

DON QUICHOTTE OU ULYSSE ? POUR UNE CLINIQUE TRANSCULTURELLE AVEC LES MIGRANTS ET LEURS ENFANTS EN EUROPE ET DANS LE MONDE

Marie-Rose Moro

La Pensée sauvage | « L'Autre »

2009/2 Volume. 10 | pages 211 à 224

ISSN 1626-5378

ISBN 9782859192495

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-l-autre-2009-2-page-211.htm>

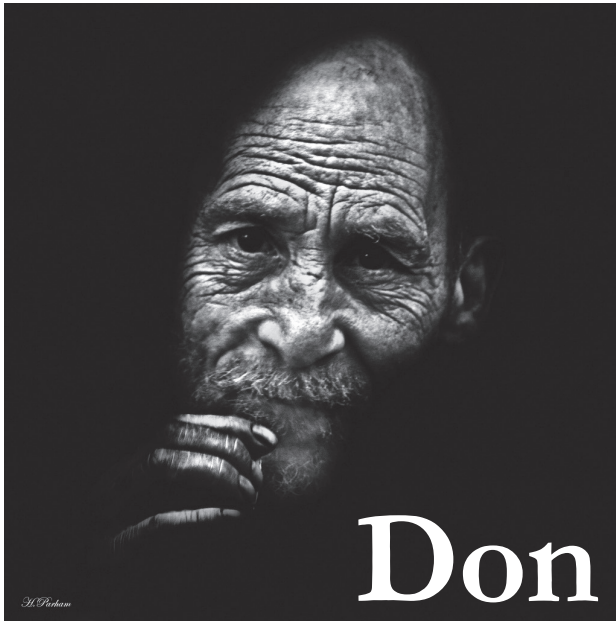
Pour citer cet article :

Marie-Rose Moro, « Don Quichotte ou Ulysse ? Pour une clinique transculturelle avec les migrants et leurs enfants en Europe et dans le monde », *L'Autre* 2009/2 (Volume. 10), p. 211-224.
DOI 10.3917/lautr.029.0211

Distribution électronique Cairn.info pour La Pensée sauvage.

© La Pensée sauvage. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



« Je crois que l'Homme n'a pas besoin d'être sauvé de lui-même ; il suffit de le laisser être lui-même. Le monde a besoin d'hommes plutôt que « d'humanistes ».
G. Devereux (1981 : 20)

Don Quichotte ou Ulysse ?

Pour une clinique transculturelle avec les migrants
et leurs enfants en Europe et dans le monde

MARIE ROSE MORO
HÔPITAL COCHIN (AP-HP) PARIS
UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Marie Rose Moro est Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à Paris Descartes, Chef de service de la Maison des adolescents de Cochin et du service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent d'Avicenne, Bobigny.
E-mail : marie-rose.moro@avc.aphp.fr

Quitter sa maison, sa famille, ses amis, sa langue, ses odeurs, ses saveurs, ses couleurs pour aller dans un autre monde souvent seuls ou presque est une expérience à la fois banale, aussi vieille que le monde et pourtant toujours hors du commun. Elle n'est pas seulement de l'ordre du grand voyage rationnel ou impérieux, tel le voyage d'Ulysse mille et une fois répété. Il est d'un autre ordre sans nul doute il n'est qu'à voir ces hommes et ces femmes hagards qui arrivent aux portes de l'Europe venant d'Afrique de l'ouest par exemple, refoulés à l'aéroport, qui tentent leurs chances en traversant le désert malien, algérien, marocain pour échouer sur les

côtes espagnoles meurtris exploités, parfois sans vie. La nécessité est extérieure, elle est aussi intérieure. Décidément le voyageur moderne qui arrive dans l'Europe bien tempérée ressemble plus à un valeureux Don Quichotte qui se bat contre les moulins à vent et l'adversité qu'à un Ulysse, même inspiré. Et le voyage continue ici en France, au Portugal, en Espagne ou ailleurs...

Des histoires de rencontres

Les histoires passionnantes sont d'abord collectives. Raconter un parcours c'est dire qui vous a porté, qu'elles sont les rencontres fondatrices pour vous, d'où vient ce qui vous anime. C'est certes impu-

dique mais cela donne de la chair aux idées, elles deviennent plus lisibles, plus vivantes. Cela rend compte aussi de l'énergie qu'on met pour faire vivre ces idées. On comprend alors que ces engagements ne découlent pas de choix bien définis mais d'une nécessité, d'un besoin absolu de faire vivre ce qui fait l'essentiel de votre parcours. Pierra Aulagnier, une pionnière en psychanalyse, disait fort joliment qu'un psychanalyste porte en lui, une interprétation essentielle qu'il décline tout au long de son travail et sans doute de sa vie. Cette interprétation essentielle lui vient de sa propre histoire et de sa propre constellation individuelle, familiale, sociale, culturelle avec ses avatars, ses ruptures, ses transgressions, ses manques aussi. Sans vouloir aller aussi loin dans ce texte, cela demanderait un recul et une extériorité que je n'ai pas et que, pour le moment, je ne souhaite pas vraiment avoir, je vais tenter de retracer quelques moments fondateurs de ma construction théorique et clinique, je pourrais dire de ma co-construction tant je crois aux interactions entre soi et le monde et à l'effet créateur de ces frottements.

Commençons par cette foi inébranlable dans l'importance des rencontres pour se construire soi-même.

De la vieille Castille à Paris

Quand j'étais enfant et que je me demandais pourquoi mon père avait quitté la Castille, province espagnole aride mais sublime, je me racontais des histoires qui variaient au gré de mon imagination mais que j'ai longtemps tenues pour vraies. Mon père a quitté la Castille vers trente ans pour venir faire fortune au sens existentiel

du terme, trouver sa propre fortune. Il voulait que ses enfants survivent et fassent de grandes choses en particulier, il voulait que ces enfants deviennent « docteurs » ce qui était impossible dans l'Espagne conservatrice et réactionnaire de l'époque franquiste lorsqu'on faisait partie du sous-prolétariat. Il a lui-même raconté cette histoire longtemps après ce voyage dans un beau récit (Moro, Moro & al. 2004). Mais ce qui m'intrigue depuis toujours c'est comment il est arrivé de la vieille Castille aux Ardennes profondes. Enfant, j'avais donc imaginé que dans le train qui l'emmenait en France, seul, il avait rencontré une femme (pourquoi une femme ?) qui lui avait parlé des Ardennes, qui lui avait dit que là-bas il y avait du travail pour des hommes courageux comme lui et cette femme, qui avait cru en lui, avait ainsi infléchi son destin et sa destination, au lieu de s'arrêter à Paris où déjà travaillait son beau-frère, il a continué jusqu'à... Charleville-Mézières, un bout du monde, en sorte. Une rencontre, un intérêt pour l'autre, une hypothèse sur le courage de l'autre et vous changez de destin, belle utopie d'enfant que je porte toujours en moi et qui, je crois, fait mon être thérapeute.

Bien sûr, je sais aujourd'hui que cette histoire est un roman familial mais si j'y ai longtemps cru et surtout si j'y tenais beaucoup ce n'était pas seulement par romantisme mais surtout par utopie. Je crois effectivement aux rencontres qui changent le cours d'un destin, d'une vie, d'une cause et je crois à la force créatrice des illusions.

Une grand-mère indigne

Cette foi dans la force des illusions, on me la transmise aussi. Deux êtres me reviennent en mémoire à ce propos : Serge Lebovici, mon maître en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et en psychanalyse et ma grand-mère paternelle, Carlota.

Commençons par Carlota. Elle vivait dans la Vieille Castille, vous le savez maintenant, dans un quartier excentré d'une ville historique à la frontière avec le Portugal. Dans la famille, nous aimons les frontières et les passages. Elle vivait dans un quartier pauvre de la ville, où s'entassait le sous-prolétariat, le quartier de « las casas baratas », des maisons pas chères. En effet, dans ce quartier, les maisons appartenaient à l'État qui les donnait à des familles sans logement et ces maisons, certes rudimentaires, leurs appartenaient jusqu'à leur mort. Ensuite, ces maisons revenaient à l'État. Ces maisons étaient constituées de trois pièces, l'une était le lieu de vie, la cuisine, l'autre la chambre où parents et enfants dormaient et, le troisième espace, était une écurie pour les animaux, à la fois, stratégies de survie pour ceux qui avaient les moyens d'élever des animaux et chaleur pour les hivers rudes du plateau castillan. Carlota avait cinq enfants. Alors que mon père avait une dizaine d'années et que sa dernière petite sœur venait de naître, son père meurt. Carlota reste seule avec ses cinq enfants, sans argent, sans métier. Elle aurait pu se résigner, elle qui avait eu une enfance difficile, abandonnée par un père qui était allé chercher aventure en Argentine et par une mère dépassée par sa solitude. Carlota reste

debout et s'occupe cahin-caha de ses enfants qui très tôt doivent se mettre à travailler pour permettre à la famille de survivre. Mais voilà, elle passe pour une femme indigne dans son *barrio*, son quartier. Chaque fois qu'elle le peut, elle disparaît laissant les petits sous la surveillance des grands, et elle va... au cinéma. Elle est passionnée par le cinéma, par le rêve, par cette autre réalité qu'elle voit dans les écrans, par cette création. Elle a besoin de cette illusion, de cette transgression aussi pour survivre. On la critique, on lui reproche sa mauvaise vie et ce qui est vécu comme une transgression. Elle, suit son idée ; elle a sa théorie de vie, ces théories que je recherche sans relâche chez mes patients mais aussi je dois l'avouer chez les êtres que je rencontre, que j'aperçois parfois, que je croise même furtivement.

Je suis passionnée par ces théories de vie que chacun d'entre nous cherche à mettre en forme et qui est le centre de notre subjectivité et de notre créativité. Je la cherche chez mes patients aussi comme objet essentiel de toute rencontre thérapeutique. Et je crois qu'elle me vient de cette grand-mère indigne qui, contre tous les préjugés de son *barrio* et de l'Espagne franquiste, allait au cinéma pour trouver cette dose d'illusion nécessaire pour continuer à vivre, aussi nécessaire même plus si j'en crois son histoire, que le lait ou le pain.

Une petite fille exotique de Beauvoir

L'autre rencontre, je pourrais la mettre sous le signe de la nécessité à moins que ce soit le hasard que l'on nomme ainsi. Je fais mes

études de médecine et de philosophie à Nancy dans le nord-est de la France, ville universitaire proche du lieu où j'ai grandi. Je suis très heureuse à Nancy, dans une ville accueillante malgré son austérité de façade, dans une ville imposante par ses pierres, ses places, ses monuments et pourtant, une ville joyeuse où les étudiants aiment vivre et étudier. Je fais médecine pour accomplir le mandat paternel, « mes enfants seront docteurs » a-t-il toujours répété mais je fais philosophie aussi pour assouvir une passion adolescente, celle-là beaucoup plus personnelle. Je suis tombée amoureuse de la philosophie en terminale c'est-à-dire juste avant d'entrer à l'université. Difficile si tardivement de changer de voie et honnêtement je dois le dire, je n'y ai jamais pensé non seulement par loyauté envers mon père mais parce que moi aussi je ne me projetais pas autrement.

J'avais une passion de guérisseuse et je le savais, je ne pouvais renoncer à cela, ni pour moi, ni pour mon père, ni pour ma grand-mère Carlota qui rêvait que je devienne médecin pour que je la soigne. Alors, j'ai résolu ce dilemme par la multiplicité, faire les deux. C'est de là sans doute que me vient cette passion pour faire plusieurs choses en même temps, investir des mondes multiples, faire des passages, des liens, réconcilier ce qui semble si différent, faire de la différence et du multiple, une manière de vivre et de penser. Je me voyais déjà médecin sans frontières, allant dans le monde entier pour faire de la médecine d'urgence et devenir une vraie « french doctor ». Et puis la philosophie me passionnait, vous savez cette phi-

losophie française des Lumières, qui s'intéresse aux valeurs avec une sorte de certitude absolue sur sa position dans le monde et une tension vers l'universalité. Nous pensions les valeurs universelles en philosophie. Vous imaginez comment une fille d'immigrants comme moi, pouvait être fascinée par cette recherche de l'universel, et cette tradition philosophique qui semblait avoir trouvé ces universels. Cette formation philosophique m'a beaucoup appris et en particulier elle m'a appris à construire des idées, à défendre des positions mais elle m'a enlevé tout complexe par rapport à l'universel. *L'universel on n'y tend que par le particulier.*

Ainsi, se préparait ma seconde double formation. J'ai fait psychiatrie pour réconcilier à l'intérieur de moi médecine et philosophie et j'ai poursuivi ma formation philosophique par une formation en anthropologie, de l'universel au particulier donc. Mais je vais vite car il faut dire qu'entre temps, j'avais décidé de quitter Nancy pour aller vivre à Paris et faire ma spécialisation en psychiatrie dans la capitale. Cette idée je l'avais depuis longtemps mais j'avais sans doute peur de me jeter dans la grande ville d'emblée, moi qui avait grandi dans un village de deux cents habitants. Cependant, un jour, Nancy est devenue comme trop petite pour mes illusions, je rêvais d'aller faire de la philosophie à la terrasse du café Flore où rodait encore l'ombre de Simone de Beauvoir et je me suis surprise à rêver d'ailleurs, de cosmopolitisme, d'échanges, de rencontres avec des gens différents, de savoirs multiples, d'altérité. Et tout d'un coup la formation dans la

province française m'est apparue trop fermée, pas assez multiple, pas assez ouverte sur le monde. J'ai été prise d'un syndrome que je connaissais bien, moi qui ai grandi tout prêt de sa ville natale, le syndrome de Rimbaud. Certes j'invente ce syndrome mais je n'invente pas ce sentiment que le poète a décrit mieux que moi, celui de l'appel de l'ailleurs. Et, comme on le sait « on n'est pas sérieux quand on a dix-sept ans... », j'en avais que quelques-uns de plus.

Un oncle iconoclaste et un grand-père guérisseur

J'arrive donc à Paris sans armes ni bagages. Je commence ma formation de psychiatre et je me cherche un psychanalyste ou plutôt une femme psychanalyste qui venait d'ailleurs, car tels avaient été à l'époque mes critères de choix. Quant à ma formation de psychiatre, elle se révèle plus mouvementée que je ne l'imaginai. Très vite, je suis scandalisée par les représentations qu'ont les professionnels de la médecine et de la psychiatrie des migrants et de leurs enfants et je décide « d'inventer » une manière de faire qui tienne compte de cette altérité qui est mal comprise par ceux qui ont le pouvoir. Je me lance alors dans l'idée d'une clinique engagée qui fasse autrement avec les migrants et leurs enfants. J'en parle autour de moi et un ami très cher me dit tout de go : « Je suis désolé de te décevoir mais la technique a déjà été inventée pour les migrants, je fais ma formation de psychiatre à Bobigny et je peux te dire que dans le service du Professeur Serge Lebovici, il y a un psychologue qui a développé la tech-

nique de l'ethnopsychanalyse, il s'appelle Tobie Nathan. Et c'est Georges Devereux qui a inventé la théorie et la méthode ». Avant même de les rencontrer, se forme dans mon esprit l'idée que si la technique avec les migrants est maintenant au point, je vais apprendre cela et aller du côté des enfants de la seconde génération en commençant par les bébés.

J'arrive comme interne dans le service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent d'Avicenne et le premier vendredi, jour de sa consultation, je croise Tobie Nathan dans le couloir et je lui demande poliment :

- « Est ce que je peux venir à votre consultation pour apprendre l'ethnopsychanalyse ?

- Mais qui êtes vous ?

- Je suis la nouvelle interne du service.

- Il me répond tout de go en me prenant par le bras : vous ne pouvez pas, vous devez ! »

Et me voilà installée dans ce lieu qui sera essentiel pour moi, un lieu initiatique. Le soir même, je vais à la Faculté où travaillait Serge Lebovici, de l'autre côté de la rue, je le vois très occupé mais cela ne m'empêche pas de l'aborder pour lui dire :

- « Monsieur, je veux faire un travail de recherche sur les enfants de migrants sous votre direction.¹

- Je n'ai pas le temps de te recevoir maintenant mais viens dimanche chez moi à six heures et nous en parlerons. »

Je vais voir sa secrétaire et je lui demande s'il s'agit de six heures du matin ou du soir, du matin sans doute me dit-elle d'un air distrait me trouvant vraisemblablement saugrenue. Je demande

son adresse, son code et toutes les coordonnées pour arriver chez lui, elle me les donne sans difficulté. Le soir, je demande à un ami, toujours le même qui était en formation avec S. Lebovici et qui m'a servi de passeur, s'il pense que c'est le matin ou le soir, il me dit sans hésiter, il t'attend à six heures du matin chez lui et je sais qu'il n'est jamais en retard.

Le dimanche matin, à l'aube, je mets le réveil et je suis chez lui à six heures précises. C'est lui qui m'ouvre, un petit bonhomme au regard vif et malicieux. Il me regarde avec beaucoup de bienveillance et me dit : « En général, elles ne viennent pas ! ». J'ai pensé alors : « J'ai bien fait de venir... ». Il me fait traverser un grand appartement majestueux et m'installe avec lui dans la cuisine. J'ose à peine manger, je constate qu'il mange des pruneaux, j'en prend un aussi, je bois une gorgée de café et nous voilà dans le vif du sujet. Serge Lebovici n'aimait pas perdre son temps. « Alors vous êtes qui ? » Je lui raconte très vite que je suis interne à Bobigny et que je veux faire un travail de recherche (DEA) avec lui sur « la vulnérabilité des enfants de migrants » et j'ajoute comme si cela était essentiel « Je suis moi-même enfant de migrants ». Mais je m'interromps très vite en lui disant qu'il m'impressionne beaucoup. Il se lève alors et me dit « Vous voyez, je suis plus petit que vous » et il ajoute « Il n'y a que vous qui puissiez faire ce travail en France, alors faites le ! Passez lundi me voir je vous montrerai

¹ Il s'agissait d'un DEA (Diplôme d'Etudes Approfondies), travail de recherche universitaire qui, en France, précède la thèse.

comment récupérer les données d'une recherche que nous faisons en ce moment et qui peut vous servir de base.² »

Il ne savait rien de moi ni de mon parcours, mais il m'avait dit l'essentiel pour devenir mon directeur de recherche et mon maître, il m'avait permis de croire que je pouvais le faire, avec lui, à Bobigny et que cela m'appartenait en propre.

Je me suis alors installée à Avicenne où je me suis d'abord laissée imprégner par le travail que Tobie Nathan (1986) faisait essentiellement avec la première génération de migrants puis, j'ai assoupli le dispositif qu'il avait mis en place, je l'ai diversifié et complexifié et surtout je l'ai adapté à la seconde génération de migrants, aux bébés, aux enfants et aux adolescents et à leurs familles.

Avicenne, l'andalouse : histoire d'un enchantement

Décrivons le dispositif d'Avicenne à Bobigny dans la banlieue nord de Paris³, et maintenant à Cochin au cœur de Paris. A cette consultation, je travaille avec une équipe de co-thérapeutes (médecins et psychologues mais aussi infirmières, travailleurs sociaux...), d'origines culturelles et linguistiques multiples, formés à la clinique et pour la majorité d'entre eux à la psychanalyse et initiés à l'anthropologie. Nous consultons toute la semaine en individuel et en groupe de thérapeutes. Être soi-même migrant n'est ni une condition nécessaire ni suffisante pour faire de l'ethnopsychanalyse. Ce qui importe, c'est d'avoir fait l'expérience du décentrage et de se familiariser

avec d'autres systèmes culturels. Le groupe permet que les expériences des uns et des autres se potentialisent. C'est l'apprentissage et la pratique intime de l'altérité et du métissage qui sont recherchés et pas celle du même : un patient kabyle ne sera pas reçu par un thérapeute kabyle... Le dispositif proposé est par nature métissé et centré par la notion d'altérité.

Nous recevons des patients de partout. Certains viennent d'Afrique Noire, d'autres du Maghreb, d'autres encore d'Asie du Sud-Est, des Antilles, de Turquie, du Sri Lanka, d'Europe centrale...

Un dispositif métissé et cosmopolite

Nous recevons la plupart des enfants et de leurs familles en individuel avec l'aide d'un traducteur si nécessaire et dans certains cas, nous nous faisons aider d'un groupe de co-thérapeutes. Même si ce dispositif groupal n'est utilisé que dans une minorité de situations, c'est lui que nous allons décrire en détail car c'est le plus spécifique ; c'est aussi celui qui nous a permis d'expérimenter des approches nouvelles ; c'est enfin celui qui soulève le plus d'interrogations car c'est le plus éloigné de la pratique habituelle dans le champ de la psychothérapie.

Un groupe de thérapeutes reçoit le patient et sa famille (en général une dizaine de co-thérapeutes). Dans les sociétés traditionnelles, l'individu est pensé en interaction constante avec son groupe d'appartenance. D'où l'importance d'un groupe dans les situations de soins. De plus, la maladie est

considérée comme un événement ne concernant pas seulement l'individu malade mais aussi la famille et le groupe. Par conséquent, elle est soignée sur un mode groupal : soit par le groupe social, soit par une communauté thérapeutique. Le traitement collectif de la maladie permet un compromis entre une étiologie collective et familiale du mal et une étiologie individuelle.

Les soignants, qui nous ont adressé la famille, participent en général à cette consultation, au moins la première fois, dans la mesure où ils sont porteurs d'un « morceau » de l'histoire de la famille. Cette présence active évite que la prise en charge transculturelle soit une nouvelle rupture dans le chemin long et souvent chaotique de ces familles qui ont, le plus souvent, un long et difficile parcours thérapeutique antérieur.

En plus de ces fonctions - modalité culturelle de l'échange et du soins, co-construction d'un sens culturel, étayage du patient -, 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, au sens de Devereux (1972) c'est-à-dire de support de l'élaboration psychique. Le métissage des hommes et des femmes, des théories, des manières de faire est un facteur implicite du dispositif.

De même quel que soit le symp-

² Il s'agissait des données de la Recherche Action Formation sur la maltraitance et les carences dans une population à haut risque psychosocial.

³ Pour le visualiser, cf. le film de L. Petit-Jouvet « J'ai rêvé d'une grande étendue d'eau ».

tôme pour lequel on nous consulte, quel que soit l'âge du patient, bébé, enfant, adolescent, adulte, la famille est conviée à venir avec le patient, l'entourage étant souvent porteur d'une partie du sens.

Le voyage des langues

Pour explorer les processus avec précision, dans leur complexité et leur richesse, la langue maternelle du patient est présente dans la consultation s'il le souhaite. Le patient a la possibilité de parler sa ou ses langues maternelles et dans ce cas, un co-thérapeute connaissant sa langue ou un interprète traduisent. À noter, que le processus qui semble efficient c'est la possibilité de passer d'une langue à l'autre et non pas le renvoi, parfois artificiel, à une langue maternelle « fossilisée ». Selon ses envies, ses possibilités, et la nature du récit qu'il construit, il utilise cette possibilité de repasser ou pas par sa langue maternelle. Ici encore c'est le lien entre les langues qui est recherché.

Étant donnée l'importance de la traduction, nous avons entrepris des études sur les modalités de traduction en situation clinique. La première d'entre elles, faite en collaboration avec une linguiste S. de Pury Toumi, a consisté à refaire traduire, en dehors de la situation thérapeutique, le discours énoncé par le patient par un second traducteur qui revoit la cassette de la consultation qui a été enregistrée et qui retraduit dans des conditions bien différentes de la situation clinique. Il a beaucoup plus de temps qu'en situation naturelle, il peut s'arrêter quand il veut, revenir en arrière, utiliser une aide mais surtout, il n'est pas

inclus dans la relation thérapeutique ce qui modifie totalement sa position (Moro & De Pury Toumi 1994). Cette re-traduction étant faite, nous avons comparé les deux versions ce qui a mis en évidence le fait qu'il existait de nombreuses différences dans la traduction in vivo et a posteriori mais que malgré ces différences, le sens global du discours était bien partagé par la triade patient-traducteur-thérapeute. Cette dernière donnée, contredit, il faut le dire haut et fort, l'idée trop souvent entendue selon laquelle on ne peut faire de thérapie avec un traducteur. Certes, c'est complexe mais confortable de travailler avec un traducteur — pendant qu'il traduit, on pense, on rêve...

Au-delà de cette constatation globale, l'étude a aussi mis en évidence l'importance de plusieurs processus qui ont modifié notre manière de travailler dans un entretien bilingue. Nous avons interviewé le traducteur de la situation clinique sur ce qui l'a amené à ces différences, ce qui a permis de mieux comprendre la part du traducteur dans le dispositif et ses mécanismes de choix et de décision au moment même de l'entretien.

Ainsi, « la connaissance culturelle partagée » permet de s'exprimer par sous-entendus et par implicites, ce qui est fondamental lorsqu'on aborde des sujets difficiles - la sexualité, les relations intimes entre les femmes et les hommes, voire entre les parents et les enfants mais aussi, en France, tout ce qui touche au sacré...

Il s'agit tout d'abord de prendre conscience du fait que nous travaillons sur un discours traduit et

non énoncé (patient / thérapeute / patient) et donc un discours médiatisé par le truchement du traducteur ce qui implique de bien intégrer le traducteur dans le dispositif thérapeutique et donc de le former à la situation clinique transculturelle.

Enfin cette étude a mis en évidence l'importance, pour les thérapeutes, des associations liées à la matérialité du langage énoncé directement par le patient et ce, même si on ne comprend pas. Ce bain linguistique provoque en nous des images et des associations liées à l'effet même des mots, des rythmes, des sonorités... L'interaction se fait avec le sens mais aussi avec la langue elle-même et l'univers qu'elle transporte.

La traduction n'est donc pas un simple truchement mais elle participe au processus interactif de la psychothérapie en situation transculturelle.

Le thérapeute est aussi un être culturel

Dans un tel dispositif, il est nécessaire d'instaurer, en plus des mécanismes d'analyse du transfert et du contre-transfert « affectif », une modalité spécifique d'analyse du contre-transfert lié à la dimension culturelle. Autre raison pour laquelle ce type de consultation se déroule en groupe, moyen le plus efficace pour analyser ce *contre-transfert culturel* (Moro & Nathan 1989). Concrètement, à la fin de chaque entretien, le groupe s'efforce d'explicitier le contre-transfert de chacun des thérapeutes par une discussion des affects éprouvés par chacun, des implicites, des théories...

qui les ont conduit à penser telle chose (inférences), à formuler tel acte (interventions).

On le sait, rendre opérationnelle la dynamique du transfert et du contre-transfert a été la véritable révolution opérée par Freud. Depuis l'élaboration du modèle classique de la cure, la parole du sujet est posée comme acte de la thérapie, le support en étant le lien entre le psychanalyste et son client c'est-à-dire le transfert. Le transfert désigne donc le processus par lequel les désirs inconscients du patient s'actualisent dans le cadre de la relation psychanalytique. Devereux (1967) a élargi cette définition pour l'appliquer à l'ensemble des phénomènes survenant en situation de clinique et de recherche en sciences humaines. Le transfert devient alors la somme des réactions implicites et explicites que le sujet développe par rapport au clinicien ou au chercheur.

À l'inverse, le contre-transfert du chercheur est la somme de toutes les réactions du clinicien explicites et implicites par rapport à son patient ou à son objet de recherche. Dans le contre-transfert, il y a comme dans le transfert, une dimension affective et culturelle. Le contre-transfert culturel concerne la manière dont le thérapeute se positionne par rapport à l'altérité du patient, par rapport à ses manières de faire, de penser la maladie, par rapport à tout ce qui fait l'être culturel du patient... Tel Soninké a des insomnies, lorsqu'il s'endort enfin, il fait des rêves funestes. Il a consulté un guérisseur soninké à Paris qui lui a dit qu'il avait été attaqué par un esprit, un génie, un ancêtre mécontent. Le guérisseur, le sage, celui qui sait interpréter les rêve

a alors demandé qu'il fasse un sacrifice. Quelle est ma position intérieure face à un tel récit ? De cette position contre-transférentielle découlera ma réponse au patient. Elle conditionnera ma capacité à entrer en relation thérapeutique avec lui. Je dois donc de définir le statut épistémologique que j'attribue à ce type de matériel. Il s'agit donc avant tout de ma position intérieure par rapport à tous ces dire et ces faire codés par la culture du patient. Le transfert et le contre-transfert culturel empruntent aussi à l'histoire, à la politique, à la géographie... Le patient comme le thérapeute ont des appartenances et sont inscrits dans des histoires collectives qui imprègnent leurs réactions et dont ils doivent être conscients. Sans l'analyse de ce contre-transfert culturel, on risque des passages à l'acte agressifs, affectifs, racistes... Ainsi, telle femme thérapeute qui n'arrive pas à entrer en interaction avec tel homme maghrébin avec qui elle est en conflit immédiatement — c'est l'image de la femme qui est d'abord en jeu dans cette relation et la place culturelle qui lui revient ou encore telle jeune fille maghrébine qui arrive à convaincre l'assistance sociale de son lycée de la placer en urgence dans un foyer car son père l'empêche de se maquiller. Et l'assistance sociale interrogée sur cette précipitation dira en toute bonne foi : ils commencent comme cela et on ne sait pas où cela s'arrête. Si elle est renvoyée en Algérie, alors, il sera trop tard ! ». Décentrage et analyse du contre-transfert culturel sont sans doute les deux mécanismes les plus difficiles à acquérir dans cette pratique culturelle mais les plus précieux aussi.

Modifier le temps

Un autre facteur est modifié dans ce dispositif, la temporalité : les consultations durent environ deux heures, temps qui semble nécessaire pour qu'un récit se déroule à la première personne étant donnée la représentation traditionnelle du temps, de la rencontre et du parcours thérapeutique.

De même, en général, les suivis se font sous forme de consultations thérapeutiques ou de thérapies brèves inférieures à six mois à raison d'une séance tous les mois ou tous les deux mois. Beaucoup plus rarement, dans ce cadre groupal, sont menées des thérapies longues. Mais des thérapies plus longues peuvent avoir lieu en individuel avec un des co-thérapeutes si c'est nécessaire après quelques consultations en groupe qui permettent de donner un cadre culturel à la souffrance de la famille et d'initier le processus. Parfois elles sont menées par un membre de l'équipe qui accompagne la famille en même temps que les thérapies en groupe.

L'efficacité thérapeutique

Les travaux actuels en ethno-psychanalyse montrent la bonne adaptation de cette technique à la clinique des migrants : elle obtient des résultats thérapeutiques profonds et durables⁴. L'existence d'un dispositif thérapeutique complexe qui s'adapte à chaque situation, le décentrage culturel qui nous contraint à suspendre un diagnostic souvent trop prompt lorsqu'il est fait à partir de nos catégories diagnostiques occiden-

⁴ Pour une bibliographie exhaustive sur ce sujet, cf. Moro (1998). Edition 2000.

tales - confusion entre du matériel culturel comme l'envoûtement et un délire, non perception d'un affect mélancolique sous un discours culturel centré par la sorcellerie... - et l'utilisation de l'outil complémentarisme conduit à une multiplicité des hypothèses étiologiques ce qui est sans doute un facteur efficient de ce dispositif. Il a été montré, en effet, dans les travaux actuels sur l'évaluation des psychothérapies que la capacité du thérapeute à modifier ses hypothèses diagnostiques est un facteur général d'efficacité qu'elle que soit la technique⁵.

Nous avons mené pour notre part plusieurs études sur l'efficacité de la technique ethnopsychanalytique pour les thérapies mères-bébés en situation transculturelle (Moro 1991 ; Moro 1994 ; Moro 1998), pour les enfants d'âge scolaire et les adolescents, enfants de migrants (Moro 1998, 2002 ; Deplaen, Moro & al. 1999). En dehors des paramètres déjà retrouvés par les équipes antérieures, nous avons mis en évidence l'importance de l'élaboration de l'altérité culturelle, de la co-construction d'un sens avec la famille, l'impact de l'exploration des niveaux ontologiques, étiologiques et thérapeutiques pour chaque situation sur la qualité du récit, l'importance de l'énoncé d'un récit singulier et contextualisé dans les mécanismes de changement, la nécessité de travailler sur les productions imaginaires actualisées dans la relation thérapeutique pour reconstruire cette transmission parents-enfants et l'intérêt de travailler sur la conflictualité interne des enfants soumis à un certain degré de dissociation entre filiation et affiliation... Ainsi, cette technique psychothérapi-

comporte des facteurs communs à toute psychothérapie comme la mise en place d'un cadre, la construction d'un récit... et aussi des facteurs spécifiques liés à la nature même de la technique.

L'étape ultime de ce travail sera la construction de liens entre ces hypothèses de sens et surtout la possibilité pour le patient de construire son propre récit en s'appuyant sur des représentations plurielles. Ainsi, ce dispositif de soins qui intègre la dimension psychique et culturelle de tout dysfonctionnement humain n'est pas à proprement parlé un dispositif spécifique à mes yeux. Il serait plus exact de dire qu'il s'agit d'un cadre psychothérapique complexe et métissé qui permet le décentrage des thérapeutes et par là-même, la prise en compte de l'altérité culturelle des patients migrants mais, en fait, intéressant pour tous, migrants ou pas, métisses ou pas.

Loin d'être des obstacles, la langue des patients, leurs représentations culturelles, les logiques culturelles qui les imprègnent, deviennent alors des éléments du cadre thérapeutique et des sources de créativité aussi bien pour les thérapeutes que pour les patients.

Quand proposer une approche transculturelle ?

Quand peut-on penser qu'une prise en charge psychothérapique intégrant la dimension culturelle est nécessaire ? Schématiquement, nous proposons deux types d'indications que ce soit pour des individus quel que soit leur âge ou des familles et que ce soit des patients qui ont migré eux-mêmes

ou des enfants voire des petits-enfants de migrants.

En première intention, on peut proposer une telle psychothérapie aux patients dont la symptomatologie apparaît comme une conséquence directe de la migration à court, moyen ou long terme ; aux patients qui présentent une symptomatologie codée culturellement : mise en avant d'une théorie étiologique culturelle telle que la sorcellerie, la possession... Ou lorsque le symptôme lui-même est codé dans sa forme même : transe, communication avec des êtres culturels... Enfin, aux patients qui demandent explicitement ce décentrage culturel : ils évoquent la nécessité de repasser par leur langue, de s'occuper des « choses du pays »... Ces indications concernent aussi bien les premières que les secondes générations pourvu qu'un des paramètres cités existent. Dans toutes ces indications, le dispositif transculturel est susceptible de fonctionner comme une véritable machine à fabriquer des liens entre les univers d'appartenance du patient (ici et là-bas) et pour les enfants de migrants, entre l'univers des parents et celui de l'extérieur.

En seconde intention, cas de figure le plus fréquent dans notre consultation, c'est-à-dire quand le patient a déjà bénéficié d'une autre prise en charge dans un cadre classique, on propose un dispositif transculturel aux patients qui errent d'un système occidental de soins (médecins, psychiatres, psychothérapeutes...) à un système traditionnel (consultation de guérisseurs au pays et

⁵ Sur ce sujet cf. Moro & Lachal (1996).

ici) sans pouvoir faire de liens entre ces lieux et sans qu'aucun ne déclenche de véritable travail d'élaboration et de transformation de la situation. On le proposera aussi aux patients migrants en errance qui, à la suite de parcours de soins souvent chaotiques, sont exclus de fait de tout lieu de soins. Enfin, à tous ces patients qui disent ne pas être compris, parlent de malentendus ou parfois de manque de respect à leur égard. Ils arrêtent leur prise en charge ou refusent, pour la famille ou l'enfant, tout nouveau projet de soins.

Enfin, comme toute technique psychothérapique, l'ethnopsychanalyse reconnaît 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 leurs groupe d'appartenance ou encore, nécessité d'une élaboration 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 et éclairer le récit. La première consultation doit négocier le cadre et la forme du suivi : en individuel, en groupe, avec telle ou telle manière de faire. On négocie aussi sa temporalité : toutes les semaines, tous les mois, voire tous les deux mois. Cette consultation initiale sert à définir tous ces éléments du cadre.

Ni magique, ni exotique, une pratique du lien pour tous

Ainsi, les représentations culturelles donnent une préforme aux

représentations individuelles et leurs servent de canal sémantique pour la construction de récit, ce sont de véritables principes de narrativité. Les méandres des désirs de l'être humain et ses conflits nourrissent, dans ce domaine comme dans bien d'autres, l'extraordinaire diversité humaine. L'enjeu reste cependant celui de l'introduction de ce type de représentations culturelles dans nos outils de soins.

Ni magique, ni « démoniaque », l'ethnopsychanalyse comme toute technique psychothérapique reconnaît des indications et des limites qu'il faut préciser loin des passions idéologiques obscurcissantes. La clinique transculturelle n'est pas une clinique réservée aux experts ou aux voyageurs. Elle appartient à tous ceux qui se donnent la peine d'une formation rigoureuse et multiple.

Les conditions de la subjectivité

Se pose alors une question importante qui est celle de l'aménagement du cadre nécessaire en dehors même du dispositif transculturel pour certains patients migrants et leurs enfants : ce cadre n'est pas indispensable pour tous les migrants mais pour certains la guérison ne pourra avoir lieu sans cela — il faut donc en évaluer la nécessité. On peut citer certains de ces implicites culturels, non forcément partagés, qui obligent parfois à des réaménagements même dans un cadre non spécifique : *la relation duelle* ne va pas de soi pour un patient venant d'une culture non-occidentale où l'individu est pensé en interaction constante avec ses groupes d'appartenance (famille, commu-

nauté...). Cette relation duelle est donc parfois vécue par le patient comme violente et intrusive. Lorsque tel est le cas, il faut reconstituer avec lui les conditions de son intimité, les conditions du déploiement de sa subjectivité. Il importe alors d'introduire la notion de groupe en demandant au patient de venir avec quelqu'un qu'il choisira, et soi-même, de mettre en place des entretiens avec une autre personne qui suit le patient (ce qui, par exemple, est facile en institution).

De même, la technique d'entretien doit être pensée : les questions, toutes les *questions* mais surtout celles sur l'intimité, sur l'intérieur de la maison, sur la vie de couple, sur le privé... mais aussi les questions sur des aspects culturels pensés comme allant de soi pour les patients tels que la polygamie, les rites... toutes ces formulations interrogatives qui présupposent de notre part des implicites si non, nous ne les poserions pas. Toutes ces formulations sont souvent vécues comme violentes, intrusives, déplacées, saugrenues mais aussi parfois impolies car elles ne respectent pas les règles culturelles de l'échange : ordre des générations, différence des sexes, place respective des enfants et des adultes... Les questions sont souvent de trop et plutôt que de poser des questions, il est plus utile de proposer ses propres représentations pour permettre qu'un récit se déroule au rythme du patient. De même, toujours pour favoriser le récit, il importe de respecter l'ordre culturel de la famille : parfois, il peut être difficile d'avoir accès à la femme, à la mère sans avoir demandé l'autorisation au mari - voulant parfois rester loyale à son mari, elle ne pourra

s'exprimer librement, il convient alors de négocier cette autorisation pour qu'elle puisse venir aux entretiens, à l'école, au dispensaire, et s'exprimer à sa guise. Ces exemples ne doivent pas être érigés en règle, en recette, en nouveau carcan pour les femmes, les hommes, les familles migrantes et leurs enfants. Ces éléments de base doivent être connus et entrer dans la négociation du cadre de tout travail.

Il est, bien sûr, d'autres points tels que l'introduction de la langue maternelle du patient, l'analyse de notre contre-transfert culturel. Tout ceci est possible dans tout cadre de soins, ou peut le devenir, dès que nous sommes convaincus de leur efficacité. Ici comme ailleurs, la pensée précède l'acte.

Expérimenter la différence

D'autres paramètres issus du cadre transculturel peuvent être intégrés dans des lieux non spécifiques en fonction de la personnalité du clinicien, de son aisance avec tel ou tel élément, du lieu d'exercice... comme la modification de la temporalité (consultations plus longues), la constitution d'un petit groupe de co-thérapeutes, l'importance dans les thérapies de bien commencer par construire un sens culturel qui intègre les hypothèses des patients... Mais pour introduire progressivement toutes ces modifications dans nos cadres de prévention et de soins, il faut explorer leur pertinence et leur formidable efficacité à partir de l'expérience des autres ou en se donnant soi-même les moyens de les expérimenter.

Tous ces apprentissages, nous

les faisons collectivement à Avicenne, nous les faisons grâce à ce formidable lieu de rencontres qu'est devenue cette consultation transculturelle. C'est une entreprise véritablement collective et cosmopolite. Mes collaborateurs sont maintenant très nombreux, une vingtaine de thérapeutes en permanence et puis tous ceux qui passent, travaillent un temps, repartent dans un terrain, retournent dans leur pays d'origine ou vont travailler ailleurs. Il y a aussi beaucoup de stagiaires ou d'invités qui apportent leur regard neuf sur ce lieu thérapeutique ouvert sur la cité et sur le monde. Tous apportent quelque chose de plus, de différent, au travail entrepris, à *Avicenne l'andalouse*.

La chance de travailler dans ce lieu cosmopolite et mon vieux rêve de devenir « médecin sans frontières » m'ont amené à travailler depuis 1987 avec Médecins Sans Frontières et là, à y monter la première mission de santé mentale dans le cadre d'une organisation médicale internationale (Moro 2002). C'est Avicenne qui m'a donné la force de partir ailleurs pour voir si les idées et les manières de faire expérimentées ici avec encore de la chaire là-bas. Depuis 1987, j'ai travaillé dans une vingtaine de pays différents et j'ai constitué à Avicenne une équipe de psychiatrie humanitaire (Baubet & al. 2003). Faisons un détour par l'une de ces missions, celle de Kaboul.

Bobigny et le monde

Un poste de santé de Pul-I-Charki, un camp de réfugiés, en langage international des «retournees» près de Kaboul qui accueille transitoirement les fa-

milles afghanes qui rentrent dans leur pays après vingt cinq ans de guerre. Ils rentrent essentiellement du Pakistan.

À la demande des médecins, je vois quelques patients en consultation, un peu à l'écart, dans l'espace réservé d'habitude aux accouchements.

Fantômes dans la tête d'un bébé

Une jeune femme, belle et soignée, arrive avec un bébé d'environ un an. Elle est accompagnée de son frère qui manifestement prend soin d'elle et de son bébé.

Une bien étrange douleur

Le bébé a mal à la tête dit la mère. D'ailleurs, elle lui a mis un petit bandeau autour de la tête pour le soulager et pour nous dire où a mal l'enfant. Mais comment sait-elle que l'enfant a mal à la tête ? me demandais-je. Je ne dis rien, c'est le médecin qui mène alors la consultation. Il vérifie sa nuque, elle est souple, il vérifie sa température, il n'a pas de fièvre, il demande s'il vomit, il ne vomit pas. La jeune femme, déjà veuve, est soignée et maquillée comme le bébé qui lui aussi est bien habillé. Il a de la fièvre la nuit dit-elle, le médecin doute de la fièvre seulement la nuit mais il comprend que la route est encore longue et qu'ils sont fatigués. Vont-ils arriver à Mazar-i-Charif et que vont-ils trouver là-bas ?

Il se tourne alors vers moi et dit, voulez vous la voir ? Madame et son frère acceptent volontiers de me rencontrer. Ils saluent l'interprète. Nous changeons de lieu de consultation pour être un peu à l'écart ; il y a beaucoup de pa-

tients qui attendent et beaucoup de bruit. La maman s'assoit avec son bébé sur les genoux, son frère reste près d'elle, debout. Je pense dans mon for intérieur : il ne veut pas s'asseoir, il veille, il monte la garde auprès de sa sœur et du bébé.

Avant de faire connaissance, je lui demande comment elle sait que le bébé a mal à la tête. En ce début d'entretien, elle ne répondra pas. Si je ne comprends pas, comment va t-elle m'expliquer ? Il en est ainsi pour tout d'ailleurs, des questions qui présupposent que nous ne savons pas, sont des questions auxquelles les patients ne répondent pas. D'ailleurs en général, nous posons trop de questions.

L'exil de Zeineb et sa désespérance

Zeineb, c'est son prénom, parle sur un ton monocorde, elle regarde parfois son frère qui est assis à côté d'elle. Leur père a été tué il y a une dizaine d'années. Leur mère est morte tuée par des tirs au moment où elle était allée à Kaboul pour demander une pension après la mort de son mari. Le frère et les deux sœurs ont alors décidé de partir pour rejoindre un oncle qui était réfugié au Pakistan à Islamabad – un frère du père. Ils ont retrouvé l'oncle après bien des difficultés. L'oncle a accepté de mauvaise grâce de prendre en charge ses deux nièces et son neveu. Il a décidé de vendre le magasin du père à Mazar-i-Charif pour marier Zeineb, la plus âgée des filles, elle avait quatorze ans, à un Pakistanais. Zeineb s'émeut en parlant de cela. Elle regarde son frère et dit : « Mon oncle m'a vendu à un Pakistanais, comme

on vend une vache ! ». Zeineb était très malheureuse dans la famille pakistanaise, ils la maltrai-taient et l'insultaient en lui disant « les femmes afghanes ont toutes été violées sur le chemin, ce sont des prostituées... ». De plus, elle voyait très peu son frère et sa sœur et elle en était très malheureuse. Son mari, était un homme beaucoup plus âgé qu'elle. Elle était sa troisième épouse. Par ailleurs, son mari était malade et, elle le dit très directement, il était impuissant. Bientôt, sa belle-mère va lui reprocher de ne pas avoir d'enfant et d'être stérile. Zeineb sait qu'elle n'est pas stérile, mais rien ne peut être dit sur son mari. Elle commence à avoir envie elle aussi d'avoir un enfant pour ne plus être seule au milieu de cette famille étrangère qui l'insulte et dont elle ne comprend que partiellement la langue. Elle pleure dès qu'elle est seule, se sauve plusieurs fois pour aller rendre visite à sa sœur et à son frère mais elle est violemment réprimandée par son oncle. Elle décide alors d'aller faire un enfant avec un homme afghan, un voisin qui lui plaît et elle sait qu'elle lui plaît aussi. Elle aura cet enfant, une belle fillette qu'elle nommera du nom de sa mère. Son mari sait que cet enfant n'est pas de lui, peu lui importe, elle nie tout. Son mari bat Zeineb, lui frappe sur le ventre, l'injurie. Le bébé naîtra quand même. Zeineb est pleine de joie : avec ce bébé qu'elle a voulu envers et contre tous, elle ne sera plus jamais seule. Son mari meurt d'une affection cardiaque quelques mois plus tard. Elle retourne alors chez son oncle avec l'enfant, la famille pakistanaise « n'en veut pas ! » fort heureusement pour elle, ajoute t-elle presque avec humour. L'oncle est un peu mécon-

tent, personne n'est là pour lui dire qu'il doit respecter les règles dans de telles circonstances : la guerre permet tout même les transgressions et rompt les contraintes mais aussi les solidarités. L'oncle veut alors « vendre » la plus jeune sœur à un autre Pakistanais qui la demande. Elle ne veut pas. Son frère s'oppose alors à son oncle. Ils se fâchent. Le frère et les deux sœurs décident de repartir pour Mazar-i-Charif. La jeune sœur meurt sur le chemin du retour. Elle a de la diarrhée, puis elle vomit, elle est brûlante. Elle meurt. Elle est enterrée en Afghanistan à la frontière avec le Pakistan.

Jouer la souffrance, l'exorciser

Zeineb me regarde alors bien dans les yeux et me dit : « Vous comprenez, j'ai mal à la tête et le bébé aussi ». Je comprends en effet, maintenant comment elle peut savoir que le bébé a mal à la tête, c'est une projection de sa propre douleur. Je me demande comment intervenir « en urgence » dans ce lieu avec la certitude que je ne la reverrai pas une seconde fois. Je lui dis : « Je peux peut-être vous aider à faire sortir la tristesse et les mauvaises pensées qui vous habitent depuis la mort de votre sœur. Nous allons jouer (je lui propose de faire un peu de psychodrame). Je joue votre sœur et vous, vous jouez vous ». Le frère me regarde terrorisé mais Zeineb comprend d'emblée la logique et me dit « Non ! Je vais jouer ma sœur et vous allez jouer moi ! ». Et pour marquer sa décision, elle me met sa fille dans les bras et elle reste debout. Elle se met alors à jouer sa sœur et elle me reproche de l'avoir fait mourir, de l'avoir tuée, d'avoir pris une

mauvaise décision, celle de partir et de ne penser qu'à moi.... Cette culpabilité étant exprimée très directement, elle s'apaise et ajoute : « Mais je comprends ta décision, il vaut mieux mourir dignement que de vivre lâchement ! » Elle reprend le bébé qui était dans mes bras, s'assoit et signifie par là que le jeu est fini. Je n'ai rien dit, c'était inutile, l'essentiel a été dit par Zeineb. Elle se lève et part, préoccupée par les choses à faire dans le camp. Son frère, qui n'a rien dit jusque-là, nous remercie, remercie MSF « Merci d'avoir été sur notre route » et s'en va lui aussi chercher l'argent de la famille que le HCR⁶ doit lui donner.

Je reste époustouffée par les paroles de Zeineb, par son courage, sa capacité à utiliser ce qui se présente sur son chemin, que ce soit la décision de faire un enfant ou sa manière d'utiliser le cadre thérapeutique. Une belle leçon de vie pour ceux qui l'écoutent et la preuve que même dans un camp de passage des petits moments volés au quotidien difficile des familles peuvent devenir signifiants.

La femme touchée par l'ombre noire

Une dame qui paraît âgée de cinquante soixante ans pleure dans la file d'attente. C'est rare, en général dans la file, les gens cherchent à passer, s'activent, parlent... Ils sont très actifs. Madame pleure, en silence, sans ostentation, ce qui attire l'attention du médecin qui lui propose de venir me voir.

J'ai vécu de mauvaises choses, je voudrais oublier

Madame ne porte pas de *chadri*, juste un petit voile sur la tête qui n'a plus de couleur et une robe noire, usée et sale. En fait, elle n'a que quarante ans et en paraît beaucoup plus. Elle parle d'un ton résigné et profondément triste. Je suis mal. Je ne comprends pas ce qui m'arrive depuis huit mois, tout va mal. J'ai mal à la tête, à l'arrière de la tête, quand cela me prend, je ne peux rien faire. C'est vraiment très douloureux. Les médecins au Pakistan me donnaient des médicaments mais cela ne me soulage pas. J'ai quitté l'Afghanistan il y a longtemps, je ne sais plus quand. J'ai vécu au Pakistan très longtemps, trop longtemps. J'ai perdu mon mari et mon fils. Avant je m'occupais de tout, maintenant, je n'y arrive plus. Je lui demande si elle a consulté quelqu'un qui sait. Elle me répond sur le ton de l'évidence : « Bien sûr j'ai consulté un *Imam* au Pakistan, il dit que c'est l'ombre noire qui s'est abattue sur ma famille. Il a fait des protections mais je n'ai plus de force, je suis faible. Au Pakistan, j'ai vécu de mauvaises choses. Je voudrais oublier ». Je lui demande qui est l'homme de la famille : personne. Elle a perdu beaucoup d'enfants en bas âge en Afghanistan, elle a perdu pendant la guerre son mari et son fils et elle est partie au Pakistan avec sa fille. Arrivée là-bas, la vie était difficile sans homme mais elle avait beaucoup de force et de courage. Elle a donc réussi à réorganiser sa vie là-bas en faisant des tapis avec sa fille. La vie était dure mais possible. Depuis huit mois, elle n'a plus le courage de rien faire. Que s'est-il passé il y a huit mois ? Il y a un

an environ, elle a marié sa fille à un Afghan qui vivait près d'elles à Peshawar. « Il était largement temps de la marier, elle avait vingt trois ans », dit Madame. Elle a refusé plusieurs fois sa main car elle voulait la garder près d'elle, avec elle. Elle voulait rentrer avec elle à Bâmyân d'où la famille est originaire et où ils ont leur maison familiale (elle est sans doute détruite mais le terrain existe dit-elle avec une certaine animation retrouvée). Elle attendait donc de pouvoir rentrer avec sa fille. Il y a un an, des hommes de la communauté sont intervenus et ils ont dit : « Il faut que tu maries ta fille ». Leila, sa fille, n'avait pas non plus envie de quitter sa mère, mais le temps était venu d'avoir un mari et des enfants. Elle a donc marié sa fille avec un jeune homme doux et gentil mais dont la famille n'est pas de Bâmyân. Lorsque les familles afghanes ont commencé à rentrer la question s'est alors posée de savoir comment faire. Triste et déprimée depuis le départ de sa fille, elle ne voyait qu'une solution, rentrer à Bâmyân. Mais le mari et surtout sa famille ne l'entendaient pas ainsi, Leila devait rentrer elle aussi mais avec son mari dans la plaine de Shamali. Madame a compris qu'elle était irrémédiablement seule et qu'elle devait finir son chemin, seule.

Partir, repartir, tel est mon destin

Un matin, elle a rassemblé quelques affaires et elle est partie dans un de ces camions bariolés qui allait à Kaboul. La veille elle l'avait dit à sa fille : « Je pars à Bâmyân dire à ton père que la vie

⁶ Haut Commissariat aux Réfugiés.

continue à travers toi et tes enfants. Sois digne de notre famille ». De Kaboul, elle trouverait bien le moyen d'aller à Bâmyân sans doute pour y mourir mais dignement. « Voilà dit-elle sobrement, pourquoi je pleure ». La guerre lui a volé ses hommes, l'exil sa fille. Les migrations bousculent les modalités d'alliance (mariage) et les liens intergénérationnels. Comment faire pour maintenir le modèle de famille élargie qui permet les solidarités entre générations quand vous avez marié, au cours des étapes de l'exil, votre fille à un homme qui va partir avec sa famille ailleurs. Renoncer à votre village natal, elle ne le pouvait pas madame car son mari et son fils étaient enterrés là-bas et, elle avait besoin de revoir Bâmyân. De plus, vivre avec sa fille dans la famille de son mari, cela lui semblait contraire aux règles habituelles. Condamnée à retourner seule dans le berceau familial ou mourir en chemin. Madame n'avait peur de rien, en tous les cas pas de la mort, peut-être de la solitude... Que faire contre cette ombre noire qui l'habitait depuis le départ de sa fille et contre laquelle les pratiques traditionnelles semblaient aussi inefficaces que les traitements des médecins. Je lui pose directement la question à la fin de notre entretien long et émouvant – je présentais bien là les limites de notre action médicale et psychologique sur ces remaniements des liens, conséquences indirectes de la guerre. Elle me dit : « Vous m'avez vu pleurer devant les autres et vous m'avez fait entrer ici où j'ai pu pleurer sans honte. Vous m'avez écoutée longuement et sans impatience. Sans doute ne pouvez vous rien faire de plus pour moi sinon me laisser repartir pour Bâmyân

un peu moins lourde qu'avant. Je vous ai raconté ce que vivent les Afghans lorsqu'ils doivent quitter leur terre ». Elle se mouche dans son voile, sèche ses larmes, me touche la main et me donne un vrai sourire. Je ne dis rien de plus, ne propose rien de plus, je la laisse partir d'un pas déterminé et je me dis, alors il ne me reste plus qu'une chose pour être fidèle à l'engagement pris, témoigner de son histoire et de la douleur des Afghans qui quittent leur terre natale.

Si nous doutions de la valeur des témoignages singuliers, des histoires racontées au détour d'une rencontre ou d'un moment d'émotion, cette femme à l'ombre noire qui ne m'a pas dit son nom, la mère de Leila, c'est peut-être ainsi qu'elle voulait qu'on l'appelle, l'a magistralement montré, à la première personne du singulier.

Ces allers et retours entre l'Europe multiculturelle et le monde traversé de ruptures me donne

une sorte de scepticisme engagé au service de la clinique du quotidien, tel qu'il est dans sa diversité, sa complexité, ses rondeurs et ses aspérités aussi. ■

Résumé

DON QUICHOTTE OU ULYSSE ?

POUR UNE CLINIQUE TRANSCULTURELLE AVEC LES MIGRANTS ET LEURS ENFANTS EN EUROPE ET DANS LE MONDE

L'auteur analyse l'importance de la clinique transculturelle pour les migrants et leurs enfants à partir de l'histoire de la consultation transculturelle de Bobigny en banlieue parisienne. Elle montre l'importance des langues en psychothérapie et la nécessité de repenser le cadre pour s'adapter à cette clinique de la diversité et du singulier dans un contexte multiculturel comme est la société européenne aujourd'hui. Elle montre que cette clinique transculturelle peut aussi être nécessaire et utile pour les formes contemporaines de clinique en situation humanitaire (ici le travail avec les réfugiés afghans avec Médecins Sans Frontières).

Mots-clés

clinique transculturelle, migrants, enfants de migrants, psychiatrie en situation humanitaire.

Bibliographie

- Aulagnier P. Se construire un passé. Exposé théorique, *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n°7, « Le narcissisme à l'adolescence », colloque de Monaco (sept. 1988). Paris : Le Centurion ; 1989. p. 191-220.
- Baubet T, Leroch K, Bitar D, Moro MR, editors. *Soigner malgré tout. Vol. 1 : Traumas, culture et soins*. Grenoble : La Pensée sauvage ; 2003.
- Baubet T, Leroch K, Bitar D, Moro MR, editors. *Soigner malgré tout. Vol. 2 : Bébés, enfants et adolescents dans la violence*. Grenoble : La Pensée sauvage ; 2003.
- De Plaen S, Moro MR. Œdipe polyglotte. Analyse transculturelle. *Journal de la psychanalyse de l'enfant* 1999 ; (24) : 19-44. Republié in : Geissmann C, Houzel D, editors. *Psychothérapies de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Bayard ; 2003. p. 642-60.

Abstract

DON QUIXOTE OR ULYSS?

TOWARDS A TRANSCULTURAL CLINIC FOR MIGRANTS AND THEIR CHILDREN IN EUROPE AND THE WORLD

The author assesses the positive effect of the transcultural clinic on migrants and their children based on the history of the outpatient transcultural clinic of Bobigny's Avicenne Hospital in the Paris suburbs. She highlights the role played by languages in psychotherapy and points at the necessity to redesign the framework in order to adapt to this clinic of diversity and singularity in a multicultural context characteristic of today's European society. She explains that this transcultural clinic may well be necessary and useful to contemporary clinics during humanitarian operations (e.g. the mission carried out by Doctors Without Borders with the Afghan refugees).

Key words

transcultural clinic, migrants, children of migrants, humanitarian psychiatry.

Resumen

¿ DON QUIJOTE O ULISES ?

PARA UNA CLÍNICA TRANSCULTURAL CON LOS MIGRANTES Y SUS HIJOS EN EUROPA Y EN EL RESTO DEL MUNDO

El autor analiza la importancia de la clínica transcultural para los migrantes y sus hijos partiendo de la historia de la consulta transcultural de Bobigny en las afueras de París. Pone de relieve la importancia de las lenguas en psicoterapia y la necesidad de pensar de nuevo el marco afin de adaptarse a esta clínica de la diversidad y de lo singular dentro de un contexto multicultural como es la sociedad europea de hoy. Muestra que esta clínica transcultural también puede ser necesaria e útil para las formas contemporáneas de clínica en situación humanitaria (en este caso el trabajo con los refugiados afganos con Médicos Sin Fronteras).

Palabras claves

clínica transcultural, migrantes, hijos de migrantes, psiquiatría en situación humanitaria.

Devereux G. (1958) *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris : Flammarion ; 1972.

Devereux G. (1981) *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Aubier ; 1988.

L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés. Grenoble : La Pensée sauvage.

Moro MR. *Aimer ses enfants ici et ailleurs. Histoires transculturelles*. Paris : Odile Jacob ; 2007.

Moro MR, Moro I. et coll. *Avicenne l'andalouse. Devenir thérapeute en milieu multiculturel*. Grenoble : La Pensée sauvage ; 2004.

Moro MR, De la Noë Q, Mouchenik Y, editors. *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social*. Grenoble : La Pensée sauvage ; 2004.

Moro MR, Lachal C. *Introduction aux psychothérapies*. Paris : Nathan ; 1996.

Moro MR, Lachal C. Traumatisme psychique en situation de guerre. L'exemple de la Palestine. In : Lachal C, Ouss-Ryngaert L, Moro MR, editors. *Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire*. Paris : Dunod ; 2003, 221-42.

Moro MR, De Pury Toumi S. Essai d'analyse des processus interactifs de la traduction dans un entretien ethnopsychiatrique. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1994 ; (25/26) : 47-85.

Nathan T, Moro MR. Enfants de djinné. Evaluation ethnopsychanalytique des interactions précoces. In : Lebovici S, Mazet Ph, Visier JP, editors. *Evaluation des interactions précoces*. Paris : E.s.h.e.l. ; 1989. p. 307-40.

Moro MR. La construction de l'interaction. Fonctionnement des systèmes de représentations culturelles dans les psychothérapies mère-enfant. *Thèse pour l'obtention du doctorat de Psychologie*, sous la direction du Pr T. Nathan. Saint-Denis : Université de Paris VIII ; 1991.

Moro MR. *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*. Paris : P.U.F., coll. « Le Fil rouge » ; 1994 (Deuxième et troisième édition sorties en 2002).

Moro MR. *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*. Paris : Dunod, coll. « Thérapies » ; 1998 (Deuxième édition sous le titre *Psychothérapie des enfants et des adolescents*, 2000).

Moro MR. *Enfants d'ici venus d'ailleurs. Naître et grandir en France*. Paris : La Découverte ; 2002 (Deuxième édition en 2004 chez Hachette Littératures dans la coll. « Pluriel »).

Nathan T. *La folie des autres*. Paris : Dunod ; 1986.

Films

Sur la consultation transculturelle d'Avicenne: Petit Jouvét L. « *J'ai rêvé d'une grande étendue d'eau* », Paris, 2003. Producteur : Arnaud de Mezamat (mail : abacaris@club-internet.fr).

Sur le travail psychologique avec Médecins Sans Frontières : « *Des mots pour soigner* », Paris, 1996. Producteur : Médecins Sans Frontières.