

Quelle écoute pour le migrant?

robert berthelier

L'écoute du sujet migrant implique un choix : référence à une étrangeté née du renvoi à une culture étrangère, dans laquelle le supposé thérapeute doit endosser les oripeaux d'une tradithérapie sacralisée? Écoute interculturelle où, sans ignorer ce qui vient d'ailleurs, on pose en préalable l'unicité de la maladie mentale et du cadre étiologico-thérapeutique, donc de la non-spécificité de la structure psychopathologique? On essaiera ici d'argumenter ce questionnement dont l'enjeu est la substitution d'une écoute interculturelle à une autre, (trop) strictement culturelle, qui occulte le sujet souffrant au profit d'un savoir anthropologique supposé.

L'écoute du sujet migrant en milieu psychiatrique, qu'elle soit ou non psychothérapique, semble aujourd'hui poser question. Naguère encore, les choses étaient simples : notre nosographie avait valeur universelle et ces individus sans doute un peu bizarres, étranges sinon étrangers, n'étaient après tout que des malades comme les autres, juste un peu différents. Un de mes anciens « patrons » hospitaliers traduisait cela par un « tout ça, c'est culturel », sans appel mais aussi sans explications. De nos jours, les choses sont devenues un peu plus complexes et nous nous trouvons un peu tiraillés entre deux tendances extrêmes :

- l'une, « classique » voire archaïque, disant que nos références modernes (aujourd'hui le CIM 10 et les DSM III, IV, IVR...) sont athéoriques, valables en tout temps et en tout lieu et que, dès lors, la souffrance psychique des migrants ne diffère en rien de celle des autochtones. École qui, il faut l'avouer, si elle est bien en cours dans les milieux hospitalo-universitaires, pose un problème en tant qu'enfermant son objet même — le sujet souffrant — dans un étiquetage qui n'est même plus nosographique, au sein duquel le migrant trouve difficilement place.
- l'autre, « ethnopsychiatrique » et/ou « ethnopsychanalytique » pure et dure, affirmant que nos cadres (clinique, nosographiques, thérapeutiques) sont inopérants vis-à-vis de sujets venant d'ailleurs et que, seule, une référence permanente et têtue à leur culture traditionnelle d'origine peut fournir un cadre étiologique et thérapeutique ayant valeur opératoire. Avec, pour écueil, la réduction du sujet à sa culture.

Les quelques réflexions qui vont suivre -et dont je précise qu'elles n'engagent que moi- sont le résultat d'un intérêt porté depuis plus de 30 ans à ces patients particuliers que sont les immigrés et aux problèmes qu'ils posent/se posent.

Je voudrais introduire mon argument par deux citations complémentaires. La première est de Fehti Benslama :

« [...] Pour le patient étranger, pour ceux qui ont vécu le déplacement, c'est la recherche et le désir du lieu qui sont au centre de leur vie, de leur quête, de leur souffrance. Ce qui importe donc, pour le thérapeute, ce n'est pas la restitution d'un sens culturellement donné de leur origine [...] mais cette question du lieu à laquelle le patient et son thérapeute doivent s'ouvrir et qu'ils doivent accueillir » (Benslama, 1990)

La seconde, tirée d'un article du regretté professeur Boucebci, est de Winnicott, pour qui la culture est :

« ...Cette tradition dont on hérite, à condition d'avoir un lieu où situer ce que nous recevons ». (Winnicott)

L'une et l'autre me semblent poser d'emblée la double problématique du migrant et de son supposé thérapeute : ce dont le premier est porteur est-il, en situation de transplantation, audible et opérant? Parallèlement, qu'est-il à entendre de l'autre en ce lieu pour lui étranger où se joue une autre culture? et devons-nous, à notre place d'écouter, l'entendre d'ici ou d'un ailleurs qui, pour nous comme pour lui, ne peut être référé qu'à l'imaginaire?

Par rapport à ce questionnement, ma réponse est claire; Je ne peux, en tant que praticien occidental, que me situer, entendre et répondre de ma place, dans mon cadre et avec mes références propres. C'est d'ailleurs, me semble-t-il, ce qu'attendent mes interlocuteurs. Quand ils viennent me rencontrer, ils savent en réalité parfaitement à qui ils s'adressent et ce qu'ils me demandent : non pas une imitation de tradithérapie, ce qui constituerait de ma part une imposture, mais une réponse dans mes propres termes, avec mes propres moyens. Sachant :

- 1) que s'ils entendent réclamer les cadres et les pratiques d'une thérapeutique traditionnelle, ils ne peuvent les trouver qu'ailleurs et ils sont parfaitement capables d'en trouver les opérateurs.
- 2) que le processus d'acculturation est opérant pour tout sujet dès lors qu'il se situe en un lieu autre que celui où il s'est constitué. Dans ces conditions, ce qu'il me présente au nom de sa culture constitue le piège d'une demande de régression à laquelle je ne saurais répondre qu'au nom d'un fantasme archaisant : la représentation que je porte de son appareil culturel originel, au nom de mon savoir anthropologique supposé; mais cela méconnaît les bouleversements profonds que connaissent aujourd'hui toutes les cultures traditionnelles des pays d'émigration (dans tous, ou presque, les cadres culturels traditionnels sont confrontés, du fait de facteurs économiques, techniques et/ou socio-politiques, à d'autres valeurs et s'en trouvent modifiés).
- 3) enfin que, dans ces conditions, plaquer aveuglément et sans nuances cette représentation sur celui qui s'adresse à moi revient à l'enfermer dans un stéréotype négateur de toute dynamique psychique, à l'occulter sous un masque univoque derrière lequel le sujet parlant et désirant risque fort de disparaître.

Fehti Benslama a, me semble-t-il, parfaitement exprimé ce dernier point :

« Ce qui est décisif, ce n'est pas le sens, le symbole ou la représentation dans sa culture de tel ou tel élément, mais le fait que l'expérience de l'exil comporte en elle, du côté du sujet, un choix de rupture et de distance par rapport à sa référence originelle... dès le moment où il a quitté, il n'y a pas lieu de chercher à réparer ce quitté là... d'une certaine manière, l'injection de sens culturel est pratiquement une injection folle parce que, justement au moment où le sujet doit accepter les conséquences de son déplacement, on lui dit « non, non, voilà le sens ancien, voilà ta culture, voilà ton identité » (Benslama, 1994)

Autrement dit, il ne m'appartient pas de manipuler et de réactualiser les valeurs culturelles d'antan : si injection ou injonction de sens il doit y avoir, elle ne saurait venir que du sujet lui-même. Venant de moi, elle serait proprement insensée, qui me ferait endosser les oripeaux d'un sorcier, d'un marabout, d'un gourou, d'un chaman... qui ne sont pas taillés pour moi. Mon rôle n'est en aucun cas de remettre en jeu ou en scène le sacré, le mythe, la relation aux ancêtres, sinon sur un plan proprement symbolique. En effet :

- d'une part, j'ignore a priori tout de la position de mon patient par rapport aux valeurs traditionnelles de sa culture originelle;
- d'autre part, si elles semblent être directement et immédiatement en question, il est possible qu'elles soient utilisées comme une défense dans le jeu de laquelle je n'ai aucun intérêt, du point de vue thérapeutique, à entrer. D'autant que je peux avoir affaire non pas à des problématiques réellement psychopathologiques, à des maladies mentales, mais à des processus d'adaptation dont je considère qu'ils ne relèvent pas de mon domaine. Je voudrais d'ailleurs, à ce propos, affirmer haut et fort ceci : je crois fermement à l'unité de la maladie mentale à travers (ou en dépit de) les déguisements symptomatiques dont la revêtent les cultures. Je crois à la valeur de la clinique (non pas celle du DSM IV, mais une clinique analytique imposant une analyse sémiologique fine et attentive). Je crois aussi, en disant cela, rester fidèle à la pensée de Georges Devereux qui a toujours soutenu, entre autres postulats fondateurs de l'ethnopsychiatrie, l'universalité du psychisme humain et de son fonctionnement au delà d'une infinie diversité apparente des cultures venant masquer l'unicité de LA culture : « tout homme, quelle que soit son ethnie, fonctionne en tant que créateur et manipulateur de culture en tout lieu et de la même manière... » j'affirme une fois pour toutes que ma typologie ethnopsychiatrique est parfaitement compatible avec les nosologies psychiatriques scientifiques. On peut attribuer à tout malade une étiquette diagnostique conventionnelle, et cela quelque soit le type de désordre psychiatrique qu'il représente dans une culture donnée (Devereux, 1970).
- J'ajouterai enfin un dernier argument : avancer qu'on obéit mieux aux règles déontologiques de son métier de psychothérapeute « en évoquant

avec ces patients les morts, les esprits ou les rituels traditionnels qu'en m'interrogeant sur leur prétendu désir inconscient » (Nathan, 1995) revient implicitement qu'ils sont par rapport à moi dans une irrémédiable altérité, porte ouverte à des élaborations racistes ou néocolonialistes du type de celles, jadis, de l'École d'Alger (Berthelier, 1994; Bennani, 1996). Là encore, Georges Devereux répond à l'avance : « [...] gagner sa vie, se marier et autres activités "terre à terre" occupent une position beaucoup plus centrale dans toutes les cultures que les rites de fertilité et les pratiques rituelles qui ne sont en réalité que la garniture de sucre glacé sur le gâteau culturel » (Devereux, 1970).

Faut-il donc, en fonction de ces prémisses, jeter le bébé ethnopsychiatrique avec l'eau du bain et rejeter toute référence culturelle dans l'écoute du migrant? Certainement pas, mais il importe, me semble-t-il, de la remettre à sa juste place. La culture, comme la langue qui lui est indissolublement liée, a valeur fondatrice dans l'édification de la subjectivité; sa possession, comme son exercice, apparaissent garants de la santé mentale de l'individu et de son groupe d'appartenance. Cependant :

- 1) La culture n'est pas exportable. Entendons par là qu'elle n'a valeur opératoire que dans le milieu et/ou le lieu même qui lui a donné naissance et dont elle constitue le ciment. Elle n'est pas transposable en un autre lieu, sinon sous réserve de métissage. Et il en va de même des thérapies traditionnelles (une incidente à ce propos : s'il est vrai que je me refuserai toujours à usurper la place d'un tradiguériseur, je ne verrai aucun inconvénient à travailler en parallèle ou en complémentarité avec lui. À condition toutefois que les choses soient bien claires - et d'abord pour le patient, les champs de compétence et d'intervention bien délimités, et que nous nous respections mutuellement).
- 2) Certes, la culture est ce qui marque notre appartenance à un groupe humain qui la partage et la vit, auquel elle fournit des repères stables, garants de sa cohésion. Mais il est une donnée à ne jamais oublier : elle est en permanence modifiée, remaniée, transformée, au gré des expériences singulières que recèle l'histoire propre de chaque sujet.

À mon sens, c'est cette seconde dimension qu'il importe de prendre en compte d'abord dans l'écoute et la prise en charge du migrant. Car je crois de plus en plus au fil du temps, en référence à mon expérience personnelle, qu'il est vain, sinon illusoire, de vouloir à tout prix référer exclusivement l'autre à la connaissance que nous croyons posséder de sa culture. Du moins pour lui donner une fonction totalisante, voire totalitaire, négatrice de tout changement et de toute dynamique possibles. Cela la poserait comme cadre étiologico-thérapeutique unique et intangible, introduisant une confusion aberrante entre culture et psyché que Richard Rechtman a pertinemment dénoncée (Rechtman, 1995). Par contre la connaissance de cette culture ou, du moins, une information pertinente à son propos, me paraît de toute évidence nécessaire pour ceci : nous devons nous attacher avant tout à

l'histoire personnelle, privée, singulière du sujet; c'est à travers elle (et à travers elle seulement) que nous pourrions repérer en quoi cette culture dont il est porteur a failli à sa fonction protectrice de la santé mentale : ce sont ces failles, ces manques, ces lacunes, ces ruptures, ces dystonies, qu'il nous faut repérer car elles sont la clef de la psychopathologie.

Un détour par la clinique permettra peut-être d'illustrer ces allégations qui sinon s'avèreraient un peu abruptes. Il s'agit d'un algérien de 45 ans, incarcéré pour violences sexuelles à l'égard de deux de ses enfants mineurs et pour viols à répétition sur la personne de sa belle-sœur, âgée de 23 ans lors de l'expertise médico-légale, dont il a eu trois enfants en quatre ans. Je ne reproduirai pas in extenso sa biographie, mais soulignerai simplement ce qu'elle m'a paru révéler de dystonie par rapport à la culture maghrébine ou, du moins, à ce que j'en connais :

- sa mère est morte alors qu'il n'avait que quelques mois et il a été élevé successivement par son père et son frère aîné, élément discordant dans une culture où, traditionnellement, l'enfant mâle vit jusqu'à six ans dans l'univers féminin.
- son mariage, vers 20 ans, a été longtemps infécond et on lui aurait expliqué à Alger, après examens, que cette « stérilité » était de son fait. Il se trouve qu'elle a guéri spontanément après son émigration en France, sa femme engendrant cinq enfants. Cependant, dans une culture qui a largement mis en exergue la pérennité des valeurs masculines et les a survalorisées à travers la fécondité, cette absence de descendance qu'on lui imputait a représenté une blessure narcissique insupportable, inguérissable, qu'il a tenté d'apaiser à travers des engendremens à répétition avec son épouse et sa belle-sœur.
- son alcoolisme, comme ses conduites délinquantes (vols sur des chantiers), renvoient très probablement à la déstructuration, liée à la transplantation, de ses liens familiaux et à l'absence de freins/barrières/interdits établis par la culture traditionnelle pour réprimer ou socialiser les pulsions orales archaïques. Issu d'une culture où le groupe prime l'individu, il s'est trouvé, en situation d'immigrant acculturé, dépourvu de l'armure protectrice que représentent les interdits culturels et la communauté qui les garantit.

L'histoire d'Ahmed ne justifie en aucun cas un recours à la culture maghrébine traditionnelle comme système unique et simple de causalité. Par contre, elle met en cause ce qui, dans sa trajectoire singulière, marque ce en quoi elle a manqué. On pourrait aussi, sans doute, y introduire une problématique de l'inceste se jouant à travers des liens familiaux complexes qui unissent lignée paternelle et maternelle dans une culture endogame, en référence aux images maternelles fantasmatiques et/ou substitutives qu'elle implique, mais cela dépasserait le cadre de cet exposé.

À partir de cette mini observation, il me semble qu'une question se pose : que faut-il écouter du discours du migrant et, surtout, comment l'écouter de notre place de soignants? Sur ce point, je tiens de plus en plus à ceci : quelque soit notre statut professionnel, il est important de ne surtout pas nous prévaloir d'un savoir préétabli sur la culture de l'autre, mais de tenter de développer un mode ou une

pratique d'écoute qui, dans son discours, nous permette de repérer ce qui renvoie au semblable ou au différent. Si nous nous rendons capables (cela est à la fois un problème de pratique au quotidien et de formation) de pointer, dans ce que nous livre le migrant, les éléments correspondant à ce qui, à un moment de son discours, correspond à des références culturelles non familières, si nous acceptons de l'entendre et de remettre à plus tard l'élucidation de la question que cela nous pose, nous nous donnons les moyens de trouver, dans et avec le temps, au fil de la relation, les réponses pertinentes, de prendre en compte à la fois ce qui nous unit et nous sépare.

Deux histoires « cliniques pour illustrer cette écoute non pas ethnopsychiatrique ou ethnopsychanalytique, mais interculturelle.

- I. Saïd, jeune « beur », comme on dit, né en France de parents tunisiens, en rupture de ban sociétale et en galère, hospitalisé plusieurs fois en cinq ans dans mon service. D'abord sous contrainte (hospitalisation d'office) puis, chaque fois à sa demande, en service libre, avec des séjours de plus en plus courts au fil du temps. Un des intérêts de son parcours psychiatrique est sans doute la variabilité des diagnostics, admission après admission, en fonction à la fois de son tableau clinique apparent et des médecins de garde qui l'ont accueilli. On y trouve, en vrac et dans le désordre, la quasi totalité de la nosographie classique : bouffée délirante, processus d'entrée dans la schizophrénie, dépression névrotique ou réactionnelle, névrose d'angoisse, hystérie, paranoïa, psychose maniaco-dépressive et j'en passe... seules, la démence sénile et la débilité mentale n'ont jamais été évoquées! Il se trouve que, pour l'avoir souvent rencontré et un peu suivi, je peux affirmer que Saïd n'a jamais été délirant : une analyse sémiologique un peu fine montre qu'il a présenté des états successifs de dépersonnalisation, symptomatiques de son incertitude identitaire. Dans son parcours un peu chaotique, le seul mérite des soignants de mon service a été de ne pas s'attacher outre mesure aux étiquettes diagnostiques premières, mais de le recevoir pour ce qu'il était : un sujet mal dans sa peau au nom de sa double appartenance culturelle, en quête de certitude, cherchant à se reconstruire à travers sa symptomatologie à géométrie variable. Nous ne lui avons guère fourni qu'un asile (au sens noble du terme), un refuge où il venait temporairement se reconstituer auprès de référents soignants bien investis parce que fixes : encore fallait-il que l'équipe soignante soit capable d'entendre et de tolérer cela.
- II. Abiba, Nigérienne musulmane de 52 ans, adressée par le service de l'hôpital général avec lequel mon dispensaire travaille en liaison étroite depuis de longues années. Elle était, m'a-t-on dit, « persécutée et mystique », passant cinq heures par jour prosternée en prières, ce qui posait quelques menus problèmes institutionnels. Quand je l'ai reçue à ma consultation, je lui ai bêtement posé les questions très banales, incluses dans nos dossiers, concernant son état civil. Et, surprise, elle a refusé de répondre sur des demandes aussi innocentes et neutres pour moi que son âge, le nombre de ses enfants, leur sexe, leur âge. C'est que, ne sachant pas à priori si j'étais un bon ou un mauvais sorcier, elle ne pouvait pas me livrer d'emblée ces

renseignements qui étaient aussi les matériaux me permettant de les ensorceler, elle et sa famille. Or elle était vraiment folle, délirante, hallucinée, mais cette réticence qui aurait facilement pu passer pour pathologique renvoyait en réalité à une défense culturelle, à la partie saine de son Moi.

Dans ces deux cas, une modalité d'écoute s'est trouvée en jeu : ne pas stigmatiser du sceau de la folie ce qui était désarroi identitaire, différencier système de croyance et délire. Il nous revient, en tant que soignants psychiatriques à l'écoute du migrant, d'être ainsi capables d'entendre ce qui renvoie au même et ce qui renvoie à l'altérité. Ce n'est pas, ou pas seulement, un problème de savoir : il est facile (peut-être trop!) de se cacher derrière le renvoi à une culture étrangère ou étrange pour esquiver ou refuser la relation. Il est facile de se réfugier derrière les difficultés souvent réelles de la communication verbale pour écarter ou éluder ce qui nous remet en cause et nous menace dans notre propre appartenance culturelle. Il est vrai que nos patients immigrés et nous-mêmes ne mettons pas forcément les mêmes choses sous les mêmes vocables et que l'utilisation d'un code sémantique apparemment commun peut alors faire figure de défense évitant la remise en question de ce qui, culturellement, nous fonde et nous identifie. À nous alors, avec le temps et dans le cours de la relation, de déchiffrer ce qui fait lien ou césure. Mais ce n'est pas une raison pour sacraliser une « langue maternelle » qui, certes est celle de l'affect et de la transmission (je plaide depuis vingt ans au moins pour le respect de cette langue-là) mais qui, dans le même temps, porte des interdits parentaux que la langue seconde permet seule de transgresser. Et quand, avec le temps et la magie transférentielle établie, on voit enfin s'instaurer un travail psychothérapique, on voit aussi « les différences s'estomper et l'on redécouvre que tout homme est issu d'un père et d'une mère, que tout homme, chacun à sa manière, se retrouve pris aux pièges langagiers que l'un et l'autre de ses géniteurs lui auront tendu. Pièges cependant qui auront fait de lui non plus seulement un homme, mais aussi un être humain » (Heinrich et al., 1994).

Tout cela me semble poser une question d'importance : faut-il ou non mettre en place des lieux, des techniques, des pratiques spécifiques pour nos patients immigrés? Cela peut sans doute se soutenir au nom d'une ethno...quelque chose figeant le migrant dans son statut d'objet, d'étrange étranger. Cela est insoutenable dans le cadre d'une approche interculturelle où l'écoute se fonde sur l'attention, l'empathie, la compréhension. Je crois que nous devons nous donner les moyens de prendre en charge les migrants dans des structures de soins banales, de droit commun, plutôt que de les renvoyer vers des institutions et/ou des thérapeutes étroitement spécialisés, au risque permanent de la stigmatisation et de l'exclusion. De même, la relation nécessaire au groupe thérapeutique que certains prétendent bien établie (Moro, 1997), me paraît devoir être largement relativisée, tant il est vrai que cette approche dogmatique du trouble mental ignore :

- que la dimension thérapeutique du groupe ne peut s'exercer que dans le lieu où elle a cours et avec la communauté qui la vit;

- que la thérapie traditionnelle met en jeu et en scène la communauté, mais ne fait pas pour autant l'économie du colloque singulier : il se joue entre le tradithérapeute et le sujet, permet un diagnostic dans le cadre nosographique culturel et la pose d'une indication thérapeutique qui n'est pas obligatoirement une thérapie groupale (celle-ci n'est mise en œuvre que dans les cas où l'émergence psychopathologique est clairement rapportée à un désordre sacré).
- enfin, que les tradithérapies visent à une réintégration sociale mais non à une guérison : « le chaman... procure seulement au malade... une expérience affective corrective qui l'aide à réorganiser son système de défense mais ne lui permet pas d'atteindre à cette réelle prise de conscience de soi-même (insight) sans laquelle il n'y a pas de véritable guérison » (Devereux, 1970, v. aussi Laplantine, 1988).

Je terminerai là dessus. Avec un ajout qui, à mon sens, définit le champ d'un dialogue interculturel, soit une autre citation de Georges Devereux :

« ...l'ethnopsychiatre doit apprendre à se pencher en premier lieu sur la personnalité du patient et en second lieu seulement sur sa culture. S'il agit autrement, il se transforme lui aussi en machine à stéréotypes ». (Devereux, 1978, 212).

robert berthelier
migration santé
23, rue du louvre
75001 paris

BIBLIOGRAPHIE

- Bennani, J., 1996, *La psychanalyse au pays des saints*, Casablanca, Éditions Le Fennec
- Benslma, F., 1994, Incidences cliniques de l'exil ou « Les passagers du Maghreb ». Actes du Séminaire Psychiatrie, psychothérapie et culture(s)? Association « Paroles sans frontières », Strasbourg.
- Berthelier, R., 1994, *L'homme maghrebin dans la littérature psychiatrique*, Paris, l'Harmattan.
- Devereux, G., 1970, *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard.
- Devereux, G., 1978, Culture et symptomatologie, in : *Ethnopsychiatrie*. 1,2.
- Heinrich, J.M. et al, 1994, Introduction à *Les passagers du Maghreb*, Paroles sans Frontières, Strasbourg.
- Laplantine, F., 1988, *L'ethnopsychiatrie*, Paris, P.U.F., coll. Que Sais-je?
- Moro, M.-R., 1996, Schizophrénie et cultures. Quelques éléments diagnostiques et thérapeutiques, *Prise en charge de la schizophrénie*, n° 9, Paris, Laboratoires Diamant.
- Nathan, T., 1995, *L'influence qui guérit*, Paris, Odile Jacob.
- Rechtman, R. 1995, De l'ethnopsychiatrie à l'a-psychiatrie culturelle, *Évolution Psychiatrique*, 60,3, 637-649.