation individuelle.

Le contexte des premières rencontres manquées psychanalyse/anthropologie étant esquissé, il est temps de quitter ces quelques considérations tant historiques qu'approximatives pour en revenir à nos préoccupations de départ, relatives aux cliniques à l'épreuve de la migration

1. Róheim G., *Psychanalyse et anthropologie*, 1950, *op. cit.*, p. 45. Nous soulignons.

lorsqu'elles trouvent dans l'ethnopsychiatrie une boussole susceptible de les orienter. Et pour ce faire, nous commencerons par donner un bref aperçu du projet ethnopsychiatrique tel que Devereux l'a d'abord imaginé.

[4.1] Fondements, rigueur et limite de la méthode

[4.1.1] La thèse complémentariste

À la fois ethnologue et psychanalyste, Devereux s'est attaché à doter l'ethnopsychiatrie d'une méthodologie fixant les paramètres d'une pluridisciplinarité enfin rigoureuse à ses yeux. Le mode de nouage entre ces deux champs épistémiques distincts va s'opérer selon un principe bien particulier : le *complémentarisme*. Avant d'exposer en quoi consiste précisément ce dernier, il n'est pas inutile d'indiquer qu'il s'inscrit dans le droit fil d'un petit séisme épistémologique auquel a notamment contribué, entre 1907 et 1911, F. de Saussure – quoique Devereux, à notre connaissance, n'ait pas fait état de cette filiation. Dans le chapitre III du *Cours de linguistique générale* consacré à la définition de l'objet de la linguistique, le futur prophète du structuralisme annonce en effet la chose suivante :

« Quel est l'objet à la fois intégral et concret de la linguistique ? [...] D'autres sciences opèrent sur des objets donnés d'avance et qu'on peut considérer ensuite à différents points de vue ; dans notre domaine rien de semblable. Quelqu'un prononce le mot français nu : un observateur superficiel sera tenté d'y voir un objet linguistique concret ; mais un examen plus attentif y fera trouver successivement trois ou quatre choses parfaitement différentes, selon la manière dont on les considère : comme son, comme expression d'une idée, comme correspondant du latin nudum, etc. Bien loin que l'objet précède le point de vue, on dirait que c'est le point de vue qui crée l'objet, et d'ailleurs rien ne nous dit d'avance que l'une de ces deux manières de considérer le fait en question soit antérieure ou supérieure aux autres¹. »

La célèbre thèse de Saussure est tout aussi limpide que radicale : *le point de vue crée l'objet*. Ce faisant, il retire à ce dernier l'existence ontologique que pouvait lui attribuer toute une tradition empirique. L'objet de connaissance n'est pas inscrit tel quel dans le monde ou dans la nature : il ne peut au contraire exister indépendamment de la science qui se l'approprie. Autrement dit une science n'étudie pas un objet existant comme tel, mais le construit nécessairement. Il n'y a donc jamais d'observation objective des faits puisque celle-ci est d'emblée affaire de point de vue : l'activité scientifique part du point d'où le chercheur mène

1. Saussure (de) F., *Cours de linguistique générale* (1916), Édition critique préparée par T. de Mauro, Paris, Payot, 1972 ; p. 23. Pour quelques-unes de ses conséquences en sciences humaines, voir notamment : Sériot P., « Limites, bornes et normes : la délicate constitution de l'objet de connaissance en sciences humaines », *L'Unebvue*, 2004, 22 : 139-151.

son observation, d'un mode de lecture offrant au phénomène un cadre de référence le constituant en tant qu'objet de connaissance.

Or le complémentarisme ethnopsychiatrique part de prémisses bien similaires, formulées cette fois dans le domaine de la physique. Il procède plus précisément d'une transposition dans les sciences humaines d'une contrainte méthodologique formulée au début du siècle en physique quantique par Werner Heisenberg (la loi d'incertitude) et réappropriée ensuite par Niels Bohr (la notion de complémentarité)¹. Et selon Devereux,

« Ce principe [d'incertitude] affirme qu'il est impossible de déterminer (mesurer) *simultanément et avec la même précision* la position et le moment d'un électron. En effet, plus nous mesurons avec précision la position de l'électron (à un instant donné), plus notre détermination de son moment devient imprécise – et inversement, bien entendu. Tout se passe donc comme si c'était l'expérience à laquelle on l'assujettit qui « force » l'électron à avoir soit une position, soit un moment *précis*.² »

Transposé dans le champ des sciences de l'Homme, ce principe énonce que les phénomènes qui mettent en cause des individus relèvent d'au moins deux explications : l'une ethnologique, l'autre psychanalytique. Or ces deux types de discours, s'ils se fondent sur un même segment de réalité empirique, se développent toutefois dans une stricte autonomie conceptuelle et méthodologique. Il s'agit alors de prendre acte d'une impossibilité logique à les englober dans une vaine unité du savoir puisqu'ils s'excluent mutuellement et nécessairement : l'on ne peut tenir à aucun moment, sur un même objet, les deux discours simultanément. Bien au contraire, le phénomène étudié ne deviendra objet de connaissance qu'à la condition, pour le chercheur tout comme le clinicien, de choisir un point de vue, un cadre de référence :

« [...] c'est parce que ces deux explications [psychologique et sociologique] ont trait au même fait brut que les deux discours ne peuvent pas être tenus simultanément. Ceci implique qu'il existe un rapport de complémentarité, au sens rigoureux du mot, entre ces deux discours. Mais il est peut-être utile de rappeler qu'un « fait brut » n'appartient d'emblée ni au domaine de la sociologie, ni à celui de la psychologie. Ce n'est que par son explication (dans le cadre de l'une ou l'autre de ces deux sciences) que le fait brut se *transforme en donnée*, soit psychologique, soit sociologique.³ »

Mais, si ethnologie et psychanalyse sont bien des champs épistémiques radicalement distincts et incommensurables, comment peut-on penser alors le passage de l'un à l'autre –

1. Voir en particulier Heisenberg W., *Le manuscrit de 1942*, Paris, Allia, 2003.

2. Devereux G., « Argument » (1972), in Devereux G., *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion, 1972 : 9-22 ; p. 15.

3. *Ibid.*, p. 17.

passage suggéré par le terme même d' « ethno-psychiatrie » ? Devereux pose ici un principe de rentabilité des constructions propres à une discipline : chacune d'entre elles produit un savoir dit « *rentable* », c'est-à-dire apte à rendre compte précisément d'un phénomène. Toutefois pour peu que l'on pousse l'explication suffisamment loin, celle-ci rencontrera nécessairement un point de butée, une limitation interne¹ qui ne pourra être franchie qu'au prix d'un renoncement à une compréhension totale et totalisante. Devereux applique ici un autre principe énoncé par Bohr : l'*Abtötungsprinzip*, le principe de destruction. D'après lui, l'étude trop poussée d'un phénomène conduit à terme à sa destruction : à vouloir trop l'expliquer, l'objet disparaît, mais non sans laisser quelque résidu susceptible d'être articulé en savoir par une autre discipline. C'est donc très précisément au point d'où un savoir éprouve son inconsistance qu'un autre peut, en quelque sorte, prendre le relais. Le principe d'incommensurabilité des discours invite alors à rompre rigoureusement avec l'idée réductionniste d'une continuité entre les deux registres explicatifs, de même qu'entre le psychologique d'une part et le social d'autre part : aucun des deux, n'en déplaie à Durkheim, ne peut plus être subordonné à l'autre. Et Devereux oppose à cette solution de continuité l'hypothèse d'une stricte analogie formelle entre les deux registres, chacun d'eux constituant bien entendu un point de vue parfaitement autonome et pertinent sur un même fait empirique.

Il faut par ailleurs insister sur un autre postulat, universaliste, au fondement de la démarche : l'unité de l'humanité, tant du point de vue culturel que psychique. C'est alors ce qui permet à l'auteur de tirer la conclusion que

« Si tous les psychanalystes dressaient une liste complète de toutes les pulsions et de tous les désirs et fantasmes mis à jour en milieu clinique, cette liste correspondrait point par point à une liste de toutes les croyances et de tous les procédés culturels connus, établie par les ethnologues². »

Ce passage met ainsi en lumière l'hypothèse analogique d'une part, et l'universalité *a priori* du fonctionnement psychique d'autre part : les deux cadres théoriques de référence se coordonnent bien selon le principe de complémentarité et sont méthodologiquement tenus pour valables et heuristiques au-delà de la variabilité culturelle. À ce titre, si Devereux reste fortement influencé par l'école culturaliste (et surtout par les travaux de Linton) il s'en distingue toutefois, entre autres, par la manière dont il envisage la diversité des cultures. Loin de réifier chaque culture particulière au point de l'envisager comme définitivement incommensurable à n'importe quelle autre, l'ethnopsychiatrie devrait davantage se placer au

1. Sur cette notion, voir : Le Gaufey G., « Un objet peu esthétique », *La Part de l'Œil*, 2003/2004, 19 : 49-59.

2. Devereux G., « Culture et Inconscient » (1955), in Devereux G., *Ethnopsychanalyse complémentariste*, 1972, *op. cit.* : 65-84 ; p. 76.

niveau de la *Culture-en-soi*, d'un modèle culturel universel (Devereux dirait un « schéma conceptuel ») aux incarnations certes multiples mais reposant sur des invariants :

« [...] quelle que soit la diversité culturelle, le simple fait d'avoir une culture est une expérience proprement universelle et l'homme fonctionne en tant que « créateur, manipulateur et médiateur de culture » en tout lieu et de la même manière. *Pari passu*, le Mohave appréhende sa culture tout comme l'Eskimo appréhende la sienne, de même que l'attitude du fantassin américain envers sa carabine est probablement identique à celle du guerrier baléare de l'armée romaine envers son lance-pierres¹. »

En conséquence il ne serait plus indispensable pour l'ethnopsychiatre de connaître parfaitement telle ou telle culture particulière s'il est en mesure d'appréhender le *concept de Culture* et les catégories culturelles universelles d'une part, et la manière dont un individu vit, appréhende et manipule sa culture d'autre part.

[4.1.2] L'a-spécificité du dispositif

Du point de vue de la psychanalyse, les axiomes complémentariste et universaliste engagent Devereux à déplier une conception du dispositif de soin qui, malgré le potentiel écart culturel entre l'analyste et le patient, n'aurait rien de spécifique. Le cadre doit en effet demeurer celui de la cure « standard » : règle de l'association libre, maniement du transfert, analyse des résistances et attention particulièrement soutenue envers les phénomènes contre-transférentiels. Il n'est donc pas nécessaire d'aménager systématiquement le cadre et le but du traitement en fonction de la culture du patient, ce qui amène l'auteur à distinguer deux formes de thérapies : la psychothérapie *interculturelle* où l'on a recours à des informations sur la culture tribale du patient, et la psychothérapie *métaculturelle* fondée sur la connaissance de la *Culture-en-soi*². Une telle distinction repose non sur une opposition de fait mais bien plus, comme souvent chez Devereux, sur un constat bien pragmatique : aucun analyste ne peut connaître toutes les cultures, ni tout de la culture particulière d'un patient mais cette méconnaissance ne constitue pas un frein à la thérapie si l'on est formé aux concepts de la Culture. De plus, et surtout, quelle que soit la forme de psychothérapie entreprise avec un patient issu d'une autre aire culturelle, Devereux invite les cliniciens à constamment s'interroger sur l'apparition et le maniement des données culturelles au cours du traitement, c'est-à-dire en premier lieu sur leur *contre-transfert culturel*.

1. Devereux G, « Normal et anormal » (1956), in Devereux G., *Essais d'ethnopsychiatrie générale* (1970), Paris, Gallimard, coll. TEL, 1983 : 1-83 ; pp. 81-82.

2. Devereux G, « Normal et anormal », 1956, *op. cit.*, p. 82.

Outre le célèbre ouvrage exclusivement consacré au contre-transfert généralisé à tous les dispositifs d'observation en sciences humaines¹, on trouvera dans un article de 1953 intitulé *Les facteurs culturels en thérapie psychanalytique*², quelques-uns des principes essentiels, selon Devereux, pour manier les références culturelles dans le dispositif de la cure. Conformément à la rigueur complémentariste, l'analyste ne doit en aucun cas œuvrer à la manière d'un ethnologue : loin d'être un informateur et un porte-parole de sa culture, le patient est d'abord et avant tout un malade qu'il s'agit de soigner. L'analyste doit donc faire preuve d'une neutralité affective et d'une neutralité culturelle. Le vif intérêt pour la culture du patient – c'est-à-dire un défaut de neutralité culturelle – constituerait en effet l'une des difficultés techniques principales :

« L'intérêt de l'analyste pour les matériaux culturels que lui fournit son patient est peut-être le plus important des facteurs culturels qui interviennent dans le traitement psychanalytique [...]. Le patient est d'ordinaire parfaitement conscient de l'intérêt culturel de l'analyste, et saura l'exploiter dans l'élaboration de ses résistances [...]. Parfois, le patient cherche à retourner la situation et, toujours pour renforcer ses résistances, manifeste un intérêt particulier envers la culture d'origine de l'analyste [...]. Le patient non occidental, qui est rapidement au fait de l'intérêt qu'il éveille chez son interlocuteur, met au point une forme de « résistance par excès de docilité » qui consiste à noyer l'analyste sous un débordement de matériaux culturels plus ou moins pertinents du point de vue analytique. Ces matériaux sont autant de leurres (*red herrings*) destinés à détourner l'analyste de ses devoirs thérapeutiques en sollicitant sa curiosité en matière culturelle³. »

Les références culturelles entreraient donc au service de la résistance qui, chez Devereux, reste d'abord celle de l'analyste. Il est donc urgent pour ce dernier de ne point se laisser distraire, dans le cours de la séance, par l'exotisme manifeste du patient. Il ne s'agit cependant pas, une fois reconnue cette dynamique de résistance, d'irréaliser les références culturelles, bien au contraire : pour ne pas en être dupe, il faut savoir les utiliser dans le transfert en tant qu'outils ou leviers thérapeutiques. Devereux a déjà eu l'occasion d'illustrer cette méthode en 1951 via l'exposé quasi-intégral de sa *Psychothérapie d'un Indien des plaines*⁴ : le traitement de Jimmy Picard s'est effectivement déroulé dans un cadre analytique *a priori* classique mais dans lequel une place centrale fut accordée à l'analyse des rêves, conformément à la signification culturelle des rêves et l'importance de l'activité de rêve chez les indiens wolf ; l'analyste œuvrant dans le transfert à partir de la position d'esprit-gardien.

1. Devereux G., *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* (1967), Paris, Flammarion, 1980.

2. Devereux G., « Les facteurs culturels en thérapie psychanalytique » (1953), in Devereux G., *Essais d'ethnopsychiatrie générale* (1970), *op. cit.* : 334-353.

3. *Ibid.*, pp. 342-343.

4. Devereux G., *Psychothérapie d'un Indien des plaines. Réalité et rêve* (1951, 1969), Paris, Fayard, 1998.

Et dans ce cadre, le processus de la cure emprunte les trajets sinueux d'une énonciation tramée de références culturelles sans toutefois entretenir une quelconque fascination pour le fait ethnologique lui-même.

Dans le présent texte de 1953, Devereux maintient exactement la même position et, après avoir mis en garde contre la tentation ethnologique de certains cliniciens, plusieurs vignettes cliniques lui permettent d'illustrer à nouveau le maniement des items culturels dans l'interprétation. Il se propose ainsi de montrer comment l'analyste, sans céder sur ses propres références théoriques et cliniques, peut prendre appui sur la signification culturelle de certains énoncés : l'interprétation en termes culturels peut en effet être techniquement opportune, afin de favoriser le déroulement des associations et l'accès à des matériaux plus « en profondeur ». Il convient d'insister sur l'aspect résolument technique du problème car ici, l'enjeu se situe au niveau des conditions à partir desquelles une interprétation puisse produire un effet de sens – ce qui ne remet nullement en cause le postulat d'une universalité des règles de fonctionnement de l'appareil psychique. Suite à l'évocation de la cure d'une patiente indienne, Devereux réaffirme effectivement que

« l'inconscient de cette femme ne différerait pas de celui d'autres êtres humains et ses fantasmes n'avaient rien d'unique. Pareille à n'importe quel patient, elle usait de symboles et d'actes symboliques pour exprimer ses conflits et désirs, et ses symboles étaient du même type que ceux qu'auraient utilisés pour des motifs analogues des patients appartenant à notre propre culture. [...]. Il incombe donc à l'analyste de ne pas négliger la signification culturelle supplémentaire des actes symboliques qui lui sont présentés¹. »

Autrement dit l'expression des conflits et des désirs en passe nécessairement par des codes culturels (ou des *modèles d'inconduite*, comme nous le verrons tout à l'heure), dont la connaissance pourrait s'avérer techniquement judicieuse pour l'analyste. Cependant, un tel savoir sur la culture de l'autre ne doit pas entretenir l'illusion qu'il suffirait de procéder à une simple traduction culturelle des conflits et des fantasmes, comme si ces derniers ne s'exprimaient qu'au travers d'une stricte détermination culturelle. Cette entreprise de traduction ne réglerait absolument pas la question du sort des données culturelles dans le cadre même de la cure. Il reste en effet insuffisant d'espérer établir une parfaite correspondance entre codification culturelle et modalités du fonctionnement psychique et ceci tient à une remarque cruciale pour l'ethnopsychiatrie :

« Une autre difficulté propre à l'analyse de patients culturellement « distants » tient à la tendance du névrosé à déformer la signification sous-jacente de son vécu culturel,

1. Devereux G., « Les facteurs culturels en thérapie psychanalytique », 1953, *op. cit.*, p. 349.

signification qui se conforme aux normes culturelles et psychologiques de son groupe et que l'analyste, lui, ignore¹. »

Afin de soutenir cette thèse fondamentale d'une déformation des significations culturelles, Devereux mentionne à nouveau sa patiente indienne, qui témoignait d'une certaine indignation à l'égard d'un rituel en vigueur dans sa tribu – indignation provenant d'une signification singulière (ou *idiosyncrasique*) contraire à la signification culturelle. En effet, toujours selon Devereux, le désir et la position fantasmatique de cette patiente étant fixés sur la sphère orale, elle en venait à accorder au rituel en question une signification orale, tandis que sa signification culturelle serait davantage génitale. Bref, le névrosé ne se conforme pas *point par point* aux normes culturelles et psychologiques de son groupe d'appartenance, puisqu'il a au contraire une fâcheuse tendance à manipuler et déformer cet ordre de détermination. Cette remarque s'avère par ailleurs tout aussi valable lorsque l'analyste a affaire à des patients aux prises avec une problématique d'*acculturation*. Ainsi, à propos de la même patiente :

« lorsqu'un patient d'origine indienne, mais parvenu à un degré d'acculturation élevé, rapporte qu'en certaines situations de stress, il a recours à telle conduite « aborigène », le psychanalyste culturaliste risque de s'égarer dans des considérations sociologiques – quant à la dualité culturelle, aux conflits culturels et autres – et peut fort bien en venir à négliger les implications nettement régressives d'une telle démarche. Ma patiente indienne, diplômée en biologie médicale, avait contracté une affection chronique bénigne mais que les médecins américains furent impuissants à guérir ; en désespoir de cause, elle participa à une séance thérapeutique rituelle de peyotl, espérant y trouver un remède à son mal. Du point de vue à la fois analytique et thérapeutique, une telle démarche doit être considérée comme un geste régressif plutôt que comme une simple manifestation de traditionalisme culturel². »

L'interprétation en termes de conflit acculturatif procédera ici d'une rationalité ethnologique (ou sociologique), tandis qu'au sein d'un cadre de référence psychanalytique, l'attention devra avant tout porter sur la manière avec laquelle un individu investit – au sens strictement freudien d'investissement libidinal – ces normes et matériaux culturels. En cela, Devereux reste d'ailleurs un fidèle disciple de Linton car il entérine à sa manière la franche distinction entre *personnalité de base* et *personnalité réelle de l'individu* : si la première nous renseigne en tant que type, ensemble de traits propres aux membres d'une classe, elle ne saurait en aucun cas déterminer entièrement la seconde. En quelque sorte, le code est prescrit par l'une et déformé par l'autre. Et c'est bien pour cette raison qu'il ne saurait y avoir de correspondance univoque entre le code culturel et son appropriation subjective ; ou

1. *Idem*.

2. *Ibid.*, pp. 350-351.

encore, pour reprendre les termes d'une délicate distinction chère à Devereux, entre les dimensions *ethnique* et *idiosyncrasique*.

[4.1.3] L'indécidable du symptôme

Telle que nous venons de la déplier, en nous attardant davantage sur le cadre de référence de la psychanalyse, la rigueur complémentariste apparaît dès lors implacable puisque fondée sur une stricte et définitive incommensurabilité des points de vue ethnologique et psychanalytique. Établissant un même constat, M. Augé peut affirmer que

« l'approche complémentariste telle que l'a définie Georges Devereux dans le domaine de l'ethnopsychiatrie nous semblerait [...] aussi féconde dans son objet que limitée dans son projet, si celui-ci devait considérer comme radicalement, définitivement et essentiellement étanche la cloison séparant la démarche ethnologique de la démarche psychologique¹. »

Il est vrai que Devereux n'aura de cesse de caractériser le trait d'union entre « ethno » et « psychiatrie » comme l'écriture d'un non-rapport disciplinaire ; geste radical rompant l'espoir d'une conjonction des deux registres explicatifs. Et si un tel point de jonction impossible permet bien de situer une limite de la méthode, celle-ci concerne autant l'étanchéité de la frontière que ses tentatives de franchissement. Il n'est pas rare en effet de surprendre Devereux à proposer des modes d'écriture d'un rapport, c'est-à-dire à œuvrer, d'une certaine manière, contre sa méthode. L'un des axes sur lequel apparaît très nettement ce point limite est celui des coordonnées du symptôme, et nous traiterons cette problématique en évoquant l'incroyable complexité logique de la distinction entre *désordre ethnique* et *désordre idiosyncrasique* au travers d'un texte de 1956 : *Normal et anormal*².

Ethnique vs idiosyncrasique

La distinction entre *désordres ethniques* et *désordres idiosyncrasiques* repose en premier lieu sur deux versants de l'inconscient : le très controversé *segment inconscient de la personnalité ethnique* d'une part, et l'*inconscient idiosyncrasique* d'autre part. Le premier correspond chez un individu à

« cette part de son inconscient total qu'il possède en commun avec la plupart des membres de sa culture. Il est composé de tout ce que, conformément aux exigences

1. Augé M., *Symbole, fonction, histoire. Les interrogations de l'anthropologie*, Paris, Hachette Littérature, coll. L'Esprit Critique, 1979 ; p. 50.

2. Devereux G, « Normal et anormal », 1956, *op. cit.*

fondamentales de sa culture, chaque génération apprend elle-même à refouler puis, à son tour, force la génération suivante à refouler¹. »

Un tel inconscient varie selon les cultures et se transmet, comme se transmet par exemple le caractère ethnique. Or chaque culture possède ses propres conflits, de sorte que certains fantasmes et pulsions sont culturellement admis, tandis que d'autres sont refoulés. Il s'en déduit que les membres d'une même culture ont nécessairement en commun un certain nombre de conflits inconscients et, pour maintenir le refoulement, la culture a recours à des mécanismes de défense qui lui sont propres. Toutefois,

« les *moyens* défensifs que la culture met à disposition de l'individu afin de lui permettre de refouler ses pulsions culturellement dystones peuvent s'avérer insuffisants. Lorsque les choses en sont là, un grand nombre d'individus [...] éprouvent des difficultés à maîtriser et à cacher leurs conflits. La culture tend alors à fournir, bien qu'à contrecœur, certains *moyens culturels* qui permettent à ces pulsions de s'exprimer au moins de façon marginale². »

Ces moyens culturels ont pour nom *modèles d'inconduite* (l'expression est reprise de Linton) ou encore *désordres ethniques*, dont les exemples paradigmatiques sont l'*amok* et le *latah* déjà rencontrés avec Kraepelin – à ceci près que Devereux, à l'encontre de son prédécesseur, rejette catégoriquement la pertinence d'une correspondance univoque entre ces désordres ethniques et les catégories nosographiques occidentales : ni l'*amok* ni le *latah* ne correspondent nécessairement aux épilepsies et hystéries occidentales. Les désordres ethniques procéderaient en quelque sorte d'un mode d'emploi culturel, d'une collection de symptômes prêts-à-porter prescrits par la culture afin de permettre aux individus d'exprimer de manière socialement pertinente, acceptable et prévisible leurs conflits. Une formule, là encore empruntée à Linton, vient d'ailleurs fréquemment sous la plume de l'ethnopsychiatre pour illustrer l'opération : « *Ne fais pas cela, mais si tu le fais, voici comment t'y prendre* ». Ces désordres trouvent leurs sources, non pas seulement dans les conflits localisés dans l'inconscient ethnique comme ce peut être le cas pour les *désordres chamaniques*, mais dans ce Devereux nomme des *traumatismes idiosyncrasiques suffisamment courants*, i.e. des types de traumatismes survenant régulièrement dans une culture donnée, et auxquels cette dernière propose des modèles d'expression standardisés. Quant à l'inconscient idiosyncrasique, il se compose

« des éléments que l'individu a été contraint de refouler sous l'action des stress uniques et spécifiques qu'il a dû subir. Ces stress peuvent être de deux genres :

1. *Ibid.*, pp. 4-5.

2. *Ibid.*, p. 5.

a) Les expériences qui, sans être typiques d'une culture donnée – c'est-à-dire sans refléter le modèle culturel de base – surviennent assez fréquemment pour être reconnues et reformulées culturellement. [...].

b) Les expériences qui ne sont ni caractéristiques d'une culture, ni numériquement fréquentes, mais qui atteignent certains individus malheureux¹. »

Les conflits localisés dans cet inconscient produisent alors des *désordres privés, idiosyncrasiques*, qui ne doivent rien aux modèles culturels mis à disposition mais, au contraire, procèdent d'une sorte de bricolage d'items culturels *a priori* non destinés à ce type d'usage – à l'image de la patiente indienne évoquée dans les pages précédentes. Mais les conflits idiosyncrasiques peuvent aussi produire des désordres ethniques de sorte que, finalement, la distinction entre désordre ethnique et désordre idiosyncrasique se ferait davantage selon la fréquence ou la rareté du conflit psychique idiosyncrasique sous-jacent. Et l'une des tâches les plus ardues pour le clinicien sera de diagnostiquer correctement le trouble en question selon son appartenance à l'une ou à l'autre catégorie... à moins qu'il ne s'agisse, et le problème devient toujours plus opaque, d'une troisième, dénommée cette fois *désordres types*.

Ces derniers désignent des maladies propres au type de société, et non plus de culture, qui les produit. À la suite de Durkheim et Weber, Devereux propose de distinguer deux types de société : les communautés à solidarité organique (*Gemeinschaft*) et les communautés à solidarité mécanique (*Gesellschaft*) ; entérinant par là un grand partage Tradition/Modernité². Dans une *Gemeinschaft* traditionnelle, la contrainte à la sociabilité pousse les individus à devenir hystériques tandis que dans la *Gesellschaft*, l'isolement est tel que les individus courent davantage le risque de devenir schizophrènes. Reste alors à articuler ces désordres à ceux autonomisés précédemment :

« Pour conclure, je dirai que l'étiologie de « n'importe quel » désordre non idiosyncrasique est, pour l'essentiel, déterminée par le *type de structure sociale* où ce désordre survient, alors que son *tableau clinique* est structuré surtout par le *modèle culturel (culture pattern) ethnique*. Si les désordres caractéristiques de la société moderne – la schizophrénie, les états psychopathiques et les névroses obsessionnelles, compulsives et caractérielles – sont si réfractaires à toute psychothérapie, c'est sans doute parce que le psychothérapeute ne saisit pas qu'il a affaire à des désordres qui ne sont pas *seulement* idiosyncrasiques, mais *également* des désordres types et des désordres ethniques³. »

1. *Ibid.*, pp. 6-7.

2. Sur ce point, voir : Douville O., « Anthropologie du contemporain et clinique du sujet », 2004, *op. cit.*, p. 37.

3. *Ibid.*, p. 73.

On conviendra de la redoutable complexité d'une telle typologie puisque ces catégories de désordres et les dynamiques qui les sous-tendent ne cessent de se recouvrir, de telle manière qu'il devient rapidement impossible de bien faire la part entre ce qui relèverait respectivement de l'ethnique, de l'idiosyncrasique et du typique. Comment s'y retrouver lorsque, comme le suggère par exemple la citation précédente, il est affirmé qu'un désordre type est non idiosyncrasique, tandis qu'un désordre idiosyncrasique ne saurait être *seulement* idiosyncrasique mais *également* type et ethnique ? Et comment comprendre cette articulation de *seulement* à *également* au regard de l'option complémentariste et la division du regard qu'elle ordonne ? Avant de proposer quelques éléments de réponse à ces questions, prenons un autre exemple de difficulté de lecture : l'*amok*, abondamment évoqué dans le texte. Devereux indique sans ambiguïtés que la crise d'*amok* chez le Malais est une psychose *type* d'une société relativement simple. Elle est déterminée par un type de structure sociale, qui détermine à son tour des catégories nosologiques

« où viendront se ranger les désordres psychiatriques réels. C'est à ce point qu'interviendra le modèle culturel spécifique qui à son tour déterminera la formulation distinctive (« désordre ethnique ») du désordre type propre à une société donnée¹. »

De ce point de vue, l'*amok* est la forme particulière d'un type de désordre, l'incarnation ethnique d'un type socialement déterminé. On pourrait alors s'attendre à ce que l'*amok* ne puisse à aucun moment être considéré *également* en tant que désordre idiosyncrasique : il est *seulement* type et ethnique. Toutefois plusieurs passages du texte ne manquent pas de semer un léger trouble, à l'instar de celui-ci :

« ce qui sous-tend un désordre ethnique, c'est non seulement la configuration psychodynamique particulière qui en détermine l'étiologie, mais aussi un caractère ethnique particulier, conditionné de manière à permettre au sujet de se débarrasser de nombre de problèmes subjectifs *divers* au moyen d'un seul et unique complexe de symptômes². »

L'*amok* défini tout à l'heure comme désordre type trouvant *seulement* son étiologie dans le social, pourrait donc *également* trouver son étiologie dans une *configuration psychodynamique particulière*. Et tout le problème de cette hypothèse réside dans sa légère contradiction avec le fondement de la méthode complémentariste : comment Devereux peut-il soutenir *simultanément*, c'est-à-dire contre sa méthode, deux versions du symptôme ? Le recollement de cette *configuration psychodynamique particulière* sur les *problèmes subjectifs divers* (i.e. des traumatismes suffisamment courants) suffit-il à résoudre la contradiction ?

1. *Ibid.*, p. 71.

2. *Ibid.*, p. 52.

« N'importe quel » vs « un »

Pour tâcher d'avancer dans cette série de problèmes, nous reprendrons la distinction entre désordres ethniques et désordres idiosyncrasiques en la confrontant à l'incommensurabilité des registres explicatifs. Devereux invite lui-même à cette opération lorsqu'il traite, dans le cadre des désordres ethniques, de certaines conduites dites socialement négativistes :

« Aussi, quelles que puissent être les différences superficielles entre ces personnages généralement honorés que sont le chaman, le saint stoïque et le cynique d'une part, et le transvesti mohave ridiculisé et la prostituée méprisée de l'autre, ces deux types constituent des *modèles d'inconduite culturelle à l'intérieur du cadre de référence sociologique*, de même qu'ils constituent des *modèles de négativisme social subjectif à l'intérieur du cadre de référence psychologique*¹. »

Ce passage suggère ainsi que l'interprétation en termes de modèles d'inconduite (donc de désordres ethniques) s'inscrit dans un cadre de référence culturel (ethnologique). Quant à l'interprétation en termes de négativisme social subjectif (donc *a priori* de désordres idiosyncrasiques), elle prendrait place dans un cadre de référence psychologique (psychanalytique). Il se pourrait donc bien que l'ethnique et l'idiosyncrasique correspondent finalement trait pour trait aux cadres respectivement ethnologique et psychanalytique, c'est-à-dire à deux modes de construction de la problématique du désordre, du symptôme. Il importe dès lors de saisir en quoi ces deux cadres de références ne construisent pas le symptôme avec les mêmes coordonnées. Or un autre passage du texte donne sur ce point de précieuses indications :

« La principale conséquence de cette structuration culturelle des désordres ethniques est de rendre le comportement du « malade » non seulement prévisible, mais très spécifiquement, prévisible en fonction du *cadre de référence culturelle*, alors que les désordres idiosyncrasiques ne le sont qu'en fonction du *cadre de référence psychologique*. Dans le cas du psychotique ethnique, le segment prévisible du comportement sera celui que l'on retrouve chez « *n'importe quel* » (*any*) psychotique ethnique de même type. Dans le cas de désordres idiosyncrasiques, on devra chercher, par contre, à comprendre la psychologie du patient individuel. Cet ordre de prévision n'a donc trait qu'au comportement d'« *un* » (*a*) paranoïaque, maniaco-dépressif, etc². »

On aperçoit aisément, là encore, que désordre ethnique et désordre idiosyncrasique correspondent à deux cadres de référence, donnant maintenant au symptôme deux statuts bien différents : soit en tant que *n'importe quel*, soit en tant que *un*. De ce point de vue, désordre ethnique et désordre type se situent exactement sur le même registre, en tant que *n'importe quel*, tandis que le désordre idiosyncrasique ne saurait compter autrement que

1. *Ibid.*, p. 39. Nous soulignons.

2. *Ibid.*, p. 49. Nous soulignons.

comme *un*. En toute rigueur complémentariste, nous aurions ici affaire à deux logiques épistémiques différentes, ce que viennent pleinement confirmer ces quelques lignes écrites dix ans plus tôt :

« Tôt ou tard, c'est de cette façon que sera tracée la frontière entre psychologie et sociologie. Au sens strict, la psychologie désire savoir (*tout*) ce que fait Jean Dupont *en tant qu'* « individu unique », la sociologie ce que fait (*chaque* et *n'importe quel*) Jean Dupont en général, *en tant qu'*« animal social »¹. »

Ainsi, pour en revenir au texte de 1956, ce ne serait plus la fréquence du traumatisme idiosyncrasique initial qui permettrait de statuer sur le type de désordre, mais seulement le cadre de référence dans lequel on construit ce dernier : ou bien le symptôme fait l'objet d'une analyse ethnologique en tant qu'il est culturellement (ou socialement) déterminé, ou bien le symptôme fait l'objet d'une analyse psychanalytique en tant que signe d'un conflit subjectif particulier. Ou bien le symptôme témoigne d'un modèle culturel, ou bien le symptôme témoigne d'une appropriation subjective du modèle. Ou bien le symptôme renseigne sur l'individu en tant que *type* identique aux membres de sa classe, ou bien le symptôme renseigne sur l'individu en tant que *un* irréductible aux membres de sa classe. L'ethnopsychiatrie version Devereux repose effectivement sur une méthodologie prise dans cette incessante alternative du type *ou bien... ou bien*, en tant qu'elle nous évoque la forme de synthèse disjonctive à la fois *exclusive* et *limitative* stigmatisée par Deleuze et Guattari dans leur *Anti-Œdipe* :

« C'est le règne du *Ou bien* dans la fonction différenciante de la prohibition de l'inceste : là c'est maman qui commence, là c'est papa, et là c'est toi. *Reste à ta place*². »

Mais une fois les choses ramenées à leur bonne place, on aperçoit comment Devereux ne peut se contenter de cette harmonieuse répartition puisqu'il s'évertue à poser le problème différemment : comment comprendre qu'un désordre n'est pas *seulement* ce qu'il est, mais qu'il peut être *également* autre chose que lui-même ? Et dès qu'il œuvre finalement contre son complémentarisme, dès qu'il tente de penser *simultanément* le *n'importe quel* et le *un* (le typique/ethnique et l'idiosyncrasique) l'ethnopsychiatre énonce des formules pour le moins contradictoires au regard de la méthode, et saute à pieds joints dans des paradoxes logiques à la Russel – auteur auquel il se réfère d'ailleurs abondamment – tel le problème de la classe des classes qui ne sont pas éléments d'elles-mêmes³. Or Devereux ne semble pas avoir d'autre réponse à ce type de contradiction qu'un retour obstiné à la lettre de son complémentarisme :

1. Devereux G., « Fondements logiques des études de Culture-et-Personnalité » (1945), in Devereux G., *Ethnopsychanalyse complémentariste*, 1972, *op. cit.* : 85-110 ; p. 106.

2. Deleuze G., Guattari F., *L'Anti-Œdipe. Capitalisme et schizophrénie*, Paris, Les Éditions de Minuit, coll. « Critique », 1972 ; p. 89. Nous soulignons.

3. Russel B., *Histoire de mes idées philosophiques* (1959), Paris, Gallimard, coll. TEL, 2001 ; pp. 94-95.

ou bien l'élément est considéré comme *n'importe quel* et identique aux autres, ou bien l'élément est considéré comme *un* et irréductible aux autres. Et lorsque les deux doivent nécessairement être pensés de manière simultanée, lorsque l'ethnique doit également être idiosyncrasique, surgit immanquablement la contradiction et l'indécidable. Au terme de ce laborieux bricolage conceptuel, il est dorénavant possible d'envisager que dans le cadre complémentariste, la question du symptôme est nécessairement indécidable puisque toute proposition de mise en tension des deux faces du symptôme mène à un point d'impossible – faisant apparaître un point de fuite de la méthode. L'ethnopsychiatrie version Devereux, érigeant en véritable impératif catégorique l'incommensurabilité de points de vue qu'elle tente pourtant sans cesse d'articuler, resterait donc, jusques et y compris dans ses impasses logiques, une méthodologie du non-rapport disciplinaire.

[4.2] Ethnopsy vs psychopathologie de la migration

À notre connaissance, Devereux n'a pas manifesté d'intérêt particulier envers les problématiques liées à la migration. Hormis nombre de remarques relatives à l'acculturation¹, on ne trouvera effectivement dans son œuvre nulle trace de questionnements du type « ethnopsychiatrie de la migration ». C'est alors davantage vers certains de ses élèves qu'il faut se tourner pour voir comment la méthodologie promue le maître va suggérer l'élaboration d'une clinique ethnopsychiatrique des migrants. Pour ce faire, nous nous attarderons en premier lieu sur les recherches menées par Albert Ifrah à propos de patients originaires du Maghreb (et plus précisément du Maroc), telles que consignées dans un ouvrage publié en 1980 : *Le Maghreb déchiré*² – ouvrage d'autant plus remarquable qu'il témoigne du souci de conjoindre, non sans difficultés, l'ethnopsychiatrie version Devereux et quelques-unes des hypothèses issues de la psychopathologie de la migration. Ces réflexions sont par ailleurs le fruit d'une pratique psychothérapique à l'Hôpital psychiatrique de Casablanca, puis à Paris au sein du service pour maghrébins du Centre Françoise Minkowska – premier centre de consultation destiné aux seuls patients de nationalité étrangère (espagnols, portugais, maghrébins, africains), créé dès 1963 et témoignant aujourd'hui encore d'une très vive actualité. Notons également, comme l'indique Tobie Nathan, qu'Ifrah participa avec lui à la création, en 1979, du premier enseignement d'ethnopsychiatrie à l'UFR de médecine de l'Université Paris 13 Bobigny³.

1. Devereux G. (et Loeb E.M.), « Acculturation antagoniste » (1943) in Devereux G., *Ethnopsychanalyse complémentariste*, 1972, op. cit. : 201-231.

2. Ifrah A., *Le Maghreb déchiré. Tradition, Folie et Migration*, Claix, La Pensée Sauvage, 1980.

3. Voir la nouvelle préface à Nathan T., *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique* (1986), 2e édition, Paris, Dunod, 2001 ; p. XXI.

[4.2.1] Ruptures et dépendances

Le propos d'Ifrah entend s'inscrire en rupture avec une certaine psychopathologie de la migration qui, à la même période, semble pourtant bien assurée de ses fondements. L'auteur annonce en effet dès la première page du *Maghreb déchiré* qu'

« il est étonnant de constater combien, dans le domaine de la psychopathologie de la migration, la confusion entre réalité sociologique et fait psychologique est monnaie courante, comme si le clinicien avait du mal à se sortir de l'influence exercée par les problèmes socio-économiques, tellement importants chez les migrants. Ce travail se veut résolument ethnopsychiatrique, et si je discute peu des problèmes socio-économiques des travailleurs transplantés, ce n'est ni par ignorance, ni par oubli, mais de manière délibérée, ce, afin de tenter de montrer combien les problèmes psychologiques associés à la transplantation sont, en eux-mêmes, complexes sans y ajouter, comme pour les obscurcir davantage, tout l'apanage politique, idéologique et économique¹. »

S'il critique fermement le sociologisme outrancier dont fait bien souvent preuve ce domaine de recherche, il importe néanmoins de souligner qu'il ne remet nullement en cause l'hypothèse des *troubles de l'adaptation*, bien au contraire. Toutefois, ces derniers vont être interprétés ici sous l'angle exclusif de l'acculturation, sans référence décisive à ses cadres sociaux : le politique, l'idéologique et l'économique cèdent leur place à la seule dimension culturelle en interaction étroite avec la dimension psychologique. Le décalage initié par Ifrah consiste en premier lieu à faire du migrant l'idéal-type de l'individu acculturé et, partant, la condition sociologique de migrant perd de son importance dans l'analyse : elle passe *ipso facto* au second plan pour mieux appréhender les vicissitudes d'un individu aux prises avec la déstabilisation de ses modèles culturels – que celle-ci soit le fait d'une migration ou de l'introduction, dans une société *a priori* attachée aux traditions, de valeurs occidentales. Autrement dit, migration et colonisation actualisent le même processus et confrontent de fait les individus aux mêmes types de difficultés adaptatives :

« lors de la rencontre entre deux systèmes de valeurs (dans ce cas, la colonisation ou la migration), il se crée des conflits contre les mutations qui s'opèrent. La résistance au changement est due, d'une part, à l'opposition des systèmes sociaux confrontés, et, d'autre part, à l'importation des nouveaux modèles qui, ne prenant pas racine dans la culture originelle, dissocient la personnalité et sont souvent facteur d'angoisse par leur atypicité². »

Outre une restriction certaine du problème sur le seul registre de la culture, et peut-être plus important quant à ses enjeux, un autre décalage vis-à-vis de la psychopathologie de la

1. Ifrah A., *Le Maghreb déchiré. Tradition, Folie et Migration*, 1979, *op. cit.*, p. 7.

2. *Ibid.*, p. 13.

migration concerne le destin de la « dimension psychologique ». Le principal grief formulé par Ifrah à l'égard de ses prédécesseurs – la première citation nous l'indique – porte bien entendu sur leur incapacité à distinguer ce qui a respectivement trait au socio-culturel et au psychique. Et pour dépasser cette forme de réductionnisme, l'auteur choisit de s'inscrire dans l'option complémentariste. Mais si Devereux vient effectivement comme référence majeure dans la démonstration, il faut tout de même mentionner l'influence remarquable de plusieurs psychopathologues de la migration (et surtout Almeida). Il ne serait pas exagéré en effet, d'affirmer que notre ethnopsychiatre de la migration va s'efforcer de relire la tradition d'une psychopathologie de la migration *avec* Devereux, afin de renouveler l'analyse des troubles de l'adaptation au travers du prisme de l'ethnopsychiatrie. Dans la droite ligne de la tradition, Ifrah réaffirme d'emblée la classique distinction entre *pathologie d'apport* et *pathologie de la transplantation* :

« La psychopathologie d'apport (névroses, troubles caractériels, oligophrénies, schizophrénies etc.), si elle relève de la nosographie classique, n'en est pas moins présentée avec une symptomatologie particulière [...]. La majorité des cliniciens s'entendent pour dire que la pathologie de la transplantation est moins classique, et correspond à champ spécifique de la pathologie (même du point de vue somatique, dans certains cas). Elle est intimement liée aux nouvelles références socio-culturelles et aux tentatives *ratées* d'aboutir à une bonne insertion dans le nouveau milieu¹. »

La psychopathologie d'apport, correspondant chez Almeida au groupe des troubles *a priori* indépendants de la migration elle-même puisque fondés sur une prédisposition, ne va pas retenir l'intérêt d'Ifrah mais loin de disparaître totalement, nous verrons un peu plus tard comment elle fait curieusement retour. Le propos se centre donc sur la pathologie de la transplantation, sur le groupe des troubles directement liés à la migration et aux difficultés d'adaptation auxquelles elle confronte nécessairement. Tout comme chez Almeida, les perturbations mentales chez les migrants procèdent d'un conflit entre le Moi et le nouvel environnement ; chaque crise symptomatique (qu'Almeida appelait des *crises d'identité* ou des *crises de dépersonnalisation*) témoignant d'une restructuration globale de la personnalité et de ses supports identificatoires. La dynamique du conflit trouvera alors son modèle dans la problématique de l'acculturation, dans l'exigence d'une intériorisation de nouvelles normes culturelles entrant bien souvent en contradiction avec celles du milieu d'origine. Et pour s'adapter, l'individu ne peut plus puiser seulement dans ses modèles antérieurs mais doit trouver dans l'environnement de nouveaux appuis :

« Face au conflit inhérent à sa nouvelle condition de transplanté, l'individu mis dans l'incapacité de trouver un équilibre entre ses exigences internes (valeurs traditionnelles, structure psychologique...) et une adaptation externe, va chercher un moyen de sortir de

1. *Ibid.*, pp. 73-74.

cet état [...] inconfortable, sans renier ses croyances fondamentales et sans entrer en conflit ouvert avec la société. Pour cela, il existe tout un réseau auquel il peut s'adresser selon la nature du conflit : médecin du travail, assistante sociale, sécurité sociale, dispensaire médical et d'hygiène mentale... Or ces instances, au-delà de leur rôle respectif, jouent un rôle social fondamental qui est celui d'écouter la demande du patient, et de la reformuler en termes adéquats. C'est-à-dire dans le sens qu'ils soient compréhensibles par les organismes intéressés et qu'ils procurent un moyen suffisant pour limiter l'anxiété de l'individu¹. »

En ce point précis, Devereux prend maintenant le relais d'Almeida car la thèse selon laquelle la société offre à l'individu les moyens d'exprimer son conflit, n'est rien d'autre que celle des *désordres ethniques*, ou encore des *modèles d'inconduite* :

« Le déroulement quasi général du processus de « resocialisation » n'est pas dû tant aux caractères inhérents aux transplantés, qu'à la manière que propose la société pour y accéder. [...]. L'individu transplanté, qui se trouve en situation d'échec dans ce milieu auquel il n'est pas accoutumé, a la possibilité d'utiliser en quelque sorte ce modèle d'inconduite mis à sa disposition, et qui serait le « syndrome méditerranéen » ou la « sinistrose », ou encore le « comportement hystérique »². »

Les fameux symptômes somatiques des migrants deviennent donc des modes d'expression conventionnels prescrits par le nouveau milieu, et utilisés dans le but de se faire comprendre et reconnaître par l'entourage et les institutions consultées. Ils procèdent d'une recherche de la bonne manière d'exprimer son conflit, d'un moyen d'attirer l'attention sur ses difficultés en empruntant les voies socialement pertinentes et prévisibles. On remarquera toutefois que cette analyse laisse déjà planer une certaine ambiguïté quant à la nature du conflit qu'il s'agirait d'exprimer. En effet, le seul indice que nous ayons pour l'instant à notre disposition est que le conflit en question serait d'ordre acculturatif mais cette proposition, en elle-même, ne renouvelle pas encore les analyses ayant cours dans la psychopathologie de la migration. D'autant plus que si l'on n'y parle guère de modèles d'inconduite, la vieille hypothèse du langage du corps comme tentative de communication n'est finalement pas très éloignée de ce que propose ici Ifrah. L'originalité du propos réside plutôt dans une autre version du conflit :

« La difficulté [à entendre la demande du patient] réside dans l'impossibilité pour le praticien de séparer le discours sociologique-acculturatif du discours psychologique. Il ne s'agit pas de dire que l'un est une conséquence de l'autre, ou le contraire, mais de déterminer le processus dynamique de leur rapport : un comportement donné, fût-il un trouble psychopathologique, peut n'être qu'un modèle culturel. Ce modèle culturel va dans le sens d'un effort accompli par l'individu pour exprimer un conflit idiosyncrasique

1. *Ibid.*, p. 78.

2. *Ibid.*, p. 79.

de manière standardisée (revendications sinistrosiques, symptômes hypocondriaques, hystéroïdes...) à des fins adaptatives¹. »

Autrement dit, il est dorénavant nécessaire de distinguer le discours sociologique-acculturatif du discours psychologique-idiosyncrasique puisque le premier ne serait qu'une modalité d'expression socialement pertinente du second : le conflit acculturatif recouvre, tel un vernis, un conflit idiosyncrasique qui n'a pas d'autres moyens pour s'exprimer et être reconnu sur la scène sociale. La fidélité aux thèses de Devereux est ici très nette puisque l'on y retrouve exactement les mêmes idées que dans l'article de 1953 intitulé *Les facteurs culturels en thérapie psychanalytique*, à propos de l'acculturation : l'interprétation en termes de conflit de cultures ne nous dit rien du conflit psychique sous-jacent, qui seul pourrait rendre compte des symptômes. Et l'aporie majeure des psychopathologues de la migration résiderait dans leur incapacité à différencier ces deux dimensions, sociologique et psychologique. Toutefois si l'ethnopsychiatrie offre enfin, selon Ifrah, la possibilité de *déterminer le processus dynamique de leur rapport*, il n'est pas certain, comme nous allons tenter de le montrer, que le projet soit toujours en mesure de déplacer nettement la problématique.

[4.2.2] L'indétermination du conflit

Une fois posée l'exigence d'incommensurabilité des registres sans laquelle on risquerait de tomber une nouvelle fois dans un réductionnisme, Ifrah va proposer d'autres modes de détermination des rapports entre les deux registres de discours et, partant, aboutir à plusieurs énoncés bien problématiques, pour ne pas dire contradictoires. On en trouvera un premier indice éloquent dans un extrait relatif à la dynamique de l'acculturation. L'auteur commence par rappeler la nécessité de bien faire la part entre les dimensions sociologique et psychologique du problème, car c'est à cette condition que l'on pourra reconnaître la variété des troubles (hypocondries, états dépressifs, psychoses...) qui peuvent être recouverts par les symptomatologies monotones présentées par les migrants. En tant que désordres ethniques, celles-ci renseignent certes sur l'élément acculturatif mais l'on ne peut pas déduire de leur seule observation un diagnostic psychopathologique. Et pourtant, Ifrah annonce tout de suite après que les troubles, même ceux les plus « en profondeur », sont des conséquences directes de l'exigence adaptative du processus d'acculturation – argumentation quelque peu circulaire et magistralement condensée dans cette citation :

« Ce n'est qu'à partir du moment où il perçoit son environnement comme signifiant et qu'il accède aux défenses culturelles françaises qu'intervient la nécessité d'une ré-élaboration de ses modèles. Cette ré-élaboration peut être une conséquence d'un conflit

1. *Ibid.*, p. 106.

psychologique, ou la cause d'un conflit psychologique. Selon le cas, on aura affaire à un désordre ethnique, ou à un désordre idiosyncrasique¹. »

Or toute l'ambiguïté tient justement à cette délicate articulation entre l'ethnique et l'idiosyncrasique : si dans un premier temps, le désordre ethnique est un standard dans lequel s'actualise un conflit idiosyncrasique, le premier est maintenant posé sans commune mesure avec le second. Et cette logique de démonstration rend de plus en plus opaque le problème de la nature du conflit dont la symptomatologie serait le signe : s'agit-il d'un conflit s'originant dans le processus même d'acculturation, ou d'un conflit psychique inconscient s'exprimant sous un vernis ethnique acculturatif ? Le registre de discours dans lequel situer le trouble et sa cause est-il sociologique-acculturatif, ou psychologique-idiosyncrasique ? Or il semblerait bien qu'à ces diverses questions, Ifrah avance tour à tour des éléments de réponse suffisamment contradictoires pour maintenir la nature du conflit dans une certaine indétermination. À ce titre, soulignons l'incroyable récurrence du terme de « conflit » dans l'ouvrage, allant de pair avec l'absence d'une définition précise et rigoureuse. Tout se passe alors comme si l'indétermination du conflit trouvait finalement son *analogon* dans l'indétermination du rapport entre les deux registres. Et l'on reconnaîtra aisément ici ce que nous avons précédemment épinglé comme point-limite de la méthode ethnopsychiatrique : le statut nécessairement indécidable du symptôme dès lors que l'on tente d'en articuler les deux faces (ethnique/idiosyncrasique ; sociale/subjective) dans les termes du complémentarisme. Mais plutôt que d'en revenir à la lettre complémentariste, plutôt que d'envisager désordres ethniques et désordres idiosyncrasiques en tant que points de vue épistémiques donnant au symptôme des coordonnées bien distinctes (*n'importe quel* vs *un*), Ifrah s'évertue coûte que coûte, comme Devereux, à penser l'un et l'autre simultanément au risque de ne plus être en mesure de déterminer précisément la dynamique conflictuelle du symptôme.

Reste alors à évaluer plus précisément l'effectivité de la rupture avec la tradition de la psychopathologie de la migration. Pour ce faire, référons-nous à la conclusion de l'ouvrage où, soulignant une dernière fois que les syndromes de la transplantation relèvent de désordres ethniques par lesquels l'individu cherche la bonne manière d'exprimer son conflit, l'auteur explique que

« le migrant qui utilisera l'un de ces moyens pour exprimer un conflit, se comporte de manière à être compris. C'est dans ce sens que la pathologie de la transplantation, quand il s'agit de troubles de la personnalité à court terme, est interprétée comme un processus positif favorisant l'adaptation. Car l'individu qui a recours à ces modes d'expression ne peut le faire qu'à la condition d'abandonner, au moins en partie, ses défenses culturelles précédentes. Ce n'est pas pour autant que les troubles névrotiques ou psychotiques n'existent pas chez les migrants : seulement, dans ces cas, et lorsqu'ils ne sont pas

1. *Ibid.*, pp. 107-108.

recouverts par un vernis « standardisé », il s'agira de troubles idiosyncrasiques, et la place des éléments culturels n'aura d'importance qu'en référence à l'histoire du malade ; la dimension sociologique ne viendra là que pour gêner le clinicien¹. »

La distinction entre désordres ethniques et désordres idiosyncrasiques paraît ici tout à fait limpide puisque les uns procèdent d'une dynamique d'acculturation, et les autres de la seule idiosyncrasie exempte d'une couche de vernis ethnique. Cependant, compte-tenu des développements précédents, cette typologie des désordres et de leur dynamique demeure en deçà du projet initial puisque la question de l'articulation des deux registres reste *in fine* totalement ouverte : quand bien même il s'agirait d'un désordre ethnique au sens strict, n'oublions pas qu'il faudra toujours rechercher, et c'est bien là l'apport d'Ifrah lecteur de Devereux, l'élément idiosyncrasique qui s'y trame... au risque de ne plus savoir dans quel registre situer exactement le trouble, entre cause et conséquence. La seule certitude diagnostique concernerait peut-être le désordre idiosyncrasique au sens strict ; celui qui, névrose ou psychose, ne devrait plus rien à la structuration culturelle du symptôme puisqu'il n'a de cesse de la déformer selon la trame d'une subjectivité irréductible. Affranchi d'une détermination culturelle, il restera donc en dehors de la problématique de la transplantation et, de ce fait, plus aisément lisible. C'est alors que l'on voit resurgir, de manière assez inattendue, le spectre de la fameuse distinction entre pathologies de la transplantation et pathologies d'apport, pathologies de l'acculturation et pathologies ancrées dans une prédisposition. En effet le désordre idiosyncrasique, tel qu'appréhendé à partir de la citation précédente, n'est rien finalement d'autre qu'une nouvelle version des troubles d'apport, ou d'importation, à propos desquels Almeida affirmait déjà que

« le soignant, malgré le barrage linguistique et d'autres difficultés relationnelles, a l'impression de se mouvoir en terrain connu. Il est capable de poser un diagnostic, de prévoir une évolution et de dispenser des soins plus ou moins adéquats. Malgré l'incompréhension verbale, le langage familier de la folie reste perceptible². »

La dimension culturelle ne saurait constituer ici autre chose qu'un épiphénomène, n'entrant nullement dans la composition du tableau clinique et de sa dynamique. Et l'idiosyncrasie endosse alors le même statut logique que la prédisposition face à laquelle la migration reste un non-événement voire, parfois, un trait supplémentaire dans le tableau. Toute autre serait bien entendu la logique du désordre ethnique, qui vient nommer différemment les troubles de la transplantation en tant que signes de difficultés liées à l'acculturation. Nous avons vu par ailleurs comment cette prédisposition devait impérativement être rejetée pour faire émerger une authentique psychopathologie de la transplantation, et quel était le prix de ce

1. *Ibid.*, p. 140.

2. Almeida (de) Z., « Les perturbations mentales chez les migrants », 1975, *op. cit.*, p. 276.

rejet inaugural : la réduction de la variable « individu » à un *presque* rien. S'opposant fermement aux conséquences d'un tel rejet, Ifrah tente quant à lui de ramener l'idiosyncrasie sur la scène de l'acculturation, d'ouvrir enfin les portes du sanctuaire pour offrir à la « dimension psychologique » une autre consistance. Les coordonnées du problème se trouvent certes déplacées mais là aussi, il faut en payer un prix : non plus celui d'un *presque* rien face à la multiplication des facteurs socio-culturels de vulnérabilité adaptative, mais d'une nécessaire indétermination quant à la dynamique d'un conflit *simultanément* pensé entre soumission et irréductibilité au registre de la culture.

Cette construction ethnopsychiatrique des incidences cliniques de la migration inaugure bien un certain renouvellement des problématiques posées par la psychopathologie de la transplantation, puisqu'elle tente d'établir avec rigueur une articulation entre condition de migrant acculturé et position subjective : il ne s'agit plus d'entendre seulement dans la parole un texte socio-culturel, mais de porter attention à ce texte en tant qu'ordonné autour d'un point d'énonciation, ici localisé dans une idiosyncrasie. Mais dans la mesure où la dialectique repose sur une stricte relation de complémentarité, la frontière entre les registres ne pourra être franchie qu'à la condition de traverser un espace d'indétermination à partir duquel, *in fine*, rien ne s'élabore si ce n'est l'injonction à en sortir. Bref, une indispensable dialectique n'ouvrant peut-être qu'à sa rupture. L'un des mérites, et non des moindres, d'une telle zone de perturbations critiques reste néanmoins d'inviter les cliniciens à toujours plus de prudence face à l'engouement pour la culture de l'autre, de même qu'envers la propension à irréaliser ou, réciproquement, surréaliser les incidences subjectives de la migration. Prudence qui, du reste, n'est nullement garantie par la seule revendication d'une inscription dans le sillage de Devereux – comme l'illustre assez justement un autre de ses disciples français.

[4.3] Relativism as Antidote, the West as Toxin

« Eh bien moi, je vous affirme que les *Autres pensent aussi* ! Et je peux même vous préciser que leur pensée est non seulement une véritable pensée mais qu'elle est radicalement hétérogène à celle des « Blancs »¹. »

Professeur de psychologie à l'Université Paris 8, Tobie Nathan revendique le statut d'héritier de Devereux, dont il prolongerait l'œuvre depuis de nombreuses années tout en ayant su prendre quelques distances. Disciple fidèle de 1971 à 1981, il a effectivement rédigé une thèse de Doctorat sous sa direction (*Idéologie sexuelle et névrose*, publiée en 1977), l'a parfois

1. Nathan T., « Manifeste pour une psychopathologie scientifique » (1995), in Nathan T., Stengers I., *Médecins et sorciers*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond/Sanofi-Synthélabo, 1999 : 9-113 ; p. 46.

remplacé pour assurer son séminaire d'ethnopsychiatrie à l'École des Hautes Études et obtint grâce à lui, dans cette même institution, un enseignement durant l'année 1977-78. Puis survient la rupture définitive en 1981, sous l'impulsion du Maître.

La véritable urgence pour Nathan et ses collègues d'alors réside dans l'invention d'une clinique, dans la construction d'un dispositif ethnopsychiatrique permettant une prise en charge effective des patients migrants, maghrébins et parfois africains. Or Devereux a certes fourni un cadre théorique et méthodologique mais nullement le cadre clinique et technique qui pourrait en découler ; d'où l'enjeu de formaliser un dispositif *spécifique* là où le Maître n'aurait cessé de maintenir une orientation épistémologique et universaliste. Si le souci dont témoigne Nathan s'enracine bien dans les difficultés cliniques rencontrées dans la prise en charge de patients migrants, il importe de souligner qu'aucune référence précise n'est faite au précédent paradigme de la psychopathologie de la migration, hormis une note de bas de page dans *La folie des autres*, renvoyant le terme de « sinistrose » à l'article d'Almeida sur *Les perturbations mentales chez les migrants*¹. Et parmi tous les auteurs dont nous avons parlé jusqu'à présent, seul Ifrah est rapidement mentionné à quelques reprises, sur le thème des désordres ethniques. Un tel oubli (que nous estimons délibéré) souligne *a minima* la volonté de rompre définitivement avec cette tradition et vient renforcer le caractère *a priori* novateur du propos – l'auteur s'évertuant à répéter qu'aucun cadre hormis le sien, n'est en mesure d'apporter aux migrants une réponse thérapeutique adaptée, faute d'une prise en compte heuristique de la culture au sein du dispositif. En effet, tout comme chez Ifrah, le terme de « migrant » désigne ici une altérité culturelle et non plus une condition sociale mais, malgré la commune référence à Devereux et l'affirmation d'un intérêt exclusif envers le registre culturel, ces deux versions d'une ethnopsychiatrie des migrants vont vite révéler certaines divergences fondamentales. Plus globalement, l'ethnopsychiatrie version Nathan est dès le départ orientée par la recherche d'un tracé inédit des lignes de construction du dispositif clinique, lorsque celui-ci se met à l'épreuve des migrants en tant que représentants d'une culture particulière. Le souci de prise en charge thérapeutique implique donc *de facto* une refonte complète de la théorie du cadre, et nous verrons par la suite comment cette voie d'entrée va aboutir à un projet d'une portée nettement plus ambitieuse : celui d'une authentique révolution scientifique dans le domaine de la psychopathologie.

Véritable laboratoire d'expérimentations d'où la révolution pourrait bien advenir, la première consultation d'ethnopsychiatrie version Nathan voit le jour en 1979 à l'Hôpital Avicenne de Bobigny dans le service de psychopathologie dirigé par S. Lebovici. Elle se déplacera ensuite, en 1988, vers le centre de Protection maternelle et infantile de Villetaneuse jusqu'en 1992, tandis que la précédente est poursuivie par une équipe de collaborateurs (pilotée par M.R.

1. Nathan T., *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, 1986, *op. cit.*, p. 81, note 18. Dans la bibliographie en fin d'ouvrage, l'article est d'ailleurs intitulé « La perturbation mentale chez les migrants ».

Moro, qui dirige aujourd'hui le service). Puis en 1993, est fondé le *Centre Georges Devereux* au sein de l'UFR de Psychologie de l'Université Paris 8. Il s'agit d'un centre clinique universitaire dirigé par Nathan, dont l'objectif est d'être à la fois un lieu d'aide psychologique destiné aux populations migrantes, et un lieu d'enseignement et de recherche ayant à ce titre permis d'encadrer plus d'une trentaine de thèses.

Les idées défendues par Nathan, alliées à un style volontiers péremptoire et polémique, vont rapidement être l'objet de nombreuses critiques émanant pour la plupart de cliniciens français condamnant sans appel les dérives culturalistes – voire ethnistes et néo-colonialistes – de cette nouvelle version de l'ethnopsychiatrie. Le débat, mêlant à des degrés divers clinique et politique, est d'ailleurs tel qu'il quitte un temps le cercle restreint des publications spécialisées pour investir celui d'une presse davantage grand public¹. Il ne s'agira pas ici de revenir sur chacune de ces critiques, d'autant que nous en croiserons

1. Voici à titre indicatif une sélection chronologique (1991-2000) et fort peu exhaustive de références venues ponctuer le débat :

- *Cahiers Intersignes*, 1991, 3, « Parcours d'exil ». (Actes du colloque « Incidences cliniques de l'exil », Paris, mai 1991).
- Dahoun Z.K.S., « Les us et abus de l'ethnopsychiatrie », *Les Temps Modernes*, 1992, 552-553 : 223-253.
- Nathan T., *Fier de n'avoir ni pays, ni amis, quelle sottise c'était... Principes d'ethnopsychanalyse*, Grenoble, La Pensée Sauvage, 1993.
- Nathan T., *L'influence qui guérit*, Paris, Odile Jacob, 1994.
- Rechtman R., « De l'ethnopsychiatrie à l'a-psychiatrie culturelle », *L'Évolution Psychiatrique*, 1995, 60, 3 : 637-649.
- Douville O., (dir.), *Anthropologie et Cliniques. Recherches et Perspectives*, Rennes, Éditions ARCP, 1996 (Actes du colloque « Anthropologie et Cliniques. Recherches et Perspectives », Rennes, mai 1994).
- Nathan T., « Entretien », *Le Monde*, 22 octobre 1996.
- Benslama F., « L'illusion ethnopsychiatrique », *Le Monde*, 4 décembre 1996.
- Dorès M., « Le psy, le chaman et le charlatan », *Le Monde*, 4 décembre 1996.
- Nathan T., « Une psychologie qui prend des risques », *Le Monde*, 4 janvier 1997.
- Latour B., Stengers I., « Du bon usage de l'ethnopsychiatrie », *Libération*, 21 janvier 1997.
- Sibony D., « Tous malades de l'exil », *Libération*, 30 janvier 1997.
- Policar A., « La dérive de l'ethnopsychiatrie », *Libération*, 20 juin 1997.
- Nathan T., « Pas de psychiatrie hors les cultures », *Libération*, 30 juillet 1997.
- Henry C., « La case de l'oncle Tobie », *Psychopathologie Africaine*, 1997, XXVIII : 107-111.
- *Psychologie clinique*, nouvelle série, 1997, 3, « Les sites de l'exil ».
- *Psychologie clinique*, nouvelle série, 1997, 4, « L'exil intérieur ».
- Douville O., Natahi O., « De l'inactualité de l'ethnopsychiatrie », *Synapse*, 1998, 147 : 23-30.
- Benslama F., « Épreuves de l'étranger », in Ménéchal J. (dir.), *Le risque de l'étranger. Soins psychique et politique*, Paris, Dunod, 1999 : 54-76.
- Fassin D., « L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit », *Genèses*, 1999, 35 : 146-171.
- Roudinesco E., « Je plaide pour la liberté de ne pas être toujours ramené à mes racines », *Politix*, 1999, 577 : 20-23.
- Douville O., « Notes sur quelques apports de l'anthropologie dans le champ de la clinique « interculturelle » », *L'Évolution Psychiatrique*, 2000, 65 : 741-761.
- Fassin D., « Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies africaines aux banlieues parisiennes », *L'Homme*, 2000, 153 : 231-250.
- Moro M.R., Giraud F., « L'exil et la souffrance psychique », *Esprit*, 2000, 7 : 155-168.
- Nathan T., « Psychothérapie et politique. Les enjeux théoriques, institutionnels et politiques de l'ethnopsychiatrie », *Genèses*, 2000, 38 : 136-159 ; repris dans Nathan T., *Nous ne sommes pas seuls au monde*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond/Le Seuil, 2001 : 69-110.
- Rechtman R., « De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatres », *Hommes & Migrations*, 2000, 1225 : 46-61.

plusieurs dans les prochaines sections de la thèse. Et nous nous contenterons pour l'instant de donner la parole à Tobie Nathan lui-même qui, en 2000, pose de la manière suivante les termes de la controverse qu'il a fait naître :

« Ils ont la prétention de faire apparaître les travers politiques – voire les alliances « objectives » – de l'ethnopsychiatrie afin de la disqualifier, non pour des raisons scientifiques, mais du fait qu'elle viendrait en contradiction avec des impératifs moraux soit de gauche, « contre les lois de la République », soit de nature psychanalytique, « contre le sujet ». Les énoncés les plus caricaturaux – qui pourraient même se révéler drôles s'ils ne semaient des germes de tragédie – étant ceux qui énoncent que la reconnaissance de l'inconscient freudien équivaut à une sorte d'adhésion aux principes républicains (« Immigrés, faites une psychanalyse et vous deviendrez républicains ! »). Au-delà des rancœurs, ces énoncés provenant tous d'une même tendance psychanalytique sont tout de même, me semble-t-il, le signe d'une certaine incompréhension des enjeux réels d'une pratique psychologique avec les migrants¹. »

Cette réponse nous apparaît bien exemplaire de la logique argumentaire actuelle de l'auteur puisqu'elle rejette de principe la moindre critique émanant d'une rationalité psychanalytique ici recollée sur un projet politique, et répond sur le terrain de la pratique clinique qui fonctionnera toujours comme la *référence centrale de légitimation*². Le recours à la clinique devient en effet l'argument d'autorité au nom duquel tout énoncé critique sera souverainement dévalorisé, dès lors qu'il oserait se situer en dehors du dispositif lui-même – position d'ailleurs tout à fait cohérente avec les options épistémologiques de l'auteur. Si ce rapport particulier à la clinique en tant que référence centrale de légitimation accompagne les textes de Nathan depuis le début, son rapport à la psychanalyse a quant à lui nettement évolué puisque celle-ci est passée du statut de cadre théorique et clinique à celui de prototype d'une pensée occidentale ethnocentriste, à combattre comme telle. Il faudrait ainsi distinguer au moins deux périodes dans le frayage de l'ethnopsychiatre, le grand virage s'amorçant visiblement entre 1988 et 1993. Les deux périodes s'inscrivent toutefois dans une véritable continuité de sorte que l'actuel rejet de la psychanalyse n'est peut-être qu'une conséquence logique des prémisses du système.

1. Nathan T., « Psychothérapie et politique. Les enjeux théoriques, institutionnels et politiques de l'ethnopsychiatrie », 2000, *op. cit.* ; repris dans Nathan T., *Nous ne sommes pas seuls au monde*, 2001, *op. cit.* : 69-110 ; p. 71.

2. Sur cette logique, telle qu'elle s'est notamment déployée chez Malinowski et Lévi-Strauss dans leurs rapports conflictuels à la psychanalyse, voir : Pulman B., « Le débat anthropologie/psychanalyse et la référence au « terrain » », *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 1986, LXXX : 5-26 ; p. 12.

[4.3.1] Premier mouvement : la négociation

« Disons les choses clairement : la psychiatrie occidentale s'est révélée incapable d'assurer la santé psychique des membres de sociétés traditionnelles, tant dans leur pays d'origine que dans la migration¹. »

Cette citation, première phrase du *Sperme du diable*, situe d'emblée l'enjeu et l'urgence des recherches de Nathan : mettre au point un dispositif clinique livrant une réponse enfin pertinente aux difficultés psychiques rencontrées par les migrants en tant que membres de sociétés traditionnelles, là où la psychiatrie n'a eu de cesse d'échouer. Ce dernier constat, ayant dans la démonstration valeur d'axiome, trouverait son motif dans la difficulté pour les cliniciens d'intégrer au sein de leurs pratiques la différence de culture, de modes de pensée et de représentations du monde singulièrement distincts de ceux occidentaux. En effet lorsque la commune appartenance culturelle n'est plus la règle, lorsque le patient est issu d'une *culture non occidentale*, le clinicien risque fort de ne plus savoir comment orienter son travail ou, cas plus problématique, de ne pas respecter le droit du patient à s'exprimer non seulement dans sa langue, mais bien dans le cadre d'une logique de pensée culturellement déterminée. Partant, quel que soit le dispositif thérapeutique proposé à un patient migrant, il restera foncièrement inadapté s'il s'obstine à méconnaître, de manière consciente ou non, le rôle crucial joué par la culture dans la structuration de la pensée et du désordre. Or seule l'ethnopsychiatrie semble être en mesure de fournir un cadre à la fois théorique et technique susceptible de résoudre ces difficultés.

Les rapports psychisme/culture

Pour bien saisir les ressorts du cadre qui va être construit, il convient d'explicitier la conception des rapports psychisme/culture qui le sous-tend ; c'est-à-dire, appréhender en premier lieu la manière avec laquelle Nathan entend s'inscrire dans la lignée complémentariste. Devereux a selon lui mis au point une méthodologie du double discours qui suppose de la part de l'ethnopsychiatre la maîtrise de deux discours non simultanés, dont aucun ne peut être subordonné à l'autre. Cette proposition placerait *ipso facto* le chercheur et le clinicien dans une position de double jouant sans cesse sur/avec la frontière, l'interface entre les discours. Il s'agit donc d'une discipline qui élèverait la frontière au statut d'objet d'étude à part entière. Ceci posé, Nathan peut envisager les rapports tissés entre psychisme et culture sur le même modèle du double : ces deux structures constituent des doublets, des structures homologues co-émergentes :

1. Nathan T., *Le sperme du diable. Éléments d'ethnopsychothérapie*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. Les Champs de la Santé, 1988 ; p. 13.

« Quoiqu'elles s'acquièrent indépendamment, ces deux structures entretiennent entre elles des rapports d'homologie : l'une est le *double* de l'autre. Elles sont toutes deux gérées par les catégories du dedans/dehors et du manifeste/latent. Le sujet existe si – et seulement si – ces deux structures coexistent en lui dans un rapport homologique¹. »

Dès lors, pas de sujet humain s'il n'est nanti d'une culture *et* d'un psychisme. Et dans cette perspective, les énoncés « l'homme est un être de culture » et « l'homme est un être doué de psychisme » deviennent alors strictement équivalents. Citons une nouvelle fois l'auteur afin d'illustrer les particularités d'un tel nouage :

« [...] la culture utilise les mêmes éléments que le psychisme, les agence à l'aide des mêmes processus, a recours aux mêmes mécanismes de défense. De ce fait, tout homme possède au sein de son psychisme deux organisations qui fonctionnent en *double* : appareil psychique et culture². »

Le double discours tenu par l'ethnopsychiatrie inviterait de fait au dédoublement de ce que l'on nomme habituellement « psychisme » en deux structures : d'une part la culture telle que l'ethnologie peut l'étudier en ses diverses variations et, d'autre part, l'appareil psychique tel que construit par la métapsychologie freudienne. Ainsi sur le registre du préconscient, la *culture vécue* devient le double du *moi* tandis que sur le registre inconscient, l'inconscient *ethnique* devient le double de l'inconscient *idiosyncrasique*. Et la stabilité du système n'est effective qu'à la condition d'étayages constants entre les structures : l'organisation psychique s'étaie en permanence sur l'organisation culturelle qui, si elle est certes externe puisqu'elle préexiste au sujet, n'en est pas moins intériorisée. Plus précisément, l'enveloppe psychique s'étaie sur l'enveloppe culturelle, de la même manière que le portage primaire de la mère par l'enfant est relayé par le portage culturel de la psyché. Tout ce montage, en tant que système logique de correspondance et de réduplication des contenants psychiques et des contenants culturels, garantit ainsi l'équilibre et la fonctionnalité des limites moi/non-moi, dedans/dehors, manifeste/latent etc. On perçoit mieux, maintenant, en quoi la prise en charge de patients migrants implique nécessairement une attention soutenue envers les données culturelles, puisque la culture est ici pensée comme l'enveloppe formelle du psychisme. Le clinicien a donc affaire à des sujets qui certes ne diffèrent pas des autres du point de vue de l'universalité des règles de fonctionnement psychique mais qui, toutefois, portent en eux un référentiel culturel hétérogène organisant spécifiquement l'image du corps, l'identité, l'écran du rêve, le symptôme etc.

1. Nathan T., *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, 1986, *op. cit.*, p. 34.

2. *Ibid.*, p. 212.

La problématique du désordre

Attardons-nous dorénavant sur la manière avec laquelle Nathan envisage la problématique du désordre, du symptôme. Au regard des précédents développements, il devient évident que ce dernier trouvera une grande part de détermination dans le registre de la culture. S'il est certes possible d'envisager que le symptôme prend racine dans un conflit intrapsychique, il demeure inéluctablement codé dans un texte culturel ou, plus précisément, structuré par une *théorie étiologique*. Dérivé de celui de *désordre ethnique*, ce concept désigne tout d'abord un mode d'explication culturelle du désordre dont la thématique est essentiellement magico-religieuse. Possession, sorcellerie, envoûtement, maraboutage, transgression de tabou, philtres etc., constituent ainsi autant de théories étiologiques traditionnelles balisant les voies d'expression de la maladie, prescrivant au conflit une forme. Toutefois,

« ces « théories étiologiques » ne sont pas seulement de parole et de pensée, elles sont aussi de corps et de groupe. Si, très souvent, le malade en ignore tout ou au moins une grande part, en revanche, son corps le sait et se comporte de manière à peu près conforme¹. »

L'individu se conformerait donc à une théorie traditionnelle du désordre, incarnerait à son insu l'explication culturelle de ce dont il souffre. Mais il ne s'agit pas seulement d'une « théorie » car celle-ci contient en elle-même le type de traitement, donc de thérapeute, nécessaire pour résoudre le trouble. Autrement dit, le patient donne à voir par son symptôme une théorie que seul un thérapeute traditionnel peut énoncer. En conséquence, les étiologies traditionnelles doivent également, et surtout, être considérées comme des outils ou des procédés techniques permettant la rencontre entre un patient et un thérapeute. Le processus thérapeutique s'enclenche plus précisément lorsque patient et thérapeute sont reliés par une théorie étiologique commune – thèse explicitement dérivée du *triangle thérapeutique* proposé en 1970 par J. Pouillon, par lequel l'ethnologue caractérise la dynamique de la relation thérapeutique selon un triangle, que chaque société détermine précisément, dont les sommets sont constitués par le malade, le médecin et le « mal » (l'explication de la maladie)².

La théorie étiologique prescrit ainsi le type de rapport entre patient et thérapeute en ce qu'elle engage un mode de traitement particulier – traitement qui, quelle que soit sa forme, permettra de restituer un sens au trouble, de le réinstaurer dans une temporalité et de redessiner les contours des limites visible/invisible, présent/passé, vie/mort, dedans/dehors etc. Bref la théorie étiologique, dès son énonciation par le thérapeute, offre au patient un contenant fonctionnel sur lequel la psyché peut à nouveau s'étayer. Et dans la mesure où la

1. Nathan T., *Le sperme du diable. Éléments d'ethnopsychothérapie*, 1988, *op. cit.*, p. 129.

2. Pouillon J., « Malade et médecin : le même et/ou l'autre ? (Remarques ethnologiques) », *Nouvelle revue de psychanalyse*, 1970, 1 : 77-98.

problématique du désordre ne peut plus se concevoir en dehors du système étiologico-thérapeutique qui lui donne forme, signification et résolution, il devient logiquement impératif pour l'ethnopsychiatrie de mener des études approfondies sur les systèmes de soin traditionnels qui, loin de fonctionner selon une logique « irrationnelle » voire « primitive », constituent au contraire des techniques thérapeutiques pleinement rationnelles, rigoureuses et efficaces.

Les incidences cliniques de la migration

Qu'en est-il maintenant de la conception ethnopsychiatrique des troubles présentés par les patients migrants ? L'hypothèse générale est celle d'un *traumatisme de la perte du cadre culturel* ou, version 1986, d'un *traumatisme de la perte du double culturel*¹. Elle désigne donc la perte du contenant, la rupture de l'étayage de la psyché sur son enveloppe culturelle. Cette perte (l'auteur parle aussi de *perte de la culture d'origine*) ne devient traumatique qu'à la survenue d'un événement qui, pour être métabolisé par la psyché, nécessite l'étayage et la fonctionnalité de la « barrière muqueuse-culturelle ». Les migrants peuvent vivre de manière tout à fait adaptée dans leur nouvel environnement – quoique au prix d'un certain clivage entre les mondes – jusqu'à ce qu'une crise les confronte à l'impossibilité de trouver un contenant offrant les appuis suffisants pour y faire face. Nathan propose alors de distinguer quatre type de crises liées au phénomène migratoire. Le premier concerne la fameuse *névrose traumatique* survenant à la suite d'un accident du travail, où nous reconnâtrons bien entendu la sinistrose. L'auteur pose l'hypothèse que ce n'est pas l'accident du travail lui-même qui produit la névrose traumatique, mais bien la perte du cadre culturel qui ne prend sa valeur que dans un après-coup :

« Tel patient algérien, en France depuis vingt ans, marié depuis une dizaine d'années, ne développera sa névrose traumatique que lorsqu'il sera confronté au fait qu'il est obligé de recourir aux compétences de sa fille, âgée de neuf ans, pour lire ses documents administratifs. Tel autre, marocain, « tombera » du haut de son échafaudage le jour où son fils, âgé de vingt ans et né en France, lui apprendra qu'il a décidé de demander sa naturalisation, d'effectuer son service militaire dans l'armée française et d'épouser une jeune fille française². »

Le traumatisme prend place dans un moment de vacillation de l'identité et de la filiation, et devient recherche d'un contenant susceptible de réassurer les limites générationnelles et la continuité des transmissions. Nathan approfondit davantage cette théorie du traumatisme en la confrontant aux rituels d'initiation traditionnels. Ces derniers, selon lui, consistent en une

1. Nathan T., *Le sperme du diable. Éléments d'ethnopsychothérapie*, 1988, *op. cit.*, p. 181 ; et Nathan T., *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, 1986, *op. cit.*, p. 69.

2. Nathan T., *Le sperme du diable. Éléments d'ethnopsychothérapie*, 1988, *op. cit.*, p. 183.

prescription de métamorphose de l'identité, c'est-à-dire une prescription de traumatisme puisqu'ils mettent en scène la frayeur, la douleur, le jeu avec la mort, les inductions paradoxales etc. Et l'issue du rituel vient situer le sujet dans une autre identité, dans un autre temps, dans un autre espace. Partant, la vacillation des repères du migrant faute d'un cadre culturellement pertinent, ouvrirait à une *appétence traumatophilique*, à une recherche de traumatisme prescrivant un nouveau contenant. En d'autres termes, la névrose traumatique procéderait davantage d'un traumatisme raté puisque l'invitation à la métamorphose cède la place à la seule confusion.

Deuxième crise psychopathologique, celle des *migrants de seconde génération*. Élevés dans le clivage parental, les enfants de migrants reproduiraient ce mécanisme entre culture d'origine et culture du pays d'accueil, monde du dedans opposé au monde du dehors. Ces enfants seraient doublement fragiles puisque le cadre des parents n'offre plus de stabilité, tandis que le leur est irrémédiablement clivé entre culture d'origine et culture d'accueil. D'où la fréquence à l'adolescence des crises psychopathologiques telles que bouffée délirante, décompensation psychotique, tentative de suicide, toxicomanie, psychopathie, délinquance... autant de formes symptomatiques qui ne prennent sens qu'en rapport avec la nécessité de s'inscrire dans une lignée – opération rendue bien délicate lorsque le cadre parental se révèle foncièrement inconsistant.

Troisième crise, celle des *femmes migrantes à l'occasion de la naissance d'un enfant*. Il s'agit ici des psychoses puerpérales *a priori* si fréquentes chez les femmes migrantes : la naissance de l'enfant en terre étrangère vient révéler l'absence de la mère de la parturiente, et du groupe des femmes qui assistent et aident à l'accouchement dans les sociétés traditionnelles. Face à cette absence éminemment traumatique, se met alors en place une tentative de reconstruire les lignées sous un mode à la fois imaginaire et délirant.

Enfin, quatrième et dernière crise typique, celle *due au choc avec la médecine occidentale*. À la moindre souffrance en effet, le migrant s'adressera au médecin occidental qui, en parfait technicien, ne délivre pas le sens du malheur et de la maladie. Coupé de sa culture d'origine et des thérapeutes traditionnels, le patient sera en proie à un malaise de plus en plus envahissant s'il ne rencontre pas de cadre susceptible de donner enfin un nom à sa souffrance. Il n'y a dès lors d'autre recours possible qu'une crise symptomatique polymorphe (problèmes d'identité, bouffée délirante, troubles psychosomatiques, dépression...) signalant la quête désespérée d'un acte thérapeutique qui fasse pleinement sens.

Plusieurs points méritent d'être soulignés à propos de ces quatre crises types ordonnées par l'hypothèse du traumatisme de la perte du cadre culturel. En premier lieu, elles invitent de manière très explicite à situer l'expérience migratoire et ses incidences cliniques dans les

seules coordonnées d'une perte irrémédiable – proposition s'éloignant quelque peu de celles relatives au processus d'acculturation, rencontrées dans la psychopathologie de la migration puis chez Ifrah. Dans cette nouvelle perspective en effet, les difficultés psychologiques des migrants et de leur descendance ne procèdent plus tout à fait d'un conflit entre des valeurs passées et nouvelles, d'une nécessaire et douloureuse ré-élaboration des modèles culturels. Le symptôme n'y est plus le signe de l'intensité d'un conflit acculturatif mais celui d'un déficit et de ce point de vue, la problématique n'est plus celle d'une contrainte au changement mais de la perte sèche : une psychopathologie de la *déculturation*, et non plus de l'acculturation¹. L'un des registres sur lequel apparaît ce décalage de la problématique concerne la structuration culturelle du désordre. Nous avons vu précédemment comment, selon Ifrah, la symptomatologie des migrants pouvait s'analyser dans les coordonnées du désordre ethnique, dont la dynamique procédait d'un emprunt de modèles culturels de la société d'accueil afin d'exprimer un conflit. Or chez Nathan le symptôme restera fixé, de manière inéluctable, dans le code de la culture d'origine – comme l'illustre sans ambiguïtés le propos suivant :

« Les cliniciens occidentaux reçoivent tous les jours des patients dont la pensée, les symptômes – tant psychologiques que somatiques – sont structurés par des « théories étiologiques », des mythes oubliés de leur culture d'origine. Qui irait soupçonner que la douleur aux épaules de tel patient guinéen d'ethnie Peul, et pourtant de formation universitaire, est organisée depuis douze ans, *et à son insu*, par la pensée culturelle selon laquelle les esprits, voulant s'incarner, s'abattent sur lui afin de l'inciter à organiser un rituel de possession² ? »

Partant, les symptômes relèvent certes toujours de la catégorie des désordres ethniques, mais en tant que strictement conformes aux modèles de la culture perdue tandis que l'acculturation n'entre pas de façon déterminante dans la composition du tableau. En cela, les quatre crises types du migrant localisent le point de déclenchement au lieu même d'un déficit de sens culturel et les symptômes qui en résultent, toujours-déjà codés par l'origine, sont un appel à la restitution d'un sens conforme à cette même origine. Le traumatisme de la perte du cadre culturel participe donc à la fois du déclenchement et de la chronicisation des troubles si l'individu ne rencontre pas, lors de son périple, de cadre susceptible de *rapatrier* l'événement critique dans l'univers de significations pertinent. Et d'une certaine manière, le symptôme peut être considéré comme une tentative d'*autothérapie*³ puisqu'il se structure autour d'une théorie en elle-même explicative et résolutive, mais ne trouvant en terre étrangère aucun thérapeute capable de l'énoncer, et d'indiquer ainsi le chemin de la guérison. L'importance

1. Sur la distinction entre les deux termes, voir : Cuche D., *La notion de culture dans les sciences sociales*, 1996, *op. cit.*, p. 52.

2. Nathan T., *Le sperme du diable. Éléments d'ethnopsychothérapie*, 1988, *op. cit.*, p. 18.

3. *Ibid.*, p. 191.

fondamentale accordée au modèle de la déculturation et à la structuration culturelle du désordre, laisse par ailleurs suggérer une moindre pertinence de la classique distinction entre pathologies d'apport et pathologies de la transplantation. À ce titre, on ne trouvera dans l'œuvre de Nathan nul intérêt quant à cette problématique, si ce n'est sa brève mention en conclusion de la *Folie des autres* :

« Cet aménagement du cadre [thérapeutique] concerne en premier lieu les migrants, que leur migration ait provoqué ou cristallisé un processus pathologique, ou, au contraire, que ce processus ait été à l'origine de la migration¹. »

Prédisposés ou mis à l'épreuve d'un événement, tous les migrants auront en effet à affronter la redoutable épreuve de la perte du sens et les symptômes, par-delà l'occurrence de leur déclenchement, déploieront nécessairement une syntaxe en appelant à un décodage culturel. Autrement dit, qu'il soit situé avant ou après la migration importe bien peu puisque le désordre, quel qu'il soit, ne se trame que dans et par l'origine et ne trouve sa résolution que dans la restitution d'un sens culturel. Il n'est sans doute plus nécessaire à l'ethnopsychiatrie de mener une telle discussion étiologique puisque tout symptôme contient toujours-déjà sa théorie et l'amorce de son traitement, comme tels indisponibles dans la société d'accueil. Nulle importance, dès lors, à distinguer prédisposition et migration puisque le mode de structuration du désordre restera invariablement le même, dans une fidélité à l'origine : dans la migration rien ne change, mais tout se perd.

Retour sur le complémentarisme

Ceci posé, comment Nathan va-t-il coordonner cette construction culturelle des troubles psychiques avec un point de vue psychodynamique hérité de la psychanalyse ? Pour répondre à cette dernière question, il convient d'abord de repérer l'une des torsions infligée au complémentarisme. Celle-ci consiste à passer d'un point de méthode à un point de doctrine : il ne s'agit plus vraiment, à l'instar de Devereux, de marquer la distinction entre deux cadres de référence incommensurables, mais davantage de penser les rapports psychisme/culture comme si les deux pôles étaient deux entités pleinement consistantes, en interaction. Il est d'ailleurs significatif que les rapports en question soient moins placés sous l'insigne de la complémentarité que de l'homologie : l'exclusion réciproque des points de vue cède la place au règne du double et de la reduplication. Bref, le culturel redouble *point par point* le psychisme selon un système de correspondances qui, à terme, permet certes de résoudre quelques difficultés liées à la rigueur complémentariste, mais au prix d'une sensible réduction de la complexité.

1. Nathan T., *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, 1986, *op. cit.*, p. 217.

Le point qui nous retiendra ici est celui du sort réservé au fameux indécidable du symptôme repéré chez Devereux et qui, chez Ifrah, se caractérise par la nécessaire indétermination du conflit. Nous avons tâché de montrer qu'il s'agissait là du problème logique de la simultanéité des points de vue, des deux constructions épistémiques incommensurables du symptôme pensé à la fois comme *n'importe quel* identique et comme *un* irréductible. Or en posant la stricte équivalence formelle des registres disciplinaires et de leurs objets, Nathan va lever la contradiction à la condition, toutefois, de refuser dorénavant le moindre écart entre culture et psychisme¹. En effet pour cette nouvelle ethnopsychiatrie, l'idiosyncrasique ne semble plus désigner un point d'irréductibilité au registre de la culture, mais davantage une simple variation analogique dans la lecture d'un phénomène. Partant, il devient bien difficile dans la logique de ce système d'intégrer la thèse de Devereux selon laquelle tout individu, *considéré d'un certain point de vue*, s'approprie et déforme pour son propre compte les matériaux culturels – d'où l'impossibilité méthodologique à le penser simultanément conforme à n'importe quel autre membre de sa culture.

Au contraire avec Nathan, tout individu ne saurait être que strictement conforme au modèle qu'il représente et incarne à son insu comme si, pour reprendre les mots de Linton, la personnalité réelle reflétait exactement la personnalité de base, dans une *transparence entre la pensée sociale et la pensée de l'individu*². De même, s'il est possible de mener une lecture psychanalytique-idiosyncrasique du symptôme, elle pourra être traduite terme à terme dans une version ethnologique-culturelle puisque l'*un* idiosyncrasique ne représente qu'une stricte reduplication du *n'importe quel* ethnique. Si la distinction des registres de discours demeure certes effective, rien n'interdit maintenant à l'ethnopsychiatre, sur le plan de la méthode, d'occuper simultanément les deux places ou, plutôt, de se situer en leur point de passage : là où, fut-ce momentanément, il serait possible de parler une langue commune. Et l'enjeu fondamental de Nathan va justement être de construire le cadre qui puisse autoriser et garantir une telle entreprise de traduction simultanée.

La spécificité du dispositif

Comme nous l'avons vu dans les pages précédentes, la relation thérapeutique ne s'instaure que lorsque patient et thérapeute sont réunis par une théorie étiologique commune, lorsque le thérapeute est capable d'énoncer la conception du mal qui depuis le début, structure le désordre à l'insu du patient. Et bien évidemment, nombre de problèmes surgissent quand les deux protagonistes ne s'accordent pas sur un même référentiel. C'est là, précisément, toute la difficulté de la prise en charge de patients issus d'une culture non occidentale puisque leurs

1. Ce point est notamment mis en relief par R. Rechtman. Voir : Rechtman R., « De l'ethnopsychiatrie à l'psychiatrie culturelle », 1995, *op. cit.*, p. 647.

2. Nous empruntons cette expression à O. Douville. Voir : Douville O., « Anthropologie du contemporain et clinique du sujet », *L'Évolution Psychiatrique*, 2004, 69 : 31-47 ; p. 39.

symptômes sont l'incarnation d'une théorie méconnue et trop souvent discréditée par le thérapeute occidental. Dans le système de Nathan, le *dialogue de sourd* et le *malentendu* auxquels se confrontaient les psychopathologues de la migration proviennent finalement de cette incapacité à reconnaître et intégrer dans la pratique clinique, la structuration culturelle de la pensée et du désordre. D'où l'urgence de la question suivante : selon quels paramètres construire un cadre thérapeutique qui puisse à la fois intégrer, de manière non conflictuelle, le référentiel étiologico-thérapeutique du patient et celui du thérapeute ? Le problème réside donc dans la nécessité de négocier un référentiel qui puisse satisfaire les deux parties en présence : un patient agi par une conception traditionnelle du mal, et un thérapeute-analyste pressé d'interpréter du matériel psychique. Ce problème est d'autant plus épineux que les conceptions traditionnelles et occidentales du désordre diffèrent totalement. En effet,

« un psychanalyste est malgré tout un Occidental *monothéiste*, à peu près rationaliste. Cet élément que l'on pourrait appeler la mère du psychanalyste ou, selon le mot de Freud, sa *sorcière* (la métapsychologie) est omniprésent et pourtant si difficile à décrire. Il est ce qui fait, par exemple, qu'au-delà des querelles d'école et des subtilités techniques, l'inconscient est *dedans* [...], dans un *dedans* opposé à un *dehors*. Alors que dans le registre de la sorcellerie africaine, quelle que soit, par ailleurs, la diversité de ses expressions singulières, le mécanisme de la négativité est *dehors*¹. »

Le cadre analytique standard se révèle ainsi structurellement inadapté puisqu'il reposerait sur une théorie en tout point opposée à celles traditionnelles – la sorcellerie faisant figure ici de prototype à partir duquel le monde pourrait être séparé selon un grand partage Occident/Tradition. Notons, à ce titre, que les propositions de Nathan n'ont sans doute plus grand-chose à voir avec le projet initial de Devereux. Lui-même a certes eu tendance à réifier la séparation des mondes via l'opposition, déjà évoquée, entre *Gemeinschaft* traditionnelle et *Gesellschaft* moderne. Mais ceci n'a jamais entraîné de contre-indication de la psychanalyse auprès d'un patient non occidental, bien au contraire, à la condition toutefois de manier avec une certaine prudence les références culturelles et de conserver comme horizon le concept de Culture-en-soi. Reprenons ici les propos concluant l'article *Normal et anormal*, où Devereux souligne une fois encore l'impossibilité pour l'analyste de connaître tous les détails de la culture de ses patients manifestement exotiques :

« L'indice d'une solution me fut donné par le concept de culture considéré en tant qu'expérience vécue, c'est-à-dire en tant que *manière* dont un individu vit et appréhende sa culture aussi bien en état de santé mentale qu'en état de désordre psychologique. [...] La psychiatrie métaculturelle (ex-transculturelle) fait bien plus que seulement pallier l'incapacité *technique* du psychiatre à devenir un ethnographe universel. En effet, la démarche qui consiste à envisager les problèmes psychiatriques en termes de la Culture et non plus des *cultures* est plus efficace aussi du point de vue pratique – c'est-à-dire

1. Nathan T., *Le sperme du diable. Éléments d'ethnopsychothérapie*, 1988, op. cit., pp. 81-82.

thérapeutique – et, théoriquement, bien supérieure à tout autre démarche culturelle, car elle rend possible une compréhension plus approfondie de la psychodynamique, laquelle, à son tour, conduit à une connaissance ethnologique plus poussée de la nature de la Culture¹. »

Postuler qu'un individu vit et appréhende sa culture d'une manière singulière invite, de fait, à maintenir l'hypothèse d'un écart entre les deux registres et, du moins d'un certain point de vue, à refuser le strict déterminisme culturel de la pensée et du désordre – refus à partir duquel Devereux s'autorise à affirmer la pertinence d'une pratique psychanalytique auprès de patients non occidentaux sans prescrire, il est vrai, d'aménagements techniques particuliers. Or sur cette question, la position de Nathan est beaucoup plus délicate car la différence de culture devient rapidement, et logiquement, incommensurabilité des modes de pensée ; chaque psychisme se trouvant adossé à *une* culture sans autre rapport possible que la prescription d'une éternelle fidélité. En conséquence, la rationalité psychanalytique et son dispositif technique ne pourront jamais faire sens en dehors d'une totale adéquation à la culture qui leur a permis d'émerger et de prospérer. Appliquer ce cadre à un patient non occidental relève donc du non-sens, sauf à le modifier suffisamment pour le contraindre à accueillir un référentiel hétérogène et à négocier avec lui. Voici maintenant les principaux paramètres du cadre thérapeutique justement susceptible d'ouvrir les négociations².

Tout d'abord, la consultation d'ethnopsychiatrie d'inspiration analytique s'adresse à des patients migrants dont la symptomatologie se caractérise par un *fort codage culturel* : sorcellerie, envoûtement, maraboutage, possession etc. Il peut également s'agir de leurs enfants, dont les problématiques ne peuvent se comprendre qu'à partir des théories étiologiques de la culture d'origine des parents. Les patients sont toujours accueillis avec des proches au sein d'un groupe thérapeutique composé de dix à quinze cothérapeutes, tous cliniciens diplômés de l'Université et originaires de cultures diverses dont ils ont une parfaite connaissance. Les séances sont dirigées par un thérapeute principal – T. Nathan – qui pose les questions, fait circuler la parole et manie les interprétations. L'usage de la langue maternelle est bien entendu de règle et rendu possible par le recours à un traducteur. Dans les premiers temps, le discours s'ordonne davantage sur le patient, conformément aux thérapies traditionnelles dans lesquelles ce serait au thérapeute de délivrer les premières interprétations du mal, d'énoncer ce que le patient montre par ses symptômes.

Nathan, en 1988, assigne au groupe thérapeutique trois fonctions. La première est une fonction d'*étayage*, le groupe s'offrant comme contenant. Le patient peut ainsi s'appuyer sur

1. Devereux G, « Normal et anormal », 1956, *op. cit.*, p. 81-82.

2. Nathan T., *Le sperme du diable. Éléments d'ethnopsychothérapie*, 1988, *op. cit.*, pp. 77-100.

un cadre fiable et choisir en son sein les cothérapeutes sur lesquels s'étayer. De même, ce groupe contient et maintient le thérapeute principal qui consulte ses collègues avant de formuler la moindre interprétation. La seconde fonction est d'assurer une *médiatisation* entre thérapies traditionnelles et thérapie psychanalytique. Le groupe s'apparenterait en effet à une assemblée de village ou un palabre africain, conformément aux systèmes thérapeutiques traditionnels. Mais dans le même mouvement, il vient représenter un autre système, chacun des membres étant clinicien formé en Occident. Enfin, troisième fonction, *d'analyse du contre-transfert*. Après chaque entretien en effet, le groupe discute de ce qui vient de se dérouler de manière à ce que chacun puisse se prononcer sur la séance, la logique des interprétations, les hypothèses diagnostiques etc.

Le premier objectif d'un tel dispositif est d'amener le patient à évoquer ses propres références culturelles, l'interroger sur sa propre théorie à l'égard de sa souffrance, savoir s'il a déjà consulté des thérapeutes traditionnels et quels ont été leurs diagnostics... Chaque réponse du patient peut être reprise par un cothérapeute qui établira des parallèles entre ce discours et le type d'explication ayant cours dans sa propre culture. Les étiologies traditionnelles sont ici utilisées comme des outils techniques qui, signifiant au patient que le thérapeute les connaît et les autorise, permettent de favoriser les associations, la production de matériel clinique. En d'autres termes, il s'agit de formuler au patient des énoncés étiologiques entrant en résonance avec la trame culturelle déjà contenue dans le symptôme qui, alors, pourra se déplier plus précisément. Mais cette prise en compte des théories étiologico-thérapeutiques dans le dispositif, en tant qu'opérateurs de discours, ne doit jamais occulter le référentiel du thérapeute. Favoriser l'émergence du matériel culturel entraîne toujours, pour ce dernier, le risque d'y perdre ses références en glissant de manière pernicieuse vers le cadre du patient, oubliant de fait son propre référent psychanalytique – d'où l'urgence et la difficulté de la négociation. Une théorie commune aux deux protagonistes n'émergera qu'à la condition de maintenir le cadre dans une *ambiguïté*, de soutenir la fluctuation de la frontière entre les mondes.

Partant, la méthodologie du double discours prend ici tout son sens puisqu'elle sera jeu sur et avec la frontière afin de permettre un double décodage, traditionnel et psychanalytique, des phénomènes : le principe de base du dispositif est que tout processus mis en jeu ait à la fois une signification dans le référentiel du patient et une autre dans le référentiel du clinicien. Le modèle de l'interprétation est alors celui d'une maîtrise de l'ambiguïté, à la croisée des référents. Voici deux illustrations de cette position. La première concerne une patiente d'ethnie Bassa, dont la symptomatologie est organisée autour d'une théorie traditionnelle de l'attaque sorcière :

« Jusqu'au dernier instant, le matériel peut être décodé selon deux logiques. D'un point de vue psychanalytique, nous pouvons dire qu'elle commence déjà à ressentir la nostalgie

des séances et veut obtenir, conformément à la problématique oedipienne évoquée, un enfant du père-thérapeute. [...]. Du point de vue « indigène », si j'ai vaincu le sorcier, c'est peut-être seulement du fait de son éloignement¹. »

Quant au deuxième exemple, il se rapporte à un patient kabyle aux prises avec une problématique d'empoisonnement :

« Pour Yamine, je suis comme un guérisseur qui, du fait de son pouvoir, a réussi à extirper le poison qui le détruisait de l'intérieur. Pour nous, au contraire, c'est l'élaboration des représentations maternelles qui, en réactivant le souvenir de l'objet d'amour mort et clivé, a permis un nouveau démarrage du travail de deuil jusqu'alors entravé². »

L'interprétation ethnopsychanalytique doit donc permettre à chacun des protagonistes de s'y retrouver, quitte à soutenir le leurre d'un univers de significations partagées : l'important réside avant tout dans l'assurance pour chacun de se mouvoir en terrain connu. Mais les effets thérapeutiques du maniement de l'ambiguïté, du jeu sur la frontière des références, restent *in fine* bien difficiles à saisir – les explications de Nathan demeurant en règle générale nébuleuses. Globalement, l'objectif est celui d'une réparation de la perte, d'une reconstruction de l'enveloppe culturelle mise à mal dans la migration. De ce point de vue, le groupe aurait en lui-même une valeur thérapeutique puisqu'il matérialise un contenant renvoyant analogiquement au groupe culturel d'origine – d'où l'idée d'un *portage culturel* du patient. De plus, composé de personnes d'origines culturelles diverses, il mettrait en scène les catégories de même et de l'autre, du semblable et du différent – polarités quasi-inconsistantes en raison de la rupture des étayages.

L'interprétation ambiguë aurait elle aussi partie liée avec la matérialisation des limites et pour asseoir cette proposition, Nathan établit un parallèle avec les rituels thérapeutiques traditionnels³. Ces derniers, nous l'avons déjà évoqué rapidement, contribuent à réinscrire de la distinction là où le symptôme a semé la confusion. En milieu traditionnel en effet, la folie procéderait toujours d'une transgression des limites homme/animal, homme/esprit, homme/chose – limites que la thérapeutique permettrait justement de rétablir. Or, redessiner la frontière nécessite de la part du thérapeute un jeu avec elle puisque lui-même, du fait de son savoir initiatique, se situe toujours à la limite entre deux mondes. La séquence thérapeutique serait donc : distinguer, confondre. Mais si cette dernière décrit l'effectuation du rituel (traditionnel, mais aussi psychanalytique), Nathan n'explique pas malheureusement

1. Nathan T., *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, 1986, *op. cit.*, p. 126.

2. Nathan T., *Le sperme du diable. Éléments d'ethnopsychothérapie*, 1988, *op. cit.*, p. 96.

3. Nathan T., *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, 1986, *op. cit.*, pp. 135-167.

les mécanismes par lesquels elle pourrait induire des effets dits thérapeutiques. Il nous faut dès lors conclure que, sur le registre d'une démonstration de la guérison, la séquence se suffit à elle-même.

Le dispositif ethnopsychiatrique fonctionnerait lui aussi sur une telle séquence puisqu'il met en scène la différence, puis la confusion par le truchement d'une interprétation ambiguë. Les premiers temps de la séance sont en effet l'occasion de donner pleinement consistance aux références culturelles d'origine : par la fonction contenante et analogique du groupe puis par un véritable interrogatoire sur les théories étiologiques traditionnelles. Il s'agit bien de reconstituer l'enveloppe culturelle perdue puis, les limites étant garanties, de jouer ensuite avec le *chatolement des limites*¹. Retenons d'ores-et-déjà que la négociation du référentiel commun ne peut avoir lieu que lorsque l'enveloppe a été reconstituée, comme si l'échange n'était possible qu'à la condition d'une assurance préalable quant à la clôture du système. Mais le maniement de l'ambiguïté est-il vraiment une invitation à l'échange, au « métissage » des référents ? Ceci n'a finalement rien d'évident, car l'auteur ne cesse d'insister sur le fait que l'interprétation ambiguë doit d'abord permettre à chacun de continuer à penser en cohérence avec son propre cadre. Ainsi, à propos de la patiente Bassa évoquée tout à l'heure, peut-il avancer qu'

« il est clair que Denise R. souhaite que j'extraie de son corps l'agent pathogène (le sort), éventuellement en attaquant le sorcier. [...]. Il est tout aussi clair que je souhaite connaître davantage Denise, saisir la dynamique de ses désirs contradictoires et lui permettre de parvenir à un « insight ». Dans cette entreprise, j'entends utiliser la parole ; alors que pour ce qui la concerne, la parole ne constitue qu'un moyen de m'informer sur le sorcier présumé². »

Quant au patient kabyle, une fois l'interprétation ambiguë formulée, il pourra

« continuer à penser que je vais retirer le poison de son corps [...] et moi continuer à penser que je « soigne par la parole », restant ainsi en cohérence avec le modèle psychanalytique qui est le mien³. »

Qu'en est-il alors d'un référentiel commun, si le patient n'est pas en mesure d'entendre dans l'interprétation autre chose que l'effet de sens conforme à sa culture ? Si l'énonciation, par le thérapeute, de la théorie étiologique contenue dans le symptôme indique déjà la voie de la guérison, quel intérêt y a-t-il à traduire les énoncés dans une « langue » à laquelle le patient n'a pas accès puisqu'elle reste incompatible avec sa propre logique de pensée ? Quelle est la

1. *Ibid.*, p. 133.

2. *Ibid.*, p. 119.

3. Nathan T., *Le sperme du diable. Éléments d'ethnopsychothérapie*, 1988, *op. cit.*, p. 94.

pertinence clinique d'une référence à la psychanalyse s'il n'y a de soin authentique que conforme au système étiologico-thérapeutique de la culture d'origine ? Loin d'aménager un quelconque espace intermédiaire permettant une fluctuation du sens, le maniement de l'ambiguïté confirme au contraire l'incommensurabilité de la différence et l'effet thérapeutique présumé ne réside *in fine* que dans la réparation de la clôture. Autrement dit la négociation des référents ouvrirait davantage à une coexistence pacifiée et si échange il y a, il ne saurait venir que de surcroît, une fois garanti le tracé de la frontière. Un tel projet serait d'ailleurs bien conforme à la vision de l'auteur quant aux incidences cliniques de la migration, situées dans le désastre de la perte et non dans une mise à l'épreuve du changement.

Mais l'auteur ne tire pas encore toutes les conséquences des prémisses de la doctrine et de ce point de vue, ne va pas jusqu'au bout de sa propre logique. En effet à cette période, c'est du moins ce que suggèrent les comptes-rendus cliniques rapportés dans les premiers ouvrages, il s'agit certes de prendre appui sur les théories étiologiques mais nullement d'employer les techniques de soin correspondantes – fait bien étonnant lorsqu'il est affirmé à longueur de pages que seule la tradition peut donner au symptôme à la fois son sens et son mode de résolution. L'acte clinique se règle davantage sur une réparation obtenue par le portage culturel et la mise en scène de la différence, mais Nathan semble manifestement s'interdire l'usage et la prescription de procédés thérapeutiques traditionnels. Nous serions alors enclins à attribuer ce refus à la persistance d'une référence psychanalytique quoiqu'elle soit elle-même paradoxale, puisque la rationalité freudienne vire *ipso facto* au non-sens lorsqu'elle s'applique à un patient non occidental... Nathan reste toutefois rigoureux, du moins suffisamment pour prendre la mesure du problème et veiller à le régler de manière radicale. Et pour cela, il lui faut partir en guerre.

[4.3.2] Deuxième mouvement : la guerre

En 2001, la nouvelle édition de *La folie des autres* donne à son auteur l'occasion de jeter un rapide regard rétrospectif sur son parcours, et de se prononcer sur l'actualité des thèses défendues une quinzaine d'années auparavant :

« Les questions débattues me semblent toujours d'actualité : quelle théorie ? Comment faire un diagnostic en ethnopsychiatrie ? Comment penser l'efficacité thérapeutique dans un contexte transculturel ? Comment manier l'interprétation ?... Mais les lacunes me paraissent aujourd'hui criantes : l'absence d'une véritable remise en cause de certains dogmes psychanalytiques, mais aussi l'absence d'une discussion politique de la pratique que nous préconisons, la légèreté pourrait-on dire, de la vision d'avenir des questions

que l'existence d'une telle pratique n'allait pas manquer de poser, tant au sein des disciplines concernées que dans la société globale¹. »

Nathan situe ses premiers développements critiques à l'égard de la psychanalyse dans un ouvrage publié en 1994 – *L'influence qui guérit* – qui, outre une nouvelle théorie de l'activité thérapeutique, propose aussi un véritable programme politique en matière d'intégration des populations migrantes. Clinique et politique deviennent dès lors indissociables ; à tel point que l'auteur, plus récemment, estime avoir mis en place un dispositif de soin prenant enfin au sérieux les principes minimaux de la démocratie². Un tel virage (en fait initié dès 1993 par la publication de *Fier de n'avoir ni pays, ni amis, quelle sottise c'était...*³) paraît bel et bien inscrire une profonde rupture par rapport aux développements précédents. Cependant, il s'agirait davantage d'une suite logique radicalisant les prémisses du système par le rejet définitif de la psychanalyse, référence dont le statut doctrinal s'avérait déjà de plus en plus réduit. L'argumentaire de l'ethnopsychiatrie s'engage maintenant dans une permanente stigmatisation d'un ennemi posé comme le prototype d'un universalisme impérialiste et néo-colonialiste : l'Occident et ses divers « psy ». Au nom du respect des différences, Nathan part effectivement en guerre contre toute tentative d'aborder les cultures au travers de catégories de pensée dites occidentales. Et ceux qui ont l'audace de prendre en charge les patients migrants et leur descendance sans adopter les préceptes de l'ethnopsychiatrie ne sont plus seulement condamnés à l'échec thérapeutique : ils deviennent d'authentiques criminels.

D'où le titre donné à cette partie consacrée à l'ethnopsychiatrie version Nathan : *Relativism as Antidote, the West as Toxin*. Nous l'empruntons à H.F. Stein, qui l'emploie quant à lui pour épingle la posture relativiste si souvent adoptée dans l'anthropologie culturelle anglo-saxonne. Reconstituant précisément cette logique de pensée, Stein montre comment le souci d'égalité des cultures la conduit tout d'abord à affirmer une stricte incommensurabilité :

« According to the relativistic system of thought, cultures are to be understood as unified wholes that can and must be accounted for in terms of themselves (“emic”), not in terms of any external frame of reference (“etic”). [...] the doctrine of cultural relativism holds that each culture can and must be understood only in terms of itself, that each culture is unique and self-contained, and that any cross-cultural comparison that has as its goal the arrival at underlying common denominators that purports to “explain” culture is spurious and suspect⁴. »

1. Nathan T., Préface à *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, 1986/2001, *op. cit.*, p. XXI.

2. Nathan T., *Nous ne sommes pas seuls au monde*, 2001, *op. cit.*, pp. 96-101.

3. Nathan T., *Fier de n'avoir ni pays, ni amis, quelle sottise c'était...*, 1993, *op. cit.*

4. Stein H.F., « Cultural relativism as the central organizing resistance in cultural anthropology », *The Journal of Psychoanalytic Anthropology*, 1986, 9, 2 : 157-175 ; p. 159.

Dénonçant sans cesse l'universalisme ethnocentrisme occidental, les tenants du relativisme radical se placent vite en position stratégique de défense des minorités culturelles, dessinant ainsi les contours d'un monde définitivement séparé en deux camps : le Bien et le Mal ; le Dehors et le Dedans (*Bad = inside ; Good = outside*). L'option relativiste s'affirmerait alors comme le seul antidote face à la toxicité de l'impérialisme scientifique occidental : *Relativism as Antidote, the West as Toxin*. Or le projet de Nathan nous semble refléter très exactement cette posture puisque c'est au nom du respect de la différence de culture et de pensée qu'il juge les dispositifs de soin occidentaux inadaptés voire dangereux, et aboutit à un grand partage Tradition/Modernité – l'ethnopsychiatrie devenant logiquement le seul antidote au mal qui ronge les cliniciens depuis déjà trop longtemps : l'ethnocentrisme. Ceci posé, il est temps maintenant d'explicitier les principales coordonnées du nouveau trajet.

Clôture et culture

Tout d'abord, l'équivalence formelle des registres du psychisme et de la culture est clairement réaffirmée et, conformément à une nouvelle rhétorique guerrière, cette hypothèse devient une arme contre une tradition : celle d'une psychopathologie occidentale qui dès sa naissance au XIX^e siècle, a postulé un « sujet » universel et abstrait, détaché de ce qui fait pourtant son humanité, à savoir l'appartenance à *une* culture. Et bien entendu,

« en psychopathologie, ne considérer que l' « homme nu » [...], ce « sujet » mythique, machine structurale folle née du cerveau de savants monothéistes réfléchissant solitaires dans un fauteuil de cuir, c'était d'abord commettre un crime contre la raison, mais à considérer les effets dévastateurs d'une telle position théorique, aussi un crime contre la morale¹. »

Cette citation donne précisément le ton : l'ethnopsychiatrie version Nathan entend faire trembler les fondements de la psychopathologie – mais aussi d'une part de l'anthropologie, l'*homme nu* se référant bien sûr à Lévi-Strauss – en la soumettant à l'épreuve de la différence culturelle posée comme un fait d'expérience : la culture d'un sujet est une partie indissociable de son être – proposition ne souffrant aucune démonstration. La relation d'équivalence entre psychisme et culture, quant à elle, procède toujours de l'homologie : il s'agit de deux systèmes redondants et co-émergents, dont l'un est d'origine interne et l'autre d'origine externe. S'il s'établit des connexions logiques et des processus de comparaison entre eux, il importe de souligner que

1. Nathan T., *Fier de n'avoir ni pays, ni amis, quelle sottise c'était... Principes d'ethnopsychanalyse*, 1993, op. cit., p. 37.

« la culture est le système qui non seulement rend cohérent l'espace social, mais aussi, et surtout, le système intérieur des individus qui leur permet de clôturer leur espace psychique, c'est dire son importance clinique !¹ »

On entrevoit bien ici la surdétermination de la culture, pensée comme système fondamental assurant l'homéostasie de l'appareil psychique. Et l'importance théorique de ce système est telle qu'il n'est pas exagéré d'affirmer que Nathan s'éloigne de plus en plus de toute considération relative au fonctionnement psychique lui-même, au profit d'un intérêt exclusif envers le seul registre culturel/traditionnel. Mentionnons, au titre d'exemple éloquent, la ré-interprétation de l'autisme infantile des enfants de migrants comme le signe d'une impossibilité à clôturer l'espace psychique faute d'une fonctionnalité culturelle au sein de la famille ; le tableau clinique de l'autisme se constituant en réaction à l'émigration parentale². Par ailleurs, si les développements théoriques précédents utilisaient volontiers le terme d'« enveloppe », l'auteur parle maintenant davantage de « clôture », l'impératif de clôture du psychisme trouvant son *analogon* dans l'impératif de clôture culturelle. La culture ne serait en effet fonctionnelle et ouverte à l'échange qu'à l'impérieuse condition d'être d'abord close sur elle-même, parfaitement étanche et hermétique. Nathan en veut pour preuve les langues propres à chaque groupe culturel :

« [...] la langue n'est un système d'échange généralisé, c'est-à-dire compréhensible par quiconque même s'il n'est en rien apparenté au locuteur, que pour autant qu'il est limité au groupe qui le pratique et qu'il clôture. Pour que le bambara soit une langue véritable, il faut encore que la langue bambara soit opaque à la langue soninké, peule ou wolof. Entrer dans un échange généralisé est donc conditionné par l'appartenance à un groupe fermé. Et l'acquisition de la langue est probablement le premier processus par lequel une culture s'empare de l'un de ses membres et l'affilie³. »

Cette idée de culture comme totalité close sur elle-même est sans doute celle qui permet à l'auteur de soutenir, quelques pages plus loin, que les cultures sont *immortelles*, sauf peut-être à en exterminer tous les membres, vieillards et nourrissons compris. L'anthropologie a pourtant battu en brèche cette vision depuis quelques temps – le concept d'acculturation invitant déjà à penser la culture comme ouverte au changement quoique, comme le rappelle Cuche, de nombreuses études culturalistes se sont rapidement empressées de démontrer avant tout les survivances culturelles résistant coûte que coûte à l'acculturation⁴. En cela, Devereux est d'ailleurs resté en partie tributaire d'une telle vision car son épistémologie

1. Nathan T., *L'influence qui guérit*, 1994, *op. cit.*, p. 176.

2. Voir le cas « Freddy » in : *Ibid.*, pp. 167-197.

3. *Ibid.*, pp. 178-179.

4. Cuche D., *La notion de culture dans les sciences sociales*, 1996, *op. cit.*, pp. 55-56.

supposait bien une certaine stabilité culturelle, tandis que ses études sur l'acculturation ont surtout focalisé leur attention sur la résistance au changement, davantage peut-être qu'à la transformation et la réinterprétation des items culturels¹. Toujours est-il que depuis l'après-guerre et les travaux d'un Bastide ou d'un Balandier sur la dynamique des changements culturels, il semble relativement acquis, même en France, qu'une culture ne peut plus être sérieusement envisagée comme existant à l'état pur, identique à elle-même depuis toujours. Bien au contraire,

« l'anthropologie culturelle a été amenée, dans sa réélaboration du concept de culture, à abandonner le point de vue statique d'où elle était partie ; en fait, la culture est une « construction synchronique » qui s'élabore à tout instant, les individus et les groupes agissant et réagissant les uns par rapport aux autres, acceptant ou rejetant les nouvelles expériences, entrant en conflit ou s'adaptant pour vivre en harmonie, ce qui fait que les processus d'acculturation doivent toujours être saisis dans leur flux comme des ensembles de *déculturation* et de *réorganisation* culturelle². »

De la même manière, si l'on prend acte de ceci, il paraît de plus en plus difficile aux sciences sociales d'imaginer que les membres de la dite culture soient les simples dépositaires d'un ensemble de traits délimitant une fois pour toutes la clôture d'une identité pensée comme fidélité et transparence de soi à une origine ethno-culturelle, et en conséquence de soi à soi. À ce titre, contentons-nous de mentionner ici les importants travaux de F. Barth³ sur les frontières de l'identité, montrant que ce n'est jamais la différence culturelle prise comme fait d'évidence qui préside à l'existence d'un groupe en tant que séparé des autres, mais bien les acteurs eux-mêmes qui construisent au gré des interactions sociales avec les membres d'autres groupes, une identité ethnique et ses frontières – toujours mouvantes puisque suivant les aléas de l'échange. Dans une telle perspective, l'insularité ne peut en aucun cas être la condition préalable à l'échange puisque les frontières identitaires ne se trament que dans le rapport à l'autre. Et si nous consacrons une telle place à la récusation du mythe de la clôture culturelle, ce n'est pas uniquement pour contrer Nathan sur le terrain de développements plus ou moins récents dans le domaine des sciences sociales, mais également pour mieux évaluer la manière avec laquelle il répond à ce type d'objections.

En 2001, en réaction aux critiques du sociologue D. Fassin (reprochant à l'ethnopsychiatre d'irréaliser les rapports sociaux et le politique au profit d'un double processus, rappelant les dérives colonialistes de Carothers, de culturalisation et psychopathologisation des difficultés

1. Devereux G. (et Loeb E.M.), « Acculturation antagoniste », 1943, *op. cit.*

2. Bastide R., « Acculturation », 1968, *op. cit.* Et pour une discussion épistémologique du programme de recherche initié par Balandier, voir : Balandier G., « Dynamiques sociales », in Balandier G., *Sens et puissance. Les dynamiques sociales*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. Quadrige, 1981 : 13-73.

3. Barth F., « Les groupes ethniques et leurs frontières » (1969), in Poutignat P., Streiff-Fenart J., *Théories de l'ethnicité*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. Le Sociologue, 1995 : 203-249.

rencontrées par les migrants dans la société française¹), Nathan souhaite répondre plus globalement aux nombreuses accusations envers sa prétendue tendance à substantier les cultures et les identités. Pour ce faire, il commence par mentionner le livre dirigé par J.L. Amselle et E. M'Bokolo, *Au cœur de l'ethnie : ethnies, tribalisme et État en Afrique* – ouvrage s'attachant à démontrer, dans la droite ligne des travaux évoqués ci-dessus, en premier lieu que le continent africain n'a pas attendu l'arrivée des colons pour entrer dans l'Histoire et, en second lieu, que les catégories ethniques composant l'Afrique contemporaine, loin d'être a-temporelles, sont bien au contraire historiquement datables puisqu'elles sont le produit du dispositif colonial et ont ensuite été réappropriées par les acteurs sociaux². Or si Nathan ne met pas en doute la qualité intellectuelle de ces recherches – quoiqu'il s'agisse pour lui de propositions théoriques ne valant que dans un champ très limité – il tient à préciser en note de bas de page que

« outre que cette explication vaudrait surtout pour l'ancien « Soudan français », il n'en demeure pas moins que nous autres, cliniciens, avons affaire, ici et maintenant, à des énoncés profondément investis par les sujets et qui ne se laissent en rien réduire par une explication historique³. »

À la condition de ne pas trop s'attarder sur une lecture légèrement approximative – la réappropriation étant elle-même l'indice d'un investissement qui, s'il n'existait pas, ne permettrait justement pas à la catégorie ethnique de se maintenir – un tel argument pourrait s'avérer tout à fait recevable s'il s'agissait effectivement de porter attention aux rapports qu'entretient un sujet vis-à-vis de sa culture. Mais l'auteur ne se contente pas d'un tel argument puisque à la page suivante, affirmant tout d'abord qu'il considère lui aussi les appartenances culturelles comme des constructions, il invoque un autre motif justifiant son intérêt envers la culture des patients migrants :

« Que l'on ne puisse dire les migrants solidaires de leur culture comme le pouce de la main, c'est certain... Mais qu'importe ? En matière scientifique, un *artefact* n'a pas vocation de décrire la réalité mais de la produire. Et en matière de psychothérapie – cela aussi, je suis loin d'être le seul à l'avoir constaté – par une curieuse alchimie, lorsque la situation produit de la pensée, le patient va mieux et lorsqu'elle ne fait que confirmer des dogmes, il ne se passe pas grand-chose [...]»⁴.

1. Fassin D., « L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit », 1999, *op. cit.* ; et Fassin D., « Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies africaines aux banlieues parisiennes », 2000, *op. cit.*

2. Amselle J.L., M'Bokolo E. (dir.), *Au cœur de l'ethnie : ethnies, tribalisme et État en Afrique* (1985), Paris, La Découverte, 1999.

3. Nathan T., *Nous ne sommes pas seuls au monde*, 2001, *op. cit.*, p. 105.

4. *Ibid.*, pp. 106-107.

L'intérêt pour la culture pourrait donc fort bien se passer de démonstration puisqu'il produit des effets thérapeutiques évidents. Autrement dit nul besoin de fonder en raison un tel choix « technique » puisque ses effets, nécessairement indiscutables, suffiraient amplement à le confirmer. Mais une fois énoncé cet argument d'autorité (« vérité » serait plus conforme au vocabulaire de l'ethnopsychiatre), Nathan poursuit la discussion dans le but de réfuter définitivement la thèse selon laquelle il « réduit le sujet à sa culture », en rejetant au passage l'accusation de racisme sur ses détracteurs :

« Puisque Didier Fassin m'accuse de pensées racistes, je l'invite à un petit exercice : réfléchir – des deux propositions, laquelle est « raciste » ? :

- dire comme moi : « ils pensent avec d'autres objets que les nôtres » ;
- ou bien dire, comme lui : « ils sont comme nous ; le problème est que nous, nous le savons, et eux pas » ?¹ »

Nous mentionnons cet extrait pour illustrer à quel point le débat est piégé d'avance : la deuxième proposition censée caractériser la pensée de Fassin est une authentique invention et l'on peinera à trouver dans les deux textes originaux la moindre trace de tels jugements. En revanche, elle sert magistralement la cause que Nathan entend défendre puisque tout argument contre l'ethnopsychiatrie devient un témoignage de racisme éhonté envers les migrants – de sorte qu'il est assez édifiant de lire sous sa plume, trois pages plus loin, qu'il ne se sent *en aucune manière* le représentant de ces mêmes migrants... L'enjeu pour Nathan n'est peut-être pas de rentrer dans le débat mais d'inventer un ennemi dont le statut n'est pas seulement rhétorique mais aussi doctrinal : le système réclame son adversaire pour donner consistance au type de grand partage qui le fonde – fut-ce au prix de la caricature.

Mais revenons à son projet de réfutation définitive. Situait sa discipline comme *réservoir d'innovations*, celle-ci aurait entre autres vertus celle de parasiter les certitudes de la psychiatrie et de l'anthropologie par-delà le faux débat universalisme *vs* relativisme. L'homme est en effet partout le même quel que soit son être ethnique, et il n'y a pas à débattre de la pertinence de cet énoncé. Ce n'est d'ailleurs pas cet être ethnique qui intéresse l'ethnopsychiatrie mais uniquement les *choses* et les *objets* fabriqués par les collectifs : les langues, les forces invisibles, les systèmes de soin, les fétiches, les substances sacrées etc. Il importe de souligner que le terme employé ici n'est pas « culture » car Nathan le juge manifestement un peu trop abstrait – d'où les termes plus pragmatiques de « collectif », « chose » et « objet ». Or si les hommes ne diffèrent pas entre eux, en revanche

1. *Ibid.*, p.107.

« les objets que les groupes d'hommes fabriquent sont différents. La différence qui vaut la peine d'être étudiée se trouve dans les objets, dans les « choses », évidemment pas dans les humains¹. »

Et dans la mesure où seuls les choses et les objets retiennent l'attention de l'ethno-psychiatrie, il n'est aucunement légitime de reprocher à celle-ci d'enfermer les individus dans leur culture puisque les différences fondamentales ne concernent justement pas les hommes mais ce qu'ils fabriquent. Pourtant, il n'est pas certain que ce curieux déplacement du problème suffise à modifier le cadre de pensée car, dans le même texte, figure ce propos :

« Et comme il est évident que la langue [chose] est l'un des systèmes qui contribuent le plus fortement à la structuration de l'individu, on peut en conclure que le groupe fabrique une chose qui, par la suite, fabrique un à un les individus du groupe². »

La différence n'est pas dans les hommes mais seulement dans les choses... fabriquées par des groupes d'hommes eux-mêmes fabriqués par les choses... qui diffèrent. La circularité du raisonnement est telle que la réfutation annoncée s'abolit d'elle-même. Que l'individu soit membre d'une « culture » ou d'un « groupe » n'y change pas grand-chose : le modèle est toujours celui du circuit fermé et rien ne viendra singulariser l'individu si ce n'est d'avoir été, comme n'importe quel autre membre de son groupe, fabriqué par la chose fabriquée par le groupe d'individus fabriqués par la chose. Bref le système est condamné à s'auto-alimenter, et le dernier argument livré par Nathan pour contredire son ennemi de circonstance ne sera sans doute d'aucun secours :

« Que les Bambaras aient historiquement tort de se penser membres d'une « ethnie bambara », c'est possible ; c'est même probable. Mais s'ils n'ont pas raison, *ils ont des raisons* de se penser ainsi [...]. Je pourrais tomber d'accord avec Didier Fassin s'il s'agissait de dire que « se penser bambara » est une expression qui n'a aucun sens, non pas parce que « bambara » est une construction historiquement datable [...], mais parce que ce que l'on vise, ce n'est pas trouver « ce qu'on (se) pense » mais « ce qui permet qu'on (se) pense quelque chose »³. »

Là encore (mais cela n'a bien sûr aucune importance) la critique ne s'adresse pas tout à fait à la bonne personne et de plus, on pourrait aisément répondre qu'une démonstration de la contingence historique de l'« ethnie bambara » n'implique nullement sa fausseté, ni même son authenticité car la question est ailleurs : c'est justement parce que « bambara » est historiquement datable que « se penser bambara » prend tout son sens car cela vient

1. *Ibid.*, p.109.

2. *Ibid.*, p. 86.

3. *Ibid.*, p. 109.

précisément dire qu'une identité n'est pas une donnée d'évidence mais se construit et s'investit. En cela il est vrai, *ils ont des raisons de se penser ainsi*. Et *a contrario*, prétendre réfuter la proposition « se penser bambara » au nom d'une recherche de « ce qui permet qu'on (se) pense quelque chose » et non plus de « ce qu'on (se) pense » (i.e. la recherche du vrai et du faux) constitue un véritable non-sens car dans le système de Nathan, « ce qui permet de (se) penser quelque chose » est précisément la capacité à « se penser bambara » – prémisses nécessairement vraies, cette fois, puisque farouchement rebelle à l'histoire. En d'autres termes, (se) penser bambara est pour un bambara la condition nécessaire et suffisante pour (se) penser. Dès lors, peut-on encore raisonnablement soutenir avec Nathan que son ethnopsychiatrie ne réduit pas l'individu à une culture définitivement close et identique à elle-même ?

Clinique et politique de la migration

Au regard des précédents ouvrages, il apparaît que la problématique du désordre n'a pas subi de profondes modifications, la structuration du symptôme s'ordonnant toujours selon les théories étiologiques traditionnelles. Le propos s'est toutefois sensiblement radicalisé car, en adéquation avec ce que nous venons de déplier, il est dorénavant affirmé de manière plus explicite que la pensée non-occidentale – et *a fortiori* celle relative au désordre – ne peut se déployer que dans une pleine conformité à la tradition. Bref, là encore, le symptôme sera toujours-déjà codé par la logique culturelle et contiendra de fait l'amorce du traitement que le thérapeute devra reconnaître et prescrire. L'évolution des thèses ethnopsychiatriques concernera beaucoup plus la place accordée dans le dispositif clinique à ces théories et aux méthodes de traitement qu'elles impliquent. Nous y reviendrons au cours de l'exposé de la nouvelle version du thérapeutique mais auparavant, autorisons-nous un détour par une élucidation des incidences cliniques de la migration. Le schéma général reste bien identique à celui d'autrefois : la migration est une épreuve, celle de la déculturation et du délitement de la clôture culturelle. Et puisque cette dernière est la condition *sine qua non* de la pensée, on peut facilement imaginer les désastres potentiels de sa perte :

« Les représentations d'origine culturelle, les étiologies traditionnelles du malheur et de la maladie, tissées en système, portent le sujet, y compris corporellement. Si, soit du fait de la migration, soit d'un violent traumatisme, soit d'une marginalisation précoce, les systèmes étiologiques viennent à ne plus être fonctionnels, le sujet ne peut que tomber ou être effrayé¹. »

Nathan reprend d'ailleurs l'analogie avec les thérapies traditionnelles, pour proposer une nouvelle fois l'hypothèse selon laquelle nombre de troubles psychiques des migrants – au premier rang desquels la névrose traumatique – témoignent d'un traumatisme raté. Les

1. Nathan T., *L'influence qui guérit*, 1994, *op. cit.*, p. 192.

thérapies traditionnelles viseraient effectivement à prescrire un traumatisme, c'est-à-dire à expulser le sujet hors de son enveloppe pour l'intégrer à une autre enveloppe, une autre appartenance située dans les *invisibles* (divinités, ancêtres...). Ainsi,

« [...] tout système pédagogique, tout système thérapeutique, et en général tout système destiné à modifier le sujet, inclut nécessairement une dimension traumatique. Quelquefois, les hasards de la vie ou les nécessités d'une configuration familiale singulière peuvent fabriquer une occurrence comparable (migration). En toute logique, on devrait considérer ces situations comme des traumatismes ratés, puisqu'ils n'ont pas réussi à initier le sujet à l'autre monde. Ce sont ces sujets que nous soignons quelquefois et que nous étiquetons « névrose traumatique »¹. »

On notera au passage la singulière construction de ce paragraphe², agencée de telle manière que la migration ne peut pas ne pas être un traumatisme raté, c'est-à-dire la douloureuse et fatale expérience d'expulsion hors d'une enveloppe, ne débouchant malheureusement jamais sur une nouvelle affiliation. C'est à partir du même modèle que l'auteur peut ensuite rendre compte des pathologies présentées par les enfants de migrants : toxicomanie, prostitution, délinquance, bouffée délirante, perversion... témoignent ainsi d'un engagement désespéré dans la traumatophilie face à l'absence d'un authentique groupe de référence – absence trouvant son motif dans la perte du cadre culturel parental. Et il s'avère bien entendu indispensable d'orienter le soin en cohérence avec les modalités thérapeutiques ayant cours dans cette culture d'origine.

Par ailleurs, si le modèle de la perte du cadre culturel n'a pas évolué de manière vraiment significative, il s'accompagne en revanche d'une tonalité politique et militante sans précédents : il ne s'agit plus seulement de se mouvoir sur le terrain d'une clinique mais de prendre appui sur lui afin de dénoncer l'attitude de la société française (l'Occident) envers les populations migrantes (les non-occidentaux). Car la déculturation subie par les migrants participe finalement d'un projet politique occidental, impérialiste et républicain, qui vise à détruire les singularités culturelles au nom d'une pensée rationaliste prétendument supérieure – ce à quoi les « psy » s'affairent bien sûr jour après jour. Les migrants deviennent ainsi les victimes exemplaires d'un Occident colonialiste posé comme le prototype du mal. De ce point de vue, *L'influence qui guérit* est certainement l'ouvrage qui pousse le plus loin cette logique guerrière. En effet, la République et ses institutions (Médecine et École) représentent une effroyable machine de guerre qui au nom des Droits de l'Homme, s'évertue à blanchir les peuples du tiers monde en les considérant comme de simples

1. *Ibid.*, p. 298.

2. « Puisque » venant à la place d'un « lorsque » tant attendu, *et en toute logique*, par le lecteur.

humains et non comme des êtres de culture. Et une telle entreprise de déculturation systématique risque fort de déboucher sur la déshumanisation et le crime de masse :

« Quelques règles pratiques élémentaires suffiraient à prévenir les crimes contre l'humanité. Si mon hypothèse s'avère exacte – qu'un psychisme n'ayant pu s'articuler à une culture fonctionnelle est nécessairement enclin au meurtre sauvage – il faut alors tout faire pour éviter à un peuple, une famille, un individu, la perte de la fonctionnalité de son cadre culturel. Il faut donc éviter à tout prix les déplacements massifs de populations car une culture est adaptée à son environnement physique et aucun sédentaire ne peut se passer de ses sépultures ; quant aux nomades, ils ont une longue expérience du transport dans le corps propre des fragments d'ancêtres ; mais ils ne se considèrent jamais comme venant de nulle part¹. »

Entre autres moyens préventifs, l'ethnopsychiatre préconise alors vivement la constitution de ghettos :

« Quel démiurge fou, quel alchimiste délirant est allé imaginer qu'une famille pouvait, en l'espace de quelques années, abandonner un système qui avait assuré son homéostasie psychique depuis des générations, comme on dit, « s'adapter » ou « s'intégrer » ? Je le sais d'expérience que c'est impossible ! Dans les sociétés à forte émigration, il faut favoriser les ghettos – oui, je le dis haut et clair –, favoriser les ghettos afin de ne jamais contraindre une famille à abandonner son système culturel. Non pas pour des raisons morales, mais à cause du coût social que cette rupture engendre dès la seconde génération². »

Et pour terminer, ce curieux et vibrant appel à la paix entre les peuples :

« Tuer un ennemi, un rival, un concurrent, peut être criminel ou valeureux à la condition de tuer un homme en homme, un Inuit en Inuit. Mais tuer un Yanomam pour s'assurer sa propre intégrité d'occidental, c'est détruire l'humanité de l'autre tout en renonçant à la sienne propre. En un mot, refuser de se penser dans sa spécificité culturelle conduit, par une logique inexorable, à détruire l'humanité qui est en l'autre et, *in fine*, la sienne propre. Cela, je le sais ! Mais que sert de le dire ? [...] Dieu, donne-nous la force de récupérer notre humanité avant d'être anéantis par nos banlieues³ ! »

Quoique déjà bien célèbres, il nous paraissait utile de rappeler ces propos afin d'illustrer précisément les nouveaux enjeux politiques de l'ethnopsychiatrie version Nathan. Mais ce qui retiendra avant tout notre attention concerne moins le projet politique (respectant d'ailleurs fidèlement l'impératif de la clôture) que les implications doctrinales de cette singulière

1. *Ibid.*, p. 215.

2. *Ibid.*, p. 216.

3. *Ibid.*, pp. 219-220.

rhétorique du combat contre un Occident accusé par principe de tous les maux. Sur la scène politique, l'Occident mène une guerre contre tout ce qui n'entre pas en conformité avec sa propre idéologie universaliste tandis que sur la scène clinique, les « psy » occidentaux deviennent de véritables criminels se donnant pour mission de blanchir les patients migrants. Et au nom du respect des différences culturelles, Nathan se place désormais comme l'ardent défenseur des populations opprimées par un ennemi prototypique qui, comme lors de la controverse avec Fassin, procède peut-être davantage d'une invention nécessaire à la démonstration. Car il s'agit ici de tout autre chose que de militer par exemple en faveur de l'amélioration des conditions d'accès au soin et d'un plus grand respect envers les particularités culturelles : la doctrine elle-même ne peut tenir qu'à la condition d'un grand partage Occident/Tradition où chacun des pôles ne se spécifie que d'être l'envers de l'autre. Un tel mode de construction signe d'ailleurs une limite au relativisme radical : poser en principe l'égalité et l'incommensurabilité de toutes les cultures implique d'en rejeter au moins une pour que toutes puissent consister. En d'autres termes : toutes se valent *sauf* une, et toutes ne sont différentes qu'à se démarquer de l'une ; cette dernière représentant le point de butée à partir duquel le monde peut s'ordonner. Or l'Occident possède chez Nathan ce statut logique de l'une exclue permettant de penser toutes les autres, à juste titre qualifiées de *non-occidentales*. Mais avant de tirer quelques-unes des conséquences de cette construction, il nous faut tout d'abord expliciter la manière avec laquelle elle ordonne les nouveaux développements théoriques relatifs au dispositif de soin.

Le thérapeutique, de l'Occident à la Tradition

Selon Nathan, les apports fondamentaux de l'ethnopsychiatrie concernent avant tout sa théorie du dispositif – théorie suffisamment révolutionnaire pour enfin initier un paradigme authentiquement scientifique pour la psychopathologie. La révolution de pensée consisterait à inverser l'ordre prétendument habituel de la construction du savoir : non plus partir d'une théorie générale *a priori* sur la « nature » du psychisme et de ses troubles, mais de la seule technique thérapeutique. Une telle posture entraîne plusieurs conséquences radicales sur le cadre de pensée des psychopathologues. Ces derniers devraient en effet renoncer à toute considération relative au « malade » et à la « maladie » car leurs théories ne décrivent jamais une quelconque nature. Du point de vue du dispositif, la théorie n'a qu'une fonction purement instrumentale, celle de produire une interaction thérapeutique. En d'autres termes, la théorie doit être réduite à son rôle technique de déclencheur d'une action en vue de modifier l'état pathologique. D'où la révolution épistémologique :

« Allons ! Reconnaissons nos erreurs ! Oublions nos symptômes, nos syndromes, nos entités morbides, nos structures toutes dirigées à défendre un seul type de clinique. Non, nous ne pouvons plus continuer à chercher des maladies mentales dans des malades ! Je vous l'affirme, en ce domaine, les seuls observables sont les thérapeutes et leurs objets –

je parle bien sûr de tous leurs objets : leurs outils, mais aussi leurs théories, leurs pensées techniques, les concepts qu'ils présupposent, et même, ou peut-être surtout : les êtres surnaturels mis en œuvre par leurs procédés... Le travail n'a même pas débuté. La recherche (encore à mettre en œuvre) devrait partir de l'analyse la plus fine possible des *techniques réelles* des acteurs pour remonter ensuite vers la *théories de ces techniques* avant d'en faire éventuellement découler un jour *des modèles de fonctionnement et des objets théoriques*¹. »

Autre conséquence : la théorie n'ayant qu'une fonction technique destinée à produire des actions efficaces, il n'y a plus à évaluer la pertinence de sa logique intrinsèque si son maniement thérapeutique permet d'aboutir à la guérison. Dès lors, on doit s'interdire de juger *a priori* un système thérapeutique s'il « marche » : tous les dispositifs se valent. Et l'ethnopsychiatrie sera la discipline qui étudiera de la manière la plus pragmatique possible les processus logiques à l'œuvre dans tous les dispositifs de soin. Mener de telles études implique de se doter d'une batterie conceptuelle minimale susceptible d'ordonner la masse des faits. D'ailleurs, un tel programme de recherche s'annonçait dès le premier mouvement de la discipline, qui avait trouvé dans la rationalité freudienne un cadre à partir duquel penser la diversité des pratiques thérapeutiques. Or la psychanalyse va conserver ce statut en quelque sorte d'exception, à une réserve près : il ne s'agit plus de penser avec elle mais *contre* elle – en tant que représentante éminente du rationalisme impérialiste occidental. Autrement dit toutes les techniques thérapeutiques sont dignes d'intérêt clinique et scientifique, à la condition de démontrer l'incommensurabilité de leur différence par rapport à un prototype. C'est ainsi que le processus central de toute activité thérapeutique devient l'*influence*, c'est-à-dire une entreprise de modification de l'autre délibérément induite par un thérapeute. Or le concept d'influence ne peut se comprendre qu'en réaction à la supposée idéologie psychanalytique rejetant dans les limbes de l'hypnose et de la suggestion tout ce qui ne relèverait pas de la pureté du transfert :

« Car, si la blouse immaculée du médecin et du chercheur signifie combien ils sont attentifs à la moindre poussière venant souiller leur espace de travail, le retrait affectif, le refus de s'engager dans la conversation, l'attitude « en miroir », l'usage des « relances », tout indique que la psychanalyse a décidé de chasser jusqu'aux dernières scories de la prétendue « suggestion ». L'attitude professionnelle du psychanalyste qui a tendance à contaminer toute la « planète Psy » est de fait une *blouse blanche mentale*² ! »

La psychopathologie doit donc devenir une *influençologie*³, une science des techniques de modification d'un état permettant de dépasser la fiction psychanalytique de la pureté

1. Nathan T., « Manifeste pour une psychopathologie scientifique », 1995, *op. cit.*, p. 106.

2. Nathan T., *Nous ne sommes pas seuls au monde*, 2001, *op. cit.*, p. 113.

3. Nathan T., *L'influence qui guérit*, 1994, *op. cit.*, p. 25.

transférentielle face à laquelle tout le reste ne serait digne que de mépris. L'enjeu est bel et bien de démontrer la richesse de toutes ces thérapies que l'Occident juge un peu trop vite irrationnelles et naïves, fondées sur la suggestion et la crédulité des usagers. Mais ce projet n'a rien d'humaniste car il découle de problèmes résolument techniques : si les symptômes des patients migrants sont structurés par des théories étiologiques qui n'ont d'autre fonction que de déclencher une interaction thérapeutique conforme à ce qu'elles sont, alors il devient indispensable de les étudier pour non seulement les entendre dans le discours, mais aussi et surtout pour les utiliser et les prescrire. C'est en ce point précis que Nathan fait un pas de côté par rapport à ses premières formulations : les thérapies dites traditionnelles, dans leur stricte opposition à celles dites occidentales, vont désormais servir de modèle pour penser la question du thérapeutique. Plus question alors de négocier un référentiel commun entre les termes du grand partage : l'ethnopsychiatre n'a plus à rester en cohérence avec un cadre de référence psychanalytique mais doit au contraire le quitter définitivement pour rejoindre celui du patient, en cohérence cette fois avec le cadre d'une tradition à jamais irréductible. Et comme nous l'avons déjà souligné, ce geste radical s'inscrit tout de même dans une continuité puisqu'il prend finalement acte de l'impossibilité à laquelle se confrontait déjà le système. Pour reconstituer la logique des thérapies traditionnelles – qui deviendront ensuite le modèle de la thérapeutique ethnopsychiatrique – Nathan emploie alors une méthode différentielle où cette logique est opposée point par point à celle occidentale. Le grand partage concerne tout d'abord la conception même de l'humain :

« La psychothérapie qu'on appelle « scientifique » [...] contient toujours une seule prémisse ; elle est claire, explicite : *l'humain est seul* ! Il est seul dans l'univers, donc seul face à la Science, par conséquent seul aussi face à l'État. C'est par cette unique formule que je pourrais résumer les professions de foi des psychothérapies « savantes » que je connais. Tous les systèmes théoriques ayant vu le jour depuis la seconde moitié du XIX^e siècle en découle¹. »

A contrario de ces sociétés à univers unique, les sociétés traditionnelles sont des sociétés à univers multiples : l'homme y est nécessairement relié et attaché à un groupe, une langue, un lieu, des ancêtres, des divinités etc. Il se déduit de ces deux conceptions de l'humain deux points de vue opposés quant à la nature et la dynamique du mal. Pour un Occidental, le mal est toujours situé dans le sujet : sa psyché, sa biologie, son histoire... Et seul ce sujet peut être tenu pour responsable de ses troubles. Tandis que dans les sociétés traditionnelles, le mal ne se localise jamais dans une intériorité mais au dehors : possession, maraboutage, sorcellerie... sont autant d'explications situant la cause non plus dans le sujet mais dans les invisibles (ancêtres, esprits, fluides...). Le patient n'est alors plus condamné à l'errance solitaire, puisque toujours relié à un principe qui le dépasse et agit sur/en lui.

1. Nathan T., « Manifeste pour une psychopathologie scientifique », 1995, *op. cit.*, p. 9.

En conséquence, deux principes thérapeutiques doivent être nettement différenciés. Le thérapeute occidental s'attachera à maintenir le sujet dans la solitude, à le ramener sans cesse à sa propre responsabilité en soudant définitivement le symptôme à la personne. Quant à la relation thérapeutique, elle contribue à rabaisser le malade au statut d'objet du savoir de l'expert clinicien jouant du transfert pour lui signifier sa dépendance et sa crédulité. Le thérapeute traditionnel s'engage quant à lui dans l'interrogation du dehors, désolidarisant le symptôme de la personne. Prenant le risque de considérer son patient comme dépositaire d'un savoir sur l'autre monde, il partira avec lui à la recherche de l'invisible et de son intentionnalité. Et si l'Occidental ne croit qu'au pouvoir de la parole, l'homme traditionnel fait le pari de l'efficacité d'un recours technique aux objets comme surfaces d'interrogation et de manifestation de la théorie du thérapeute, donc de l'invisible. Et l'important n'est bien évidemment pas de savoir si les explications énoncées par ce thérapeute sont « vraies » ou de savoir si les invisibles existent « réellement » : il s'agit de vérités puisqu'elles produisent des effets thérapeutiques. Et lorsque l'acte thérapeutique ne marche pas, il ne s'agit ni d'un signe d'incompétence de la part thérapeute, ni d'une réaction thérapeutique négative de la part du patient : telle est volonté et la tromperie de l'invisible.

Qu'en est-il maintenant des conséquences de l'intervention ? Au mieux, le patient occidental est agglutiné à un groupe de malades prétendument semblables puisque appartenant à une même catégorie nosographique statistique. Au pire il reste désespérément seul, drogué parfois mais coupé toujours de ses appartenances. Tandis qu'en milieu traditionnel, le traitement mène systématiquement à une nouvelle affiliation et de nouvelles appartenances. Le patient retrouve une place dans le groupe social et dans sa famille, et devient même parfois membre d'un groupe initiatique voire, à son tour, thérapeute. Et dans tous les cas, il ne sera jamais seul.

Renouveau du dispositif

À partir de ce schéma de pensée général fondé sur le grand partage Occident/Tradition – où l'un est le strict envers de l'autre – l'ethnopsychiatrie est amenée à reconsidérer son propre dispositif afin de le rendre plus conforme aux thérapies traditionnelles. Sur la forme, le dispositif ethnopsychiatrique ne diffère pas vraiment de son ancienne version : les patients sont toujours accueillis avec des proches (famille, amis, travailleurs sociaux...) au sein d'un groupe composé d'une quinzaine de co-thérapeutes issus de cultures diverses et tous diplômés de l'Université française. Les séances requièrent bien entendu la présence d'un traducteur et sont dirigées par un thérapeute principal qui interroge le patient et ses accompagnateurs, fait circuler la parole et, en fin de séance, énonce une prescription thérapeutique. En début de séance, et selon une logique de soin traditionnelle, c'est principalement le discours sur le malade (discours des accompagnateurs et des thérapeutes)

qui est privilégié – évitant ainsi les confrontations directes. D'emblée, les questions et formulations diagnostiques portent sur les références culturelles afin de repérer et d'adopter la théorie implicite du patient telle qu'elle a cours dans l'univers culturel d'origine. Or,

« les croyances culturelles constituent, on s'en doute, un opérateur thérapeutique considérablement efficace, à condition d'en déclencher l'apparition de manière culturellement conforme. Il suffira par exemple avec un patient musulman, de s'exclamer *Bismilla* (au nom de Dieu, début de la sourate *Fatiha*) pour laisser entendre qu'on a affaire à des *djinns* [...]. L'exclamation *Bismilla* remplace donc tout énoncé du type : « - Vous souffrez d'une attaque par le djinn ! » qui se révèle non seulement impossible, mais surtout *inutile*, car dénué du dynamisme des formulations traditionnelles¹. »

Outre ce mode d'induction thérapeutique conforme la logique culturelle, on peut recourir à d'autres procédés traditionnels adéquats comme, par exemple, la divination, la transe et le maniement d'objets (sable, cauris, noix de cola...) – ce qui, *a priori*, n'était pas vraiment le cas dans l'ancien dispositif (tout du moins au regard des seuls comptes-rendus cliniques). Et il arrive également que les co-thérapeutes établissent des comparaisons entre les énoncés du patient et les théories étiologiques propres à leurs cultures respectives. L'usage des objets et des théories a bien entendu un rôle technique considérable, puisque c'est uniquement grâce à lui qu'émerge le matériel à partir duquel s'est cristallisé le symptôme, que se déploie la trame culturelle toujours-déjà là. Et la séance se conclut, non pas seulement par une interprétation, mais par une prescription thérapeutique calée sur le modèle traditionnel ; dont voici deux exemples :

« Si Freddy est un vrai Dwala, alors il faut le mettre au milieu de la rivière. Sans doute, les parents, restés sur la rive, s'effrayeront-ils du fait que le génie de la rivière puisse s'approprier Freddy. Mais le U de la passerelle du rêve [fait par le père de Freddy] montre à mon avis que Freddy reviendra. Pour moi, le rêve est une mise en scène du rituel dwala des *enfants de l'eau*². »

« Lorsque vous parlerez à votre mère, au téléphone, dites-lui que vous m'avez vu. Dites-lui aussi que j'ai vu dans les cauris qu'il fallait enterrer vivants dans la cour, je dis bien vivants, un gros animal et son petit – une vache et un veau... peut-être seulement une brebis et son agneau. Elle, elle comprendra.³ »

Quels sont les éléments théoriques sous-jacents à cette nouvelle version du dispositif ? Tout d'abord, les fonctions attribuées au groupe respectent pour une grande part les précédentes quoique le propos se radicalise légèrement. Il conserve ainsi sa fonction d'étagage, le portage

1. Nathan T., *Fier de n'avoir ni pays, ni amis, quelle sottise c'était...*, 1993, *op. cit.*, p. 100.

2. Nathan T., *L'influence qui guérit*, 1994, *op. cit.*, pp. 196-197.

3. Nathan T., « Manifeste pour une psychopathologie scientifique », 1995, *op. cit.*, p. 38.

culturel offrant au malade un contenant rassurant et fonctionnel. Ensuite la logique groupale est bien plus conforme à celle traditionnelle, d'autant qu'il est plus « naturel » d'évoquer les étiologies traditionnelles dans un tel cadre rappelant *de facto* les assemblés de village. Par ailleurs, si Nathan évoque encore parfois la fonction de médiatisation entre culture d'origine et culture d'accueil, il semble que le groupe soit surtout un moyen technique de mise en scène de la différence : l'appartenance de chacun à un cercle culturel spécifique matérialise le fait que le patient appartient bien lui aussi, à un cercle spécifique. Et quant à la fonction d'analyse du contre-transfert, elle reste toujours d'actualité et chaque séance se poursuit par un temps de réflexion sur les séquences ayant structuré cette dernière. À l'occasion d'une description de cette pratique, Nathan évoque en ces termes l'analyse du contre-transfert culturel :

« Pour ce qui concerne le « contre-transfert culturel », je dois rappeler qu'un tel groupe est spontanément enclin à reconstituer « l'ambiance » culturelle – surtout ici : la façon de penser – dans laquelle un énoncé tel que « Vous savez bien qu'il faut donner de la nourriture aux morts » est, non seulement acceptable, mais semble « naturel » à tous les participants du groupe. Lorsqu'il se voit contraint de penser les choses « à la manière occidentale », il a donc tendance à réfléchir sur tout ce qui a empêché les formulations culturellement codées¹. »

Ce qui nous paraît ici exemplaire est le pouvoir d'interrogation de l'analyse du contre-transfert sur l'empêchement potentiel du thérapeute à recourir à des énoncés culturellement codés ; tandis que l'analyse de la réciproque (un « trop » de culture) n'est nullement évoquée. Tout se passe alors comme si l'empêchement thérapeutique ne résidait que dans la persistance d'un ancrage aux modes de pensée occidentaux – position éminemment cohérente avec certaines évolutions de la doctrine.

À quels mécanismes sont enfin attribués les effets thérapeutiques du dispositif et de la prescription finale ? Comme dans le premier mouvement, le groupe a en lui-même une valeur thérapeutique puisqu'il permet la reconstitution de l'enveloppe culturelle et matérialise la clôture par la seule présence de co-thérapeutes aux origines culturelles diverses. Quant à la prescription, qui respectera toujours la logique culturelle d'origine, son efficacité résiderait dans sa capacité à situer le malade dans un nouvel univers de référence, c'est-à-dire à recréer autour de lui du lien et de l'affiliation :

« Avant la thérapie, le malade souffrait d'une maladie située dans le monde ordinaire, mais dont le sens, quoique caché, lui était en principe accessible ; alors qu'après il acquiert la conviction que le sens de son mal, même s'il ne le détient pas, est situé hors de

1. Nathan T., *Fier de n'avoir ni pays, ni amis, quelle sottise c'était...*, 1993, *op. cit.*, p. 63.

lui, dans un lieu non ordinaire (monde des *djinnas*, monde des esprits de la brousse), et qu'il ne peut pas y accéder par ses propres moyens¹. »

Le projet n'est donc pas seulement de ramener le malade à son origine, mais d'y construire de nouvelles affiliations par une mise en lien avec un univers de sens hétérogène toujours culturellement adéquat. À l'image des thérapies traditionnelles, l'acte thérapeutique consiste à prescrire une *métamorphose* de l'individu en le reliant à une « chose » invisible. Et on perçoit bien ici le décalage par rapport à la notion d'interprétation ambiguë car il ne s'agit plus d'aménager un référentiel commun entre deux logiques de pensée, mais bien au contraire de se mouvoir dans le seul cadre de la Tradition, à la croisée entre deux mondes : ordinaire/non-ordinaire, humain/sacré, visible/invisible... Le clinicien n'est donc plus celui qui doit jouer sur la frontière entre deux discours – le spectre de Devereux s'en est allé pour toujours – mais celui qui assure, dans le même espace culturel que le malade, une médiation entre deux univers. Pour cela, il ne faut plus soutenir le leurre d'un univers de significations partagées mais à l'inverse, miser sur la transparence et l'opérationnalité de la technique. Le thérapeutique ne doit plus être un jeu de dupe – quoiqu'en dise l'idéologie du transfert – mais une expérience pragmatique de vérité garantie par son efficacité. Car celui qui convoque l'invisible ne trompe personne, son geste technique brisant l'effroyable solitude du monde ordinaire. Une telle révolution serait d'ailleurs loin de ne concerner que le champ restreint de la psychothérapie car ses implications sociales et politiques sont évidentes :

« L'ethnopsychiatrie ne défend pas les migrants [...]. Elle leur propose tout autre chose : d'être ses complices dans une sorte d'aventure intellectuelle, un pari : celui de construire une paix avec la société qui les accueille – mais une « paix des braves » ! Elle leur propose de se présenter à cette négociation pour la paix en disposant d'arguments qui leur seraient propres et non pas démunis de tout et en position de quémande. Elle dispose pour ce faire d'un dispositif clinique et de quelques rudiments de méthode². »

Mais de même que le ghetto et la fermeture des frontières représentaient sans doute, en 1994, de précieux et pragmatiques instruments de pacification sociale, la paix dont il est question ici ne règnera qu'à la condition d'une assurance quant à la clôture – pré-requis auquel l'ethnopsychiatrie a déjà apporté de nombreuses et significatives contributions. Elle nous a en effet appris que les migrants ne devaient rien attendre de la société d'accueil si ce n'est le désastre d'une perte qu'il faut s'empresse de réparer avant qu'il ne soit définitivement trop tard. Notons, à ce titre, cette singulière manœuvre consistant à défendre (même si l'auteur le conteste) les migrants au nom de leurs richesses insoupçonnées tout en

1. Nathan T., *L'influence qui guérit*, 1994, *op. cit.*, p. 131.

2. *Ibid.*, p. 110.

les maintenant volontiers dans le statut de victimes désemparées face à l'Occident néo-colonialiste. Et comme le souligne fort justement F. Benslama :

« Le but est d'éliminer les conséquences du déplacement, de faire accroire au migrant souffrant qu'il peut garder intacte sa culture d'origine et se replier dans des ghettos où il serait mieux protégé. Il s'agit donc d'une psychologie qui place le migrant dans une position victimaire de son propre acte d'expatriement, et propose comme solution à ses difficultés de le restituer à sa communauté, afin de le mettre à l'abri de la société d'accueil, menaçante pour son identité¹. »

[4.3.3] Coda : consistance de l'ennemi

Parvenus au terme de cette longue excursion dans le domaine de l'ethnopsychiatrie version Nathan, nous souhaitons éclairer davantage quelques-unes des implications de la rhétorique du combat, manifestement devenue si indispensable au système. On aura aisément repéré les simplifications et les caricatures par lesquelles les portraits de l'ennemi et de son envers sont dressés : Occident et Tradition ne souffrent aucune nuance et restent fidèlement identiques à eux-mêmes, n'éprouvant jamais la moindre tension interne. De même, « la » psychanalyse est-elle recollée sur « la » psychopathologie puis sur un projet politique global, unitaire et consensuel tandis que les thérapies traditionnelles se posent en idéal du soin – toutes égales et différentes mais au fond toutes pareilles puisque guidées par une même conception de l'humain. Une fois fixés (figés), les termes du grand partage esquissent les contours d'un monde définitivement séparé en deux camps : Eux et Nous, le Dehors et le Dedans, le Bien et le Mal...

Plutôt que de mettre à jour les nombreux forçages interprétatifs grâce auxquels cette ethnopsychiatrie édifie en quelque sorte sa propre mythologie, nous nous limiterons ici à indiquer le lieu où le portrait de l'ennemi – aussi édifiant soit-il – trouve une consistance historique. Car il a bel et bien existé une forme de savoir respectant assez justement le projet à la fois psychopathologique et idéologique de l'Occident dans sa version ethnopsychiatrique : la psychiatrie coloniale. Mais la référence aux psychiatres coloniaux ne figure jamais dans les textes de Nathan ; ce qui le conduit à quelques amalgames malheureux quoique non essentiels vis-à-vis de la tenue du système. Qui mieux que la psychiatrie coloniale, vient représenter la figure exemplaire de l'impérialisme occidental relayé par un savoir médico-psychiatrique ? Quels sont les cliniciens s'étant donné pour tâche première et évidente, d'apporter les bienfaits de la Civilisation et son rationalisme aux peuples non-occidentaux ? Quelle est précisément la forme de savoir ayant instauré en principe scientifique l'infériorité

1. Benslama F., « Épreuves de l'étranger », 1999, *op. cit.*, p. 61.

de tout un pan de l'humanité ? L'ennemi contre lequel se bat si ardemment l'ethnopsychiatrie a donc existé, certes, mais il est tout de même un peu rapide – sauf à souverainement ignorer l'histoire au nom sans doute de l'immortalité des cultures – d'assigner « la » psychopathologie occidentale à cette même place, sans prendre la peine de mesurer comment ses diverses ramifications se positionnent face au lourd héritage colonial.

Mais si l'ennemi, tel que nous le proposons, est nécessaire à fonder le grand partage, nous nous autoriserons à envisager le paradigme de la psychiatrie coloniale comme une nécessité doctrinale : il est l'envers de l'idéal ou inversement, le modèle en négatif. Nous pouvons dès lors oser un pas supplémentaire : le modèle de l'ethnopsychiatrie version Nathan est la psychiatrie coloniale elle-même, mais prise à l'envers. Ceci nous apparaît d'autant plus fondé que leurs logiques de pensée respectives sont quasi-identiques : elles ne se déploient qu'à la condition préalable d'une incommensurabilité entre deux formes d'humanité, l'une étant toujours le négatif de l'autre – Occident *vs* Orient, Actifs *vs* Inactifs, Idée *vs* Instinct, Irrationalisme *vs* Rationalisme... Les accents idéologiques ne se placent pas aux mêmes endroits, bien sûr, mais il n'est pas assuré que le mode de construction des problèmes soit régi différemment.

On ne part plus à la recherche d'une mentalité indigène recollée sur une constitution, mais le rapport de stricte équivalence entre psychisme et culture invite à ancrer le fonctionnement psychique dans un mode de pensée ethnique sans commune mesure avec celui occidental. Il ne s'agit plus d'assurer le triomphe de l'Idée sur l'Instinct mais le monde étant éternellement coupé en deux, la rencontre des parties ne mènera qu'à la perte, la domination et la guerre. L'enjeu n'est plus de détruire les croyances indigènes au nom du progrès et de la science, mais de combattre et soumettre la psychopathologie au risque de la Tradition pour qu'elle puisse enfin faire œuvre scientifique. On ne doit plus irréaliser le contexte de la domination coloniale afin de légitimer l'expansion d'une idéologie, mais rester délibérément sourd à la condition sociologique de migrant pour mieux écouter les richesses de l'irréductible différence de culture¹.

Bref, du point de vue des lignes de construction de la doctrine, les polarités idéologiques s'inversent mais la structure du modèle demeure inchangée – l'ethnopsychiatrie version Nathan s'offrant finalement comme un illustre miroir de la psychiatrie coloniale.

1. « Les penser en butte à des problèmes culturels, c'eût été les penser riches de leur différence, en butte aux problèmes sociaux, c'était les penser économiquement, socialement – psychiquement ? – pauvres. C'est évidemment la même personne qui est chef de village sur la rive du désert et éboueur à la Ville de Paris. Je ne suis pas certain que le second qualificatif soit nécessairement celui qui la désigne le mieux... » ; in Nathan T., *Fier de n'avoir ni pays, ni amis, quelle sottise c'était...*, 1993, *op. cit.*, pp. 31-32, note 23.

[4.4] Complémentarisme et pluralisme, ou l'éloge du métissage

« Depuis quelques années, de revues en quotidiens, un débat s'est développé autour de l'ethnopsychanalyse, prenant parfois un tour extrêmement polémique, s'appuyant sur des déclarations ou prises de position imprudentes ou contestables mais aussi sur des positions intéressantes mais caricaturées. Ces critiques sont souvent avancées contre tous les cliniciens qui adoptent cette approche sans toujours tenir compte de la réalité des pratiques et des positions souvent différentes des uns et des autres et donc de la diversité et la créativité du champ ethnopsychanalytique¹. »

Tobie Nathan n'est pas le seul représentant de l'ethnopsychiatrie telle qu'elle se développe en France et en conséquence, il serait trop rapide de considérer que tous les cliniciens œuvrant dans ce champ reprennent à leur compte l'intégralité de ses propositions et dérives potentielles. Et s'il a pu faire figure de pionnier en soumettant la pertinence des dispositifs cliniques à l'épreuve de la différence culturelle des patients migrants, tous ses élèves ne sont manifestement pas contraints de jurer fidélité aux évolutions de la doctrine. C'est en tout cas ce dont témoigne justement une ancienne collaboratrice, Marie Rose Moro, qui depuis quelques années s'en démarque tout en revendiquant pleinement son inscription dans la démarche ethnopsychiatrique. Formée par Nathan dès 1987, elle participe activement à la consultation d'ethnopsychiatrie de l'hôpital Avicenne de Bobigny (elle dirige aujourd'hui le service) et rédige également une thèse de Doctorat de Psychologie sous sa direction (*La construction de l'interaction. Fonctionnement des systèmes de représentations culturelles dans les psychothérapies mère-enfant*, 1991). Et au regard de notre présentation de l'œuvre de Nathan, il apparaît que les critiques portent davantage sur les implications du deuxième mouvement tandis que le premier demeure une référence centrale.

Plus précisément, l'enjeu est de poursuivre et de renouveler les interrogations relatives à la construction d'un dispositif de soin adapté aux migrants et à leurs enfants, en prenant appui à la fois sur le complémentarisme cher à Devereux et les premières avancées cliniques dues à Nathan. Il ne s'agit donc pas de jeter l'anathème sur une pratique et un auteur mais, bien au contraire, d'y reconnaître des apports fondamentaux sans pour autant cautionner certaines prises de position éminemment polémiques. Sur un plan théorique, M.R. Moro soutient ainsi une approche pluri-référentielle, éclectique et métissée, ordonnée par la rigueur méthodologique complémentariste. Et sur un plan clinique, le dispositif se situerait dans un entre-deux par rapport à ceux de Devereux et Nathan : entre l'un pas ou peu modifié au regard du cadre classique, et l'autre beaucoup plus spécifique. Un tel dispositif est alors volontiers qualifié de pragmatique, métissé voire syncrétique.

1. Moro M.R., Giraud F., « L'exil et la souffrance psychique », 2000, *op. cit.*, pp. 155-156.

[4.4.1] Fondements de la démarche

Dans la droite ligne de Nathan, la question inaugurale porte sur la place que l'on doit accorder à la différence culturelle, à l'*altérité*, au sein des dispositifs de soin. Si la prise en compte de la culture en tant que coloration de la relation clinique (au niveau des formes symptomatiques et des difficultés de communication) constitue certes un premier pas vers la reconnaissance de l'*altérité*, il apparaît toutefois que cela n'est guère suffisant : reconnaître authentiquement l'autre dans sa différence nécessite de la part du clinicien une modification plus radicale de ses modes de pensée et d'action. En d'autres termes,

« la tolérance au culturel ne suffit pas, ce qui est en jeu est notre capacité à reconnaître la différence, non pas comme un épiphénomène (la fameuse coloration exotique de certains symptômes que l'on s'empresse d'interpréter en termes d'équivalents), non pas comme un obstacle qui sépare, mais comme une donnée de la complexité humaine qui s'incarne dans la situation clinique particulière¹. »

Tout comme avec Nathan, la culture est ici indissociable de l'être de même que la différence culturelle est posée comme un fait d'expérience : est différent celui qui est autre de par son appartenance culturelle. Et tout l'enjeu réside dans la capacité des cliniciens à se *décentrer* de leurs cadres habituels de pensée afin de ne pas contraindre les patients migrants – ici caractérisés par leur appartenance – à rentrer coûte que coûte dans une logique qui au nom d'un universel, tendrait à nier leur singularité. Une telle posture s'avère toutefois un peu plus nuancée que celle de Nathan car elle n'implique *a priori* ni l'incommensurabilité ni la fixité des cultures : la démarche reste fondée sur le postulat de l'universalité psychique, mais à la condition d'accepter l'idée selon laquelle celle-ci s'incarne dans le *particulier* de la culture d'appartenance. Loin de rejeter toute proposition universaliste immédiatement suspectée d'impérialisme, il s'agirait plutôt de s'ouvrir aux richesses des différences en tant que multiples variations créatrices sur le thème de l'universalité. Et là encore, Moro entend occuper une position intermédiaire entre les deux extrêmes représentés par le relativisme radical d'une part, et l'universalisme abstrait d'autre part :

« Entre ces deux positions limites, je soutiendrai une position pragmatique, éclectique, une ethnopsychanalyse non idéologique, ouverte sur la société. [...]. L'ethnopsychanalyse est, pour moi, une pratique psychothérapique d'orientation psychanalytique qui intègre dans sa compréhension et dans la résolution des conflits les données culturelles propres au patient et ce, de manière complémentariste, c'est-à-dire obligatoire mais non

1. *Ibid.*, p. 163.

simultanée. L'ethnopsychanalyse est avant tout une pragmatique du lien, de la multiplicité et de la diversité [...]¹. »

Pragmatisme, éclectisme, décentrage et métissage deviennent ainsi les maîtres-mots de l'ethnopsychiatrie version Moro – discipline fondée sur le complémentarisme ethnologie/psychanalyse mais ouverte à d'autres savoirs, prenant au sérieux la différence culturelle sans y réduire les patients, proposant un dispositif de soin spécifique quoique à géométrie variable... C'est peut-être là, d'ailleurs, que réside la principale difficulté lorsque l'on tente de retracer les lignes de force de ce courant de l'ethnopsychiatrie. Il semble en effet que le projet de *penser l'humain dans sa complexité* s'accompagne d'une volonté de ne jamais privilégier un point de vue au détriment d'un autre, de ne jamais affirmer pleinement une thèse sans la restreindre ensuite au statut de facteur parmi d'autres tout aussi importants. Et si des thèses fortes sont avancées, ce n'est bien souvent que pour mieux en limiter la portée – geste dont le bénéfice premier est de garantir que l'on ne résorbe pas les problèmes dans un point de vue potentiellement simplificateur. Et contre ce risque, il faudrait bien sûr cesser d'opposer les points de vue : individu/culture, individu/groupe, psychopathologie/anthropologie, laïcité/multiplicité, culture d'accueil/culture d'origine, français/langue maternelle... au profit d'une véritable pensée de la complexité et du métissage.

Il s'en déduit alors une nécessaire pluralité des références (psychanalyse, anthropologie, linguistique, psychothérapies non psychanalytiques, psychologie cognitive, pragmatique du langage, philosophie, histoire, littérature...) ayant pour principale fonction de contraindre à un décentrage systématique vis-à-vis des représentations habituelles. Cet éclectisme, ou métissage des théories, procède par ailleurs d'un raisonnement analogique car l'éclectisme théorique trouve son *analogon* dans un dispositif métissé, cosmopolite et à géométrie variable ; de même que dans la situation des patients à qui ce dispositif s'adresse : des migrants, c'est-à-dire des hommes et des femmes eux-mêmes en situation de passage et de métissage :

« En effet, pour nous tout migrant est un métis dans la mesure où son voyage l'a conduit dans un autre monde qui aura une action sur lui comme lui d'ailleurs aura une action sur le monde. [...]. L'ensemble de ces données nous conduit à être éclectique dans la mesure où des apports multiples sont nécessaires, des adaptations du cadre s'imposent, des créations de liens et de ponts sont nécessaires. Pour nous, l'ethnopsychanalyse est avant tout une pragmatique du lien et le thérapeute, dans cette situation, un tisserand². »

1. Moro M.R., « Les débats autour de la question culturelle en clinique : une spécificité française ? », in Baubet T., Moro M.R. (dir.), *Psychiatrie et migrations*, Paris, Masson, Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, 2003 : 35-49 ; p. 45.

2. *Ibid.*, p. 42.

Autrement dit la position adoptée par un clinicien contraint de composer avec la pluralité des univers théoriques et des pratiques, est supposée analogue à celle de patients contraints de relier des mondes hétérogènes. Et si, précise Moro, le fait d'être soi-même migrant n'est une condition ni nécessaire ni suffisante pour pratiquer l'ethnopsychanalyse, il reste cependant indispensable d'avoir expérimenté le décentrage et d'être familiarisé avec certains systèmes culturels¹. Bref, l'impératif du métissage fonctionnerait ici en tant qu'instrument privilégié pour lutter contre les travers de l'ethnocentrisme. Mais l'accent porté sur la pluralité des références implique *de facto* une rigueur méthodologique qui puisse permettre d'intégrer ces multiples apports tout en respectant leurs logiques propres. Pour ce faire, Moro entend rester fidèle au complémentarisme qui, selon elle, prescrit la nécessité d'un double discours à l'égard d'un même phénomène. Plus précisément, le complémentarisme devient le modèle à partir duquel le décentrage peut opérer car la question qui le sous-tend serait celle-ci :

« Comment prendre successivement deux places différentes par rapport à l'objet sans réduire l'une à l'autre et sans les confondre. Un apprentissage de la décentration est nécessaire mais ardu. Il faut débusquer ces mesquines habitudes en sciences humaines qui tendent à ramener les données à soi ou à ce que l'on connaît déjà et à se méfier de l'altérité de l'objet d'étude². »

Le recours au double discours ne vise donc pas uniquement à articuler deux domaines de rationalité mais aussi, et surtout, à se déprendre des certitudes qui trop souvent obturent le regard. Et dans le contexte d'une clinique à l'épreuve de la différence culturelle, cela signifie que l'accueil de l'altérité n'est possible qu'à la condition d'en passer par *au moins* deux points de vue de manière à ne pas réduire cette différence au rang d'épiphénomène.

Si une importance fondamentale est accordée à la multiplicité des théories et des manières de faire, le prototype du double discours reste bien entendu celui d'une relation de complémentarité entre l'ethnologie et la psychanalyse ou encore, entre les deux niveaux de la culture et du psychisme. Ces rapports culture/psychisme sont envisagés ici dans la lignée de Nathan première période : la première est l'enveloppe formelle du second, cadre sur lequel l'intrapyschique – ou l'idiosyncrasique – doit s'étayer. Plus précisément, la culture fonctionne à la manière d'un code consubstantiel à l'être :

« La culture permet un codage de l'ensemble de l'expérience vécue par un individu, elle permet d'anticiper le sens de ce qui peut survenir et donc de maîtriser la violence de

1. Moro M.R., Giraud F., « L'exil et la souffrance psychique », 2000, *op. cit.*, p. 164, note 31.

2. Moro M.R., *Parents en exil. Psychopathologie et migrations* (1994), Paris, Presses Universitaires de France, coll. Le fil rouge, 2001 ; p. 49.

l'imprévu, et par conséquent du non-sens. La culture cherche à mettre à la disposition du sujet une grille de lecture du monde¹. »

La culture s'offre donc comme un contenant fonctionnel au sein duquel peut se structurer l'expérience individuelle et si Moro n'insiste pas particulièrement sur les notions de double et d'homologie, il apparaît tout de même que c'est bien ce modèle qui régit les interactions entre les deux niveaux, reliés par un système logique de correspondances. Et si l'on doit postuler l'universalité des règles de fonctionnement psychique, il s'avère toutefois que l'on ne pourra approcher cet universel que par l'unique détour d'une incarnation particulière : le codage culturel. Quant à la problématique du désordre, elle aussi reste en parfaite adéquation avec les propositions de Nathan, dans la mesure où la culture donnera au diverses occurrences du malheur un sens et un mode de traitement structurés par une théorie étiologique, que Moro décompose pour sa part en trois niveaux² : le niveau *ontologique* (définissant la nature des êtres), le niveau *étiologique* (énonçant le sens du malheur), et enfin le niveau des *logiques thérapeutiques* (prescrivant une logique de soin). Bref le symptôme obéit là encore à une structuration culturelle nécessitant, de la part du clinicien, une fine connaissance des représentations culturelles et des techniques de soin traditionnelles pour prévenir tout diagnostic trop hâtif – le nécessaire décentrage – et garantir de fait une prise en charge adéquate.

Qu'en est-il maintenant du regard porté sur les incidences cliniques de la migration ? C'est entre autres sur ce registre que la difficulté dont nous parlions tout à l'heure – celle d'une volonté de ne pas privilégier un point de vue au détriment d'un autre – apparaît le plus clairement. La migration doit en effet être appréhendée comme un acte au déterminisme complexe et aux incidences variables, dont le rapport avec la psychopathologie est lui aussi complexe³... Une telle position semble bien témoigner d'une grande prudence, puisqu'elle affirme que les difficultés rencontrées par les migrants doivent toujours être pensées comme points de cristallisation de multiples facteurs, des plus intrapsychiques au plus sociaux. Ainsi, par exemple, ces hypothèses concernant le très controversé diagnostic de sinistrose :

« [...] la dimension psychopathologique individuelle n'est pas la seule à considérer : la plainte somatique n'est pas seulement l'expression d'un conflit intrapsychique, elle peut être lue selon différents axes complémentaires : une manière de se repositionner dans ses rôles sociaux et familiaux, une façon culturellement codée d'exprimer un état de

1. Moro M.R., Baubet T., « Un lieu métissé et cosmopolite d'accueil et de soins des migrants : le dispositif de la psychiatrie transculturelle à l'hôpital Avicenne (Bobigny) », in Baubet T., Moro M.R. (dir.), *Psychiatrie et migrations*, 2003, *op. cit.* : 181-194 ; pp. 182-183.

2. *Ibid.*, pp. 183-184.

3. Baubet T., Moro M.R., « Syndrome méditerranéen, sinistrose... Il n'y a pas de pathologie spécifique de la migration », in Baubet T., Moro M.R. (dir.), *Psychiatrie et migrations*, 2003, *op. cit.* : 137-147.

souffrance, une métaphorisation de l'expérience, amenant de nouveaux sens et des possibilités de repositionnement¹. »

Outre ces quelques hypothèses, les auteurs de l'article passent en revue de nombreux autres facteurs de vulnérabilité : les conditions de départ, le nécessaire travail de deuil, la perte de la culture d'origine, l'hostilité de la société d'accueil, les changements environnementaux, langagiers, sociaux, familiaux, religieux, coutumiers, législatifs etc. Et l'on y retrouve même la fameuse distinction entre pathologies d'apport et pathologies de la migration, quoiqu'elle ne soit pas l'objet d'une discussion étiologique plus approfondie. Une telle perspective laisserait alors suggérer que nous sommes plus proches du paradigme d'une psychopathologie de la migration que de celui d'une ethnopsychiatrie – à moins qu'il ne s'agisse peut-être de penser les choses à la manière d'un cumul complémentariste de handicaps. Une hypothèse toutefois paraît nettement plus privilégiée que les autres : celle du *traumatisme migratoire*, aussi nommée *risque transculturel*. Directement issu des travaux de Nathan, ce traumatisme migratoire désigne la rupture de l'étayage du cadre culturel interne sur le cadre culturel externe :

« Changer d'univers implique la perte brutale d'une langue, d'un système de référence, d'un système de codage des perceptions, des sensations et des représentations, en un mot une acculturation. [...]. 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)². »

Ces lignes ont certes été rédigées près de dix ans avant l'article que nous venons d'évoquer mais la lecture de celui-ci, conjointe à celle de publications également plus récentes, montre que ces hypothèses conservent toute leur actualité et leur importance. Ainsi, conformément aux théories de Nathan, le trauma le plus significatif se situerait *a priori* au lieu d'un déficit culturel, c'est-à-dire d'une déculturation, quoiqu'il faille toujours rester très prudent – Moro insistant sur la difficulté à évaluer précisément l'impact de ce type de traumatisme. Mais en dépit de cette mise en garde, le modèle de la rupture culturelle semble ordonner le plus fermement les analyses des incidences cliniques de la migration et des difficultés éprouvées par les enfants de migrants, *exposés* au risque transculturel et confrontés à une *vulnérabilité psychologique* spécifique. Et dans le domaine des liens mère-enfant à l'épreuve de la migration, sur lesquels l'auteur a beaucoup travaillé, c'est encore la rupture d'avec le système d'appartenance culturelle qui permettra d'éclairer de manière heuristique les dysfonctionnements des interactions.

1. *Ibid.*, p. 145.

2. Moro M.R., *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*, 1994, *op. cit.*, pp. 81-82.

[4.4.2] De la clôture au métissage

Mais compte-tenu de ces quelques développements relatifs aux rapports psychisme/culture, à la problématique du désordre puis aux incidences de la migration, une question ne manque pas de se poser : en quoi cette nouvelle version de l'ethnopsychiatrie, malgré son aspect plus nuancé, se démarque-t-elle vraiment de la précédente ? Or c'est précisément ici que l'éloge du métissage révèle toute sa portée, en ce qu'il s'oppose radicalement au principe de clôture passionnément défendu par Nathan :

« [Nathan] s'appuie sur une théorie de la culture comme système clos, d'où la nécessité de reconstituer une *clôture* pour se restructurer psychiquement. [...]. Cette théorie de la clôture va à contre-courant des théories anthropologiques actuelles sur la notion d'ethnie et d'identité qui montrent que tous les groupes sont ouverts. Ainsi, Lévi-Strauss démontre que l'identité culturelle est plus un processus qu'un contenu, plus une dynamique qu'une entité. De même pour Amselle, l'ethnie est un découpage artificiel qui ne rend pas compte des métissages, des échanges, des passages d'une communauté à une autre, l'ethnie est donc une construction poreuse, mouvante et essentiellement politique. En opposition avec ces données anthropologiques, la position de Nathan aboutit à la notion de communauté et à celle de dispositif spécifique¹. »

Signalons toutefois qu'en 1994, l'idée de clôture persiste dans les analyses, Moro affirmant dans le même ouvrage qu'une culture est un système *fermé* en perpétuelle transformation puis, quelques pages plus loin, un système *ouvert* et cohérent – tandis que l'interaction mère-enfant et l'interaction thérapeutique, structurées et informées par le système culturel, sont caractérisées comme n'ayant pas de dehors². Mais depuis, le modèle du métissage semble bien avoir définitivement pris la place de ces ambiguïtés – ce dont témoigne le mot d'ordre consistant à faire des migrants et de leurs enfants, non plus les malheureuses victimes d'une effroyable déculturation, mais des *métis* soumis à la douloureuse contrainte de relier les mondes, de s'inscrire dans une dynamique de changement tout en maintenant une permanence de soi à soi, et de soi aux autres. Autrement dit si la migration confronte certes à la perte du cadre culturel, le symptôme sera moins le signe d'un déficit de sens conforme à l'origine que d'une difficulté à passer d'un univers à l'autre. Et l'on peut certes démultiplier à l'infini les facteurs de vulnérabilité pour espérer saisir la problématique dans toute sa complexité mais à terme, ces derniers n'ont pas d'autre destin que de graviter autour d'un seul et même point : la contrainte au (mé)tissage des référents. Ainsi,

1. Moro M.R., « Les débats autour de la question culturelle en clinique : une spécificité française ? », 2003, *op. cit.*, pp. 40-41.

2. Moro M.R., *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*, 1994, *op. cit.* Voir respectivement les pages 79, 85 puis 211-212. Le dernier point est par ailleurs soulevé par O. Douville et O. Natahi : Douville O., Natahi O., « De l'inactualité de l'ethnopsychiatrie », 1998, *op. cit.*, p. 24.

« [...] il ne s'agit pas de ramener le patient à une hypothétique identité figée, une identité première résumée par sa culture d'origine, ce qui serait une illusion ethnisante dangereuse et stérile. Au contraire, nous utilisons cet apport culturel comme une porte d'entrée possible mais non obligatoire, un principe de récit qui ne résume pas l'être mais fait aussi partie de lui. Le dispositif proposé s'adapte au patient, en individuel ou en groupe, en français ou dans la langue maternelle... Nous recevons les parents avec ou sans leurs enfants, parfois les adolescents seuls... *Dans tous les cas*, nous les aidons à faire des liens entre le monde des parents et ceux des enfants, entre le dedans et le dehors, pour pouvoir s'inscrire harmonieusement dans le monde français sans renoncer à leur passé et à leur être¹... »

Contrairement aux ambitions de Nathan, l'enjeu ne serait donc plus de réparer l'enveloppe culturelle mais de permettre à chacun de sortir du clivage en tissant d'authentiques liens. Et quoique cette citation puisse suggérer qu'il ne s'agit en aucun cas d'envisager la culture comme une *porte d'entrée obligatoire*, nous allons voir au contraire que tout le dispositif proposé s'ordonne finalement autour d'une prescription de culture ou, plus justement, d'une invitation à l'origine pour mieux s'inscrire dans l'ailleurs.

Comme nous l'avons explicité précédemment, la clinique à l'épreuve de la différence culturelle des patients migrants implique un aménagement du cadre afin d'accueillir l'altérité – et ceci est d'autant plus urgent que l'on a bien souvent affaire à des patients structurés par d'autres manières de penser et de vivre. Un cadre classique peut dès lors s'avérer inadapté si patient et thérapeute ne partagent pas les mêmes représentations du désordre et du soin. C'est pour répondre à ce type de difficultés que l'ethnopsychanalyse a été amenée à élaborer un dispositif particulier, fortement influencé par celui mis en place par Nathan dès les années 80 – à une nuance près : la nouvelle version se veut à géométrie variable, adaptée à chaque situation et, partant, pas nécessairement « spécifique ». Mais si la pluralité des manières de faire est toujours mise en avant, une configuration surtout est précisément décrite dans les diverses publications de l'auteur : le dispositif groupal qui, s'il n'est manifestement utilisé que dans une minorité de situations, apparaîtrait à la fois comme le plus spécifique et le plus original. Ce groupe est composé d'une dizaine de co-thérapeutes (médecins et psychologues) aux origines culturelles multiples, formés à la clinique et ayant acquis des connaissances en anthropologie. L'accueil en groupe peut en effet s'avérer indispensable pour soigner des patients issus de cultures traditionnelles et rurales, dans lesquelles l'individu demeure toujours en interaction avec son groupe d'appartenance. Il s'agit là de respecter l'aspect communautaire du soin, qui permet en général d'établir un compromis entre une étiologie collective et une étiologie individuelle. Le groupe thérapeutique possède selon Moro

1. Moro M.R., Giraud F., « L'exil et la souffrance psychique », 2000, *op. cit.*, p. 168. Nous soulignons.

plusieurs fonctions : une mise en adéquation avec les modalités culturelles de l'échange, une co-construction d'un sens culturel au désordre et, enfin, un étayage du patient. De plus,

« le groupe permet aussi une matérialisation de l'altérité (chacun des thérapeutes étant d'origine culturelle différente) et une transformation de cette altérité en levier thérapeutique. Pour des patients venant d'autres aires ou en fonction de leurs demandes des adaptations de ce dispositif sont faites. Quoi qu'il en soit, le métissage (des hommes, des théories, des manières de faire) est *toujours* un facteur implicite du dispositif¹. »

Il convient de souligner également la fonction d'analyse du contre-transfert culturel par laquelle chaque thérapeute est invité, après la séance, à expliciter avec le groupe ses ressentis, implicites et théories. Il est alors possible pour chacun de se décentrer vis-à-vis de ses propres représentations.

En ce qui concerne le déroulement des séances, le patient est toujours reçu avec des proches (famille, professionnels...) et, une fois présentées les origines des divers protagonistes, le discours s'oriente d'emblée sur les représentations culturelles du désordre afin de construire progressivement le sens et le portage culturels. Puis dans un second temps est favorisé le récit individuel, qui pourra dès lors se dérouler dans le contenant culturel préalablement restauré. Deux paramètres méritent en outre d'être davantage précisés. En premier lieu, l'utilisation de la langue maternelle doit être rendue possible mais non prescrite : elle participe certes d'une reconnaissance de la culture d'origine, mais le patient doit pouvoir parler à sa guise la langue maternelle ou le français – l'implicite du dispositif étant de passer de l'une à l'autre, tout comme le patient migrant est lui-même en situation de passage. En second lieu, il est nécessaire pour accéder aux représentations culturelles de prendre appui sur les étiologies traditionnelles, de les énoncer afin que le patient élabore au fur et à mesure le sens de ce qui lui arrive. Plus globalement, le dispositif favorise l'émergence d'une multiplicité d'étiologies sur lesquelles le patient peut associer librement et construire un récit en empruntant aux diverses parcelles de sens circulant dans l'espace de la séance. Et celle-ci se terminera par une prescription formulée par le thérapeute principal, dont la logique repose là encore sur la création de liens entre les multiples représentations évoquées. Signalons enfin que la forme du dispositif, outre son adaptation à chaque situation, peut aussi évoluer dans le cours même de la prise en charge, voire se pluraliser de manière à offrir aux patients (parents et enfants) une multiplicité d'espaces de travail : groupe élargi, groupe restreint, entretiens individuels...

On voit bien à quel point ce dispositif est orienté par la création de ponts, de passerelles entre les mondes ; et comment son mode de fonctionnement est pensé comme isomorphe à la

1. *Ibid.*, p. 165. Nous soulignons.

situation de passage caractéristique du contexte de la migration. Cette consultation est certes très proche en apparence de celle de Nathan, mais elle ne semble pas miser sur la seule réparation d'une clôture mais bien davantage sur la capacité à fonctionner selon plusieurs logiques sans en exclure aucune – le statut accordé à la langue étant assez paradigmatique. Il se déduirait alors de ces deux dispositifs un rapport sensiblement différent à la culture : avec Nathan, le patient est en quelque sorte définitivement rapatrié à l'origine tandis qu'avec Moro, il est invité à toujours y repasser pour mieux s'inscrire dans l'accueil. De même, l'effet thérapeutique de la prescription finale concernera moins un effet de sens conforme à l'origine que la liaison entre elles de représentations tout aussi multiples qu'hétérogènes. Bref, la prescription du multiple est thérapeutique :

« Les travaux actuels en ethnopsychanalyse montrent la bonne adaptation de cette technique à la clinique des migrants : elle obtient des résultats thérapeutiques profonds et durables. L'existence d'un dispositif thérapeutique complexe qui s'adapte à chaque situation, le décentrage culturel [...] et l'utilisation de l'outil complémentarisme conduit à une multiplicité des hypothèses étiologiques, ce qui est *sans doute* un facteur efficient de ce dispositif¹. »

[4.4.3] Les limites du champ

Si comme l'indique la citation précédente, le cadre proposé par l'ethnopsychanalyse se révèle tout à fait pertinent pour la prise en charge des patients migrants, l'auteur ne manque pas de circonscrire également les limites de ce dispositif intégrant en son fondement la dimension (trans)culturelle – limites qui, en retour, laissent entrevoir la persistance d'une étroite solidarité entre cette nouvelle ethnopsychiatrie et son modèle :

« [...] l'ethnopsychanalyse connaît des limites : générales, celles de toute psychothérapie ; et spécifiques : non-préparation du patient et de sa famille à l'élaboration de l'altérité culturelle qui est déniée ou refoulée, patients en rupture avec leur groupe d'appartenance ou encore, nécessité d'une élaboration strictement individuelle de la souffrance psychique. Dans ce cas, nous proposons plutôt des thérapies individuelles classiques sachant que le maniement du matériel culturel ne peut pas être fait en individuel, il peut simplement être raconté ou éclairer le récit². »

Ce qui retiendra ici notre attention a trait à la limitation imposée par ces diverses configurations qui excèderaient *a priori* la pleine conformité à une logique culturelle. En d'autres termes, cette nouvelle version de l'ethnopsychiatrie ne pourrait peut-être se déployer

1. Moro M.R., Baubet T., « Un lieu métissé et cosmopolite d'accueil et de soins des migrants : le dispositif de la psychiatrie transculturelle à l'hôpital Avicenne (Bobigny) », 2003, *op. cit.*, p. 189. Nous soulignons.

2. *Ibid.*, pp. 190-191.

qu'à la condition d'une indispensable adéquation, d'un plein assentiment de l'individu à sa culture – quand bien même le dispositif ne viserait pas à l'y maintenir – tout comme l'ethnopsychiatrie version Nathan reposait sur le recollement des deux registres. L'un ne cesse de re-doubler l'autre et lorsque ce lien se rompt, lorsque les correspondances ne peuvent s'établir, l'ethnopsychanalyse rencontre *ipso facto* son point de butée ; et l'on notera ici la prudence relative d'une position clinique qui n'oublie pas de borner son exercice là où une autre, manifestement, ne s'en soucie guère.

Mais que l'on ne se méprenne pas : il ne s'agit pas pour nous de célébrer l'individu *contre* la culture, mais bien plus formellement de cerner la manière avec laquelle cette ethnopsychiatrie se donne les moyens de penser un point d'irréductibilité au registre de détermination culturel. Or ici, que ce registre soit posé comme un ou multiple, identique à lui-même ou tramé d'altérité, il restera le lieu d'où l'individu advient en toute transparence. Et si ce dernier n'est certes plus réduit à une culture à jamais close sur elle-même, il ne saurait toutefois être pensé en dehors d'une fidélité à son (ses) appartenance(s)... Nul écart et nulle opacité, sauf à toujours les indexer hors-champ car l'ethnopsychanalyse, au nom d'une authentique reconnaissance de l'altérité, ne cesse d'en appeler à la plénitude du sens culturel – fut-il diffracté en une myriade de représentations hétérogènes.

Ainsi, ces ultimes développements ethnopsychiatriques, version Nathan et version Moro, procèdent d'une singulière torsion du projet initial d'un Devereux en ce qu'ils s'autorisent à penser une interaction psychisme/culture là où bien plus modestement, le Maître n'aura fait que distinguer des modalités de construction du savoir. Car chez ce dernier, psychisme et culture, ou encore idiosyncrasique et ethnique, ne désignent pas deux entités ou deux niveaux de l'être qu'il s'agirait de coordonner, mais plutôt deux logiques épistémiques s'excluant mutuellement et nécessairement. Et cette œuvre, même lorsqu'elle lutte contre elle-même, ne cesse de militer pour une rencontre impossible et c'est sans doute à ce prix – finalement bien paradoxal – qu'elle peut préserver le psychisme d'une réduction définitive au seul registre de la culture, préserver l'un d'une collusion immédiate avec le *n'importe quel*.

On peut alors mieux comprendre pourquoi Devereux n'a jamais élevé le complémentarisme au rang de méthodologie clinique car dans sa perspective, prendre position de clinicien implique de fait l'exclusion du cadre de référence complémentaire. N'en déplaise à ses disciples, mais si l'on suit pas à pas la lettre de la méthode, le maniement clinique du complémentarisme est une impasse logique puisqu'il ne saurait y avoir de passerelle entre les registres, sauf à s'aventurer dans un espace d'indétermination tissé de contradictions. En cela, Ifrah est peut-être l'élève le plus fidèle puisqu'il s'évertue à nettement distinguer les deux points de vue puis à les conjoindre sans jamais y parvenir : le discours sociologique-acculturatif ne doit pas être confondu avec le discours psychologique-idiosyncrasique, mais il

reste toutefois nécessaire de déterminer leur rapport... malgré tout impossible. Et voilà le migrant constamment écartelé entre une condition d'acculturé et une position subjective, entre soumission et irréductibilité au registre de la culture. Nathan et Moro font au contraire le pari d'une clinique complémentariste explorant les aléas des interactions entre deux entités tenues pour positives et consistantes. Ceci aboutit certes à un cadre foncièrement original mais fondé sur une correspondance univoque entre psychisme et culture, sans écart possible. Bref, rapporté à une clinique à l'épreuve de la migration, ce geste fixe définitivement le migrant à une stricte détermination d'appartenance (une ou multiple) redoublant sans faille un fonctionnement psychique. Et si le décentrage peut certes offrir une multiplicité de points de vue respectant *a priori* la complexité des phénomènes, il ne sera manifestement d'aucun secours lorsqu'il s'agira d'être à l'écoute de ce qui ne peut se transcrire dans un texte (trans)culturel. Dès lors, ces ethnopsychiatries ne seraient finalement pas mieux armées que les psychopathologues de la migration pour saisir un point de dis/jonction de l'« individu » à une condition de migrant tour à tour acculturé, déculturé et disqualifié.

L'ethnopsy post-Devereux, en ces quelques perturbations ici illustrées, a bel et bien ouvert une nouvelle voie dans les rapports de la psychopathologie à la migration en déplaçant la problématique dans les coordonnées du complémentarisme. Ce dernier est effectivement apparu comme un instrument privilégié pour poser d'une autre manière l'épineuse articulation entre les dimensions psychologique et culturelle (le sociologique, l'économique et le politique étant volontairement mis de côté), de même qu'il a produit un bouleversement conséquent des modes de prises en charge des patients migrants. Mais ce courant de pensée, qui en s'attachant à déplacer les problèmes n'a pas oublié d'en créer de nouveaux, va se trouver vivement contesté par un autre, différemment orienté par la psychanalyse : les *cliniques de l'exil*. Si celles-ci partagent avec l'ethnopsy une volonté de rupture d'avec la psychopathologie de la migration, ce sera selon une ligne de conduite bien différente car il s'agit, dans le même mouvement, de rompre avec l'ethnopsychiatrie elle-même.

CLINIQUES DE L'EXIL

.

En mai 1991 est organisé à la Salpêtrière un premier colloque intitulé *Incidences cliniques de l'exil*, considéré *a posteriori* comme l'acte de naissance du courant. Le texte de présentation de cette manifestation indique d'emblée la ligne de rupture tracée par les cliniques de l'exil vis-à-vis de la psychopathologie de la migration et de l'ethnopsychiatrie ; ce dont témoigne sans ambiguïté l'extrait suivant :

« La notion socio-économique de migration a eu tendance à recouvrir le fait du déplacement et ses effets, au détriment d'une intelligibilité clinique reléguée derrière des explications culturalistes prétendant fournir une compréhension systématisée de « la maladie » du « migrant » et de ses enfants. Une modélisation superficiellement normative, selon l'ethnie d'origine et l'exigence adaptative au pays d'accueil, exerce une emprise qui impose le silence sur l'exil dans le temps de l'expérience propre. [...]. La visée de cette rencontre était de restaurer l'intelligibilité clinique en retrouvant le chemin d'une assertion et d'un discernement différentiel sensibles aux détails, aux éléments de l'histoire interne d'une vie ; afin de cerner la place de l'exil dans la temporalité de cette histoire et la valeur d'événement psychique critique qu'il prend dans la parole même du patient¹. »

Si les nombreux points de discordance opposant ces paradigmes n'apparaîtront qu'au fur et à mesure du présent exposé, il importe dès à présent de relever que l'exil vient désormais à la place de la notion de migration, de telle manière qu'une expérience subjective se substitue au phénomène socio-économique. L'attention portée aux incidences subjectives de l'exil invite alors à rompre avec le modèle des troubles de l'adaptation de même qu'avec celui culturaliste cher à l'ethnopsy post-Devereux : la problématique devient celle d'un conflit ex-sistential qui va bien au-delà du seul conflit avec le milieu et l'ambiance. Les cliniques de l'exil entendent ainsi ramener sur le devant de la scène la délicate question de ce qui fait événement pour un sujet ; et ce à l'encontre des paradigmes précédents qui n'ont eu de cesse de réaliser l'effacement progressif de la subjectivité au profit d'une objectivation passionnée des conditions culturelles et/ou socio-économiques de la migration. Ce souci de redonner au sujet une authentique consistance empruntera alors au regard phénoménologique le projet d'une fine compréhension de l'*expérience* d'exil, à partir de laquelle s'autonomiserait un tableau clinique singulièrement distinct des diverses nosographies (ethno)psychiatriques rencontrées jusqu'ici. Mais si la phénoménologie permet dès lors de tracer les coordonnées d'un éprouvé, c'est en direction de la psychanalyse qu'il faudra ensuite se tourner afin d'en déplier une lecture psychodynamique. Plus précisément, celle-ci se situera en un point de convergence du savoir freudien et d'une anthropologie du contemporain afin de constituer les cliniques de l'exil en tant que cliniques d'un sujet nécessairement pris dans le lien social et, surtout, dans l'actualité de ses bouleversements.

1. Benslama F., « Incidences cliniques de l'exil », *Cahiers Intersignes*, 1991, 3 : 45-46 ; pp. 45-46.

[5.1] Phénoménologie

[5.1.1] Un texte précurseur

Au titre de préalable à la reconstitution d'une phénoménologie de l'exil, nous donnerons tout d'abord la parole à un auteur qui, s'il ne figure pas dans la généalogie que ce courant s'est construite, nous semble néanmoins, *a posteriori*, au plus près de son enjeu inaugural : penser le déplacement comme expérience et événement critique dans l'histoire d'un sujet. Élève de Minkowski – auquel est d'ailleurs dédié le texte – José Solanes entreprend, dès 1948, une minutieuse étude phénoménologique de l'exil tout au long d'un article intitulé *Exil et troubles du temps-vécu*¹. Le point remarquable ne tient pas au seul usage d'un même vocable mais également, et surtout, au souci partagé de restituer quelques-unes des coordonnées de l'être au monde de celui qui se vit et se dit exilé. Car les actuelles cliniques de l'exil renouent effectivement, pour une part, avec une tradition phénoménologique ici figurée, outre Minkowski, par Binswanger, Heidegger et Maldiney ; tradition à partir de laquelle il serait possible de saisir les effets de l'expérience du déplacement, bien plus que de la seule migration, dans le cours d'une existence. Mais n'anticipons pas davantage sur cette actualité et détournons un instant le regard vers le texte en question, précurseur à plus d'un titre. Quoique nous lui accordions volontiers une certaine importance, il faut toutefois souligner sa portée peut-être limitée au regard d'une histoire des idées. À notre connaissance en effet, comme nous venons de le signaler, les acteurs des cliniques de l'exil ne le mentionnent pas et il en est de même des diverses variations ethnopsychiatriques. On trouvera en revanche parmi les psychopathologues de la migration, *au moins* deux auteurs s'y référant. Pélicier, d'abord, y reconnaîtra une analyse magistrale du temps dans le vécu de l'exil, quoique seule la psychosociologie puisse vraiment éclairer la dynamique des syndromes morbides liés à la transplantation². Daumézon, ensuite, l'évoquera au titre de précieux apport à la compréhension de la disparition, propre aux transplantés, des éléments constitutifs des structures spatiales et temporelles³.

Détachées de la recherche d'une étiologie des troubles de l'exil, les analyses de Solanes se déploient par ailleurs en dehors de toute référence à une quelconque « race » ou « ethnie », et il ne semble pas toujours nécessaire d'être immigrant pour vivre une telle expérience car nombre d'aliénés peuplant les asiles témoignent parfois, eux aussi, d'un sentiment d'exil et de proscription indépendant de leurs conditions d'internement.

1. Solanes J., « Exil et troubles du temps-vécu », *L'Hygiène Mentale*, 1948, XXXVII, 5 : 62-78.

2. Pélicier Y., « Aperçus généraux sur la psychologie des transplantés », 1964, *op. cit.*, p. 2723.

3. Daumézon G., « Transplantation et maladie mentale », 1965, *op. cit.*, pp. 136-137.

Terme juridique, *exil* désigne à la fois une peine et l'état affectif de celui qui l'encourt. Négatif du *réfugié*, l'*exilé* est l'homme considéré sous l'angle du pays quitté tandis que le premier est vu sous l'angle du pays où il échoue. Aux yeux du pays d'accueil, le réfugié est une variété de l'immigrant, de celui qui devient rapidement encombrant s'il est porteur de tare, si l'on ne sait quel travail il pourra fournir ou s'il n'est pas apte à l'assimilation. Mais le problème de l'exil ne saurait être que sociologique, ne saurait concerner que l'immigration : il importe avant tout de clarifier sa signification psychologique. Et pour ce faire, outre ses observations d'aliénés, Solanes va puiser allègrement dans un matériel littéraire et poétique (Hugo, Ovide, Saint-John Perse, Serrano-Plaja, Supervielle...) :

« Nous refusant de voir dans l'exil seulement une notion juridique et une réalité sociale, nous tâcherons de délimiter, par la considération de documents ayant trait à l'homme exilé, une expérience de l'exil qui, peut-on espérer, viendrait, si elle était justement formulée, éclairer d'un nouveau jour et cette notion juridique et cette réalité sociale. Et qui éclairerait aussi une certaine réalité psychiatrique. Une expérience de l'exil semble exister, placée au carrefour de l'individuel et du social, du normal et du pathologique dont il est étonnant qu'elle n'ait intéressé davantage les psychopathologues¹. »

Solanes corrige toutefois cette dernière assertion en évoquant quelques études, marquées par la psychanalyse, ayant cherché à éclairer les motifs de l'exil : fuite devant le père, désir de punition, symbolique de la mort... Malheureusement, ces diverses tentatives ne sont pas parvenues à une véritable compréhension du phénomène lui-même, du vécu de l'exil. D'où l'importance de saisir avant tout les sentiments exprimés par l'exilé pour entrevoir le monde dans lequel il se meut :

« Il nous intéressera de chercher la manière où sont vécus le temps et l'espace quand on se sent rejeté hors du groupe social à travers lequel l'un et l'autre étaient jusqu'alors éprouvés. Qu'est-ce, par exemple, que l'*éloignement*, pour le proscrit ? Et le *voisinage* ? Le monde où vit le non exilé, aussi étriqué et fermé soit-il, n'a pas de barrières topographiques. Or l'exil, comme la captivité, mais d'une manière différente, est fondé sur la distinction radicale entre ce qui est *au-delà* et ce qui est de *ce côté-ci* [...]². »

Or bien souvent, l'espace dans lequel erre l'exilé ne compte pas et les objets qui le peuplent restent indifférents et nuls, quoique toujours adhésifs et encombrants. Mais la dimension sur laquelle Solanes va le plus s'attarder est celle du temps de l'exil – un temps suspendu, disjoignant deux périodes de la vie, le passé et l'avenir. Zone intermédiaire, le temps de l'exil est un temps faux, un seul et unique présent d'une effroyable compacité où les jours se succèdent toujours identiques à eux-mêmes,

1. Solanes J., « Exil et troubles du temps-vécu », 1948, *op. cit.*, p. 64.

2. *Ibid.*, pp. 65-66.

« un aujourd'hui monstrueux où le soleil peut se lever et se coucher un nombre interminable de fois¹. »

Ajournée, l'existence ne pourrait de nouveau advenir qu'au retour au pays perdu, comme si le voyage n'était finalement qu'un départ pour le retour ; comme si l'*en-avant* et l'*en-arrière*, l'espoir et la nostalgie, ne pouvaient être clairement distingués. Mais s'il s'agit *a priori* d'un retour au passé, la situation propre à l'exilé est de faire du retour la frontière de l'avenir, et la condition même de la mort. Car celle-ci ne saurait avoir lieu en exil : il faut pour cela revenir, se libérer de la peine pour enfin mourir. Et le caractère tout aussi nécessaire qu'imprévisible de la mort explique peut-être pourquoi tant d'exilés demeurent dans la conviction d'un départ – pour un retour – imminent, qui rend caduque le moindre projet impliquant l'engagement *de ce côté-ci*. C'est ainsi que l'exilé vit dans l'espoir du retour bien plus que dans l'attente car, conformément aux thèses de Minkowski, seul le premier permet de s'affranchir de la pesanteur du monde et de ses objets :

« L'activité de l'exilé ne mord pas sur le réel, elle ne fait pas avancer dans la vie, elle est un ensemble presque gratuit d'exercices auxquels on se livre sans passion. Isolé dans un monde qu'il veut ignorer, l'exilé contemple la vie couler autour de lui et tout renouveler sauf sa personne, aussi il peut ne pas regarder ce qu'un tel écoulement incontenable a d'effrayant avec l'attente angoissée du naufragé qui voit monter les flots, mais plutôt avec l'indifférence des îles. C'est pour cela, parce qu'il ne vit pas l'activité, qu'il ne se sent pas dégradé par les travaux humiliants qu'il lui faut assumer ; et c'est parce qu'il ne vit pas l'attente qu'il sait faire preuve d'endurance devant les difficultés qu'il lui faut affronter². »

Qu'en est-il maintenant du rapport entretenu par l'exilé au passé ? La réponse à cette question passe par le recours à une notion savante née en 1688 et quasiment disparue depuis la fin du XIX^e siècle, la *nostalgie*, et nous nous autoriserons ici un détour supplémentaire afin de situer fort brièvement la référence³.

Néologisme créé par le jeune médecin suisse J. Hofer, la douleur (*algos*) du retour (*nostos*), le *mal-du-pays*, l'*Heimweh*, fut d'abord observée chez de jeunes sujets dépérissant loin de leur terre natale, en proie à une tristesse infinie et obsédés par une seule idée : le retour au pays perdu. Faisant ainsi son entrée officielle dans la nosologie médicale, la nostalgie va ensuite focaliser l'attention de nombreux médecins ou hommes de lettres (tels Rousseau et Kant), à la fois fascinés par les manifestations d'un mal que l'on juge mortel et soucieux d'en éclairer les motifs et les traitements. Parmi les causes supposées et ardemment débattues au

1. *Ibid.*, p. 68.

2. *Ibid.*, p. 71.

3. Pour une histoire de la nostalgie, voir : Bolzinger A., « Jalons pour une histoire de la nostalgie », *Bulletin de psychologie*, 1989, 389 : 310-321 ; et Starobinski J., « Le concept de nostalgie », *Diogène*, 1966, 54 : 92-115.

cours de son histoire, citons pêle-mêle : les variations de pression atmosphérique, les changements d'habitude alimentaire, la confrontation à une nouvelle ambiance, les caractéristiques d'un caractère régional, la réminiscence fortuite du pays natal, le désir d'un retour à l'enfance perdue, la persistance d'excitations encéphaliques, les germes infectieux... Maladie suisse au départ, puis frappant tous ceux ayant quitté leur pays, la nostalgie devient au XIX^e siècle la maladie du conscrit et le fléau des armées en campagne – sommant les médecins militaires de distinguer les malades authentiques des simulateurs puis de mettre au point des remèdes moins contre-productifs que le rapatriement. Place alors à la dissuasion par les menaces de punition, à l'interdiction des séjours de convalescence, et aux distractions de l'esprit pour détourner les pensées trop obsédantes. Mais à la fin du siècle, à mesure que progressent simultanément la méthode anatomo-clinique et les conditions de la vie militaire, la nostalgie perd son importance et son statut de maladie pour devenir le nom d'un sentiment et d'un état d'âme. Et il revient à K. Jaspers d'avoir posé en 1909 le dernier jalon de cette histoire, dans une thèse de médecine intitulée *Heimweh und Verbrechen (Nostalgie et Criminalité)*. Par la suite,

« le mot nostalgie reparaitra encore, sporadiquement, dans la littérature psychiatrique consacrée, après 1945, aux troubles psychiques suscités par la vie dans les camps de prisonniers ou de réfugiés. Devenu aujourd'hui infiniment plus rare, l'usage spécialisé du mot nostalgie clignote et vacille : soyons-en sûrs, demain il sera éteint¹. »

Soulignons à ce titre qu'un tel constat, établi en 1966, se révèle pour le moins heuristique au regard de nos propres recherches sur l'émergence d'une psychopathologie de la migration puisque la référence à la nostalgie, à son histoire et son statut médical, y est bien radicalement absente. Tout au plus surgit-elle en tant que sentiment ou affect, signe au sein d'un tableau clinique qui l'englobe mais ne s'y fonde pas.

Revenons-en maintenant aux analyses de Solanes et la manière avec laquelle sa référence à la nostalgie, prise comme sentiment, va lui permettre de caractériser le rapport de l'exilé au passé. Dans la droite ligne de Kant (et quoiqu'il ne soit pas mentionné) Solanes estime que si la nostalgie évoque volontiers le pays perdu, elle n'entretient pas seulement un rapport à l'espace et au déplacement physique. Elle a aussi, et surtout, rapport au temps : l'exilé n'espère pas seulement retrouver un pays mais aussi son passé et sa jeunesse. L'homme qui se tient dans le présent de l'exil reste étranger à lui-même : il n'est plus celui qu'il a été et qu'il espère un jour re-devenir. Dès lors, la nostalgie n'est pas un simple conflit avec l'ambiance mais un conflit existentiel et l'angoisse naît de la confrontation à cet intrus, à cet homme nouveau se dressant face à l'exilé. Ainsi, la nostalgie est à la fois une reconnaissance et une résistance à cet étranger que l'exil contraint à incarner. Car ici, il n'y a pas d'oubli possible :

1. Starobinski J., « Le concept de nostalgie », 1966, *op. cit.*, pp. 112-113.

« On ne pourra laisser dissoudre celles-ci [les œuvres autrefois accomplies] dans le néant de l'oubli ou se conserver dans la glace du souvenir banal, que le jour où on les aura reprises et réellement dépassées en leur donnant continuation vraie¹. »

Entre un avenir suspendu à l'espoir et un passé qui n'a pas droit à l'oubli, le temps de l'exil se comporte à l'image d'un *milieu qui réfracte*, imprimant sur la durée d'incessants changements de direction ;

« Milieu qui réfracte, le temps, mais aussi qu'un rien trouble et rend nuageux sans qu'il y ait alors ni près ni loin, mais indétermination qui suggère aussi bien l'un que l'autre et où tous les sens se confondent². »

Subsiste alors pour Solanes, outre l'insatisfaction de ne pas être parvenu à saisir pleinement son objet, deux séries de questions par lesquelles se clôt l'étude. Tout d'abord, l'auteur interroge brièvement le possible lien entre le temps-vécu de l'exil et l'incapacité à s'assimiler de même qu'à *syntoniser* avec les compatriotes. Puis surtout, cette ultime question :

« l'expérience d'arrêt ou plutôt de faillite du temps, telle que nous l'avons signalée, est-elle exclusivement liée à l'exil ? Y aurait-il, s'étayant sur elle et sur une expérience également anormale de l'espace, un *syndrome de l'exil* à délimiter en clinique psychiatrique³ ? »

Au terme de cette brève présentation, il nous faut insister une fois de plus sur le ton résolument actuel du propos car ces descriptions cliniques, dont on pressent déjà l'écart d'avec une future psychopathologie de la migration, résonne magistralement avec certaines formulations propres aux cliniques de l'exil. Mais au-delà des notations cliniques elles-mêmes, c'est également l'étrange solidarité de leurs projets respectifs qui frappe le lecteur : envisager l'exil non plus seulement comme conflit avec le milieu mais conflit existentiel, dont il n'est d'ailleurs plus certain que l'on puisse le réduire au seul déplacement géographique s'il est d'abord et avant tout une *expérience* vécue dans une histoire. Et plutôt que de dresser une hypothétique liste de points communs entre ce texte et ceux à venir, invitons à se tourner vers une clinique plus contemporaine, en gardant à l'esprit quelque trace de ces développements.

1. Solanes J., « Exil et troubles du temps-vécu », 1948, *op. cit.*, p. 74.

2. *Ibid.*, p. 75.

3. *Ibid.*, p. 76.

[5.1.2] In/actualité de l'exil

À quelle expérience phénoménale renvoie ce vocable « exil », qu'un paradigme contemporain a décidé de hisser au rang d'objet critique ? Le terme indique dans la langue courante l'expulsion hors de sa patrie, la condamnation à vivre éloigné d'un lieu, une mise au ban. Malgré tout, dans son acception clinique, il ne désigne pas seulement les migrations dites « forcées » ou la situation de « réfugié » car loin de correspondre à un statut ou une condition socio-politique, l'exil est d'abord une expérience qui comme telle, concerne les effets d'un déplacement ; que ce dernier soit ou non pris dans une contrainte externe.

De manière plus fondamentale, *ex-il* renvoie littéralement à la dimension d'un *hors-lieu*, d'une extériorité radicale presque synonyme d'existence en tant qu'ex-sistence, tenue hors de... ; place excentrique où Lacan, dès les années 50, entendait d'ailleurs situer la fonction de sujet en tant que sujet de l'inconscient, trouvant sa détermination au sein d'un ordre et d'une combinatoire signifiante d'où il demeure ex-centré¹. L'exil désignerait ainsi une condition générale de l'existence, une condition ontologique que la philosophie heideggerienne a pour sa part caractérisé comme un ne-pas-être-chez-soi². Dès lors, nulle intériorité et nulle identité de soi à soi si ce vide ontologique et originel est la condition même d'émergence du sujet : toujours-déjà livré au dehors, toujours-déjà projeté vers le monde. Bref cet exil *inactuel*, puisqu'il a toujours-déjà eu lieu, ne serait finalement rien d'autre que la situation de tout être humain en tant qu'existant. Néanmoins,

« [...] c'est cette phénoménalité originelle de l'exil qui semble autoriser certains cliniciens à le nier, et à prétendre que puisque « nous sommes tous des exilés », il n'y a pas matière à prendre en compte l'actualité de l'exil pour certains sujets. Or le choix de cette notion pour nous trouve sa raison dans nos rencontres cliniques avec ces femmes et ces hommes venus d'ailleurs, ainsi que leurs enfants déplacés ou natifs du pays hôte³. »

Les cliniques de l'exil n'auraient donc pas pour ambition première de broder de nouvelles variations sur le thème de l'exil inactuel, mais davantage de se mettre à l'écoute des résonances subjectives de l'expérience d'exil dans son actualité. Plus précisément, penser les incidences cliniques de l'exil exigerait une mise en tension de l'actuel du déplacement avec l'inactuel d'une condition car, comme l'énonce Olivier Douville,

1. Lacan J., « Le séminaire sur « La Lettre volée » (1956), in Lacan J., *Écrits*, Paris, Seuil, coll. Champ Freudien, 1966 : 11-61 ; p. 11.

2. Cité par Benslama F., « Épreuves de l'étranger », 1999, *op. cit.*, p. 59.

3. *Idem*.

« l'exil actualise un inactuel, c'est-à-dire un point structural de l'exil essentiel du sujet parlant, soit sa sujétion à l'Autre du langage, sujétion dont témoignent les aventures singulières de la parole¹. »

Ceci posé, nous laisserons pour l'instant de côté cette exigence de pensée pour mieux saisir la phénoménologie de l'expérience subjective dans sa pleine, et parfois douloureuse, actualité. Comme l'indique déjà son étymologie, l'exil a partie liée avec la question du *lieu* dans son rapport à l'existence. En d'autres termes, les maladies de l'exil portent en elles l'urgence de la question du sujet dans son rapport au lieu non pas comme espace ou étendue, mais comme place logique d'où le sujet puisse être situé – lieu psychique de dis/jonction de l'existence et de la demeure. Il revient à Fethi Benslama d'avoir posé cet axe de travail majeur dès 1991 dans un article princeps intitulé *L'enfant et le lieu*, dont les thèses seront ensuite approfondies par leur auteur, mais également reprises par d'autres. Il s'agit par-là de penser l'expérience d'exil comme *obsession du lieu* et c'est tout d'abord un détour par le *Timée* de Platon, et sa lecture par P. Fédida, qui va permettre d'appréhender cette question². Dans le *Timée*, le lieu apparaît lorsque Platon se voit contraint d'introduire dans son explication de l'univers, outre l'intelligible et le sensible, le modèle immuable et sa copie visible en devenir, un troisième genre, une troisième espèce *difficile et obscure*. Il lui faut en effet imaginer une espèce qui soit le réceptacle de toutes les formes ; non pas au sens d'un espace les accueillant mais plutôt d'une matrice recevant toutes choses et leur donnant forme, sans toutefois jamais être semblable à ce qui entre en elle. Mais une telle espèce demeure si embarrassante pour l'exercice de la raison que

« si nous disons que c'est une espèce invisible et sans forme qui reçoit tout et qui participe de l'intelligible d'une manière fort obscure et très difficile à comprendre, nous ne mentirons pas³. »

Cette troisième espèce, *Chôra*, est précisément celle du lieu,

« qui n'admet pas de destruction et qui fournit une place à tous les objets qui naissent. Elle n'est elle-même perceptible que par un raisonnement bâtard où n'entre pas la sensation ; c'est à peine si l'on peut y croire. Nous l'entrevoyons comme dans un songe, en nous disant qu'il faut nécessairement que tout ce qui est soit quelque part dans un lieu

1. Douville O., « Anthropologie du contemporain et clinique du sujet », 2004, *op. cit.*, p. 36.

2. Platon, *Timée*, in *Sophiste, Politique, Philèbe, Timée, Critias*, traduits par E. Chambry, Paris, Garnier Flammarion, 1969 : 399-469. Fédida P., *Le site de l'étranger. La situation psychanalytique*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. Psychopathologie, 1995 ; en particulier le chapitre « Théorie des lieux. Nouvelles contributions » (pp. 267-298), reprenant les articles du même nom publiés en 1989 dans *Psychanalyse à l'université*.

3. *Timée*, 51 a-51 b.

déterminé, occupe une certaine place, et que ce qui n'est ni sur la terre ni en quelque lieu sous le ciel n'est rien¹. »

Le lieu serait ainsi l'étrange espèce qui reçoit toutes les choses sans en conserver aucune, donnant forme quoiqu'en dehors de toutes les formes. Le lieu n'a dès lors rien en propre, si ce n'est de donner lieu. Et il n'est même pas nommable puisque l'acte de nomination donnera une propriété à ce qui justement, n'en a pas. Bref l'identité du lieu – ou l'identité de site, pour reprendre une expression de Fédida – est un leurre, de même que

« penser le lieu est d'une très grande difficulté puisque consiste à renoncer à *nommer* cela qui, par nature, *devient*, c'est-à-dire change et prend ainsi d'autres aspects. La pensée du lieu devrait effectuer une sorte d'opération tout à fait étrange où la place de l'objet serait « conservée » dans sa localité sensible propre, sans que l'objet, pour autant, disparaisse². »

La référence à la théorie platonicienne, si elliptique puisse-t-elle paraître, indique très précisément que la question du lieu telle qu'elle insiste dans l'exil va bien au-delà du seul passage d'un endroit à un autre, et qu'il ne s'agit pas d'une simple exigence d'adaptation au changement de milieu ou d'ambiance. Il y va bien plus radicalement de la dimension de l'être, de ce qui lui donne lieu et de la perte de cette capacité à avoir lieu, c'est-à-dire de la perte du lieu d'où exister. Et pour illustrer cette proposition, Benslama convoque plusieurs configurations, issues de rencontres cliniques auprès de mères migrantes, de *l'enfant* et du *lieu* en tant que le premier (l'enfant réel, certes, mais aussi une figure de l'infantile) peut violemment entrer en conflit avec le second. Sept figures permettent alors de faire surgir le lieu comme question inaugurale et lancinante – figures dépliées

« en occultant délibérément les structures psychiques dans lesquelles elles s'inscrivent, afin de laisser se déployer la logique trans-structurelle de la question du lieu. Les figures ne doivent pas être saisies isolément, mais dans un rapport d'interaction réciproque, hors toute référence ethnique, et hors la psychopathologie de l'immigration³. »

Nous nous permettrons ici d'évoquer rapidement chacune de ces figures, dans la mesure où leur répartition esquisse l'unité d'un tableau de l'exil ordonné autour du même point de dis/jonction entre l'existence et la demeure. Première d'entre elles, celle d'un *lieu qui ne fait pas monde* repéré d'abord chez des femmes vivant une première grossesse en terre étrangère, pays qui à leurs yeux ne saurait s'offrir comme lieu pour l'enfant à naître. Le risque pour

1. *Timée*, 52 a-52 b.

2. Fédida P., *Le site de l'étranger. La situation psychanalytique*, 1995, *op. cit.*, p. 281.

3. Benslama F., « L'enfant et le lieu », 1991, *op. cit.*, p. 53.

l'enfant serait celui d'être rejeté hors-lieu car l'ici n'est pas le lieu d'une mise au monde mais d'une violente expulsion – sentiment allié à une

« perte de la capacité d'« oublier » certaines douleurs existentielles qui redeviennent puissamment lancinantes. Comme si des événements de l'existence ne parvenaient pas à entrer dans le devenir, à recevoir leur signification d'avènement¹. »

L'enfant sacrifié au lieu sera quant à elle cette figure d'un enfant abandonné au lieu, sacrifié à un *ici* dès lors accusé de la perte et de la dette. Mais il peut aussi s'agir du sacrifice de la mère comme l'enfant de là-bas, pour celui né ici. Bref dans cette configuration, la légitimité de vivre ou pas dans le lieu sera suspendue à la question de l'enfant comme objet sacrificiel. *Une mère à la recherche du lieu* est une troisième figure qui trouve consistance chez ces jeunes femmes abandonnées par leurs familles et le père de l'enfant, errant sans fin à la recherche d'un lieu où s'arrêter ; l'enjeu étant à la fois de trouver un lieu et de reconstituer une mémoire. L'enfant sera alors celui à qui la mère parle de son trajet quoiqu'il ne puisse entendre, car la question lancinante est justement celle d'un *Qui peut entendre ?* – l'errance, c'est-à-dire l'exil n'ouvrant sur rien d'autre qu'un pur hors-lieu, se tramant dans la suspension d'une adresse de la parole et de la reconnaissance de l'Autre. La quatrième figure sera celle de l'*enfant-lieu*, de l'enfant devenant le lieu même de la mère, refuge et point de rencontre de la mère avec l'ici de l'exil, impérieuse condition d'une présence à soi et au lieu. Le *lieu entre parenthèses* désigne quant à lui ces familles où les parents n'entretiennent à l'ici qu'un rapport de passage momentané car depuis toujours, ils sont sur le point de retourner là-bas. Partant,

« l'ici n'a de valeur pour eux que comme laps de temps « entre départ et retour » ; ils habitent un entre-deux dans lequel ils subsistent, mais n'existent pas, car l'existence, la vraie vie, ne commencerait vraiment qu'au retour, là-bas². »

Cette figure n'est d'ailleurs pas sans évoquer à l'auteur le thème mythologique de la chute du Paradis, l'exil étant vécu comme châtiment d'une faute dont le sujet n'a pas conscience et ne veut rien savoir. L'ici n'est qu'une parenthèse, temps suspendu où l'existence s'ajourne dans l'attente d'une retrouvaille avec la pureté d'une origine tenue pour le lieu ultime et sans faille. Les enfants peuvent dès lors se voir imposer ce lieu entre parenthèses, contraints d'acquérir compétences et savoirs-faire ici pour mieux préparer la vraie vie là-bas, comme si le déplacement n'avait jamais eu lieu. Sous-tendue par la théologie monothéiste de l'exil, cette figure pose le départ comme déchéance, exil catastrophique de l'Un et

« ce n'est pas sans raison que l'on colle à cette théologie : on préfère croire avoir été puni en étant en exil, enfermé dans un dehors qui serait la projection d'une faute, plutôt que

1. *Ibid.*, p. 54.

2. *Ibid.*, p. 60.

d'accepter que les forces exilantes soient l'énergie d'un sujet attiré par le dehors. L'enjeu en est le sens, et le sens de l'exil¹. »

Mais il ne suffit pas de réaliser l'ultime retour en tant que retour à l'Unique et à sa plénitude fantasmée, ni même de rompre définitivement avec l'idée du retour. Être véritablement sans retour engagerait davantage à appréhender ce dernier sous l'angle de la multiplicité,

« de telle façon que cesse la tragédie de l'exil comme perte fautive/innocente du lieu, pour céder la place à la seule tragédie de *la répétition du va et vient incessant*. Le lieu n'est plus un « *ici* » empirique, mais la virtualité de l'ouverture au *va et vient*, après quoi, aucun « *ici* » n'entre dans un régime quelconque de propriété : tous les lieux sont empruntés². »

Benslama reconnaît dans ce mouvement de va et vient la marque même de la métaphore en tant que *passage du propre à la demeure empruntée*. Or le lieu entre parenthèses, tout comme les autres configurations, procéderait justement d'une érosion de la puissance métaphorique. Le temps s'arrête et les paroles se figent tandis que l'origine compacte se fait de plus en plus insistante et perturbe gravement la transmission entre les générations : les parents ne voudront transmettre que les marques de l'origine perdue là où les enfants veilleront à s'y soustraire pour s'inscrire dans l'ici. Sixième figure, la *déchéance du père* par laquelle est désignée cette génération de pères immigrés dont le déplacement a définitivement perdu toute référence à une quelconque métaphysique de l'exil au profit de la notion de migration en vue d'assurer la subsistance. Le migrant sera dès lors l'homme du besoin seulement orienté par une disposition de survie, là où survivre

« consiste à rester en-deçà des effets de son propre déplacement, à suspendre, à ajourner le procès de l'existence, à ne plus en répondre dans le présent de l'être. [...]. La disposition de survie est alors une hypertrophie du vital qui ne laisse pas de place pour le procès d'être : *hypotopie de l'être*. On entrevoit ici comment l'obsession du lieu des enfants peut être la réponse symptomatique à cette hypotopie de l'être en exil, chez les pères³. »

Réduite à un corps ruiné et socialement mise hors-jeu, cette figure du migrant incarne magistralement la perte de la métaphore qui fait s'effondrer le statut symbolique du père en tant qu'agent de transmission, remettant alors gravement en cause les identifications et les places généalogiques. Et enfin, septième et dernière figure, celle de l'*entre-deux lieux*, position souvent revendiquée de ne pas avoir à choisir entre ici et là-bas, de ne renoncer ni à

1. *Ibid.*, p. 61.

2. *Ibid.*, p. 62.

3. *Ibid.*, pp. 65-66.

l'un ni à l'autre dans la constitution d'une identité. Mais cet *entre* peut rapidement s'avérer instable car il n'ouvre parfois qu'au vide – place radicalement impossible à occuper.

L'auteur met alors en exergue la parole d'un jeune patient, dont le pouvoir d'interrogation paraît en retour traverser l'ensemble de ces sept variations sur le thème de l'exil comme obsession et maladie du lieu : « *j'y suis et j'y reste* ».

« [...] « J'y suis et j'y reste ». D'évidence, nous pouvons constater deux plans où l'enjeu du lieu vient à être formulé de manière différente. Le premier « y » est placé comme le complément de lieu de ce qu'on appelle un verbe d'existence, tandis qu'au deuxième plan le « y » est le complément d'un verbe d'état. Qu'est-ce que le lieu comme lieu d'existence et qu'est-ce que le lieu comme lieu d'état ? Maldiney dit que ce lieu de l'exister comme dans « j'y suis » est un locatif absolu, sans localité, car ayant le monde comme hors. Nous pouvons dire alors que dans le second plan, le complément de lieu renvoie à un espace, à une localité où on habite¹. »

Ainsi s'esquisserait le partage entre l'existence (*j'y suis*) et la demeure (*j'y reste*) que le *et* de la formule aurait pour tâche de relier. Or chacune des sept figures met justement en jeu un type de contradiction entre l'exister et le demeurer : « j'y suis et je n'y reste pas », « je n'y suis pas et j'y reste », « je n'y suis pas et je n'y reste pas »... La question du lieu pour le sujet rencontre donc une division, ou plutôt une discordance, entre le lieu de l'existence et l'endroit (le fait d'être *là*) où demeurer – discordance que le *et* tente de pallier. Or habituellement, une forme de *narcissisme du lieu* permet jeter un voile sur le réel de la discordance, tel le mythe de l'autochtonie fondé sur la collusion illusoire du soi (*auto*) et de la terre (*chtonie*) :

« Certains sujets rencontrent dans l'expérience de l'exil cette discordance d'une manière bouleversante, là où, ordinairement, dans l'autochtonie, elle est expulsée de la réalité par une série d'ordonnements qui, telle la juridiction nationale par exemple, tient pour acquis la continuité entre « exister » et le droit de séjourner qui relève de la logique de la subsistance [et de la demeure]. L'exil n'est certes pas la seule expérience susceptible de mettre à nu ce réel de la discordance entre « exister » et « subsister », et l'on pourrait être tenté d'appeler « exil » toute situation qui conduit vers ce point inassimilable². »

Ce que l'exil actuel met ainsi à nu, c'est une discordance essentielle entre la condition de l'existence, soit l'exil inactuel d'un sujet privé de centre et d'intériorité, et le montage fictionnel essentiel d'un lieu où demeurer. Il n'est dès lors plus suffisant d'irréaliser l'exil actuel au nom d'un exil ayant toujours-déjà eu lieu car les maladies de l'exil se situent précisément en un point de dis-location, de délitement des liens entre le sujet et l'univers des signifiants

1. Benslama F., « Épreuves de l'étranger », 1999, *op. cit.*, p. 74.

2. Benslama F., « Qu'est-ce qu'une clinique de l'exil ? », 2004, *op. cit.*, pp. 29-30.

donnant accueil et localité. Car, pour convoquer une dernière fois Platon, il faut bien que *tout ce qui est soit quelque part dans un lieu déterminé, occupe une certaine place* ; quand bien même celle-ci ne serait que fiction entrevue *comme dans un songe*. En conséquence, l'expérience d'exil pensée comme tension in/actuelle ne doit plus être exclusivement rapportée à la situation de ceux qui se sont un jour expatriés, quoique la discordance puisse prendre chez eux, par le fait du déplacement, une tournure bien dramatique. En d'autres termes, il peut aussi y avoir exil dans l'autochtonie – proposition que nous tâcherons maintenant d'explicitier à partir, là encore, de sa phénoménologie.

[5.1.3] Exil dans l'autochtonie

En tant qu'expérience vécue, l'exil concerne les aléas du rapport du sujet au monde dont la phénoménologie excède, comme nous venons de le signaler, le seul contexte de la migration. Une telle position invite *de facto* à postuler que l'autochtone – soit celui qui ne se déplace pas physiquement – peut lui aussi éprouver cette expérience dans le trajet de son existence. Une phénoménologie de l'exil peut ainsi être dégagée en dehors de toute référence à la migration de même, bien entendu, qu'à la culture ou à l'ethnie. De plus, il convient de souligner qu'un tel projet se démarque nettement d'un souci de catégorisation nosographique tel que les psychopathologues de la migration ont pu en témoigner, car il ne s'agit plus ici d'objectiver des signes positifs mais d'adopter une démarche compréhensive à partir de laquelle restituer un mode d'être au monde. Ce choix est déjà clairement exprimé par Benslama, dont les sept configurations de l'enfant et du lieu doivent s'envisager sans référence préalable aux structures psychopathologiques – dont le prototype reste le binaire névrose/psychose. Or la phénoménologie d'une autochtonie à l'épreuve de l'exil porte elle aussi son attention sur une dimension existentielle, sur la singularité d'une expérience non réductible d'emblée à ce type de référence structurale. La problématique de l'exil dans l'autochtonie a par ailleurs pu recevoir une autre appellation, celle d'*exil intérieur* :

« Accoler le terme *intérieur* à celui d'*exil* a valeur de position épistémologique : rompre avec la tradition, aujourd'hui renouvelée par le culturalisme, d'une pathologie spécifique de l'« exilé » pour lui substituer une approche de la complexité d'une réalité psychique émanant d'un sujet *clinique* en situation de déplacement et de rupture¹. »

Intérieur a d'abord valeur ici de métaphore : l'exil intérieur désigne d'une part une expérience subjective qui trouve son *analogon* dans la situation de celui qui, objectivement, quitte sa patrie ou en est expulsé puis, d'autre part, précise que la dimension qu'il s'agit d'interroger est celle de sa réalité psychique. Toutefois, le recours à la notion d'intériorité ne vise pas à

1. Douville O., Huguet M., « Présentation », *Psychologie clinique, nouvelle série*, 1997, 4 : 7-8 ; p. 7.

faire consister l'illusion d'une clôture délimitant une intériorité psychique opposée au dehors car, en cohérence avec les vues freudiennes, il faudrait davantage partir de cette idée que

« dans la vie psychique de l'individu pris isolément, l'Autre intervient très régulièrement en tant que modèle, soutien et adversaire, et de ce fait la psychologie individuelle est aussi, d'emblée et simultanément, une psychologie sociale, en ce sens élargi mais parfaitement justifié¹. »

Partant, l'intériorité ne se trame ici que dans l'altérité et il ne s'agit donc pas de réifier la frontière moi/autre mais bien au contraire, d'élever cette frontière au rang d'objet critique. Car la phénoménologie de l'exil intérieur a entre autres partie liée avec la variété des formes cliniques de la dépersonnalisation et de l'érosion du sentiment d'identité. Ainsi pour M. Huguet,

« l'exil intérieur désigne une expérience subjective qui instaure une coupure et une distance à soi et aux autres, évocatrices d'un sentiment d'étrangeté pouvant être produit par l'impossibilité à trouver un lieu à soi, par la conscience d'être là tout en n'y étant pas, par la recherche et la passion d'un Ailleurs inaccessible ou perdu qui exile de l'espace et du temps présents². »

Cette expérience peut bien sûr être celle du migrant qui, entre la nostalgie du pays quitté et la non-appartenance à la terre d'exil, peut éprouver le sentiment d'un enfermement sur soi, dans une solitude sans fin et un défaut d'ancrage confrontant à une perte de soi – ce que A. Cherki nomme pour sa part le sentiment d'être à la fois *enfermé et exclu de l'intérieur*, dans un trajet d'exil en souffrance³. Outre le contexte de la migration, cette expérience peut aussi accompagner le sentiment d'exclusion sociale lié à la marginalisation ou l'appartenance à une minorité qui n'est pas tenue pour légitime sur la scène sociale. Et l'on pourra aussi la retrouver dans certaines formes d'expériences mystiques mues par la passion d'un Ailleurs.

Plus globalement, l'exil intérieur peut être éprouvé dans toute une variété de contextes cliniques tels la dépression, la dépersonnalisation ou les états limites auxquels, notamment à l'adolescence, sont liés des phénomènes de toxicomanie et de délinquance... Par ailleurs, si ces diverses situations renvoient pour une grande part à un contexte de crise et de passage (i.e. à une dimension événementielle) d'autres formes d'exil intérieur alertent en revanche par leur chronicité, par la permanence d'une incapacité de présence à soi et au monde. Ainsi, au titre d'expérience subjective, l'exil intérieur traverse nombre de configurations cliniques – à tel point que certains auteurs, à l'image de Y. Gérin, n'hésitent pas à en faire le paradigme même de ce que l'on nomme parfois les « nouvelles cliniques » dans la modernité :

1. Freud S., « Psychologie des foules et analyse du moi », 1921, *op. cit.*, p. 123. Nous soulignons.

2. Huguet M., « Exil intérieur et ennui », *Psychologie clinique*, nouvelle série, 1997, 4 : 11-23 ; pp. 12-13.

3. Cherki A., « Exclus de l'intérieur – Empêchement d'exil », *Psychologie clinique*, nouvelle série, 1997, 4, 109-115.

« La psychose n'est pas éloignée, l'homme de la modernité nous familiarisant dans la pratique quotidienne, ces dépressions, passages à l'acte, perversions, suicides, toxicomanies ; à une clinique de la rupture. La dépersonnalisation schizophrénique est suggérée contre laquelle le sujet moderne lutte ; morcellement de soi, perte du sens, dépossession devenant des symptômes dominants d'exil intérieur¹. »

Pour clore ce bref panorama, il convient d'insister sur le fait que l'exil dans l'autochtonie, ce défaut de présence à soi et au monde, risque *in fine* de confronter le sujet à un hors-lieu radical où toute amorce de trajectoire n'aura d'autre horizon que l'errance – que M. Huguet caractérise par une dynamique d'indétermination du désir en quête d'un point de fixation qui sans cesse se dérobe. Ou encore, et cette fois selon A. Cherki,

« en laissant de côté toutes les nominations nosographiques qui ventilent les conséquences de cette errance (toxicomanies, délinquance, on parle aussi « d'états limites ») ce qui est à retenir dans ce piétinement, ce tourner en rond dans des espaces extrêmement fermés, ce qui frappe est un traitement particulier du temps, temps étal et fragmenté, et de l'espace. [...]. Cet espace, à la fois vide et circonscrit, ce temps suspendu dans un présent fragmenté, sans passé et sans futur, dans un indécidable est assorti, plus que d'une « non estime de soi », d'une identification au rien, un rien qui les assigne². »

Cette identification au rien n'est alors pas sans évoquer une forme de mélancolisation dans laquelle le sujet, plutôt que de fusionner avec la scorie et l'abject comme ce peut être le cas dans les tableaux plus classiques de la mélancolie, se présente comme un être en sursis toujours à la limite de l'effondrement et de la disparition, privé de la moindre surface d'illusion susceptible de vectoriser l'existence. Et face à un tel vide intérieur, à un tel « désastre narcissique », il n'est pas rare de voir l'émergence d'un sentiment de nostalgie. Mais celle-ci dépasse de loin la seule évocation douloureuse d'une origine perdue car ici, se met en place une véritable crispation sur une origine pure et sans faille où se ressourcent une identité figée ; identité Une ne faisant tenir le sujet qu'au prix de l'immobilité et de la haine envers toute marque d'altérité.

Ainsi se compose la transversalité du tableau clinique de l'exil intérieur, dont on voit bien que l'enjeu n'est pas de le faire correspondre aux nosographies psychiatriques habituelles, ni tout à fait de l'orienter selon les coordonnées d'une clinique différentielle d'obédience structurale (au sens de structure psychopathologique) car

« si nous avons systématisé l'usage du vocable « exil » dans sa richesse polysémique, ce n'est ni pour le faire correspondre à un état, ni à un traumatisme, ni à une quelconque

1. Gérin Y., « L'interrogation du clinicien face à la crise du sujet moderne, son exil intérieur », *Psychologie clinique*, nouvelle série, 1997, 3 : 133-147 ; p. 134.

2. Cherki A., « Figures de l'errance », *PTAH*, 1998, 5/6 : 67-72 ; p. 69.

structure pathologique, mais à une expérience dans un temps, qui met en cause la totalité du sujet dans son existence et dans le rapport à ses signifiants fondamentaux¹. »

La phénoménologie de cette expérience ayant été schématiquement restituée, il nous faudra désormais rendre compte du régime discursif à partir duquel penser ces maladies de l'exil. Or si ce courant renoue en partie avec une tradition phénoménologique, le fondement de sa rationalité est résolument psychanalytique. Et comme nous allons l'expliciter par la suite, la volonté de penser l'actualité de l'exil au travers de l'hypothèse de l'inconscient implique de confronter la psychanalyse elle-même à l'épreuve de l'actualité du lien social.

[5.2] Clinique freudienne

[5.2.1] Questions de séparation

Si les cliniques de l'exil entendent bien s'inscrire dans la rationalité freudienne, il importe dès à présent d'avertir que la référence analytique dont il s'agit n'a pas grand chose à voir avec les quelques exemples rencontrés à plusieurs reprises dans ce travail, et déjà sévèrement critiqués par les psychopathologues de la migration : séparation d'avec la mère, fuite névrotique, névrose d'échec, mort symbolique etc. Comme l'énoncent effectivement O. Douville et M. Huguet dans leur présentation du numéro de la revue *Psychologie clinique* consacré aux *Sites de l'exil*,

« le psychologue clinicien et le psychanalyste associent spontanément l'exil à cette situation commune de naissance où nous devenons tous exilés d'être séparés de notre mère. Ne dit-on pas qu'on a quitté la « mère-patrie » ? Mais la facilité d'un tel rapprochement nous met en garde contre la tentation d'un aplatissement de l'exil, solidaire de sa psychologisation². »

Or pour apprécier plus finement l'enjeu du problème il n'est sans doute pas inutile de préciser en quoi les cliniques de l'exil, si elles entendent bien rester fidèles au geste freudien, se démarquent toutefois nettement de quelques discours relatifs aux troubles de la migration, pourtant orientés eux aussi par la psychanalyse. En d'autres termes, il s'agira ici d'indiquer en quoi les cliniques de l'exil ne sont pas tout à fait réductibles à une clinique de la séparation et des aléas de la relation d'objet. Nous avons vu précédemment que l'exil concernait d'abord un inactuel qui, d'un point de vue phénoménologique, procède d'un ne-pas-être-chez-soi, d'un vide ontologique fondamental expulsant le sujet d'une plénitude originaire. Bien évi-

1. Benslama F., « Qu'est-ce qu'une clinique de l'exil ? », 2004, *op. cit.*, p. 25.

2. Douville O., Huguet M., « Présentation », *Psychologie clinique*, nouvelle série, 1997, 3 : 7-9 ; p. 7.

demment, cette configuration de l'exil inactuel n'est pas sans résonner avec tout un ensemble de constructions freudiennes relatives à la séparation primordiale d'avec l'objet maternel, d'avec cette

« antique terre natale [*Heimat*] du petit d'homme, [ce] lieu dans lequel chacun a séjourné une fois et d'abord¹. »

Dans cette perspective, l'exil prendrait valeur de métaphore d'une perte originaire constitutive d'un sujet dès lors condamné à la recherche, toujours-déjà avortée, d'une retrouvaille avec l'objet perdu. Ceci posé, il peut être tentant de lire les incidences de l'exil actuel sous l'angle d'une réactivation des premières expériences de séparation et de perte – le pays quitté s'offrant comme illustre substitut de l'objet perdu et point de visée ultime du désir. Et c'est alors le modèle d'une clinique de la séparation et du deuil qui pourrait éclairer la situation problématique des migrants et des exilés : la perte de l'objet aimé – la fameuse « mère-patrie » – exigerait un douloureux travail d'élaboration afin

« de retirer toute la libido des liens qui la retiennent à cet objet. Là-contre s'élève une rébellion compréhensible, – on peut observer d'une façon générale que l'homme n'abandonne pas volontiers une position libidinale même lorsqu'un substitut lui fait signe. Cette rébellion peut être si intense qu'on en vienne à se détourner de la réalité et à maintenir l'objet par une psychose hallucinatoire de désir [...]»². »

Parmi ceux ayant défendu ce type de position, nous mentionnerons tout d'abord León et Rebeca Grinberg, psychanalystes d'origine argentine réfugiés en Espagne, dont l'importante *Psychanalyse du migrant et de l'exilé* (1984) est publiée en français en 1986. Si le terme « exil » ne renvoie pas directement ici à une condition ontologique mais à la situation de ceux violemment contraints de quitter leur pays pour des raisons politiques et idéologiques, l'analyse du parcours du migrant et de l'exilé explore bien, toutefois, les vicissitudes de la relation d'objet dont le prototype est celui de la séparation primordiale. Plus précisément, exil et migration doivent être saisis en tant que traumatismes face auxquels le sujet réagit par un sentiment de détresse, lui même

« basé originellement sur le modèle du traumatisme de la naissance (O. Rank) et sur la perte de la mère protectrice. Cela correspondrait aussi à l'expérience de la perte de l'« objet contenant » (Bion), qui entraîne comme conséquence la menace, dans des situations extrêmes, de désintégration et de dissolution moiïque, avec perte des limites du moi. Ce risque est perçu avec plus d'intensité, lorsque dans l'enfance on a subi des

1. Freud S., « L'inquiétante étrangeté » (1919), in Freud S., *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, Paris, Gallimard, Folio Essais, 1997 : 209-263 ; p. 252.

2. Freud S., « Deuil et mélancolie » (1915), in Freud S., *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, Folio Essais, 1995 : 145-171 ; pp. 147-148.

situations importantes de carence et de séparation, avec pour conséquence un vécu d'angoisse et de détresse¹. »

Le parcours du migrant et de l'exilé est ici reconstruit selon une temporalité linéaire qui trouve son strict *analogon* dans le développement infantile : la migration est une séparation d'avec la matrice maternelle – séparation qui pour être effective, nécessite de trouver dans le monde, dans le nouveau pays, un objet adéquat pouvant satisfaire à la fonction de *holding* (Winnicott). Autrement dit, la migration contraint à l'élaboration d'un *espace potentiel* assurant la transition entre le pays/objet maternel et le nouvel environnement, tandis que les incidences morbides de la migration s'originent précisément dans l'échec de la construction d'un tel espace, soit en raison de la fragilité du Moi, soit à cause du nouveau milieu qui n'offre pas d'objet suffisamment bon sur lequel s'étayer. Dès lors, la continuité avec l'environnement se rompt et les angoisses de perte d'objet se font de plus en plus insistantes, de même que le recours à des défenses de plus en plus primitives et archaïques. D'où l'enjeu clinique d'amener le sujet à un véritable travail d'élaboration de la perte et du deuil de l'objet afin d'ouvrir à une réorganisation du Moi et, en conséquence, une intégration favorable dans le nouveau milieu. Et l'on ne manquera pas de noter au passage que ce mode d'interprétation n'est pas sans rappeler certains propos de Almeida, pour qui les troubles psychiques des migrants s'originaient dans un conflit entre le Moi, privé de ses anciennes ressources narcissiques et objectales, et le nouvel environnement. Toutefois ce rapprochement théorique trouvera rapidement sa limite dans le rôle alloué à la prédisposition, radicalement rejetée par Almeida pour se concentrer sur la seule actualité du conflit, tandis que les Grinberg n'envisageront celle-ci qu'à la lumière de l'infantile puisqu'en toute logique freudienne,

« nous réagissons toujours face aux événements du présent en fonction des expériences du passé infantile (particulièrement celles qui se réfèrent aux pertes d'objet, aux séparations et aux sentiments de culpabilité)². »

Plus récemment, et d'une manière sensiblement différente, on trouvera dans un article de A. Ayouch Boda intitulé *La nostalgie, exil*, un autre type d'interprétation des troubles de l'exil orienté par un même modèle de la séparation et du deuil. « Exil » se réfère d'abord ici à une allégorie de la condition humaine, caractérisée par la séparation fondatrice et la perte de l'objet constitutive du sujet en tant que sujet désirant. Néanmoins,

« tout en reconnaissant cette universalité de l'expérience subjective de l'exil et du sentiment nostalgique, nous pouvons dégager les éléments d'une problématique de l'exilé qui a « géographiquement » migré, dans son rapport à la nostalgie, notamment à travers ce que l'on y décèle de réactivations privilégiées (la scène primitive, le roman familial), de

1. Grinberg L., Grinberg R., *Psychanalyse du migrant et de l'exilé* (1984), Lyon, Césura Lyon Editions, coll. Psychanalyse, 1986 ; p. 26.

2. *Idem.*

configurations narcissiques prégnantes (le moi idéal, le double, l'enfant idéal), de rapport à la perte, au temps et à l'espace¹. »

L'analyse se centre exclusivement sur le sentiment nostalgique éprouvé par nombre d'exilés – sentiment lui-même universel mais qui dans le contexte de la migration, peut être fort douloureusement ravivé. Or la nostalgie serait l'indice magistral du rapport entretenu par le sujet au manque et à la perte de l'objet : la terre natale, la maison natale, la langue maternelle, la tradition, le groupe, la musique etc., constituent autant de métaphores de l'objet perdu. Le nostalgique fait du pays quitté le point de localisation du désir et le support illusoire d'une retrouvaille avec l'objet. Ainsi, le temps et l'espace de la nostalgie sont d'abord ceux du fantasme, d'une mise en scène dans laquelle l'objet se donne à voir de manière évidente et lisse, inhibant les capacités de représentation et d'association :

« Dans la nostalgie, l'objet est façonné selon le désir du sujet qui s'installe de temps en temps dans la nostalgie pour un tête-à-tête avec lui. C'est un espace dans lequel l'exilé retrouve la projection narcissique qu'il a effectuée, figeant une image de lui qui s'est arrêtée *là-bas*, au pays, et qui reste, du coup, immortelle, intacte, empreinte des caractéristiques du moi idéal dont ce type de formations procède. Il s'agit de lutter contre la mort ou l'altération de l'enfant idéal, celui du narcissisme primaire². »

Cette idéalisation du natal témoigne de l'intensité des défenses contre la perte et de la lutte éperdue pour conserver l'objet, à tel point que la libido se retire progressivement du monde pour investir l'unique espace nostalgique auquel le sujet est assigné. Mais si un tel tableau constitue en quelque sorte la face négative de la nostalgie, l'auteur insiste néanmoins sur le fait que ce sentiment peut également devenir le signe d'un authentique et créatif travail de deuil, par lequel il ne s'agit plus de se lover dans l'illusion d'un objet à retrouver mais bien au contraire, de prendre acte de la perte et de l'impossible par la création d'un espace de médiation, de va-et-vient permanent, entre l'ici et l'ailleurs.

Nous nous contenterons de ces deux exemples afin d'illustrer comment les incidences de la migration peuvent être éclairées sous l'angle d'une clinique de la séparation et du deuil. Et quoique les deux perspectives esquissées diffèrent notablement, on aperçoit sans peine le fondement commun de la démarche : le déplacement ravive les expériences primordiales de perte et ses résonances subjectives prendront racine dans le rapport toujours-déjà entretenu à la séparation et au manque. Bref, les conséquences du déplacement sont elles-mêmes prises dans la répétition du fantasme, de ce *cliché inconscient*

1. Ayouch Boda A., « La nostalgie, exil », *L'Évolution Psychiatrique*, 1999, 64 : 271-279 ; p. 273.

2. *Ibid.*, p. 275.

« qui, au cours de l'existence, se répète plusieurs fois, se reproduit quand les circonstances extérieures et la nature des objets aimés accessibles le permettent et peuvent, dans une certaine mesure, être modifiés par des impressions ultérieures¹. »

Autrement dit, l'opération consiste à recoller l'exil sur la stricte réactivation d'un inactuel ; le symptôme devenant ainsi l'indice du rapport fantasmatique du sujet à l'objet perdu. Or l'un des risques de cette construction résiderait précisément dans la tentation d'irréaliser le statut événementiel du déplacement au seul profit d'une analyse de la relation d'objet, comme si les douleurs de l'exil pouvaient être déconnectées de l'actualité d'une expérience subjective. C'est pourquoi les cliniques de l'exil ne sauraient totalement se réduire à de nouvelles variations sur une clinique de la séparation. Car si l'exil concerne bien un inactuel, l'attention portée au phénomène exige toutefois de le penser dans un même mouvement en tant que *symptôme actuel* – c'est-à-dire, selon une acception formulée par J. Hassoun,

« [...] un symptôme qui né de l'événement, de l'actualité, marque le sujet au point où ses emblèmes et ses idéalisations semblent profondément entamés². »

S'ouvre alors une autre voie d'intelligibilité ; celle d'une clinique du lien social, ou plus précisément d'une clinique du sujet aux prises avec le délitement et la rupture du lien social.

[5.2.2] Rupture du lien social

Le passage à une clinique de la rupture du lien social n'implique pas (geste freudien oblige) l'abandon d'une pensée de la séparation et de la perte, mais bien plus l'exigence d'une mise en tension de ce moment fondateur du sujet avec l'expérience du déplacement. Et s'il s'agit bien de circonscrire les incidences cliniques de l'exil entre l'inactualité d'une condition et l'actualité d'un événement, c'est du côté des aléas de la position du sujet dans le lien social que les auteurs vont désormais se tourner. Un premier propos de R. Stitou permettra d'illustrer brièvement cette nouvelle problématique :

« Éloignés du lieu de leurs ancrages narcissiques et de leurs repères symboliques, coupés des parfums et des saveurs du pays natal, ils [ces personnes que l'on nomme les immigrés] se retrouvent dans un contexte qui n'est plus soutenu par du familial. Ce déplacement vient réactiver les blessures infantiles et rendre plus lancinante la séparation

1. Freud S., « La dynamique du transfert » (1912), in Freud S., *La technique psychanalytique*, Paris, Presses Universitaires de France, 2004 : 50-60 ; p. 51.

2. Hassoun J., *Les contrebandiers de la mémoire* (1994), Paris, La Découverte/Syros, 2002 ; p. 28. Soulignons d'ailleurs que dès 1979, le psychanalyste J. Hassoun use du terme d'« exil », peut-être moins comme concept que comme figure métaphorique, tout au long d'un ouvrage intitulé *Fragments de langue maternelle*, réédité en 1993 sous le titre *L'exil de la langue*. Voir : Hassoun J., *L'exil de la langue. Fragments de langue maternelle* (1979), 2^e édition, Paris, Point Hors Ligne, 1993. La proximité entre ses idées et celles des cliniques de l'exil est telle que nous nous autorisons à l'inscrire pleinement dans ce paradigme.

d'avec l'objet du désir ; d'où parfois pour certains le vécu dépressif qui les confronte à une perte du sens due au vacillement des repères¹. »

Vacillement des repères, tel est le fil à partir duquel les cliniques de l'exil vont tisser leur lecture des incidences cliniques de l'exil. Et s'il est bien sûr question du désir et donc du rapport à l'objet perdu, le regard va plus précisément porter sur l'articulation entre cette dimension de la perte et l'inscription du sujet dans le lien social ou, dit autrement et rapidement, entre un sujet divisé par la séparation et un sujet représenté dans l'ordre de la Culture. Dans ce cadre, l'exil actuel désignera *a minima* le décalage des insignes au travers desquels un sujet est inscrit dans le lien social. D'où la nécessité de se situer en un point de convergence du savoir freudien et de l'anthropologie pour proposer un montage entre sujet de l'inconscient et processus de construction de la personne sociale.

Sujet et lien social

Afin d'éclairer brièvement quelques-unes des particularités d'un tel montage, commençons par retracer le principal axe critique parcouru par les cliniques de l'exil à l'encontre de l'ethnopsy version Nathan et Moro (et dans une moindre mesure, de la psychopathologie de la migration) lorsqu'il s'agit de déplier une problématique du type psychisme/culture. Tout à fait virulent, le débat porte précisément sur l'hypothèse d'une homologie structurale et d'un recollement entre ces deux derniers registres, comme s'il y avait là une parfaite adéquation, comme si le sujet ne pouvait advenir que dans une pleine conformité à ses appartenances. Or les cliniques de l'exil mettent un point d'honneur à contester cette hypothèse qui risquerait fort de mener à une substantialisation de la culture et à l'assignation identitaire :

« La nouvelle ethnopsychiatrie procède en fait à une thématization identitaire qui va à l'encontre de l'enseignement même de Devereux. Elle ira jusqu'à postuler l'équivalence parfaite entre psyché et culture, et mettra en place une consultation dont le dispositif consiste en une théâtralisation culturelle du symptôme des migrants, devant une assemblée hétéroclite, censée représenter le groupe ou le village d'appartenance. Le sujet est présenté comme captif du sens de sa culture, possédé par son ethnie et ses pratiques, même lorsqu'il s'agit d'un enfant né en France, n'ayant pas connu les formes de vie culturelle au pays de ses parents². »

Autre passage développant une critique similaire des potentielles dérives ethnopsy – et s'attachant là encore à bien distinguer le projet initial de Devereux de son appropriation par Nathan puis Moro :

1. Stitou R., « Universalité et singularité de l'exil », *Psychologie clinique*, nouvelle série, 1997, 3 : 13-29 ; pp. 15-16.

2. Benslama F., « Épreuves de l'étranger », 1999, *op. cit.*, p. 60.

« Souvent, dans l'opinion ethnopsychiatrique, le lieu de la culture de l'immigré est considéré comme un lieu évident et sans opacité. Contrairement à ce que recommandait, avec sa rudesse coutumière, notre vieux maître Devereux, cet espace du culturel se retrouve analysé, interprété de manière à mettre en série les différents objets qui le composent. S'agit-il alors d'expliquer le symptôme par l'objet culturel ou bien de considérer le nouage entre celui-ci et l'objet du fantasme, nouage où se précise la position du sujet quant à son désir ? La question aussi est épistémique : pourquoi donc en cette fin de siècle se déploie cette adresse vers des savoirs qui se définissent en tant qu'ils sont des savoirs constitués, érigés en démonstration et n'ayant pour penser l'humain qu'un maître mot : l'adaptabilité ? Mais qu'est encore l'« ethnopsychanalyse » si ce n'est une adéquation destructrice entre identité culturelle et origine, s'érigeant en une démonstration thérapeutique¹ ? »

Nous laisserons de côté pour l'instant la place accordée à Devereux au sein des cliniques de l'exil, pour nous focaliser en premier lieu sur les motifs du rejet radical des thèses de certains de ses disciples. Accusée de porter une idéologie culturaliste et une fascination néo-coloniale pour les figures de l'exotisme, une certaine ethnopsy se révèle effectivement incapable de penser le moindre écart entre psychisme et culture, de même qu'elle ne peut poser les incidences de la migration autrement que sur le mode d'une perte culturelle désastreuse qu'il s'agirait de colmater par une prescription d'appartenance, voire un « replâtrage » identitaire. En d'autres termes cette théorie suppose *de facto* l'impérative adaptation du sujet à son environnement culturel, tout comme les psychopathologues de la migration espéraient (fut-ce dans des coordonnées épistémiques sensiblement distinctes) une pleine adaptation du migrant à son nouveau milieu. Une telle opération conduit alors à l'impossibilité de circonscrire le rapport qu'un sujet entretient vis-à-vis de sa culture, de ses appartenances et de son déplacement. Et s'il existe certes de nombreuses lignes de fracture entre ces paradigmes, il apparaît finalement que toutes convergent vers un même point : est-on disposé à maintenir un écart, une dissymétrie, entre registre subjectif et registre socio-culturel ?

Les cliniques de l'exil répondent bien sûr positivement à cette dernière question, suivant par-là l'hypothèse freudienne d'une foncière antinomie entre logique pulsionnelle et logique de socialisation — antinomie qui trouvera sa formulation la plus radicale sous le vocable de *Malaise*. On sait effectivement que Freud inscrit au fondement du lien social le renoncement pulsionnel, le sacrifice d'une pleine satisfaction des pulsions au profit d'un investissement des liens entre les hommes — ou ce que Freud nommait en 1921 les *actes psychiques sociaux* en opposition aux *actes narcissiques*². Aussi peut-il affirmer en 1929 qu'

1. Douville O., Natahi O., « De l'inactualité de l'ethnopsychiatrie », 1998, *op. cit.*, pp. 25-28. Permettons-nous ici de signaler que la distinction opérée entre Devereux et ses disciples n'est cependant pas toujours de mise parmi les critiques, comme l'atteste l'ouvrage de M. Ham, *L'immigré et l'autochtone face à leur exil. Cultures d'exclusions et savoirs hors sujet. Essai clinique*, 2003, *op. cit.*, pp. 131-136.

2. Freud S., « Psychologie des foules et analyse du moi », 1921, *op. cit.*, pp. 123-124.

« il est impossible de ne pas voir dans quelle mesure la culture est édifée sur du renoncement pulsionnel, à quel point elle présuppose précisément la non-satisfaction (répression, refoulement, et quoi d'autre encore ?) de puissantes pulsions. Ce « refusment par la culture » exerce sa domination sur le grand domaine des relations sociales des hommes ; nous savons déjà qu'il est la cause de l'hostilité contre laquelle ont à combattre toutes les cultures¹. »

Lui-même hérité du meurtre mythique du Père de la Horde et du sentiment de culpabilité lié à cet Acte fondateur, ce défaut de plénitude originel signe l'entrée dans l'ordre de la culture et élève la névrose au rang de condition humaine. Le symptôme n'est *in fine* rien d'autre qu'une nécessaire satisfaction substitutive aux refusments imposés par la culture, tandis que celle-ci devient le théâtre d'un affrontement sans fin entre deux types de pulsion : pulsions de vie œuvrant à la liaison et pulsions de mort œuvrant à la désagrégation. Freud en vient alors à postuler une radicale antinomie entre développement libidinal individuel et développement culturel : au fondement du sujet et du lien social se logerait une dysharmonie structurale, un défaut de satisfaction rendant définitivement illusoire la pleine adaptation de l'individu à la culture. Partant, si l'on prend acte de ceci, il n'est dès lors plus pertinent de supposer que ce sujet marqué d'une foncière incomplétude puisse être intégralement représenté dans l'ordre de la culture. Un point demeure inassimilable et

« il n'y a pas moyen, avec la théorie psychanalytique de l'inconscient, de poser une détermination culturelle univoque du fantasme fondamental, soit ce fantasme qui relie le sujet à ses premières expériences de manque et de perte et à ses premières tentatives de se représenter auprès des mots charriés par le babillage maternel. La banalisation commune d'un vécu de perte va recouvrir d'un voile de fiction et de semblant ce qui est le reste, le non-collectivable de toute opération première de subjectivation. Or ce sujet lié aux premières pertes et aux premiers restes des opérations d'introduction dans l'ordre symbolique est peu situable culturellement, socialement, historiquement. Il n'est pas plus « moderne » que « traditionnel ». Et c'est sans doute dans sa prétention à donner une lecture sociologique, ou même ethnique, du sujet de l'inconscient, que le culturalisme dévoile ses fragilités doctrinales². »

Divisé par la perte de l'objet concomittante de l'aliénation à un ordre symbolique qui lui préexiste (soit le champ de l'Autre tel que l'a formalisé Lacan dans son frayage structuraliste), le sujet dont il est question ici se caractérise moins par ses appartenances que par l'impossibilité de celles-ci à en fournir une représentation achevée et close sur elle-même : nulle totalité, nulle identité, n'est à même d'assigner un tel sujet à une place fixe. Mais dans le même temps, ce défaut radical de représentation ne doit pas occulter l'impérieuse nécessité

1. Freud S., *Le malaise dans la culture* (1929), Paris, Presses Universitaires de France, coll. Quadrige, 1997 ; p. 41.

2. Douville O., « Anthropologie du contemporain et clinique du sujet », 2004, *op. cit.*, p. 36.

de s'inscrire au sein d'une combinatoire et dans les circuits de l'échange et de la réciprocité. En d'autres termes si le sujet ne s'inaugure que d'une béance que rien ne saurait être à-même de suturer, s'il n'est qu'une variable parcourant une chaîne signifiante inapte à le représenter en totalité, s'il n'a pas d'autre identité que de se situer dans l'intervalle indéfiniment creusé entre deux signifiants ; subsiste malgré tout l'impératif de trouver dans l'ordre symbolique, dans le champ de l'Autre, les repères minimaux à partir desquels une place puisse s'aménager, une présence se garantir et un corps s'ordonner. D'où l'hypothèse que dans la culture et le social s'élaborent des *montages*, ou ce que Freud nommait pour sa part des dispositifs

« qui règlent les relations des hommes entre eux dans la famille, l'État et la société¹. »

Au travers de ces montages, l'incomplétude, loin de se colmater, se drape toutefois d'un voile de fiction permettant d'inscrire du lien pour chacun et de soutenir ainsi la supposition que le sujet existe bien par et pour l'Autre. Dans ce cadre, la notion d'« identité » ne devrait alors plus être pensée comme identité de soi à soi, reduplication de l'un sur le même, mais bien au contraire comme un montage instable ayant pour fonction première de tisser et maintenir le lien de l'un à l'Autre afin de parer au *Malaise* :

« [...] l'identité ne prend consistance que de faire lien, d'être représenté. Le sujet au sens psychanalytique du terme est non seulement ce qui ne fait pas identité de soi à soi, mais a contrario, celui qui est le témoin de la rémanence de l'écart entre l'expérience de satisfaction et les mots de ses souvenirs et de ses projets. Dans le cadre d'une « fiction » d'une identité trans-individuelle, il s'agirait de considérer les efforts constitutifs du lien pour chacun, étant donné que l'image comme les mots sont donnés par l'autre. [...]. Le lien social résiderait alors en l'ouverture reconnue collectivement de la possibilité de faire tenir par les rets et les réseaux des idéalités, des épos et des éthos, la vigueur d'une réponse à la destructivité primaire, à la mélancolisation du langage². »

L'attention portée à la dimension d'une *fiction d'un corps commun*³ propre à telle ou telle société, fiction au sein de laquelle le sujet a à prendre place de manière singulière, ouvre ainsi, sur un plan épistémique, à une proposition de renouvellement des dialogues entre psychanalyse et anthropologie. Cette manière de penser le traitement collectif de la division subjective invite en effet à situer le registre du sujet en un point de convergence de deux processus : celui de la fondation du sujet de l'inconscient par la séparation et celui des opérations symboliques de construction de la personne sociale. En d'autres termes, si une

1. Freud S., *Le malaise dans la culture*, 1929, *op. cit.*, p. 29.

2. Douville O., « Cliniciens et anthropologues : vers un dialogue possible ? », in Douville O., (dir.), *Anthropologie et Cliniques. Recherches et Perspectives*, 1996, *op. cit.*, p. 67. Sur cette thématique des montages et des fictions identitaires, voir également : Cadoret M., « La question de l'identité. Transmission, dette, ritualité », *Connexions*, 1994, 63 : 189-197.

3. Nous empruntons cette expression à F. Benslama. Voir : Benslama F., « La demeure empruntée », *Psychologie clinique*, nouvelle série, 1997, 3 : 39-47 ; p. 39.

rencontre entre psychanalyse et anthropologie est non pas seulement possible mais surtout heuristique, alors elle se devra d'appréhender les conditions à partir desquelles le lien social — soit ce qui collectivement inscrit le sujet divisé dans un rapport pacifié au semblable et à l'altérité fondatrice — se crée, se maintient et se reconfigure. Ou encore : à quelles conditions puisse être assurée une permanence du lien de chacun aux lois de la parole et de l'échange ?

Se dégage ainsi le projet d'une *anthropologie clinique* qui se désolidarise très nettement du précédent paradigme ethnopsy. À rebours d'une recherche des relations d'homologie entre psychisme et culture, cette anthropologie clinique pose en effet comme prémisse une relation d'incomplétude entre les deux registres, à partir de quoi il devient illusoire et fallacieux de procéder à un décodage ethnique des paroles et des symptômes, puisqu'une telle entreprise restera incapable de saisir la manière avec laquelle un sujet est à la fois pris dans sa culture et néanmoins toujours en rupture vis-à-vis d'elle. Mais s'il s'agit là de l'axe critique privilégié de l'ethnopsy version Nathan et Moro, il importe aussi de souligner en quoi cette anthropologie clinique se démarque du projet ethnopsychiatrique de Devereux¹. Si les cliniques de l'exil partagent avec ce dernier le souci de maintenir disjoints les registres subjectif et culturel, de même que d'appréhender le culturel en tant qu'expérience individuelle, elles lui reprochent entre autres de ne pas avoir totalement rompu avec un certain culturalisme dont la marque la plus flagrante serait la notion d'*inconscient ethnique* et le risque de substantialisation qu'elle comporte. Dans le même ordre d'idée, la notion de *désordre ethnique*, en ce qu'elle désigne une série de symptômes et de moyens défensifs prescrits et codés culturellement, risquerait elle aussi d'entraîner des correspondances trop univoques entre psychisme et culture. Et si, comme nous l'avons précédemment suggéré, la lettre complémentariste sauve l'impératif de disjonction, cela n'a effectivement pas empêché le fondateur de l'ethnopsychiatrie d'œuvrer contre sa méthode en cherchant à écrire, au risque de paradoxes logiques, des modalités de rapport entre les registres. Par ailleurs Devereux, à la suite de Durkheim, a maintenu une distinction franche entre communauté à solidarité organique (*Gemeinschaft*) et société à solidarité mécanique (*Gesellschaft*), entérinant par-là un grand partage Tradition/Modernité qui, certes, ne l'a jamais conduit à postuler une incommensurabilité, mais suppose *de facto* une stabilité et une atemporalité des formes culturelles à partir de quoi il reste difficile de rendre compte des dynamiques de changement culturel. Enfin, la division épistémique prescrite par la méthode complémentariste induirait des découpages

« entre la psyché individuelle et la société qui relèvent d'un modèle physicaliste, ignorant le primat structural de l'Autre, « présent d'emblée dans l'individu » selon l'expression de Freud². »

1. Pour une vue détaillée de ces critiques, voir : Benslama F., « Épreuves de l'étranger », 1999, *op. cit.* ; et Douville O., « Anthropologie du contemporain et clinique du sujet », 2004, *op. cit.*

2. Benslama F., « Épreuves de l'étranger », 1999, *op. cit.*, p. 63.

En solidarité avec une psychologie du Moi, l'ethnopsychiatrie ne serait ainsi guère en mesure de penser l'antécédence de l'Autre sur le sujet — soit l'aliénation de ce dernier à un ordre symbolique qui le détermine et au sein duquel il doit prendre place. Et c'est alors toute la dimension du lien social qui se trouve partiellement escamotée faute d'un discours à-même de distinguer l'Imaginaire et le Symbolique, l'univers des significations partagées et le réseau des signifiants qui vient l'ordonner. Partant, l'ethnopsychiatrie ne saurait satisfaire aux ambitions d'une anthropologie clinique puisque d'une part, la lettre de sa méthode empêche à la psychanalyse et l'anthropologie de situer un terrain de rencontre qui soit autre chose qu'un non-lieu épistémique et, d'autre part, ne cesserait de nourrir l'ambiguïté d'un recollement point par point des registres. D'où la persistance du problème des conditions par lesquelles psychanalyse et anthropologie pourraient dialoguer sans lâcher toutefois sur la double exigence épistémique et méthodologique d'une disjonction des discours. Aussi faut-il tracer

« quelques chemins vers une « anthropologie clinique » digne de ce nom, et adaptée à l'anthropologie du contemporain et de ses malaises. Un postulat nous guide : l'ethnologie qui renseigne sur la mise en fiction et en institution du groupe, cette ethnologie ne peut rien nous dire de l'économie pulsionnelle subjective qui emprunte ces voies tracées mais ne s'y fonde pas. En bref, il convient de penser la distinction de l'autre et du même en ce qu'elle est articulée essentiellement à un principe de perte initiale, qui arrache la pulsion au besoin et élève cette dernière au rang de désir. Alors l'anthropologie qui pense l'homme et la psychanalyse qui pense ce qui manque à l'homme trouveront occasion de dialoguer... La question anthropologique gagnera tout à penser le fait humain en tant qu'il intègre un principe de perte, de séparation qui l'inscrit dès lors dans le discontinu et dont toutes les manifestations sont aussi variables dans leur forme. C'est alors la clinique qui indique que la question anthropologique centrale (celle qui pour Lévi-Strauss dialectise le passage de la nature à la culture, celle qui pour Freud rend compte de la civilisation comme *Kultur*) ne saurait faire l'impasse sur le double aspect des modes d'articulation de l'autre et de la perte :

- l'aspect fictionnel, qui régent l'illusion d'être du même au même situé dans une communauté de frères ;
- l'aspect de division subjective, avec un rapport non collectivisable à l'objet perdu. Division que le fait de se trouver dans un autre site fictionnel que celui de l'origine fait émerger comme souffrance¹. »

Cette longue citation indique tout d'abord un point de rencontre possible, là où le sujet divisé entre dans la fiction collective, là où s'élabore un montage identitaire qui pacifie le vécu de perte et règle le lien du sujet à l'Autre et au semblable. À la psychanalyse de soutenir une pensée de l'incomplétude et l'écoute des effets de la division ; à l'anthropologie d'explicitier

1. Douville O., « Notes sur quelques apports de l'anthropologie dans le champ de la clinique « interculturelle » », 2000, *op. cit.*, p. 758.

l'élaboration collective des fictions venant garantir la permanence de l'altérité et répondre à cette énigme d'une béance originaire. Ensuite, comme le suggère le dernier paragraphe de la citation, le passage d'un régime de fiction à un autre, parce qu'il bouleverse le rapport du sujet à ses signifiants fondamentaux, peut parfois s'avérer fort douloureux. Or c'est précisément à partir de cette hypothèse que les incidences de l'exil vont maintenant être saisies ; en tant qu'incidences subjectives d'une rupture dans le lien social.

Incidences de l'exil

Si nous avons vu précédemment que le vocable « exil » désignait la condition existentielle d'un *ne-pas-être-chez-soi*, d'un vide ontologique causé par la séparation, nous apercevons désormais comment le lien social vient répondre au Malaise par l'entremise d'une fiction dans laquelle le sujet est pris et qu'il devra reprendre à son compte, toujours de manière singulière. Ainsi s'élabore pour chacun un réseau de représentations signifiantes, d'insignes identificatoires, qui le construisent et le font tenir comme sujet. Mais qu'en est-il lorsque celui-ci passe d'un site à un autre, d'un régime de fiction à un autre ? Ici réside une seconde acception de l'exil : non plus seulement l'inactuel d'une condition mais aussi l'actualité du déplacement et de ses incidences subjectives. Comme nous l'avons déjà signalé, la mise en tension de ces deux faces de l'exil invite *de facto* à considérer l'épreuve de la migration en tant qu'expérience existentielle remettant en cause la fondation-même du sujet. C'est ainsi que F. Benslama a dans un premier temps mené une analyse topologique inscrivant les troubles de l'exil en tant que troubles du rapport au Lieu. Or celui-ci, loin de désigner l'espace ou l'étendue, désigne avant tout une place logique ; les rapports entretenus aux topiques de l'ici et du là-bas venant témoigner d'une articulation plus fondamentale de l'être et de la demeure, du sujet et de l'instance qui lui donne lieu. Plus récemment, ce même auteur a proposé un autre terme pour épingle la dimension existentielle du déplacement, celui de *trans-subjectivation* :

« Les sujets sont amenés – et, bien sûr, certains ne peuvent pas le faire – à ce mouvement de mutation, de transformation de la subjectivité qui les constituait à la naissance vers celle du lieu où ils sont parvenus. Cette mutation, donc, que je propose d'appeler « trans-subjectivation » puisque c'est un passage d'une forme de la subjectivité à une autre, met en œuvre des processus de traduction et de transposition extrêmement douloureux dans lesquels le sujet est renvoyé à un défaut originaire, à une infirmité native d'être sujet, à une nullité subjective à partir de laquelle s'est instauré ce qui fait lien à la communauté¹. »

De la sorte, l'exil n'entraîne pas tant une difficulté d'adaptation au milieu qu'une exigence de mutation subjective, soit une reconfiguration des repères constitutifs de la subjectivité. La trans-subjectivation ne saurait donc se résumer à ce que d'aucuns nomment le *transculturel*,

1. Benslama F., « « Nous » », 2003, *op. cit.*, p. 47.

et nous trouverons une trace de cette distinction dans les actes d'un colloque, desquels est extrait le texte de Benslama, organisé en 2002 et intitulé *Nationalisme, xénophobie, antisémitisme et métissage*. À la suite de l'intervention de Kouakou Kouassi, collaborateur de M.R. Moro, s'engage en effet un bref débat entre F. Benslama et une discutante :

« Corinne DAUBIGNY : Vous [F. Benslama] parlez fort justement à propos de l'exil de la nécessaire trans-subjectivation – et je trouve que vous vous rapprochez d'une perspective transculturelle, même si cela ne vous apparaît pas comme tel. Il faudrait en tout cas passer d'un mode d'existence psychique à un autre différent...

Fethi BENSLAMA : La transsubjectivation, ce n'est pas le transculturel. C'est beaucoup plus compliqué. Il y a un travail de subversion des modalités de subjectivation qu'un sujet a acquis du fait de sa naissance. En fait, c'est un travail de subversion dans un mouvement de déplacement. Ce n'est donc pas transculturel¹. »

L'on voit bien ici à quel point il importe de ne pas ramener l'exil à la seule question culturelle ou, plus précisément, à la seule problématique d'un changement d'univers de significations. Loin de désigner un déficit de sens culturel qu'il s'agirait de réduire par un surcroît de culture (puisée dans l'origine et/ou l'accueil), la transsubjectivation pointe cette dernière dans son statut d'instance symbolique, de lieu de détermination signifiante dont on rencontrera autant de variations imaginaires qu'il existe de formes culturelles particulières. Partant,

« notre hypothèse est que souvent, dans les souffrances en exil et les souffrances de l'exil, ce n'est pas la prétendue enveloppe culturelle qui est cassée. [...]. C'est plus exactement la relation d'incomplétude entre le réel de chaque vie et l'imaginisation du symbolique propre à telle culture qui explose souvent douloureusement en terre d'étrangement². »

Ainsi doit se comprendre le *vacillement des repères* précédemment épinglé chez R Stitou : l'exil n'est pas seulement une mise en défaut de la plénitude d'un sens culturellement partagé mais surtout une mise à l'épreuve des fondements du sujet dans le lien social. Les troubles de l'exil s'originent dans un délitement des montages et des fictions par lesquels le sujet est inscrit dans le lien social, dans la permanence d'un rapport à l'Autre et au semblable palliant à l'incomplétude originaire. Et le déplacement d'un site fictionnel à un autre comporte précisément le risque d'une dislocation du lien du sujet à ses altérités, faute de pouvoir s'étayer sur la fiction du pays d'origine tout comme sur celle du pays donnant hospitalité. L'enjeu concerne donc les conditions par lesquelles le sujet soit garanti qu'il existe bien par et pour l'Autre. Insistons à nouveau sur le fait que le problème n'est pas vraiment celui d'une sortie de la communauté, mais plutôt d'une remise en cause de l'Autre faute de l'ouverture à une

1. Kouassi K., « Nomination et identité dans la migration », *Le Coq-Héron*, 2003, 175 : 54-61 ; p. 59.

2. Douville O., « Cliniciens et anthropologues : vers un dialogue possible ? », 1996, *op. cit.*, p. 72.

nouvelle fiction susceptible de soutenir un *rapport de créance à l'Autre de toute identité*¹ et ainsi, vectoriser l'existence et le trajet d'exil. Car il faut en effet envisager les souffrances dans l'exil comme autant de variations sur la perte, non pas de la culture, mais du sens du déplacement. La douloureuse actualité de l'exil procéderait d'une difficulté à constituer le passage en séparation effective, à réaliser une transsubjectivation, faute d'une altérité capable de livrer au sujet la batterie signifiante minimale par laquelle il serait représenté. Voilà pourquoi Cherki préfère parler d'un empêchement d'exil pour qualifier l'exil en souffrance,

« en rade de parcours car *privé* de lieu métaphoriseur, pourtant nécessaire pour se constituer subjectivement, et privé d'espaces de médiations symboliques permettant le déplacement, la traduction, la double inscription signifiante². »

Si elle s'origine dans la difficulté à tisser un régime de fiction ou encore à trouver un « lieu métaphoriseur », la perte du sens de l'exil ne devrait toutefois pas conduire à supposer le migrant comme simple victime de son déplacement. *A contrario* de la psychopathologie de la migration et de l'ethnopsy qui ne voient dans la migration que trauma et perte, les cliniques de l'exil l'envisagent comme un acte et une épreuve. Aussi peut-on parler d'un *désir d'exil*³, tout comme certaines souffrances viennent témoigner d'un choix inconscient, tel celui de se décaler des prescriptions communautaires ou celui de fonder dans l'ailleurs ce que la génération précédente n'a pu transmettre. L'exil doit donc être restitué dans sa dimension d'événement ouvrant à de nouvelles subjectivations et pour ce faire, implique de couper court à la tentation de le dramatiser au point d'en réduire la portée à une expérience fatalement morbide. Toutefois les cliniques de l'exil n'oublient pas que certaines conditions compliquent singulièrement le processus lorsqu'elles rendent tout à fait opaque la saisie de l'altérité. Ce qui est ici visé concerne à la fois l'état des fictions que le sujet quitte et celles censées lui donner hospitalité. Autrement dit, la réussite de cette traversée des altérités – soit une autre dénomination de l'exil – est elle-même subordonnée aux caractéristiques des fictions que le sujet rencontre. Il pourra s'agir par exemple pour certains exilés de

« faire tenir ailleurs et autrement, ce qui leur a été dérobé ou soustrait dans l'histoire de leur vie. Se sacrifier, en un premier temps, pour donner une autre consistance à la perte. Emprunter, ou retrouver, du signifiant autre pour fabriquer de quoi faire une pièce à un gouffre : celui face auquel elles se sont trouvées lorsque certaines constellations signifiantes boiteuses ou trop disqualifiées ont perverti ou fait avorter des rituels de passage et de désignation⁴. »

1. Nous empruntons cette expression à F. Benslama ; voir Benslama F., « La demeure empruntée », 1997, *op. cit.*, p. 47.

2. Cherki A., « Exclus de l'intérieur – Empêchement d'exil », 1997, *op. cit.*, p. 112.

3. Bennani J., « Désirs d'exil », 1997, *op. cit.* ; Benslama F., « La demeure empruntée », 1997, *op. cit.*, p. 42.

4. Douville O., « Cliniciens et anthropologues : vers un dialogue possible ? », 1996, *op. cit.*, p. 93.

L'exil peut ainsi constituer, pour celui qui en est le sujet, une réponse au délabrement des montages collectifs traditionnels qui ne parviennent plus à fournir les assises permettant de pacifier le Malaise – d'où la recherche de cette Autre scène à partir de laquelle les cartes subjectives pourraient se redistribuer. Mais il n'est malheureusement pas assuré, loin s'en faut, que le site atteint par l'exilé soit en mesure, et surtout disposé, à accueillir et reconnaître celles et ceux qui tentent d'intégrer sa fiction :

« Quand les systèmes symboliques de la culture dominante écrasent les référents culturels dont sont issus les sujets, leurs familles, leur milieu de proximité, non seulement les écrasent mais les dévient, la constitution subjective est mise à mal¹. »

L'expérience subjective d'exil s'avère donc indissolublement liée au politique ou, plus précisément, aux conditions d'entrée du sujet et de ses références dans la fiction du corps commun de la société qu'il rejoint :

« Une politique d'assimilation qui ne vise pas aussi une reconnaissance et une valorisation des cultures « autres » est facteur de désubjectivation et de fragilisation. Assimiler des hommes et des femmes sans leur permettre d'être aussi acteurs et facteurs de transmission revient à les réduire à une vie sans relief et sans surprises, lourde d'incertitudes et d'inhibitions². »

Si nous aurons plus tard l'occasion de revenir sur cette problématique de l'interface entre scène subjective et scène sociopolitique, nous pouvons déjà relever qu'elle entre en résonance avec nombre de propos issus de la psychopathologie de la migration – et à la différence de l'ethnopsy pour qui le sociopolitique devait s'effacer au profit du seul registre culturel. À l'instar du paradigme précédent, les cliniques de l'exil portent en effet une grande attention aux incidences de la disqualification sociale et culturelle, de la délégitimation des systèmes symboliques jugés minoritaires. Mais en dépit de ce point de recouvrement, une ligne de fracture ne manque pas d'apparaître : là où la psychopathologie de la migration a surréalisé le théâtre social jusqu'à y dissoudre toute dimension de singularité, les cliniques de l'exil maintiennent l'enjeu d'une articulation entre les deux registres subjectif et social – ce dont témoigne l'explicitation des positions subjectives dans les trajets d'exil empêchés.

Qu'en est-il en effet des incidences subjectives de la rupture du lien social, de la rupture du lien à l'Autre ? S'il ne s'agira pas ici d'en décliner toutes les variations, tâchons cependant d'en indiquer quelques occurrences. L'une des formes que peut recouvrir l'expérience d'exil lorsqu'elle ne permet pas l'ouverture à l'altérité, est l'errance qui loin d'inscrire du trajet, consisterait davantage à

1. Cherki A., « Réduits au silence », 1997, *op. cit.*, p. 93.

2. Douville O., Galap J., « Santé mentale des migrants et réfugiés en France », 1999, *op. cit.*, p. 5.

« tourner en rond, enfermé de l'intérieur entre l'impossible de traduire les récits ou les silences des parents pour les oublier et se séparer, et la carence de l'espace public à s'offrir comme lieu d'accueil des repères symboliques, ou tout du moins des traces qui font tenir le père, ou encore en tous cas, comme réservoir de représentations permettant de reprendre ces traces signifiantes et de les faire bouger sans qu'elles soient d'emblée déjetées ou exclues par cet espace même¹. »

Non sans lien avec l'indétermination du désir dont parlait M. Huguet à propos de l'exil intérieur, l'errance ôte à l'exil toute direction et ce dernier fait alors figure de dé-placement, piétinement infini au sein d'un espace qui ne donne pas lieu : le sujet erre sans avoir la possibilité de se fixer, si ce n'est à la quête éperdue du sens de son exil. Signifiant de l'absence radicale de site, l'errance illustre ainsi magistralement que

« [...] la supposition que le sujet existe pour la culture, que le sujet existe pour l'Autre, se défait alors brutalement et sans ouvrir à un espace psychique de symbolisation². »

Lorsque l'existence toute entière est suspendue à la non-réponse de l'Autre, lorsque la présence de celui-ci n'est plus authentifiée et garantie dans le social, le sujet est alors contraint de déambuler dans un non-lieu qui ne peut retenir et inscrire aucune trace. Aussi peut-on parler d'une suspension des insignes qui font tenir la subjectivité, soit d'une *illocalisation de la position subjective* où

« [...] le corps se défait de son statut symbolique et s'isole comme le résidu de toute symbolisation. Il occupe la place sans place, erratique et insistante de ce qui est irréductible à l'opération signifiante³. »

C'est à partir de cette hypothèse que O. Douville réaborde d'ailleurs la question de la « sinistrose » et, plus largement, de toutes ces symptomatologies corporelles naguère objectivées par les psychopathologues de la migration. Ce qui serait brisé dans la sinistrose n'est pas le corps comme force de travail mais bien plus le corps comme corps du symbolique. La corporéité humaine se disjoint en effet de l'organisme en ce qu'elle reçoit un traitement symbolique, l'incorporation dans le corps premier du langage. L'apposition de paroles et de marques vide ainsi le corps de la jouissance en inscrivant les bords de la pulsion et son trajet. C'est donc au prix de cette incomplétude que le corps s'ordonne et tient comme Un. Mais l'exil peut porter atteinte à cette tenue du corps lorsque dans l'éloignement du natal, le sujet ne parvient pas à ré-inscrire une métaphore du corps : celui-ci devient présence énigmatique et insistante, étrangeté radicale et anarchique. Les amarres symboliques se rompent et le sujet se confronte

1. Cherki A., « Exclus de l'intérieur – Empêchement d'exil », 1997, *op. cit.*, p. 114.

2. Douville O., « Destins du corporel en exil. Vers une anthropologie clinique », in *L'écrit du corps*, Paris, G.R.E.C., 1992 : 87-109 ; p. 101.

3. *Ibid.*, p. 94.

au seul réel de l'organisme – moment de collusion avec l'objet que plus rien ne pacifie. D'où l'urgence, pour bien saisir les enjeux cliniques de cette *position traumatique de l'étranger*, de ne plus souscrire aux discours portés jusqu'ici sur la sinistrose et autres désordres somatiques des migrants, dans lesquels le corps est tour à tour réduit à un outil de communication infra-verbale, une machine à expertiser puis réparer, un lieu surinvesti par quelque culture plus ou moins exotique :

« Comment peut-on affirmer que ce qui se fracasse dans l'invention du corps serait simplement de l'ordre de l'image, si ce n'est en faisant l'impasse de la dimension symboligène de la reprise et de la démultiplication du corporel dans le champ de la parole. Se contenter de parler de la sinistrose ou de la « névrose invalidante » au prix d'un tel oubli, entraîne deux conséquences très nettes :

- cela revient à s'interdire de penser une autre topologie du corps que celle de la Gestalt ;
- cela revient à ne pas entendre le rapport du sujet à sa raison généalogique et à l'écriture de cette raison avec laquelle une culture mobilise le corps¹. »

Ce tableau de la sinistrose comme délitement du corps symbolique, point de vacillation du fantasme et de collusion avec l'objet, correspond assez bien à ce que Cherki nomme pour sa part *l'identification au déchet*, en référence à une forme de mélancolisation de la subjectivité² : en un point d'engouffrement du langage, le sujet en vient à se confondre avec le rien. Dès lors, plus aucune parole ne peut s'énoncer ni aucun héritage se transmettre puisque seule subsiste une part morte, indicible et sans reflet, résistant à l'oubli.

Dernière occurrence que nous évoquerons brièvement à propos des incidences subjectives de la rupture du lien social, la référence à la nostalgie comme crispation identitaire. Jusqu'ici, nous avons rencontré cette obsession douloureuse du natal et du retour d'un point de vue phénoménologique puis psychanalytique, ce dernier l'appréhendant sous l'angle du désir de retrouvaille avec l'objet perdu. Autrement dit, la nostalgie ne serait *in fine* rien d'autre ici qu'une métaphore du désir du névrosé³. Mais qu'en est-il si l'on interroge la phénoménologie de la nostalgie au travers de l'hypothèse d'un délitement du lien social ? Il s'agirait alors de penser cette affection comme un mode de réponse à l'inconsistance de l'Autre, crispation sur quelques signifiants réifiés et venant assurer au sujet un sentiment d'identité, mais au risque de la clôture sur une communauté de semblables se ressourçant de l'illusion d'être entre mêmes, à l'abri de toute altérité dès lors perçue comme une menace. La crispation sur les signifiants de l'origine, sur la croyance en une origine pure sans écart ni perte, peut dès lors

1. *Ibid.*, pp. 103-104.

2. Cherki A., « Exclut de l'intérieur – Empêchement d'exil », 1997, *op. cit.*, p. 114. O. Douville et O. Natahi ont quant à eux parlé de *points de mélancolie dans la subjectivité*. Sur ce point, voir : Douville O., « Essai sur la mélancolisation du lien social », *PTAH*, 1997, 1/2 : 59-79 ; p. 64.

3. Rauchs P., « La nostalgie ou le malentendu du retour », *L'Évolution Psychiatrique*, 1999, 64 : 281-288 ; p. 288.

fonctionner sur une violente logique d'assignation identitaire, d'assignation à résidence célébrant le recours à une

« identité Une, de laquelle est vidée la question de sa propre étrangeté, de son altérité à l'autre mais surtout à l'Autre de soi dont l'accueil est l'un des temps du déplacement d'un exil psychique... réussi. De ce recours là, de singularités en détresse, bien des groupes sociaux se nourrissent, ou même se repaissent¹. »

La nostalgie pourrait donc témoigner de tout autre chose que de la seule métaphore du désir du névrosé : de la nécessité de colmater coûte que coûte l'écart au risque d'instituer le Même en instance réparatrice et l'Autre en instance persécutrice.

Avant de clore ce panorama des incidences cliniques de l'exil, il n'est sans doute pas superflu d'indiquer en quoi ces quelques développements mènent à agencer un peu différemment les cadres du savoir psychopathologique. Ou encore, dit d'une autre manière : en quoi l'étude des effets d'exil implique un déplacement du regard clinique ? Lors de la présentation de la phénoménologie de l'exil, nous avons entrevu la volonté de ce paradigme de se démarquer des entreprises nosographiques issues de la psychopathologie de la migration et de l'ethnopsychiatrie. Saisi dans sa dimension d'événement prenant place dans l'histoire d'une vie, le tableau clinique de l'exil ne vaut en effet que par sa transversalité et, partant, ne se saurait se déployer qu'en dehors des catégorisations nosographiques d'obédience structurale. Or si l'on se situe là dans un régime des signes, il apparaît qu'une telle logique peut être projetée sur celui des processus : la transversalité nosographiques de l'exil est dans le même temps une transversalité de sa dynamique psychique. C'est en tout cas ce que l'on pourrait déduire des deux passages suivants, rédigés par O. Douville :

« Beaucoup de troubles du lien et du lieu posent la question du sujet, et ce, non pas tant immédiatement au plan de sa névrose infantile. Ainsi nous alertent des positions et gestes sacrificiels en automutilations, inerties, toxicomanies, mises en avant d'un corps vécu comme à jamais lésé (« sinistrose »), dépressions post-partum « culturelles »... C'est de la précarité de l'ensemble des opérations narcissiques et symboliques de la fondation de sa personne dans l'épreuve du déplacement dont témoignent ces symptomatologies². »

« [...] les tableaux de grandes psychopathologies sont à peu près les mêmes partout, et il s'agit de ne pas confondre les souffrances d'exil et d'acculturation et les classiques tableaux de psychopathologies infantiles (psychose et autisme de l'enfant, névroses phobiques...)»³. »

1. Cherki A., « Exclus de l'intérieur – Empêchement d'exil », 1997, *op. cit.*, p. 115.

2. Douville O., « Cliniciens et anthropologues : vers un dialogue possible ? », 1996, *op. cit.*, p. 76.

3. Douville O., « Notes sur quelques apports de l'anthropologie dans le champ de la clinique « interculturelle » », 2000, *op. cit.*, p. 759.

Ces deux extraits sont certes le fait d'un seul auteur, mais la solidarité de leur contenu avec celui d'autres littératures sur l'exil nous invite, au risque d'un forçage supplémentaire, à extrapoler à l'échelle du paradigme. Il apparaît ici clairement que si les cliniques de l'exil prennent appui sur une psychanalyse marquée par le frayage structuraliste d'un Lacan, elles ne sauraient toutefois se satisfaire de la réduction du savoir freudien puis lacanien à une psychopathologie paisiblement ordonnée par le classique découpage : névrose, psychose, perversion – chacune de ces entités « structurales » se spécifiant d'un mécanisme inaugural puis d'un rapport particulier à l'Autre et à l'objet. Il ne s'agit pas, bien sûr, de déclarer caduque cette répartition mais d'éprouver tout de même son heuristique au regard des tableaux cliniques des souffrances dans l'exil. Or ces derniers, nous aurons l'occasion d'y revenir, n'entrent pas parfaitement dans les cadres déjà constitués et requièrent de fait un déplacement du regard et des savoirs, l'ouverture de la pensée en direction de l'actualité de l'exil dans son articulation au lien social. La seule référence à une psychopathologie structurale et ses catégories morbides risquerait en effet d'irréaliser le statut du déplacement en le rapportant, à la manière d'une certaine lecture de la nostalgie, à un non-événement toujours-déjà pris dans l'insistance et la répétition de l'infantile. À quoi bon porter attention à l'exil actuel s'il a toujours-déjà eu lieu, s'il n'est pas autre chose que l'effet d'une scène névrotique, psychotique, ou pourquoi pas perverse ? Quelle pertinence y aurait-il à parler d'un sujet en exil si ce sujet ne tire finalement son authentique consistance que d'appartenir à l'un des trois états qui en quelque sorte, gouvernent le monde ? Or si ce paradigme s'inscrit bel et bien dans une perspective d'analyse structurale en ceci qu'il pose le sujet comme effet d'une combinatoire signifiante, rien ne dit en revanche qu'il s'inscrive aveuglément dans une référence à la structure recollée sur une entité morbide. Névrose, psychose et perversion ne sont peut-être pas les catégories les aptes à éclairer ces cliniques du délitement du rapport à l'Autre ; cliniques dont l'un des enjeux serait précisément de renouveler la pensée en la mettant à l'épreuve de l'actualité du lien social.

[5.2.3] Refus de prescription

Il est temps dorénavant d'aborder l'instance des thérapeutiques telles que formalisées par les cliniques de l'exil, et quoique l'explicitation de leurs dispositifs soit bien souvent esquissée de manière discrète. À la différence d'une ethnopsy dont on a vu à quel point elle s'orientait d'une théorie du dispositif clinique, le présent paradigme est loin de se caractériser par une même ardeur technicienne, de même qu'il ne cherche nullement à mettre en place des modes de prise en charge prétendus spécifiques aux migrants. Plus globalement, les cliniques de l'exil entendent s'inscrire dans une pratique (d'inspiration) psychanalytique dont le mot d'ordre pourrait être : un *refus de prescription*. Il faut entendre par-là le refus définitif de soumettre au patient la moindre prescription identitaire, de même qu'il n'est pas requis de

celui-ci un plein assentiment à ses appartenances supposées. Une telle position entérine bien entendu le profond décalage vis-à-vis de l'ethnopsy, mais encore de toute pratique prompte à fétichiser, d'une manière ou d'une autre, la différence de culture. Aussi J.M. Hirt peut-il affirmer que

« si l'on convient que s'ouvrir à l'altérité de l'étranger, c'est s'ouvrir à l'altérité d'une autre culture, ni la suffisance narcissique, ni l'impérialisme culturel ne sont plus appropriés. Certes, ils ont fait les beaux jours de la psychiatrie coloniale et, accessoirement, de sa reproduction actuelle dans une certaine ethnopsychiatrie. De plus, que l'on ne s'y trompe pas, cette psychiatrie réussissait aussi à soigner, car l'inconscient du clinicien est souvent apte à déjouer ses affirmations conscientes et à entrer en relation avec un *autre* qui ne se laisse pas ramener au même¹. »

Partant il est clair au sein des cliniques de l'exil, qu'il ne s'agira en aucun cas d'utiliser des procédés thérapeutiques issus de la culture d'origine, tout comme il ne sera pas requis du patient qu'il fasse état des théories étiologico-thérapeutiques en vigueur dans sa culture. Plus radicalement, rien ne vient justifier ici le recours à de l'information ethnologique pour espérer combler efficacement le défaut de compréhension que peut ressentir un clinicien face à un patient issu d'une autre culture, et ce même s'il faut bien admettre que

« toute souffrance, quelle qu'elle soit, s'exprime à travers les cadres conceptuels de chaque culture et de chaque époque ; d'où la nécessité d'interroger nos outils théoriques. Ce questionnement incarne le mouvement propre à la clinique qui, dans sa visée non clôturante, et dans son souci de la valeur que prend un symptôme dans la parole même du patient, maintient un regard et une écoute de la dimension singulière d'un sujet². »

Il convient également de souligner que le mode de dispositif favorisé par les cliniques de l'exil ne vise pas non plus l'adaptation *stricto sensu* du patient à la société d'accueil puisque là encore, une telle entreprise procéderait finalement d'une logique de prescription et de normalisation risquant d'abraser le positionnement du sujet face à l'origine et à l'accueil. Ce n'est donc pas l'appartenance en elle-même qui devrait régir le dispositif, mais bien davantage une possibilité laissée au sujet de s'exprimer selon ses propres coordonnées, quel que soit le lieu de provenance des signifiants par lesquels il se représente :

« Ici, en France, notre position de clinicien travaillant en institution nous permet de favoriser la possibilité pour un sujet d'opérer des va-et-vient entre l'expression de ses coordonnées subjectives irréductiblement singulières et ses attentes de sacré qu'il va parfois, à notre insu et au sien, déposer dans nos lieux et nos cadres d'écoute. Autrement dit, il importe de laisser le temps pour que se découvre, se recouvre et se retrouve à nouveau un écart symbolique culturel et subjectif. Nous parlons ici de l'écart qu'il y a

1. Hirt J.M., *Le miroir du prophète. Psychanalyse et Islam*, Paris, Grasset & Fasquelle, 1993 ; p. 24.

2. Stitou R., « Universalité et singularité de l'exil », *op. cit.*, p. 24.

entre le fait pour nos patients d'être institués par les lois de la communauté [...] et la réalité d'être assujettis par les refoulements et les montages inconscients singuliers. Écart entre la supposition et le réel du fantasme¹. »

La démarche thérapeutique veillera alors à permettre au sujet d'assumer son histoire et de retrouver ainsi le sens perdu de son exil. Et si la question de l'appartenance se manifeste au cours du soin, le clinicien devra surtout être attentif la manière dont le sujet en parle et se positionne vis-à-vis d'elle ; ceci afin de favoriser la constitution progressive et singulière d'une identité. Appropriation d'une histoire, reconstitution des signifiants de la filiation, réouverture au lien social, tressage des références, passage entre-deux cultures – tels sont les quelques bornes posées par les cliniques de l'exil pour rendre compte de leurs pratiques et marquer aussi leur farouche opposition aux dispositifs trop enclins aux assignations identitaires. Et l'on notera dans le même temps que le travail thérapeutique auprès de sujets exilés reste précisément attentif à la situation d'exil et de passage, au rapport entretenu par le sujet aux topiques de l'origine et de l'accueil. Autrement dit si l'on est bien ici dans un cadre de pratique psychanalytique, l'on aperçoit aussi comment ce paradigme, plutôt que de réduire d'emblée l'exil aux aléas de la position du sujet quant au désir et au fantasme fondamental, favorise aussi, et surtout, l'expression des modalités d'inscription et de réinscription du sujet dans le lien social.

[5.3] Anthropologie des mondes contemporains

[5.3.1] De l'expérience subjective au motif anthropologique

Si le champ d'expérience princeps des cliniques de l'exil est celui d'une clinique à l'épreuve de la migration, la phénoménologie de l'exil a montré que l'on ne pouvait toutefois restreindre l'éprouvé de cette expérience à celles et ceux qui se sont un jour expatriés. Car l'autochtone lui aussi est parfois frappé d'exil et de ce fait, se confronte à une épreuve excédant largement la seule problématique du franchissement de frontières géographiques. Or cette assertion ne concerne pas uniquement l'appréhension phénoménologique de l'événement mais aussi son processus psychique : l'autochtonie elle-même est aux prises avec une rupture du et dans le lien social et de ce point de vue, la clinique des migrants vient magistralement éclairer la manière avec laquelle les montages et les fictions identitaires dans notre modernité sont eux-mêmes en crise. De la singularité de l'expérience subjective au motif anthropologique de la modernité, l'exil et ses variations se font catégorie de lecture opératoire pour caractériser à la

1. Douville O., Galap J., « Santé mentale des migrants et réfugiés en France », 1999, *op. cit.*, p. 6.

fois l'état contemporain du lien social et ses conséquences tant inédites que dramatiques sur les subjectivités :

« [...] la dimension de l'exil peut devenir un opérateur grossissant des débats plus vastes que ne l'est celui posé par la prise en charge des migrants. Car plus il y eut des constructions cliniques, ethno-psychanalytiques, sur la prise en charge des migrants, et moins s'est dégagée une perspective centrale : celle de l'ébranlement des mises en récits et en fictions des fondations généalogiques pour de larges pans de la population en mal de lieu, c'est-à-dire en exil sans fin ou en autochtonie désemparée. Aujourd'hui, le sédentaire est sans centralité, le déplacement n'ouvre que rarement sur un horizon pensable¹. »

C'est alors tout un pan de ce que l'on nomme régulièrement les « nouvelles cliniques » dans la modernité, et dont nous avons déjà relevé nombre de formes symptomatiques à l'évocation de l'exil intérieur, qui trouve son interprétation renouvelée par l'hypothèse d'une profonde crise du lien social contemporain. Qu'en est-il alors de cette fameuse modernité ? Il importe d'abord de souligner qu'un tel diagnostic de crise est loin d'être l'apanage des seules cliniques de l'exil car il participe d'un mouvement bien plus général qui, mêlant réflexion anthropologique et analyse psychopathologique, s'attache à saisir l'émergence de nouvelles expressions de la souffrance psychique au regard du lien social contemporain². Car on fait ici le pari que les symptômes subjectifs sont eux-mêmes entrelacés à ce qui dans le social, fait symptôme et point d'impossible. Or si les changements sociaux ne sont bien entendu pas nouveaux, il s'avère en revanche que ceux marquant notre contemporanéité et son malaise pourraient bien receler une part d'inédit, dont les conséquences subjectives restent d'ailleurs encore à mesurer.

« Dissolution des liens, perte des repères symboliques, voici génériquement les coordonnées du malaise dont nous sommes les témoins et les acteurs et qui nous appellent à nous

1. Douville O., « Cliniciens et anthropologues : vers un dialogue possible ? », 1996, *op. cit.*, p. 72.

2. Une littérature pour le moins abondante, à la fois issue de l'anthropologie et de la psychanalyse, aborde ce type de problématique. Entre autres références, et quoique cette liste soit bien sûr fort limitée, on pourra par exemple se reporter à :

- Augé M., *Pour une anthropologie des mondes contemporains* (1994), Paris, Flammarion, coll. Champs, 1997
- Lebrun J.P., *Un monde sans limites. Essai pour une clinique psychanalytique du lien social*, Ramonville Saint-Agne, Érès, coll. Point Hors Ligne, 1997 ;
- Legendre P., *Leçons I : La 901^{ème} Conclusion. Études sur le théâtre de la Raison*, Paris, Fayard, 1998 ;
- Melman C., *L'Homme sans gravité. Jouir à tout prix. Entretiens avec Jean-Pierre Lebrun*, Paris, Denoël, coll. Médiations, 2002.
- Les numéros successifs de la revue *PTAH (Psychanalyse - Traversées - Anthropologie - Histoire)*.

Et à titre de tentative de réfutation partielle, et traversière, de ce mouvement :

- Zafiroopoulos M., *Lacan et les sciences sociales. Le déclin du père (1938-1953)*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. Philosophie d'aujourd'hui, 2001 ;
- Zafiroopoulos M., « Pour une clinique freudienne de la violence. L'ignorance du sociologique comme impasse psychanalytique », in Assoun P.L., Zafiroopoulos M. (dir.), *Logiques du symptôme. Logique pluridisciplinaire*, Paris, Economica/ Anthropos, 2004 : 1-26.

arracher à nos constructions et modèles théoriques afin de produire [...] de nouveaux bords subjectifs¹. »

Voilà comment O. Natahi condense les principaux paramètres de ce qu'il faudrait bien appeler une dérive du symbolique propre à la modernité. Cette crise se caractériserait par une atteinte sans précédent portée à ce qui est tour à tour nommé le Tiers, la Référence ou encore le Père comme instance ordonnant l'ordre symbolique à partir duquel s'instaurent les interdits fondateurs (l'inceste et le meurtre) et les catégories de la différence (des sexes et des générations). Or si le site du Tiers est entamé, ce sont alors les repères anthropologiques soutenant toute formation sociale, et donc toute formation subjective, qui progressivement se délitent et ne répondent plus. *Homme sans gravité* plongé dans *un monde sans limites*, le sujet de la modernité serait donc celui qui, confronté à la crise du symbolique, ne trouverait plus dans le social de quoi inscrire un bord et une limite puisqu'à l'inverse, s'impose dans ce monde l'érosion systématique des limites et l'abolition de toute forme de discontinuité entre les sexes et les générations. Cette dernière configuration, alliée au fantasme de continuité intégrale entre la vie et la mort, amène alors Douville à proposer l'hypothèse d'une *mélan-colisation du lien social* par laquelle il serait possible de mieux saisir tout un pan de la misère psychique sociale, de ces pathologies socio-cliniques témoignant de

« l'effondrement du lien narcissique et transgénérationnel du sujet à son groupe, lorsque son corps lui-même échoue à représenter les emblèmes néo-mythiques d'une appartenance, au moins fantasmatiquement partagée². »

Le modèle de la mélancolie pour penser le lien social contemporain indique aussi la nécessité de réinterroger cette tendance, en psychanalyse, à toujours envisager le collectif en suivant les voies tracées par le modèle de la névrose. La version freudienne de la *Kultur* reste en effet calquée sur la logique névrotique de l'interdit et du renoncement pulsionnel à partir de quoi s'échafaudent les institutions humaines, les dispositifs réglementant les rapports des hommes entre eux. Mais quelle est la validité de ce modèle au regard d'une modernité qui tend justement à pulvériser la limite et démanteler les dispositifs de l'interdit ? La névrose garde-t-elle encore un pouvoir de lisibilité sur des formes de lien social dont le mot d'ordre se situe non plus du côté du renoncement et de la pacification, mais du côté d'une injonction surmoïque à jouir toujours davantage ?

Pour en revenir à la dimension de l'exil dans la modernité, il apparaît donc que ce qui fait radicalement défaut au sujet, migrant *et* autochtone, soit la pérennité des dispositifs permettant de réguler et pacifier le rapport à l'Autre, au semblable et à la perte :

1. Natahi O., « Subjectivation et modernité. Le lien social à l'épreuve de la dérive du symbolique », *PTAH*, 1997, 3/4 : 183-189 ; p. 184.

2. Douville O., « Essai sur la mélancolisation du lien social », 1997, *op. cit.*, p. 65.

« Cette façon de recueillir le radicalement étranger à partir d'une fiction partagée que chacun élabore en fonction de son histoire, n'est-ce pas ce qui fait défaut actuellement ? Et le désir ravalé à l'unique besoin trouve de plus en plus des voies d'écoulement ailleurs que dans la pacification ou dans la créativité. Nous en constatons les effets quotidiens dans la pratique clinique. C'est ce qui fournit la trame des passages à l'acte violents et des conduites addictives à travers lesquelles se conjuguent souffrances subjectives et difficultés sociales. [...]. Ce vœu mortifère qui refuse d'admettre que l'Autre entre toujours dans la composition du même, peut se retrouver aussi bien chez l'autochtone qui vit une rupture historique, que chez celui qui provient d'un autre pays, d'une autre culture. Tous les deux sont marqués par le déplacement qui vient bousculer leurs repères, c'est-à-dire ce qui fait tenir ensemble les emblèmes qui supportent les identifications¹. »

Les « nouveaux symptômes » dans la modernité doivent donc se comprendre dans leur étroite solidarité avec la faillite des médiations symboliques et s'il n'est sans doute pas nécessaire de les rapporter à l'hypothétique existence d'une entité « structurale » supplémentaire (l'état-limite aura déjà prouvé son inconsistance), peut-on pour autant soutenir que ces manifestations (errances, toxicomanies, délinquances, positions sacrificielles...) ne procèdent que d'un simple renouvellement, plus ou moins abouti, des formes d'expression de maladies ou de structures à jamais préservées des bouleversements dans le lien social ? Bien au contraire faut-il considérer que les dits-symptômes témoignent au plus près de ce que le lien social offre de possibilités de subjectivation. Or dans ce contexte de crise où le sujet n'a pas d'autre sort que celui d'être livré à un perpétuel dé-placement, subsiste le symptôme comme indice d'une subjectivation en suspens, trajet d'exil empêché, dans l'attente indéfinie d'un Autre susceptible de répondre à l'appel. Le champ des cliniques à l'épreuve de la modernité ne saurait donc s'extraire du tissu social délabré qui rend toujours plus opaque la saisie de l'altérité comme instance d'où le sujet pourrait se situer.

En conséquence, peut-être assiste-t-on à l'émergence d'une nécessité ; celle de poser un peu différemment la question du sujet dès lors que l'on souhaite comprendre en quoi ce dernier est bien affecté par le lien social et ses déroutes. L'enjeu serait alors celui d'une pensée du sujet aux prises avec les violences de l'Histoire et les impasses du politique, contraint à l'expérimentation et l'invention de nouveaux modes de subjectivation pour faire du monde un espace habitable et non une simple zone de relégation. C'est alors un objet nouveau qui peu à peu s'esquisse, si l'on suit les indications de Douville et Galap :

« À l'ancienne ethnopsychiatrie, démarche pluridisciplinaire qui s'efforce de comprendre la dimension ethnique des troubles mentaux et qui n'a su créer aucune nostalgie spécifique, il convient de faire place à une anthropologie clinique des incidences subjectives des traumas et des ruptures liées aux expériences de déplacements, d'accultu-

1. Stitou R., « Universalité et singularité de l'exil », 1997, *op. cit.*, p. 27.

ration et d'exils. Cette approche nouvelle, qui tourne le dos à la *folk-psychiatry*, fait que psychiatres et anthropologues ne travaillent plus seulement sur de mêmes phénomènes considérés comme relevant de la nosologie ou de l'ethnologie, mais construisent un objet nouveau : le sujet entre-deux, en décalage. Un sujet sis entre le modèle que sa société se construit du trouble psychique et celui qu'il rencontre ici, mais surtout entre une identité perdue et une autre davantage complexe et incertaine. La souffrance mentale dans la migration, dans l'exil, dans le refuge, est alors à appréhender aussi comme une tentative de se démarquer des fidélités traditionnelles, comme une ouverture pour une autre subjectivation, moins inféodée au clivage des lieux et des références¹. »

Implication moderne du registre de la subjectivité, ce sujet *entre-deux* ne se définirait donc pas comme un état mais bien plus comme un parcours dont rien ne présage *a priori* du point d'arrivée. D'où l'insistance à parler également de subjectivation pour indiquer le processus par lequel du sujet advient entre-deux cultures, entre-deux langues, entre-deux sites. Mais pour qu'un tel sujet puisse justement advenir, encore faut-il que le décalage dont il s'inaugure puisse ensuite frayer un passage et une transition. Et ce que la modernité nous aura appris, c'est qu'il faut pour cela certaines conditions, fragiles et incertaines.

[5.3.2] Malaise et Anomie

Les précédentes considérations sur une crise du symbolique propre à la modernité entendent bien s'inscrire dans une filiation freudienne, en tant que propositions de lecture des aspects actuels du Malaise dans le lien social. Il s'agit là de rendre compte de la manière avec laquelle la modernité se confronte et répond à l'énigme de l'incomplétude originaire fondatrice du lien social. Diagnostic de l'état contemporain des dispositifs régulant les relations des hommes entre eux, cette analyse tend ainsi à montrer que le sort réservé au Malaise fait l'objet de bouleversements, moments de crise où les principes régulateurs se délitent non sans induire quelque effet sur les subjectivités. Or cette pensée d'un *moment* de crise dans le lien social, si elle emprunte à Freud une part essentielle de sa modélisation, n'est pas sans évoquer ce que Durkheim conceptualisa pour sa part sous la notion d'*anomie*. Nous tâcherons alors dans un premier temps, d'indiquer en quoi la dite-crise du lien social s'inscrit aussi, d'une certaine manière, dans une filiation durkheimienne. Et pour ce faire, nous prendrons appui sur la célèbre étude sociologique sur le suicide.

Le projet de Durkheim est d'éclairer sous l'angle de la sociologie les comportements suicidaires et plus précisément, de démontrer que le suicide, qui concerne bien l'individu isolé, procède d'un strict déterminisme sociologique. Et l'on sait que l'auteur distingue trois classes

1. Douville O., Galap J., « Santé mentale des migrants et réfugiés en France », 1999, *op. cit.*, p. 10.

de suicide (altruiste, égoïste et anémique) que nous allons respectivement expliciter. Le suicide altruiste, où la notion d'individu n'a que peu d'importance, est jugé caractéristique des sociétés où l'individu est fortement soumis aux valeurs collectives. Dans ce contexte, le suicide altruiste correspond à une conduite dont le pôle est situé non pas dans l'individu isolé mais dans les valeurs du groupe auquel il appartient, accomplissant ainsi un devoir et un sacrifice *pour* le groupe. Toute autre serait en revanche la configuration des suicides égoïste et anémique, davantage typiques de la société moderne où

« la personnalité individuelle est de plus en plus affranchie de la personnalité collective¹. »

C'est justement dans l'affranchissement de l'individu de la collectivité que ces deux types de suicide vont trouver leur plus sûr motif. Durkheim estime en effet que les sociétés modernes se caractérisent par une indépendance de plus en plus marquée de l'individu face aux pressions sociales. Ce processus, désormais qualifié d'*anomie*, désigne un moment de crise au cours duquel les règles sociales guidant les conduites et les aspirations individuelles, perdent de leur emprise, deviennent incompatibles entre elles ou doivent céder leur place à d'autres. Bref l'anomie procède d'un dérèglement normatif libérant l'individu du joug social :

« Ce que l'homme a de caractéristique, c'est que le frein auquel il est soumis n'est pas physique, mais moral, c'est-à-dire social. Il reçoit sa loi non d'un milieu matériel qui s'impose à lui, mais d'une conscience supérieure à la sienne et dont il sent la supériorité. Parce que la majeure et la meilleure partie de sa vie dépasse le corps, il échappe au joug du corps, mais il subit celui de la société. Seulement, quand la société est troublée, que ce soit par une crise douloureuse ou par d'heureuses mais trop soudaines transformations, elle est provisoirement incapable d'exercer cette action ; et voilà d'où viennent ces brusques ascensions de la courbe des suicides [...]»². »

Or dans les sociétés modernes, cet état de crise et d'anomie est bel et bien constant et signe la tragique rupture des relations harmonieuses entre l'individu et le social. Car il fut un temps où cette harmonie régnait ; celui d'avant l'avènement de la famille conjugale, d'avant la perte par le politique de son statut régulateur, d'avant l'érosion de l'autorité religieuse, de cette *âme de la religion* au fondement de l'*idée de société*. Ainsi dans le suicide égoïste, le lien rattachant l'homme à la vie se rompt car celui rattachant l'homme à la société s'est lui-même détendu. Les conduites ne sont plus alors guidées de l'extérieur par les normes sociales mais de l'intérieur par des normes en quelque sorte auto-prescrites — d'où l'égoïsme de cet acte :

1. Durkheim E., *Le suicide. Étude de sociologie* (1897), Paris, Presses Universitaires de France, coll. Quadrige, 1990 ; p. 261.

2. *Ibid.*, pp. 279-280.

« Plus les groupes auxquels il [l'individu] appartient sont affaiblis, moins il en dépend, plus, par la suite, il ne relève que de lui-même pour ne reconnaître d'autres règles de conduite que celles qui sont fondées dans ses intérêts privés¹. »

Quant au suicide anémique, il résulte quant à lui d'une foncière incapacité des règles sociales à réguler les passions — qu'il s'agisse de désirs de promotion, de gain, ou de désirs sexuels. Partant, la société n'est plus en mesure de freiner l'expression déchaînée des passions individuelles et le suicide anémique puise dans ce dérèglement de l'activité des hommes et la souffrance qui en résulte. Durkheim établit alors la comparaison suivante entre les deux types de suicide :

« *L'un et l'autre proviennent de ce que la société n'est pas suffisamment présente aux individus. Mais la sphère d'où elle s'absente n'est pas la même dans les deux cas. Dans le suicide égoïste, c'est à l'activité proprement collective qu'elle fait défaut, la laissant ainsi dépourvue d'objet et de signification. Dans le suicide anémique, c'est aux passions proprement individuelles qu'elle manque, les laissant ainsi sans frein qui les règle². »*

En quoi cette théorie sociologique du suicide peut-elle nous intéresser dans notre tentative d'explicitation du projet des cliniques de l'exil ? Il s'avère tout d'abord que le diagnostic d'une crise du lien social contemporain puise certes à une source freudienne mais au regard des présents développements, on pourra aussi y reconnaître un postulat durkheimien. La thèse de fond des suicides égoïste et anémique énonce en effet que l'un et l'autre procèdent *in fine* d'un défaut de présence du social dans l'individu. Un point de souffrance se révèle lorsque les normes et les repères se délitent, se brouillent ou se modifient ; l'homme coupé de ses références est alors livré à lui-même. Or qu'est-ce que la crise du symbolique, qu'est-ce que l'exil actuel, si ce n'est un moment critique de trouble de la présence de/dans l'Autre pour le sujet, moment de vacillation des montages collectifs d'où le sujet pouvait se situer ? Partant, l'exil actuel dans la modernité pourrait bien devenir un autre nom de l'anomie, de cet état de crise typique, selon Durkheim, de l'époque moderne.

Mais au delà d'une simple analogie dressée entre exil dans la modernité et anomie, ce détour par Durkheim permet également de situer l'analyse de la crise de lien social *entre* Freud et Durkheim, *entre* Malaise et Anomie, *entre* l'inactualité de l'incomplétude et l'actualité d'un moment de crise. Car pour saisir ce qu'il en est du lien social contemporain, il ne suffit peut-être pas de porter le diagnostic d'un Malaise chronique dans la Culture ; encore faut-il être en mesure, par la suite, d'en appréhender l'actualité de ses bouleversements. En d'autres termes, la référence à un Malaise insurmontable pour épingle ce qu'il en est du lien social ne doit pas épuiser le projet de comprendre la dynamique des ruptures auxquelles il se confronte parfois

1. *Ibid.*, p. 223.

2. *Ibid.*, p. 288. Nous soulignons.

dangereusement. Et l'on aperçoit alors comment l'analyse du lien social trouve ici son parfait *analogon* dans celle de l'exil en tant qu'expérience subjective : *entre* l'inactuel d'une condition et l'actuel d'un événement.

[5.3.3] Opacité de l'entre-deux

L'*entre-deux* est très certainement le lieu épistémique privilégié des cliniques de l'exil et plusieurs variations sont tour à tour venues l'incarner : entre l'inactualité d'une condition ontologique et l'actualité d'une expérience ; entre l'inactualité de l'exil et l'actualité du déplacement ; entre le sujet marqué d'un défaut de représentation et le sujet pris dans l'exigence d'inscription ; entre l'inactualité d'une structure et l'actualité d'un événement ; entre psychanalyse et anthropologie ; entre Malaise et Anomie... L'un des arguments majeurs de ce paradigme est qu'il est possible et surtout heuristique de constituer cet *entre-deux* en objet critique et, ainsi, de maintenir l'exigence d'une mise en tension des pôles différenciés. Une autre manière de formuler cette exigence pourrait en passer par cette question : comment ne pas tenir pour rien la consistance d'un événement (et particulièrement le déplacement) tout en ne cédant pas sur l'insistance d'un toujours-déjà là (et particulièrement la séparation). Telle pourrait donc être l'une des questions posée par les cliniques de l'exil ; question qu'il ne s'agirait surtout pas de résoudre en choisissant l'un des termes de l'alternative mais, bien au contraire, de maintenir résolument ouverte... au risque de draper l'*entre* ainsi préservé d'une certaine opacité.

Nous sommes déjà avertis, grâce aux paradigmes précédents, des dangers nés de réponses trop abruptes aux diverses alternatives ici mentionnées. D'une psychiatrie coloniale régie par la notion de constitution aux actuelles ethnopsychiatries fétichisant les références culturelles, en passant par une psychopathologie de la migration obnubilée par la seule condition sociologique de migrant ; nous avons vu à chaque fois quel était le prix à payer lorsque le regard était un peu trop rapidement enclin à supprimer l'un des termes du (des) binaire(s). Est-ce à dire pour autant que le paradigme des cliniques de l'exil réussirait à dépasser ces clivages au point d'être en mesure d'intégrer les termes des contradictions ? Rien n'est moins sûr, car la tension ici maintenue ne vise aucunement à opérer une synthèse des contraires pour aboutir à un point de vue totalisant et clos sur lui-même. Il s'agirait plutôt de considérer l'évidente solidarité entre l'exigence épistémique du courant et l'objet sur lequel il travaille : de la même manière qu'il nous est dit que le sujet *entre-deux* est un sujet en décalage et en transition vers un ailleurs dont l'horizon n'est pourtant pas une clôture, les cliniques de l'exil doivent maintenir l'*entre* dans un espace d'indétermination suffisant pour ne pas recoller définitivement la pensée sur l'un des termes seulement.

Mais il faut encore souligner qu'il ne s'agit pas non plus d'accéder par cet *entre* à une maîtrise de la méthodologie du double discours puisque, nous l'avons vu, celle-ci ne mène *in fine* qu'à un non-lieu épistémique que l'on doit toujours quitter pour rejoindre l'un ou l'autre côté de la frontière. Subsiste tout de même quelque voisinage entre les cliniques de l'exil et l'ethnopsy dans sa version initiale : l'une et l'autre côtoient l'indétermination lorsqu'elles approchent de l'entre-deux. Mais si l'une en sort pour retrouver la lettre de sa méthode, l'autre y reste avec l'espoir d'y croiser quelque résonance avec son objet propre.

Ni synthèse dialectique des termes mis en présence, ni exclusion réciproque des points de vue, l'entre-deux a peut-être alors pour fonction première de permettre le maintien du principe de non-identité : l'exil sera à la fois signifiant de la fondation *et* de son empêchement ; le sujet sera à la fois défaut radical dans l'ordre de la représentation *et* instance ne tenant qu'à la condition d'être représentée. Face à ces deux propositions, on estimera peut-être se trouver face à des contradictions logiques témoignant d'un défaut de formalisation. Nous proposerons d'y reconnaître d'abord une indétermination nécessaire au paradigme pour à la fois penser l'actualité du déplacement et veiller cependant au risque, si souvent dénoncé par lui, de réduire l'individu à sa migration ou le sujet à son exil.

Bref : un point d'opacité venant assurer la non-identité à soi-même.

CONCLUSION
[DÉFAUT(S) D'ORIGINE]

Comme nous l'avons annoncé dès l'introduction de ce travail, l'objectif n'est pas de parvenir ici à la démonstration d'une thèse positive et consistante, mais davantage de soutenir la pertinence d'un trajet doublement borné par l'histoire et l'épistémologie. Partis à la recherche des modalités d'écriture des rapports de la psychopathologie à la migration dans le seul contexte français, nous avons ainsi isolé quelques paradigmes incommensurables sans nous soucier toutefois de l'exhaustivité du corpus de référence. En cela, ce travail reste minimal puisqu'il ne propose *in fine* qu'une brève série d'éclairages locaux braqués sur quelques courants psychopathologiques qui auront fait de la migration un objet de pensée et l'enjeu d'un déplacement des savoirs et des pratiques. Et il n'y a là rien de plus.

Néanmoins, une prétention épistémologique nous a tout de même contraint à inscrire globalement un ordre et une logique, de manière à faire de ce travail autre chose qu'une simple juxtaposition de théories incommensurables. D'où le recours à la notion de paradigme pour appréhender quelques modalités différentielles de construction du phénomène « migration » dans le champ de la psychopathologie. Il s'est alors agi de traiter chacun de ces paradigmes pour lui-même en tentant d'en restituer sa logique interne, c'est-à-dire ses conditions de formalisation et de mise en impasse sans adopter d'emblée un point d'extériorité à partir duquel le corpus aurait ensuite été lu et évalué. Quant à la logique de succession des paradigmes, elle s'est ordonnée autour de l'hypothèse qu'une impasse majeure rencontrée par un paradigme était ensuite contestée, reprise et déplacée par un autre.

L'entreprise échoue tout de même, au moins partiellement, car si des points d'impasse ont certes été révélés au fil de la reconstitution d'une logique interne, tous gravitent autour d'un même centre occupé par *notre* question à leur endroit – précieux rempart avant de définitivement se fondre dans un système de pensée *a priori* étranger. Le lecteur aura été averti de l'existence de la question et du traitement qui lui aura été infligé : celui de n'apparaître qu'au fur et à mesure de l'explicitation des paradigmes, de manière à faire de cette dissertation la formalisation progressive d'une question simple, certes présente et énoncée dès le départ, mais qu'il eût été trop dommage d'imposer puis de justifier page après page.

Il nous suffira donc pour conclure d'en rappeler l'énoncé – *comment penser le migrant comme non-identique à lui-même ?* – et de prendre congé tout en n'omettant pas, bien sûr, d'y donner suite.

1.

— Et t'es ici depuis combien de temps ?

— Deux mois.

— Quelle année ?

— Maîtrise.

— Et elle est bien, la fac de psycho de Rennes ?

— Y'a pire, j'imagine.

— Moi, je suis en DESS à Paris 8 et mon modèle théorique, c'est l'ethnopsychiatrie. Tu vois ce que c'est ?

— Vaguement, oui. J'essaie d'écrire un mémoire sur l'exil.

— L'important, tu vois, c'est de ne jamais oublier que tout le monde a une culture et ça détermine plein de trucs pour les cliniciens ! On ne peut pas soigner les gens si on ne prend pas en compte leur culture et c'est à partir de ça qu'il faut travailler. Mais je n'ai pas réussi à trouver d'autre stage que celui-ci, et je me demande si je vais pouvoir rencontrer des patients étrangers pour appliquer mes outils théoriques...

— Pardon ?? Tu fais un stage en psychiatrie par dépit, et tu regrettes dès le premier jour de ne pas pouvoir faire de sorcellerie ou un brin de lecture dans le marc de café ? Et tu comptes peut-être traquer le moindre patient black ou beur pour dénicher l'esprit ou le sorcier qui lui a jeté un sort ? Mais n'oublie pas que tu peux aussi proposer des séjours thérapeutiques en forêt de Brocéliande ; prier devant la misérable flaque faisant office de fontaine de jouvence permet sûrement aux bretons de renouer avec leurs racines et de régler leurs problèmes avec maman !

— Mais ça n'a rien à voir ! Ici, la question de la culture ne se pose pas puisqu'ils sont tous français ! On peut donc s'entendre en utilisant les théories occidentales ! Je ne suis pas aussi débile que tu le pré...

— Eh bien si, justement ! Parce que l'universel, ça existe ! Les patients que tu reçois, ce sont d'abord des Sujets et on se fout pas mal de savoir quelle est leur culture d'origine ! T'as déjà entendu parler de l'Inconscient ? Du Complexe d'Œdipe ? De la Struc...

— Je connais tous ces trucs-là ! Mais lorsqu'on rencontre un patient bambara en entretien, ça change tout, et on n'y comprendra rien si on ne connaît pas sa culture. Point.

— Bof... Si tu n'as pas d'autre argument, tu me permets d'aller perdre mon temps ailleurs ?

2.

Plusieurs mois se sont écoulés. Lui aussi est désormais en DESS de psychologie clinique et a souhaité poursuivre un bout de chemin dans l'univers trouble de la psychiatrie. Changement de statut oblige, il a désormais droit à un bureau mais, résolument incapable de s'approprier le lieu, il préfère déambuler dans les couloirs et mener les entretiens là où ses interlocuteurs auront souhaité le promener. Aujourd'hui, Piero l'attend dans le petit salon du rez-de-

chaussée mais contrairement à la dernière fois, il ne veut pas marcher. Il est de toute façon trop épuisé à force d'insomnies car chaque nuit, un spectre assidu lui rend visite. Alors même ici, chaque nuit, il boit. Non pour invoquer le sommeil mais l'Inspiration, celle qui lui permit naguère, là-bas, de réaliser ses plus belles fresques. Mais après quelques années de gloire, fort modeste du point de vue de la notoriété mais incontestable du point de vue de la création, il dût revenir : perte de papiers, manque d'argent, problèmes de santé. Et depuis ce temps-là, les traits posés sur la toile ont perdu leur sens et il n'arrive pas à la quitter. *Qui ?* La bouteille, italienne de préférence quoique cela dépende des finances et de ce que les collègues sortis en permission auront bien voulu lui rapporter. *L'Italie ?* Oui, là-bas, l'Italie. Mais la bouteille surtout, dont la magie tarde malheureusement à exaucer les vœux. *Un bout d'histoire familiale, en quelque sorte.* Rien à voir avec la famille ! Rien à voir avec les parents et l'Italie sur laquelle ils n'ont su que pleurer ! Car les toiles parlaient une langue autrement plus inspirante, celle du Quattrocento, jusqu'au jour funeste où elles se sont tues. Et depuis, place au bégaiement de la bouteille. *Depuis le retour ici, en France.* Mais non ! Depuis le silence ! Une nuit florentine de décembre, deux ou trois touches énergiques sur la toile et soudain, le vide. Puis les papiers, l'argent, la santé et la bouteille. *Les choses s'étant aggravées depuis le retour, a-t-il déjà songé à repartir là-bas ?* Bien sûr que non puisque les mots et les images ont disparu ! Dans ce foutu pays ou sur une autre planète, fagoté de parents italiens, aborigènes ou extra-terrestres, rien n'y changera. Seule la bouteille permet encore d'articuler des sons, tandis que la toile a définitivement cessé de dire. *Et les parents... qu'en disent-ils ?* Et ce jeune abruti, quand daignera-t-il écouter ? Piero soupire une dernière fois, se lève, esquisse un sourire illisible, ajuste maladroitement un bonnet sur sa tête douloureuse et s'en va, tracer des cercles de pas incertains sous la neige.

3.

Même abruti, même stage, quelques semaines plus tard. Il doit rencontrer aujourd'hui une jeune femme ayant exigé, lors de la prise de rendez-vous, d'être reçue dans un bureau de psychologue – repère indispensable pour bien distinguer le travail de tous ces gens étranges supposés soignants. Scrutant les murs à la recherche d'une infime aspérité pouvant attester de la vitalité du lieu, il sort de sa contemplation à l'entente des bruits de pas désespérément traînants qui retentissent dans le couloir. Quelques coups discrets assénés à la porte, dont le grincement chaleureux indique la timide ouverture. Le voyage accompagné jusqu'à la chaise en formica blanc est laborieux et semé d'embûches, Madame éprouvant visiblement quelque difficulté à émerger d'un songe neuroleptique. Il s'installe face à elle – chaise en formica marron, chacun sa place – et lui demande s'il ne serait pas plus judicieux qu'elle reparte faire un somme. *Non. Le jour et l'heure, Dieu les décide pour vous. Alors prenons nos dispositions.* Elle refuse de prononcer son prénom, *trop maternel*, et son nom, *trop marital*, mais cela n'a aucune importance : elle n'est pas venue avec l'espoir de régler les problèmes

posés par sa mère et son mari, mais avec celui d'obtenir un avis éclairé quant à la rigueur de sa démarche. Car elle est en quête de l'inexplicable et pour cela, il faut une méthode digne de l'enjeu. Alors elle lit, beaucoup. Ses recherches actuelles portent sur des auteurs de langue allemande, lus en version originale car les traductions égarent toujours le sens. Et c'est au tour de Carl Gustav Jung et d'Ernst Jünger d'être quotidiennement objets de dissection littéraire, malgré les incessants reproches d'une famille inquiète puisque trop inculte. Fort heureusement, le psychologue ici présent admet que les livres puissent contenir des choses fortes pour qui s'en persuade, *comme quoi vous avez bien retenu les leçons de vos lectures mais chez moi ça va beaucoup plus loin. Je suis mystique*. Or ceci est écrit jusque dans son nom de jeune fille, hérité d'un père iranien dont la seule faute fut de laisser à sa femme française le choix d'un prénom breton tout aussi ridicule qu'abhorré par la pauvre enfant – nom dont la racine correspond presque exactement à celle de « mystique » en persan. Comment pourrait-elle alors se soustraire aux exigences du nom de la quête de Dieu ? A-t-elle d'autre destin que celui de s'inscrire dans l'illustre lignée des mystiques de l'ancienne Perse ? D'où la recherche éperdue, initiée dès l'enfance, des signes de Sa présence, tapie dans les moindres recoins d'une écriture portée par un authentique dessein spirituel. Mais une chose seulement semble désormais interpeller le clinicien approximatif : la correspondance entre le nom et sa racine. À partir de quoi, fasciné, il invite Madame, radieuse, à exposer ses connaissances linguistiques ; l'entretien se transformant en une extraordinaire leçon de persan. *Vous ne m'êtes d'aucune utilité, je peux maintenant m'en aller*. Perplexe, il contemple la chaise vide tandis que dans le couloir résonnent les derniers pas, à peine plus alertes qu'il y a deux heures. Quelque chose cloche sérieusement. Non pas la prétendue compréhension du « cas » mais cette curieuse fascination envers la langue persane, solidaire d'un étrange oubli de tout ce qui fut entendu auparavant. Reviennent alors à la surface d'une mémoire décidément capricieuse ces mots, autrefois reçus avec un mépris souverain : *on n'y comprendra rien si on ne connaît pas sa culture...* Et sur l'un des murs, il aperçoit enfin une discrète constellation de trous de punaises.

4.

Certains problèmes se révèlent parfois suffisamment tordus pour leur consacrer un peu de temps. Il arrive même qu'on ait l'audace d'en faire une thèse.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Abraham K., « Les traumatismes sexuels comme forme d'activité sexuelle infantile » (1907), in Abraham K., *Œuvres Complètes – I. Rêve et Mythe*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1977 : 24-35.
- [2] Ahami A.T.O., « Facteurs et situations impliqués dans l'apparition des désordres psychosomatiques chez les malades nord-africains en France », *Annales médico-psychologiques*, 1991, 149, 7 : 573-580.
- [3] Alliez J., Decombes H., « Réflexions sur le comportement psycho-pathologique d'une série de nord-africains musulmans immigrés », *Annales médico-psychologiques*, 1952, 110, II : 150-156.
- [4] Allouch J., « Perturbation dans l'ernépsy », *Littoral*, 1988, 26 : 63-86.
- [5] Almeida (de) Z., « Introduction à la psychopathologie de la transplantation », *L'Information psychiatrique*, 1972, 48, 2 : 167-173.
- [6] Almeida (de) Z., « Les perturbations mentales chez les migrants », *L'Information psychiatrique*, 1975, 51, 3 : 249-281.
- [7] Almeida (de) Z., Alzueta A., Calvet M., et al., « Rapatriements sanitaires des immigrés pour motifs psychiatriques », *L'Information Psychiatrique*, 1974, 50, 3 : 281-292.
- [8] Amselle J.L., M'Bokolo E. (dir.), *Au cœur de l'ethnie : ethnies, tribalisme et État en Afrique* (1985), Paris, La Découverte, 1999.
- [9] *Annales médico-psychologiques*, 1982, 140, 6 ; Actes de la « Réunion conjointe de la Société médico-psychologique et de la Société maghrébine de psychiatrie du 24 mai 1982 consacrée à l'étude de la famille et psychiatrie. Aspects généraux et incidences sur la pathologie de la transplantation ».
- [10] Augé M., *Symbole, fonction, histoire. Les interrogations de l'anthropologie*, Paris, Hachette Littérature, coll. L'Esprit Critique, 1979.
- [11] Augé M., *Pour une anthropologie des mondes contemporains* (1994), Paris, Flammarion, coll. Champs, 1997.
- [12] Ayouch Boda A., « La nostalgie, exil », *L'Évolution Psychiatrique*, 1999, 64 : 271-279.
- [13] Balandier G., « Dynamiques sociales », in Balandier G., *Sens et puissance. Les dynamiques sociales*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. Quadrige, 1981 : 13-73.
- [14] Barros-Ferreira (de) M., « L'immigrant portugais et « son » hystérie ou l'hystérie de l'immigration », *L'Évolution Psychiatrique*, 1978, XLIII, 3 : 521-548
- [15] Barros-Ferreira (de) M., « Psychothérapie des immigrés portugais », *L'Évolution Psychiatrique*, 1987, 52, 1 : 209-229.

- [16] Barth F., « Les groupes ethniques et leurs frontières » (1969), in Poutignat P., Streiff Fenart J., *Théories de l'ethnicité*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. Le Sociologue, 1995 : 203-249.
- [17] Bastide R., *Sociologie des maladies mentales* (1965), Paris, Flammarion, coll. Champs, 1977.
- [18] Bastide R., « Acculturation » (1968), *Encyclopædia Universalis*, 1996, Vol. 1.
- [19] Baubet T., Moro M.R., « Syndrome méditerranéen, sinistrose... Il n'y a pas de pathologie spécifique de la migration », in Baubet T., Moro M.R. (dir.), *Psychiatrie et migrations*, Paris, Masson, Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, 2003 : 137-147.
- [20] Beauchesne H., Esposito J., *Enfants de migrants*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. Psychiatrie ouverte, série Nodules, 1981.
- [21] Beaudoin H., Beaudoin J.L., « Le problème psychiatrique de l'immigration. Les stades de dépistage », *Annales médico-psychologiques*, 1947, 105, I : 416-420.
- [22] Bégué J.M., « Genèse de l'ethnopsychiatrie. Un texte fondateur de la psychiatrie coloniale française : Le Rapport de Reboul et Régis au Congrès de Tunis en 1912 », *Psychopathologie Africaine*, 1997, XXVIII, 2 : 177-220.
- [23] Benadiba M., Adjedj J.P., Horber M., Sichel J.P., « Quelques problèmes particuliers posés par la pathologie mentale des transplantés nord-africains », *Annales médico-psychologiques*, 1980, 138, 1 : 88-94.
- [24] Ben Jelloun T., *La plus haute des solitudes. Misère sexuelle d'émigrés nords-africains*, Paris, Seuil, coll. Combats, 1977.
- [25] Bennani J., *Le corps suspect. Le migrant, son corps et les institutions soignantes*, Paris Galilée, 1980.
- [26] Bennani J., *La psychanalyse au pays des saints. Les débuts de la psychiatrie et de la psychanalyse au Maroc*, Casablanca, Éditions Le Fennec, 1996.
- [27] Bennani J., « Désirs d'exil », *Psychologie clinique*, nouvelle série, 1997, 3 : 31-38.
- [28] Benslama F., « Incidences cliniques de l'exil », *Cahiers Intersignes*, 1991, 3 : 45-46.
- [29] Benslama F., « L'enfant et le lieu », *Cahiers Intersignes*, 1991, 3 : 51-68.
- [30] Benslama F., « L'illusion ethnopsychiatrique », *Le Monde*, 4 décembre 1996.
- [31] Benslama F., « La demeure empruntée », *Psychologie clinique*, nouvelle série, 1997, 3 : 39-47.
- [32] Benslama F., « Épreuves de l'étranger », in Ménéchal J. (dir.), *Le risque de l'étranger. Soin psychique et politique*, Paris, Dunod, 1999 : 54-76.

- [33] Benslama F., « « Nous » », *Le Coq-Héron*, 2003, 175 : 45-53.
- [34] Benslama F., « Qu'est-ce qu'une clinique de l'exil ? », *L'Évolution Psychiatrique*, 2004, 69 : 23-30.
- [35] Bensmail B., « Notes sur les aspects transculturels et psychopathologiques de la migration maghrébine en France », *Psychopathologie Africaine*, 1990-1991, XXIII, 3 : 305-327.
- [36] Bensmail B., Boucebc M., Bouchefra A., Millet L., Seddik-Ameur M., « Psychopathologie et migration », *Annales médico-psychologiques*, 1982, 140, 6 : 647-662.
- [37] Berner P., Zapotoczky H.G., « Psychopathologie des transplantés », *Confrontations Psychiatriques*, 1969, 4 : 135-154.
- [38] Berthelie R., *Incidence psychopathologique de la transplantation dans une population musulmane*, Thèse pour le Doctorat en Médecine, Lyon, 1966, n°49.
- [39] Berthelie R., « Psychiatres et psychiatrie devant le musulman algérien », *L'Évolution Psychiatrique*, 1979, XLIV, 1 : 139-160 ; reproduit et mis à jour in *Psychopathologie Africaine*, 1980, XVI, 3 : 343-369.
- [40] Berthelie R., Lejeune F., « Les émigrés en France. Problèmes de sinistrose », *L'Information Psychiatrique*, 1981, 57, 4 : 483-490.
- [41] Boigey, « Étude psychologique sur l'Islam », *Annales médico-psychologiques*, 1908, 66, VIII : 5-14.
- [42] Bolzinger A., « Jalons pour une histoire de la nostalgie », *Bulletin de psychologie*, 1989, 389 : 310-321.
- [43] Bolzinger A., « Psychologie du départ et du retour. 1/ Émigrés, exilés, expatriés », *Bulletin de Psychologie*, 1990, 398 : 77-86.
- [44] Bolzinger A., « Psychologie du départ et du retour. 4/ Migrants venus du Maghreb », *Bulletin de Psychologie*, 1991, 401 : 410-442.
- [45] Brissaud E., « La sinistrose », *Le Concours Médical*, 1908 : 114-117.
- [46] Brisset C., « Le culturalisme en psychiatrie (étude critique) », *L'Évolution Psychiatrique*, 1963, 28 : 369-405.
- [47] Cadoret M., « La question de l'identité. Transmission, dette, ritualité », *Connexions*, 1994, 63 : 189-197.
- [48] *Cahiers Intersignes*, 1991, 3, « Parcours d'exil ».

- [49] Canguilhem G., « Dialectique et philosophie du non chez Gaston Bachelard » (1963), in Canguilhem G., *Études d'histoire et de philosophie des sciences* (1968), Paris, J. Vrin, 1975 : 196-207.
- [50] Chabane M., « Virilité et paternité. À propos des plaintes somatiques des hommes du Maghreb », *Psychanalystes*, 1984, 12 : 19-38.
- [51] Chalmers A.F., *Qu'est-ce que la science ? Récents développements en philosophie des sciences : Popper, Kuhn, Lakatos, Feyerabend* (1982), Paris, Le Livre de Poche, coll. Biblio/essais, 1995.
- [52] Charpentier R., « Présentation d'un vœu de M. René Charpentier concernant l'examen psychiatrique des candidats à l'immigration en France et des candidats à la naturalisation française », *Annales médico-psychologiques*, 1946, 104, I : 76-79.
- [53] Chérif A., « Étude psychologique sur l'Islam », *Annales médico-psychologiques*, 1909, 67, IX : 353-363.
- [54] Cherki A., « Exclus de l'intérieur – Empêchement d'exil », *Psychologie clinique*, nouvelle série, 1997, 4, 109-115.
- [55] Cherki A., « Réduits au silence », *PTAH*, 1997, 1/2 : 91-96.
- [56] Cherki A., « Figures de l'errance », *PTAH*, 1998, 5/6 : 67-72.
- [57] Collignon R., « Immigration et psychopathologie », *Psychopathologie Africaine*, 1990-1991, XXIII, 3 : 265-278.
- [58] Collignon R., « Some reflections on the history of psychiatry in french speaking West Africa. The example of Senegal », *Psychopathologie Africaine*, 1995-1996, XXVII, 1 : 37-51.
- [59] Collignon R., « Contributions à la psychiatrie coloniale et à la psychiatrie comparée parues dans les *Annales médico-psychologiques*. Essai de bibliographie annotée », *Psychopathologie Africaine*, 1995-1996, XXVII, 2-3 : 265-326 ; 1997, XXVIII, 2 : 221-269.
- [60] Collignon R., « Émergence de la psychiatrie transculturelle au lendemain de la seconde guerre mondiale (Références africaines) », in Moro M.R., De La Noë Q., Mouchenik Y.(dir.), *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social*, Grenoble, La Pensée Sauvage, 2004 : 79-107.
- [61] Collomb H., « Assistance psychiatrique en Afrique (expérience sénégalaise) », *Psychopathologie Africaine*, 1965, I, 1 : 11-84.
- [62] Cuhe D., *La notion de culture dans les sciences sociales* (1996), Paris, La Découverte, coll. Repères, 2004.
- [63] Dadoun R., *Géza Róheim et l'essor de l'anthropologie psychanalytique*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1972.

- [64] Dahoun Z.K.S., « Les us et abus de l'ethnopsychiatrie », *Les Temps Modernes*, 1992, 552-553 : 223-253.
- [65] Daumézon G., « Transplantation et maladie mentale », *La revue du praticien*, 1965, XV, 2 : 119-137.
- [66] Daumézon G., Champion Y., Champion-Basset J., « Étude démographique et statistique des entrées masculines nord-africaines à l'Hôpital psychiatrique de Sainte-Anne de 1945 à 1952 », *L'Hygiène Mentale*, 1954, XLIII, 1 : 1-20 ; 1954, XLIII, 3 : 85-107.
- [67] Deleuze G., Guattari F., *L'Anti-Œdipe. Capitalisme et schizophrénie*, Paris, Les Éditions de Minuit, coll. « Critique », 1972.
- [68] Deligny J., *Contribution à la compréhension de la psychopathologie de la transplantation. Études de quelques cas cliniques*, Thèse pour le Doctorat en Médecine, Toulouse, 1976, n°439.
- [69] Devereux G. (et Loeb E.M.), « Acculturation antagoniste » (1943) in Devereux G., *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion, 1972 : 201-231.
- [70] Devereux G., « Fondements logiques des études de Culture-et-Personnalité » (1945), in Devereux G., *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion, 1972 : 85-110.
- [71] Devereux G., *Psychothérapie d'un Indien des plaines. Réalité et rêve* (1951, 1969), Paris, Fayard, 1998.
- [72] Devereux G., « Les facteurs culturels en thérapie psychanalytique » (1953), in Devereux G., *Essais d'ethnopsychiatrie générale* (1970), Paris, Gallimard, coll. TEL, 1983 : 334-353.
- [73] Devereux G., « Culture et Inconscient » (1955), in Devereux G., *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion, 1972 : 65-84.
- [74] Devereux G., « Normal et anormal » (1956), in Devereux G., *Essais d'ethnopsychiatrie générale* (1970), Paris, Gallimard, coll. TEL, 1983 : 1-83.
- [75] Devereux G., *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* (1967), Paris, Flammarion, 1980.
- [76] Devereux G., « Argument » (1972), in Devereux G., *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion, 1972 : 9-22.
- [77] Dorès M., « Le psy, le chaman et le charlatan », *Le Monde*, 4 décembre 1996.
- [78] Douville O., « Destins du corporel en exil. Vers une anthropologie clinique », in *L'écrit du corps*, Paris, G.R.E.C., 1992 : 87-109.

- [79] Douville O., (dir.), *Anthropologie et Cliniques. Recherches et Perspectives*, Rennes, Éditions ARCP, 1996.
- [80] Douville O., « Essai sur la mélancolisation du lien social », *PTAH*, 1997, 1/2 : 59-79.
- [81] Douville O., « Notes sur quelques apports de l'anthropologie dans le champ de la clinique « interculturelle » », *L'Évolution Psychiatrique*, 2000, 65 : 741-761.
- [82] Douville O., « Anthropologie du contemporain et clinique du sujet », *L'Évolution Psychiatrique*, 2004, 69 : 31-47.
- [83] Douville O., Galap J., « Santé mentale des migrants et réfugiés en France », *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Psychiatrie, 37-880-A-10, 1999 : 11p.
- [84] Douville O., Natahi O., « De l'inactualité de l'ethnopsychiatrie », *Synapse*, 1998, 147 : 23-30.
- [85] Dreyfus H., Rabinow P., *Michel Foucault. Un parcours philosophique* (1983), Paris, Gallimard, Folio Essais, 1992.
- [86] Durkheim E., *Le suicide. Étude de sociologie* (1897), Paris, Presses Universitaires de France, coll. Quadrige, 1990.
- [87] Fanon F., *Peau noire, masques blancs* (1952), Paris, Seuil, coll. Points, 1975.
- [88] Fanon F., *Les damnés de la terre* (1961), Paris, Gallimard, Folio Actuel, 1997.
- [89] Fassin D., « L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit », *Genèses*, 1999, 35 : 146-171.
- [90] Fassin D., « Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies africaines aux banlieues parisiennes », *L'Homme*, 2000, 153 : 231-250.
- [91] Fassin D., Rechtman R., *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion, 2007.
- [92] Fédida P., *Le site de l'étranger. La situation psychanalytique*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. Psychopathologie, 1995.
- [93] Foucault M., *L'archéologie du savoir*, Paris, Gallimard, 1969.
- [94] Foucault M., *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir* (1976), Paris, Gallimard, coll. TEL, 1994.
- [95] Foucault M., *Histoire de la sexualité II. L'usage des plaisirs* (1984), Paris, Gallimard, coll. TEL, 1997.
- [96] Foville A., « Les aliénés voyageurs ou migrants. Étude clinique sur certains cas de lypémanie », *Annales médico-psychologiques*, 1875, 33, XIV : 5-45.

- [97] Freud S., « La dynamique du transfert » (1912), in Freud S., *La technique psychanalytique*, Paris, Presses Universitaires de France, 2004 : 50-60.
- [98] Freud S., *Totem et tabou. Quelques concordances dans la vie d'âme des sauvages et des névrosés* (1912-1913), in Freud S., *Œuvres complètes. Psychanalyse. Volume XI. 1911-1913*, Paris, Presses Universitaires de France, 2005 : 189-385.
- [99] Freud S., « Deuil et mélancolie » (1915), in Freud S., *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, Folio Essais, 1995 : 145-171
- [100] Freud S., « L'inquiétante étrangeté » (1919), in Freud S., *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, Paris, Gallimard, Folio Essais, 1997 : 209-263.
- [101] Freud S., « Psychologie des foules et analyse du moi » (1921), in Freud S., *Essais de Psychanalyse*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1988 : 117-217.
- [102] Freud S., *Le malaise dans la culture* (1929), Paris, Presses Universitaires de France, coll. Quadrige, 1997.
- [103] Freud S., *L'homme Moïse et la religion monothéiste. Trois essais* (1939), Paris, Gallimard, Folio Essais, 1996.
- [104] Gérin Y., « L'interrogation du clinicien face à la crise du sujet moderne, son exil intérieur », *Psychologie clinique*, nouvelle série, 1997, 3 : 133-147.
- [105] Grinberg L., Grinberg R., *Psychanalyse du migrant et de l'exilé* (1984), Lyon, Césura Lyon Editions, coll. Psychanalyse, 1986.
- [106] Groselle R., *Le « Mal-partout » chez les immigrés maghrébins : entité médicale ou socio-culturelle ?*, Thèse pour le Doctorat en Médecine, Marseille, 1980, n°151.
- [107] Ham M., *L'immigré et l'autochtone face à leur exil. Cultures d'exclusions et savoirs hors sujet. Essai clinique*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, coll. Psychopathologie clinique, 2003.
- [108] Hassoun J., *L'exil de la langue. Fragments de langue maternelle* (1979), 2^e édition, Paris, Point Hors Ligne, 1993.
- [109] Hassoun J., *Les contrebandiers de la mémoire* (1994), Paris, La Découverte/Syros, 2002.
- [110] Heisenberg W., *Le manuscrit de 1942*, Paris, Allia, 2003.
- [111] Henry C., « La case de l'oncle Tobie », *Psychopathologie Africaine*, 1997, XXVIII : 107-111.
- [112] Hirt J.M., *Le miroir du prophète. Psychanalyse et Islam*, Paris, Grasset & Fasquelle, 1993.

- [113] Huguet M., « Exil intérieur et ennui », *Psychologie clinique*, nouvelle série, 1997, 4 : 11-23.
- [114] Ifrah A., *Le Maghreb déchiré. Tradition, Folie et Migration*, Claix, La Pensée Sauvage, 1980.
- [115] Jones E., « Le droit de la mère et l'ignorance sexuelle chez les sauvages » (1925), in *Psychanalyse. Folklore. Religion*, Paris, Payot, 1973 : 129-152.
- [116] Koechlin P., « Perturbations des mécanismes instrumentaux d'insertion au milieu (essai psychopathologique), *L'Évolution Psychiatrique*, 1956, 3 : 587-611.
- [117] Kouassi K., « Nomination et identité dans la migration », *Le Coq-Héron*, 2003, 175 : 54-61.
- [118] Kraepelin E., « Psychiatrie comparée » (1904), *Psychopathologie Africaine*, 1995-1996, XXVII, 2-3 : 259-263.
- [119] Kuhn T.S., *La structure des révolutions scientifiques* (1970), Paris, Flammarion, coll. Champs, 2003.
- [120] Lacan J., « Le séminaire sur « La Lettre volée » (1956), in Lacan J., *Écrits*, Paris, Seuil, coll. Champ Freudien, 1966 : 11-61.
- [121] Lantéri-Laura G., *Psychiatrie et connaissance. Essai sur les fondements de la pathologie mentale*, Paris, Sciences en situation, 1991.
- [122] Lantéri-Laura G., *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Paris, Éditions du Temps, 1998.
- [123] Laplantine F., *L'ethnopsychiatrie*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. Que sais-je ?, 1988.
- [124] Latour B., Stengers I., « Du bon usage de l'ethnopsychiatrie », *Libération*, 21 janvier 1997.
- [125] Leboyer M., Lévy-Leboyer C., Gorwood P., « Psychopathologie sociale », in Widlöcher D. (dir.), *Traité de psychopathologie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1994 : 823-861.
- [126] Lebrun J.P., *Un monde sans limites. Essai pour une clinique psychanalytique du lien social*, Ramonville Saint-Agne, Érès, coll. Point Hors Ligne, 1997.
- [127] Le Gaufey G., « Un objet peu esthétique », *La Part de l'Œil*, 2003/2004, 19 : 49-59.
- [128] Legendre P., *Leçons I : La 901^{ème} Conclusion. Études sur le théâtre de la Raison*, Paris, Fayard, 1998.
- [129] Le Guillant L., « Introduction à une psychopathologie sociale », *L'Évolution Psychiatrique*, 1954, 1 : 1-52.

- [130] Le Guillant L., « Psychopathologie de la transplantation », *Le Concours Médical*, 1960, 82, 27 : 3429-3440.
- [131] Lenclud G., « Le grand partage ou la tentation ethnologique », in Althabe G., Fabre D., Lenclud G. (dir), *Vers une ethnologie du présent*, Paris, Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme, coll. Ethnologie de la France, 1992 : 9-37.
- [132] Levet, « L'assistance des aliénés algériens dans un asile métropolitain », *Annales médico-psychologiques*, 1909, 67, IX : 45-67 ; 239-249.
- [133] Lévi-Strauss C., *La pensée sauvage* (1962), Paris, Pocket, coll. Agora, 1995.
- [134] Linton R., *Le fondement culturel de la personnalité* (1945), Paris, Dunod, 1995.
- [135] Malinowski B., *La sexualité et sa répression dans les sociétés primitives* (1924-1927), Paris, Payot, 1971.
- [136] Mannoni O., *Le racisme revisité. Madagascar, 1947*, Paris, Denoël, coll. L'espace analytique, 1997.
- [137] Marie A., « Les aliénés étrangers en France », *Annales médico-psychologiques*, 1930, 88, II : 264.
- [138] Marković M., Tomašek B., Jevtić-Todorović J., Stanišić P., « Psychoses chez les émigrants. Tableau clinique et caractéristiques de la personnalité pré-émigrante », *Annales médico-psychologiques*, 1973, 131, 3 : 341-347.
- [139] Martial R., « Étude de l'aliénation mentale dans ses rapports avec l'immigration », *L'Hygiène Mentale*, 1933, XXVIII, 2 : 29-51 ; 1933, XXVIII, 3 : 53-71.
- [140] Mauss M., « Rapports réels et pratiques de la psychologie et de la sociologie » (1924), in Mauss M., *Sociologie et anthropologie* (1950), Préface de C. Lévi-Strauss, Paris, Presses Universitaires de France, coll. Quadrige, 1983 : 281-310.
- [141] Meignant P., « Notes sur l'immigration », *L'Hygiène Mentale*, 1933, XXVIII, 3 : 71-76.
- [142] Meilhon, « L'aliénation mentale chez les Arabes. Études de nosologie comparée », *Annales médico-psychologiques*, 1896, 54, III : 17-32, 177-207, 364-377 ; 1896, 54, IV : 27-40, 204-220, 344-363.
- [143] Melman C., *L'Homme sans gravité. Jouir à tout prix*. Entretiens avec Jean-Pierre Lebrun, Paris, Denoël, coll. Médiations, 2002.
- [144] Miroglio A., *La psychologie des peuples*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. Que sais-je ?, 1958.
- [145] Moreau de Tours J., « Recherches sur les aliénés, en Orient. Notes sur les établissements qui leur sont consacrés à Malte (Ile de), au Caire (Egypte), à Smyrne (Asie-Mineure), à Constantinople (Turquie) », *Annales médico-psychologiques*,

1843, I : 103-132 ; reproduit et présenté par Bégué J.M., « Moreau (de Tours), ethnopsychiatre », *L'Évolution Psychiatrique*, 1990, 55, 4 : 813-831.

- [146] Moro M.R., *Parents en exil. Psychopathologie et migrations* (1994), Paris, Presses Universitaires de France, coll. Le fil rouge, 2001.
- [147] Moro M.R., « Les débats autour de la question culturelle en clinique : une spécificité française ? », in Baubet T., Moro M.R. (dir.), *Psychiatrie et migrations*, Paris, Masson, Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, 2003 : 35-49.
- [148] Moro M.R., Baubet T., « Un lieu métissé et cosmopolite d'accueil et de soins des migrants : le dispositif de la psychiatrie transculturelle à l'hôpital Avicenne (Bobigny) », in Baubet T., Moro M.R. (dir.), *Psychiatrie et migrations*, Paris, Masson, Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, 2003 : 181-194.
- [149] Moro M.R., De La Noë Q., Mouchenik Y. (dir.), *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social*, Grenoble, La Pensée Sauvage, 2004.
- [150] Moro M.R., Giraud F., « L'exil et la souffrance psychique », *Esprit*, 2000, 7 : 155-168.
- [151] Mounier B., *Algérie, algériens et transplantés. Considérations ethnologiques et sociologiques. Aperçu psychopathologique et psychiatrie*, Thèse pour le Doctorat en Médecine, Lyon, 1974, n°298.
- [152] Moussaoui D., Ferrey G., *Psychopathologie des migrants*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. Psychiatrie ouverte, série Nodules, 1985.
- [153] Naili Douaouda B., « La sinistrose chez le migrant maghrébin », *Annales médico-psychologiques*, 1986, 144, 10 : 1099-1104.
- [154] Natahi O., « Subjectivation et modernité. Le lien social à l'épreuve de la dérive du symbolique », *PTAH*, 1997, 3/4 : 183-189.
- [155] Nathan T., *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique* (1986), 2^e édition, Paris, Dunod, 2001.
- [156] Nathan T., *Le sperme du diable. Éléments d'ethnopsychothérapie*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. Les Champs de la Santé, 1988.
- [157] Nathan T., *Fier de n'avoir ni pays, ni amis, quelle sottise c'était... Principes d'ethnopsychanalyse*, Grenoble, La Pensée Sauvage, 1993.
- [158] Nathan T., *L'influence qui guérit*, Paris, Odile Jacob, 1994.
- [159] Nathan T., « Manifeste pour une psychopathologie scientifique » (1995), in Nathan T., Stengers I., *Médecins et sorciers*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond/Sanofi Synthélabo, 1999 : 9-113.
- [160] Nathan T., « Entretien », *Le Monde*, 22 octobre 1996.

- [161] Nathan T., « Une psychologie qui prend des risques », *Le Monde*, 4 janvier 1997.
- [162] Nathan T., « Pas de psychiatrie hors les cultures », *Libération*, 30 juillet 1997.
- [163] Nathan T., *Nous ne sommes pas seuls au monde*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond/Le Seuil, 2001.
- [164] Nicaise H., Nicaise J., Delteil P., Carrère J., « Syndromes érotomaniaques survenant chez des Algériens musulmans séjournant en France », *Annales médico-psychologiques*, 1961, 119, I : 548-554.
- [165] Noiriel G., *Le creuset français. Histoire de l'immigration. XIX^e-XX^e siècle* (1988), Paris, Seuil, coll. Points, 1992.
- [166] Ortigues M.C., Ortigues E., *Œdipe africain*, Paris, Union Générale d'Éditions, 10/18, 1973.
- [167] Pélicier Y., « Aperçus généraux sur la psychologie des transplantés », *Le Concours Médical*, 1964, 86, 17 : 2717-2723.
- [168] Platon, *Timée*, in *Sophiste, Politique, Philèbe, Timée, Critias*, traduits par E. Chambry, Paris, Garnier Flammarion, 1969 : 399-469.
- [169] Policar A., « La dérive de l'ethnopsychiatrie », *Libération*, 20 juin 1997.
- [170] Porot A., « Notes de psychiatrie musulmane », *Annales médico-psychologiques*, 1918, 74, IX : 377-384.
- [171] Porot A. (dir.), *Manuel alphabétique de psychiatrie clinique et thérapeutique*, Troisième édition remaniée et mise à jour, Paris, Presses Universitaires de France, 1965.
- [172] Pouget R., Cirba R., Chiariny J.F., Castelnau D., « Troubles psychiatriques chez les Français musulmans immigrés », *Annales médico-psychologiques*, 1975, 133, 2, 3 : 541-561.
- [173] Pouillon J., « Malade et médecin : le même et/ou l'autre ? (Remarques ethnologiques) », *Nouvelle revue de psychanalyse*, 1970, 1 : 77-98.
- [174] *Psychologie clinique*, nouvelle série, 1997, 3, « Les sites de l'exil ».
- [175] *Psychologie clinique*, nouvelle série, 1997, 4, « L'exil intérieur ».
- [176] Pulman B., « Anthropologie et psychanalyse : « paix et guerre » entre les herméneutiques », *Connexions*, 1984, 44 : 81-97.
- [177] Pulman B., « Le débat anthropologie/psychanalyse et la référence au « terrain » », *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 1986, LXXX : 5-26.

- [178] Quirot B., « Faux mouvement. Voyage et psychopathologie », *Gradhiva*, 1995, 18 : 3-26.
- [179] Rauchs P., « La nostalgie ou le malentendu du retour », *L'Évolution Psychiatrique*, 1999, 64 : 281-288.
- [180] Rechtman R., « De l'ethnopsychiatrie à l'a-psychiatrie culturelle », *L'Évolution Psychiatrique*, 1995, 60, 3 : 637-649.
- [181] Rechtman R., « De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatres », *Hommes & Migrations*, 2000, 1225 : 46-61.
- [182] Rechtman R., « De l'efficacité thérapeutique et « symbolique » de la structure », *L'Évolution Psychiatrique*, 2000, 65 : 511-530.
- [183] Rechtman R., « L'ethnisation de la psychiatrie : de l'universel à l'international », *L'Information Psychiatrique*, 2003, 79, 2 : 161-169.
- [184] Rechtman R., Raveau F.H.M., « Fondements anthropologiques de l'ethnopsychiatrie », *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Psychiatrie, 37-715-A-10, 1993 : 8p.
- [185] Róheim G., *Psychanalyse et anthropologie. Culture-Personnalité-Inconscient* (1950), Paris, Gallimard, coll. TEL, 1978.
- [186] Roudinesco E., « Je plaide pour la liberté de ne pas être toujours ramené à mes racines », *Politix*, 1999, 577 : 20-23.
- [187] Russel B., *Histoire de mes idées philosophiques* (1959), Paris, Gallimard, coll. TEL, 2001.
- [188] Sanchez F., *Considérations sur l'immigration du travailleur musulman algérien en France. Troubles mentaux présentés par les immigrés algériens placés dans un service d'hommes à l'Hôpital Psychiatrique de Clermont-de-l'Oise de 1952 à 1959*, Thèse pour le Doctorat en Médecine, Rennes, 1960, n° 122.
- [189] Saussure (de) F., *Cours de linguistique générale* (1916), Édition critique préparée par T. de Mauro, Paris, Payot, 1972.
- [190] Sayad A., *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Paris, Seuil, coll. Liber, 1999.
- [191] Scotto J.C., Antoni M., Dravet A., Frot N., Pin M., Warnery F., « Santé mentale et migration : aspects actuels », *L'Information Psychiatrique*, 1990, 66, 10 : 1000-1004.
- [192] Scotto J.C., Luccioni H., Liauzu J.P., Pin M., Trouvé J.N., « De la perte d'identité à l'invalidation chez le travailleur immigré », *Annales médico-psychologiques*, 1982, 140, 6 : 634-638.
- [193] Sériot P., « Limites, bornes et normes : la délicate constitution de l'objet de connaissance en sciences humaines », *L'Unebvue*, 2004, 22 : 139-151.

- [194] Sibony D., « Tous malades de l'exil », *Libération*, 30 janvier 1997.
- [195] Sivadon P., Koechlin P., Guibert M., « À propos des troubles mentaux des transplantés », *Annales médico-psychologiques*, 1954, 112, II : 101-106.
- [196] Solanes J., « Exil et troubles du temps-vécu », *L'Hygiène Mentale*, 1948, XXXVII, 5 : 62-78.
- [197] Starobinski J., « Le concept de nostalgie », *Diogène*, 1966, 54 : 92-115.
- [198] Stein H.F., « Cultural relativism as the central organizing resistance in cultural anthropology », *The Journal of Psychoanalytic Anthropology*, 1986, 9, 2 : 157-175.
- [199] Stitou R., « Universalité et singularité de l'exil », *Psychologie clinique*, nouvelle série, 1997, 3 : 13-29.
- [200] Sutter J., « Quelques aspects de la Psychogenèse en milieu indigène Nord-Africain », *Maroc Médical*, 1949, 284 : 215-216.
- [201] Sutter J., Berthelie R., « Courrier. À propos de l'École psychiatrique d'Alger », *Psychopathologie Africaine*, 1982, XVIII, 1 : 116-121.
- [202] Sutter J., Porot M., Pélicier Y., « Aspects algériens de la pathologie mentale », *Algérie Médicale*, septembre 1959 : 891-896.
- [203] Trillat E., « Une histoire de la psychiatrie au XX^e siècle », in Postel J., Quétel C., *Nouvelle histoire de la psychiatrie* (1994), Nouvelle édition revue et augmentée, Paris, Dunod, 2002 : 339-367.
- [204] Trouvé J.N., Liauzu J.P., Calvet P., Scotto J.C., « Aspects pratiques des soins en milieu psychiatrique chez les patients immigrés », *Annales médico-psychologiques*, 1984, 142, 1 : 25-45.
- [205] Weil P., *La France et ses étrangers. L'aventure d'une politique de l'immigration de 1938 à nos jours* (2004), Nouvelle édition refondue, Paris, Gallimard, Folio Histoire, 2005.
- [206] Zafiroopoulos M., *Lacan et les sciences sociales. Le déclin du père (1938-1953)*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. Philosophie d'aujourd'hui, 2001.
- [207] Zafiroopoulos M., « Pour une clinique freudienne de la violence. L'ignorance du sociologique comme impasse psychanalytique », in Assoun P.L., Zafiroopoulos M. (dir.), *Logiques du symptôme. Logique pluridisciplinaire*, Paris, Economica/Anthropos, 2004 : 1-26.

INDEX NOMINUM

- Abraham K., 102-104, 108, 110
- Adjedj J.P., 97, 110, 141.
- Ahami A.T.O., 128.
- Alliez J., 89-91, 93, 94, 98, 130, 140.
- Allouch J., 156.
- Almeida Z. de, 12, 78, 97, 99, 100-101, 108, 109, 113, 114, 115, 116-117, 118, 122, 124-125, 130-131, 133-134, 135, 141, 144, 148-149, 150, 176, 177, 180, 182, 248.
- Alzuetta A., 141.
- Amselle J.L., 203.
- Antoni M., 95, 99, 136, 148.
- Arrii, 57-58.
- Aubin H., 61, 72.
- Augé M., 168, 267.
- Averroes, 48.
- Avicenne, 48.
- Ayouch Boda A., 248-249.
- Azoulay J., 70.
- Bachelard G., 19.
- Balandier G., 202.
- Barrès M., 148.
- Barros-Ferreira M. de, 99, 121, 128-129, 131, 132, 135, 142, 151.
- Barth F., 202.
- Bastide R., 12, 74, 117-119, 120, 125, 133, 148, 150, 202.
- Baubet T., 12, 35, 222, 227
- Beauchesne H., 14.
- Beaudoin H. et J.L., 85-86, 88.
- Bégué J.M., 11, 33, 36, 43, 50, 51, 54.
- Benadiba M., 97, 109, 110, 141.
- Benedict R., 69.
- Ben Jelloun T., 12, 137, 138, 142,
- Bennani J., 11, 43, 45, 50, 55, 57, 58, 60, 152-153, 154, 259.
- Benslama F., 13, 110, 154, 183, 216, 231, 237-243, 246, 251, 254, 255, 257-258, 259.
- Bensmail B., 95, 99, 113, 120, 124, 127, 131-132, 147, 150.
- Berner P., 78, 96, 112, 115, 134, 136.
- Berthelier R., 12, 43, 45, 46, 49, 58, 60, 98, 102, 113, 126-127, 130, 131, 139, 143.
- Binswanger L., 232.
- Bleuler E., 22, 102.
- Boas F., 158.
- Bohr , 162.
- Boigey, 47-50.
- Bolzinger A., 12, 234.
- Bonaparte M., 159.
- Boucebci M., 113, 120.
- Bouchebra A., 113, 120.
- Brissaud E., 90, 102-108, 110.
- Brisset C., 69.
- Cadoret M., 254.
- Calvet M., 141.
- Calvet P., 107, 138, 144.
- Canguilhem G., 19.
- Capgras J., 92.
- Carothers J., 71-72, 202.
- Carrère J., 123, 130.
- Castelnau D., 121.
- Cazanove F., 52.
- Chabane M., 153.
- Chalmers A.F., 21, 23.
- Champion Y., 96.
- Champion-Basset J., 96.
- Charpentier R., 83-85, 88.
- Chérif A., 49-50.
- Cherki A., 244, 245, 259, 260, 261, 262, 263.
- Chiariny J.F., 121.
- Cirba R., 121.
- Clérambault G. de, 123.
- Collignon R., 11, 33, 43, 54, 61, 71, 73, 78, 79.
- Collomb H., 34.
- Cuche D., 120, 190, 201.

- Dadoun R., 159.
- Dahoun Z.K.S., 183.
- Daubigny C., 258.
- Daumézou G., 75, 78, 79, 96, 98, 111-112, 123, 134, 232,
- Decombes H., 89-91, 93, 94, 98, 130, 140.
- De La Noë Q., 13.
- Deleuze G., 173.
- Deligny J., 110.
- Delteil P., 123, 130.
- Devereux G., 28, 154, 156, 160, 161-174, 176-181, 182, 185, 191-194, 201, 202, 215, 218, 228, 229, 231, 251, 252, 255,
- Dorès M., 183.
- Douville O., 12, 13, 170, 183, 192, 224, 237, 243, 246, 252, 253-256, 258, 259, 260, 261-262, 263, 265, 267-269.
- Dravet A., 95, 99, 136, 148.
- Dreyfus H., 17.
- Dupré E., 57, 58.
- Durkheim E., 163, 170, 255, 270-273.
- Esposito J., 14.
- Esquirol E., 36, 37.
- Ey H., 118.
- Falret J.P., 22.
- Fanon F., 26, 66-76.
- Fassin D., 14, 71, 183, 202, 204, 209.
- Fédida P., 238, 239.
- Ferenczi S., 159.
- Ferrey G., 97, 98, 99, 109, 112, 114, 122, 123-124, 127-128, 132, 141, 149.
- Foucault M., 15-18.
- Foville A., 91, 115.
- Freud S., 157-160, 244, 247, 250, 252-253, 254, 270, 272.
- Fromm E., 69.
- Frost I., 84.
- Frot N., 95, 99, 136, 148
- Galap J., 12, 260, 265, 269.
- Gérin Y., 244-245.
- Gide A., 148.
- Giraud F., 183, 218, 221, 225,
- Gorwood P., 34.
- Grinberg L. et R., 247-248.
- Groselle R., 140.
- Guattari F., 173.
- Guibert M., 91-93, 94, 95, 98, 115, 121.
- Ham M., 102, 252.
- Hassoun J., 250.
- Hegel F., 67.
- Heidegger M., 232.
- Heisenberg W., 162.
- Henry C., 183.
- Herskovits M., 120.
- Hirt J.M., 265.
- Hofer J., 234.
- Horber M., 97, 110, 141.
- Horney K., 69.
- Hugo V., 233.
- Huguet M., 243, 244, 245, 246, 261.
- Ifrah A., 28, 30, 154, 156, 174-181, 182, 190, 192, 228.
- Jaspers K., 235.
- Jevtić-Todorović J., 116.
- Jones E., 159.
- Jung C. G., 102.
- Kant E., 235.
- Kardiner A., 69, 125.
- Koechlin P., 91-93, 94, 95, 98, 115, 121.
- Kojève A., 67.
- Kouassi K., 258.
- Kovacs W., 159.
- Kraepelin E., 26, 34-36, 42, 110, 169.

- Kroeber A.L., 158.
Kuhn T.S., 20-23.
- Lacan J., 237, 253, 264.
Lantéri-Laura G., 18-24, 41, 42, 57, 69.
Laplantine F., 34, 157.
Latour B., 183.
Leboyer M., 34.
Lebovici S., 182.
Lebrun J.P., 267.
Le Gaufey G., 163.
Legendre P., 267.
Le Guillant L., 75, 115-116, 117, 121-122, 144, 150.
Lejeune F., 102.
Lenclud G., 39.
Levet, 46-47, 49, 54.
Lévi-Strauss C., 19, 146, 184, 200.
Lévy-Bruhl L., 58.
Lévy-Leboyer C., 34.
Liauzu J.P., 107, 121, 135, 136, 137, 138, 144.
Linton R., 69, 120, 125-126, 150, 163, 167, 169, 192.
Loeb E.M., 174, 202.
Luccioni H., 121, 135, 136, 137.
- Maldiney H., 232.
Malinowski B., 158, 159, 160, 184.
Malzberg B., 78-79, 96.
Mannoni M., 153.
Mannoni O., 67-68, 69.
Marchant L., 36-37.
Marett R., 158.
Marie A., 80.
Marković M., 116.
Martial R., 80-82.
Mauss M., 145-146.
M'Bokolo E., 203.
Mead M., 69, 158.
- Meignant P., 79, 80.
Meilhon, 44-47, 49, 54.
Melman C., 267.
Millet L., 113, 120.
Minkowski E., 232, 234.
Miroglio A., 157.
Moreau de Tours J., 26, 36-43.
Moro M.R., 12, 13, 29, 35, 156, 183, 218-229, 251, 255, 258.
Mouchenik Y., 13.
Mounier B., 111, 143.
Moussaoui D., 97, 98, 99, 109, 112, 114, 122, 123-124, 127-128, 132, 141, 149.
- Natahi O., 183, 224, 252, 262, 268.
Nathan T., 13, 28-29, 156, 174, 181-217, 218-229, 251, 255.
Nicaise H. et J., 123, 130.
Noiriel G., 82.
- Ødegaard Ø., 79, 116.
Ortignes E. et M.C., 34, 146, 153.
Oury J., 152.
Ovide, 233.
- Pélicier Y., 61, 62, 64-66, 99, 148, 149, 150-151, 232.
Pin M., 95, 99, 136, 137, 148.
Pinel P., 20, 37.
Platon, 238-239, 243.
Policar A., 183.
Porot A., 54, 55-62, 71, 72, 73, 74, 76, 90, 131.
Porot M., 61, 62, 64-66
Pouget R., 121.
Pouillon J., 187.
Ptolémée, 20.
Pulman B., 158, 184.
- Quirot B., 37.

- Rabinow P., 17.
- Rauchs P., 262.
- Raveau F.H.M., 33, 34, 36, 157.
- Reboul H., 50-54.
- Rechtman R., 12, 13, 14, 33, 34, 36, 146, 154, 157, 183, 192.
- Redfield R., 120.
- Régis E., 50-54, 105.
- Róheim G., 157, 159-160.
- Roudinesco E., 183.
- Russel B., 173.
- Saint-John Perse, 233.
- Sanchez F., 133.
- Sartre J.P., 67.
- Saussure F. de, 161.
- Sayad A., 138-139, 147.
- Scotto J.C., 95, 99, 107, 120, 135, 136, 137, 138, 144, 147, 148, 149.
- Seddik-Ameur M., 113, 120.
- Sérieux P., 92.
- Sériot P., 161.
- Serrano-Plaja A., 233.
- Sibony D., 183.
- Sichel J.P., 97, 110, 141
- Singer P., 109.
- Sivadon P., 75, 91-93, 94, 95, 98, 115, 121.
- Smith R., 158.
- Solanes J., 232-236.
- Stanišić P., 116
- Starobinski J., 234, 235.
- Stein H.F., 199-200.
- Stengers I., 183.
- Stitou R., 250-251, 258, 265, 269.
- Sullivan H.S., 69.
- Supervielle J., 233.
- Sutter J., 58-59, 60-61, 62-66.
- Tomašek B., 116.
- Tosquelles F., 67.
- Trillat E., 74.
- Trouvé J., 107, 121, 135, 136, 137, 138, 139, 144
- Warnery F., 95, 99, 136, 148
- Weber M., 170.
- Weil P., 75, 83.
- Winnicott D.W., 248.
- Zafiropoulos M., 267.
- Zapotoczky H.G., 78, 96, 112, 115, 134, 136.

Psychopathologie et migration

Repérage historique et épistémologique dans le contexte français

L'objectif de la thèse est de proposer un repérage historique et épistémologique des rapports de la psychopathologie à la migration dans le contexte français. La confrontation de ces deux termes suggère que le phénomène « migration » constitue bien un objet de pensée pour la psychopathologie, et que les contours d'un domaine de recherche peuvent ainsi être tracés. Loin de prétendre à l'exhaustivité, cette dissertation veille alors à dégager quelques paradigmes significatifs puis à rendre compte de leurs logiques internes, c'est-à-dire expliciter leurs conditions de formalisation, de mise en impasse et de confrontation réciproque. Sont ainsi traités successivement, mais sans céder à l'illusion d'une histoire linéaire et cumulative, cinq paradigmes : la psychiatrie coloniale ; la sélection des immigrants ; la psychopathologie de la migration ; les perturbations dans l'ethnopsy ; les cliniques de l'exil. Le présent travail ne vise pas à la démonstration d'une thèse positive et se contente plus modestement de soutenir la pertinence d'un trajet borné par l'histoire et l'épistémologie, afin de montrer comment la migration contraint les cliniciens à un déplacement du regard et des savoirs. Une question foncièrement irrésolue ne cesse néanmoins de parcourir ces pages : comment penser le migrant comme non-identique à lui-même ?

Mots-clés : Psychopathologie ; Migration ; Épistémologie ; Histoire ; Psychiatrie coloniale ; Sélection des immigrants ; Psychopathologie de la migration ; Ethnopsychiatrie ; Cliniques de l'exil.

Psychopathology and migration

Historical and epistemological location in the french context

The aim of the thesis is to historically and epistemologically locate reports of psychopathology towards migration in the French context. A comparison of the two terms suggests that the "migration" phenomenon falls within the domain of psychopathology and that the outline of a field of research may therefore be traced. Far from exhaustive, this dissertation will set out several significant paradigms and will detail their internal logic (i.e. clarify the conditions of formalization, paradox and mutual confrontation). Therefore, five paradigms will be treated successively, without giving in to the illusion of a linear and cumulative story : colonial psychiatry ; immigrant selection ; the psychopathology of migration ; disturbances in ethnopsychiatry ; clinical approaches to exile. The present work does not aim to demonstrate a positive theory, but more modestly attempts to support the pertinence of a path bound by history and epistemology, in order to show that migration forces clinicians to displace their attention and knowledge. A fundamentally unresolved question continues, nevertheless, to inhabit these pages : how to conceive of the migrant as not identical to himself ?

Keywords : Psychopathology ; Migration ; Epistemology ; History ; Colonial psychiatry ; Immigrant selection ; Psychopathology of migration ; Ethnopsychiatry ; Clinical approaches to exile.

Laboratoire de Cliniques Psychologiques, Psychopathologies et Criminologies
EA2242 « Psychopathologie et Champs Cliniques »
U.F.R. Sciences Humaines
Université Rennes 2