

**CHARLES DI**

Psychologue  
Maison des adolescents/Maison de Solenn,  
Hôpital Cochin, Paris

**& MARIE-ROSE MORO**

Professeure de psychiatrie de l'enfant et de  
l'adolescent, psychanalyste  
Université de Paris Descartes, Sorbonne Paris  
Cité & INSERM U669  
Chef de service, Maison des adolescents/Mai-  
son de Solenn, Hôpital Cochin, Paris  
<marie-rose.moro@cch.aphp.fr>

# Le malentendu en clinique transculturelle

## De l'analyse des situations à la proposition d'un cadre thérapeutique

L'expérience clinique avec les patients migrants<sup>1</sup> nous confronte chaque jour à la complexité du travail thérapeutique avec des patients de langue usuelle non française. C'est de cet écart linguistique que naît le malentendu qui, c'est ce que nous voulons démontrer ici, est marqué tout à la fois par la complexité mais aussi la créativité. C'est une question vieille comme la diversité des langues elle-même mais, dans le champ clinique, elle a été posée plus récemment avec le développement de la clinique transculturelle où patient et thérapeute ne partagent pas, de fait, la même langue et la même culture. De Pury (1998) se demandait, dans un texte fondateur, comment appréhender les différentes représentations qui se manifestent à travers les langues en situation d'échange et, au-delà, de psychothérapie? L'une des difficultés est le risque de malentendu, de ne pas se faire comprendre et de mal

comprendre ce qu'exprime le patient. Dans ce contexte, la relation thérapeutique et tout le suivi sont alors hypothéqués. Cela invite à penser des outils et des positions cliniques de nature à éviter ces malentendus, lesquels peuvent condamner une prise en charge à l'échec. C'est pourquoi à la suite des théories de Devereux (1970) et de la pratique de Nathan (1986) avec les migrants de la première génération, nous avons développé un dispositif de consultation transculturelle qui laisse une large place à l'anthropologie pour décoder les paramètres culturels collectifs tels que les patients se les approprient, et à la psychanalyse pour décoder l'intime et l'intersubjectif (Moro 1994). Ce cadre est, si nécessaire, groupal avec des co-thérapeutes formés à la clinique transculturelle et qui sont en général polyglottes, un thérapeute principal qui fait circuler la parole et un traducteur, si la langue mater-

nelle du patient n'est pas le français. Ce dispositif permet de faire circuler des images, des métaphores, des élaborations et des interprétations dans un cadre contenant pour les patients qui investissent le groupe comme une possibilité d'accéder au *je* et au récit complexe et intime sans renoncer au *nous* de ses représentations collectives et de ses appartenances (Moro 2007).

### La clinique transculturelle et le risque de quiproquo

L'entreprise clinique avec les migrants est toujours une rencontre, dont l'aspect visible et intersubjectif, implique une dimension transculturelle. C'est une entreprise qui met en scène le thérapeute et le patient, dans une relation de partage d'affects, de représentations, de buts... L'objectif est de réduire la souffrance psychique par une stimulation de l'élaboration, visant à «supprimer les troubles et rétablir l'intégrité du moi» (Freud 1949, p. 8). L'acte thérapeutique dans ce contexte est la parole, celle du clinicien qui suscite et fait de la place à celle du patient (Moro 1994, p. 182-185). Le clinicien est alors aiguillé dans ses choix par le sens qu'il attribue à la parole du patient et à ses implicites. C'est un travail d'interprétation avec tout ce qu'il comporte comme risque de malentendu et d'équivoque mais aussi d'ouverture, travail qu'il s'avère important de savoir repérer, identifier et parfois expliciter avec le patient. Analysons cela dans le cadre des effets sur le psychisme d'événements traumatiques.

#### Les figures culturelles du traumatisme

L'expérience avec certains de nos patients souffrant de traumatismes psychiques a montré que la non prise en compte par les soignants des représentations culturelles du traumatique amenuise les chances de succès de la thérapeutique (Mouchenik & al. 2012). En effet, les troubles post-traumatiques sont généralement corrélés à un événement déclencheur, menaçant

la vie du sujet ou celle de quelqu'un d'autre sous les yeux du sujet: c'est la confrontation avec le réel de la mort. Bien évidemment, des facteurs relatifs au sujet et à l'environnement concourent au processus pathologique.

Fabrice, âgé d'une trentaine d'années, est un Lari du Congo. Il vit en France depuis quelques années seulement. Atteint de paludisme à dix-huit ans alors qu'il était encore au pays, il reçoit une injection intramusculaire à la fesse gauche qui provoque une déformation de son pied du fait de la lésion du nerf sciatique. Cinq ans plus tard, il reçoit un éclat d'obus sur ce pied. Cela conduit à une intervention chirurgicale à Brazzaville. Mais des douleurs apparaissent alors et la déformation de son pied s'aggrave. Quelque temps après, il arrive en France et subit une opération en orthopédie. Après cette intervention, en plus des douleurs déjà existantes, un épisode dépressif vient s'associer à cette blessure qui lui fait mal et qui l'obsède. Quatre mois plus tard, il arrive en consultation de psychiatrie. Le psychiatre qui entend les plaintes de Fabrice conclut à un état de stress post traumatique relié à l'éclat d'obus qui l'a confronté au réel de sa mort. Mais tous les traitements classiques en pareille circonstance s'avèrent inefficaces. Car la représentation de ce qui peut donner la mort dans la culture de Fabrice ne se réduit pas à l'événement de l'éclat d'obus. Ce dernier est lui-même prédéterminé par quelque chose d'autre, qui constitue la vraie menace de mort. La prise en charge, pour être efficace, devrait prendre en compte ce qui représente pour lui le réel de la mort. En effet, les représentations ontologiques de la culture de Fabrice placent la sorcellerie à la source de tout événement malheureux. Il en est ainsi de l'éclat d'obus. Fabrice parle très bien le français en plus de sa langue maternelle qui est le lari. Mais en français, parler de sorcellerie n'a pas de sens pour lui. Il dit alors «Vous ne me comprenez pas!» et il s'enferme dans sa douleur.

Légitimes sont les malentendus de ce type, où la logique interprétative de la maladie des médecins occidentaux prend pour fait traumatique un événement donné. Alors que ce dernier,

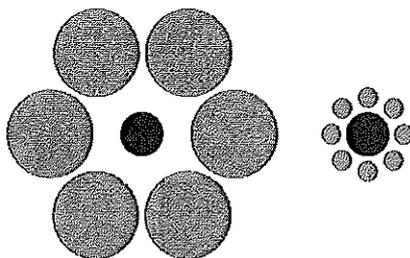
dans la représentation du patient, est subsidiaire, parce que prédéterminé par une force transcendante, qui incarne le réel de la mort: la sorcellerie meurtrière. C'est ce que nous appellerons ici des figures culturelles du traumatique. Comme on peut le constater, la réalité de la mort puise dans un fond d'horreur partagé culturellement de façon plus ou moins consciente par les individus. Ce fond incarné par la figure de la sorcellerie est inscrit dans le développement. «Les enfants sont renseignés de bonne heure sur la sorcellerie, et j'ai compris en parlant à des garçonnets et des fillettes, qui parfois n'avaient pas plus de dix ans, qu'ils redoutent ce qu'en disent les grandes personnes» (Evans-Pritchard [1937] 1972, p. 64). Ainsi, dans cette représentation sorcière, le malheur de la maladie et les souffrances de nos patients sont des effets dont la cause est une volonté maléfique d'un être humain, ou d'un non humain (un esprit, un génie, un défunt) qui agit dans l'ombre, dans la nuit. «Tout mal peut être en définitive considéré comme l'émergence ici-bas d'une intention humaine malveillante qui a pris corps dans le monde invisible. La préoccupation pratique quotidienne va donc être de dépister et de repousser ce genre d'attaque, cause de tous les maux» (Laburthe-Tolra 1985, p. 59). C'est cette cascade de sens «en poupées russes» qu'il convient d'appréhender pour arriver à une élaboration qui passe, le plus souvent et au moins transitoirement, par la langue maternelle: pourquoi, moi, suis-je l'objet de la sorcellerie, de l'envie, de l'attaque, de la jalousie, du regard de l'autre? L'aurais-je provoqué? Est-ce moi qui suis visé ou d'autres membres de la famille? Autant de questions qui renvoient à l'intime, à l'intersubjectif, à la sexualité ou encore à la rivalité. D'où la nécessité de repasser par les rapports de force et les conflits tels que je les ai vécus et dans la langue dans lesquels je les ai vécus. Dire tout cela en français abrase, prend le risque de la pauvreté et encore pire, du mépris à l'égard des mots même de mon être.

### L'interprétation psychanalytique des rêves au risque du malentendu culturel

L'analyse et l'interprétation des rêves occupent une place importante en consultation transculturelle comme dans toute consultation psychanalytique. Ils sont successivement analysés d'un point de vue anthropologique et métapsychologique. Le rêve est certes la voie royale qui, pour Freud, conduit à la connaissance de l'inconscient psychique. Mais cet inconscient psychique idiosyncrasique a aussi son fond de refoulés culturels. Pierre (2001) parle d'ailleurs en ce sens de «l'élaboration secondaire comme inscription dans la culture». Il importe dans ce cas de ne pas se méprendre sur la nature et le statut idiosyncrasique ou culturel des éléments du contenu des rêves. On risque sans cela de prendre pour patent ce qui est latent.

Un de nos patients ayant grandi en Afrique centrale nous raconte le rêve suivant: «Ma sœur me parle à travers une vitre en me disant qu'elle me met «sur une liste» et le rêve se coupe». Que pouvons-nous en dire du point de vue symbolique? Avec le contenu manifeste, nous avons juste une conversation entre sœur et frère; le lieu est marqué par une séparation matérielle; et le thème est l'introduction du frère par la sœur dans une liste. Mais une liste de quoi? Une liste d'attente, d'élus, d'invités, de privilégiés... Sans autres informations, à ce stade de l'analyse et d'un point de vue psychodynamique, il est difficile d'inférer un contenu latent de ce rêve (Freud 1900). Sans autres éléments, il serait alors une sorte de rêve «banal». Mais toute une série de sens vont apparaître lorsque l'on va introduire les représentations culturelles. En effet, dans certaines cultures où la sorcellerie est un paramètre ontologique (Evans-Pritchard [1937] 1972), inscrire le nom de quelqu'un sur une liste de nature non explicitée équivaut à un acte sorcier: on est inscrit sur une liste des personnes destinées à mourir. On entend souvent parler de ces «listes» lorsqu'on a des décès successifs suspects dans une famille. On peut alors penser que la séparation par la vitre symbolise la séparation des mondes,

celui des vivants et celui des morts, celui des sorciers et des victimes de la sorcellerie, où les premiers agissent sur les seconds. Le malentendu tiendrait ainsi au fait que ce qui serait recherché par l'analyse du rêve comme latent, implicite sur le plan psychique, est ici sur le plan culturel, déjà explicite et patent. «Il incombe donc à l'analyste de ne pas négliger la signification culturelle supplémentaire des actes symboliques qui lui sont présentés» (Devereux [1970] 1977, p. 349). Lorsque cette interprétation culturelle est proposée au patient comme une hypothèse à valider ou infirmer, le patient s'amuse. Certes, il s'agit d'inscription sur des listes sorcières, mais pourquoi lui? Pourquoi à ce moment-là? Pourquoi sa sœur? La matrice sorcière est évidente quand elle est partagée, sinon elle reste inexplicable et source de malentendus.



Le malentendu à double sens chez le soignant et chez le patient

Les difficultés de prise en charge de nos patients peuvent être reliées à des malentendus de divers ordres. Ceux-ci sont parfois relatifs à une prise en compte insuffisante de l'univers culturel du patient, et même à la non-prise en compte de sa compréhension, approximative ou erronée des actes médicaux et de leur finalité. Cela ouvre sur des quiproquos aussi bien chez le patient que chez les soignants. Dans ces situations, des médecins ont des théories conformes à leur logique biomédicale. Cette dernière repose elle-même sur des représentations culturelles du monde, celles de la conception catégorielle occidentale du monde. Les soignants vont donc dire au patient des choses conformes

à ces catégories et valeurs occidentales. Mais le patient les comprendra en fonction de sa propre représentation culturelle du monde. Comme tout humain, il perçoit, interprète et organise le monde et ses interactions avec le monde en fonction de cette représentation, en fonction de ce qu'il pense, ou de ce qu'on pense dans sa culture que le monde est. Entre ces deux représentations, celle du patient et celle du thérapeute, le risque de malentendu est grand. Il suscite des interrogations. D'une part, en effet, qu'est-ce que le patient comprend des mots que lui adressent les soignants, de ce que lui disent les médecins de leurs interventions médicales? D'autre part, qu'est-ce que les médecins comprennent de ce que le patient montre et attend des soins? C'est ce que l'on peut voir avec l'histoire de Medina.

Medina une femme soninké du Mali, adressée pour dépression du post-partum avec des éléments en apparence délirants mais qui se sont avérés être, après une évaluation transculturelle, l'expression culturelle d'un vécu traumatique. Il n'y avait pas de délire, même si l'expression était singulière, rien que du trauma. Medina est une superbe femme, grande et élancée, au regard profondément triste. Lors de notre première rencontre, elle est habillée d'un boubou jaune vif et porte un pagne de même couleur autour de ses cheveux. Son visage grave est entaillé de scarifications rituelles: un trait vertical au niveau du menton, deux traits horizontaux au niveau des pommettes et un petit trait vertical au niveau du front. Elle parle en soninké d'une voix monocorde. De temps en temps, des larmes coulent sur ses joues, elle les ignore et continue à parler de son incompréhension totale de ce qui s'est passé pour elle alors que son fils Mamadou était encore dans son ventre. Elle porte ce jour là Mamadou sur son dos. Il est âgé de deux mois et c'est son premier enfant: l'enfant est tout petit, il mange mal, pleure beaucoup, geint douloureusement. Elle n'a pu l'allaiter, il tétait très faiblement le sein et, par ailleurs, Medina était persuadée de ne pas avoir assez de lait, ou du moins de lait suffisamment nourrissant pour son bébé. Medina est en France depuis un

an, elle est venue rejoindre son mari qui, lui, vit ici depuis huit ans.

Plusieurs moments peuvent fonctionner comme de véritables effractions culturelles et psychiques pour ces femmes migrantes rurales. Mais avant même de les analyser, insistons sur le fait que ce qui est violent, c'est l'acte lui-même effectué sans préparation. Ces gestes techniques effectués par la médecine occidentale tout au long de la grossesse sont intimement liés au contexte culturel. Pour ceux qui ne le partagent pas, ces actes deviennent, par leurs implicites, de véritables inducteurs d'effractions psychiques. Les femmes peuvent à peine les anticiper et se les représenter. La conclusion qui s'impose, ce n'est pas de les en priver : ce serait tout à fait intolérable sur le plan éthique et sur le plan de la santé publique. Les en priver serait les exclure encore une fois de notre système de soins et contribuer à leur marginalisation sociale. Au contraire, il s'agit d'accomplir ces actes, mais de manière à ce qu'ils soient efficaces et atteignent réellement leurs objectifs. Pour adapter nos stratégies de prévention et de soins, nous sommes contraints de penser cette altérité pour que, loin d'être un obstacle à l'interaction, elle devienne une chance de nouvelle rencontre.

Quels sont les moments qui peuvent fonctionner comme de possibles effractions psychiques pour les femmes migrantes enceintes? Reprenons pour les décrire le parcours de Medina tel qu'elle le raconte. Il lui faut d'abord déclarer sa grossesse qu'elle aurait voulu garder secrète pour la protéger, puis vient l'échographie qui dévoile ce qui doit rester invisible, avec l'idée que l'image peut être objet de sorcellerie et de menace pour certaines mères, et que pour d'autres c'est la prédiction qui les violence : elles ne cherchent pas à savoir à l'avance. Puis vient l'accouchement qui ici ne respecte pas les positions et les modalités de protection. Les mères comme Medina doivent négocier avec ces différentes manières de faire d'ici et de là-bas et le danger de malentendu est des deux côtés, du côté des mères qui ne comprennent pas et ne s'autorisent pas à dire ce dont elles ont besoin, et du

côté des soignants qui non seulement ignorent ces manières de faire mais les dénigrent au nom d'un universalisme étroit et triomphant.

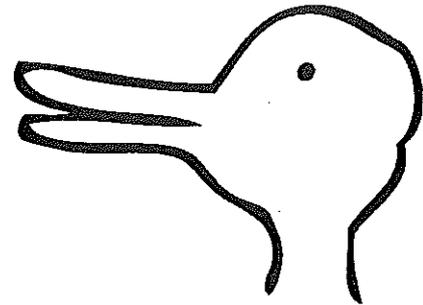
Pour Medina, il y a cette idée récurrente que l'enfant qu'elle a porté et qui est né dans ces conditions n'est pas protégé : il est en danger, elle l'est aussi. Ici, c'est la catégorie «manque de protection de la mère et de l'enfant» et sa conséquence culturelle, la vulnérabilité à une «attaque de sorcellerie», qui est la catégorie «bonne à penser» si l'on en croit la suite du travail avec Medina. Portée par le groupe et le cadre proposé par la consultation transculturelle, Medina va élaborer sa tristesse, donner un sens à tout ce qui s'était passé pendant sa grossesse par trop solitaire et construire un lien «sécure» avec son fils.

Sur le plan préventif, on perçoit à travers cette histoire émaillée de malentendus, et tant d'autres de même nature, la nécessité de permettre aux femmes enceintes d'avoir une représentation acceptable de ce dont elles ont besoin pour elles-mêmes et pour leurs bébés, quels que soient les avatars et les difficultés qu'elles traversent.

#### De la maladie au sens

Un autre espace de malentendu auquel l'expérience clinique avec les patients migrants nous a familiarisés est le sens même de la maladie. Alors que la biomédecine s'interroge sur le «comment» de la maladie, faisant en cela l'économie du «pourquoi», les représentations culturelles de la maladie se centrent sur le «pourquoi», sur une véritable quête de sens. C'est cette problématique qui, sur le plan épistémologique, polarise les travaux du courant de pensée de l'anthropologie et la sociologie médicale en France. Malgré des divergences sur l'objet même d'étude de ce courant, qui est pour certains auteurs la maladie et pour d'autres la médecine (Augé 1984), la question du sens, et donc de l'interprétation de la maladie, est apparue comme une préoccupation centrale de ce courant. Le mal, la maladie et le malheur participent de la même logique. Ils procèdent d'une même intentionnalité. Celle-ci peut être l'œuvre

d'un être humain jaloux, revancharde ou offensé. Elle peut aussi être une sanction consécutive à une transgression qui introduit un désordre dans la famille, la communauté ou la nature. Il peut alors s'agir d'une dette, d'une dot, d'une mésalliance. Elle peut aussi être l'œuvre d'un être invisible surnaturel, comme un esprit, un génie, un défunt. Ces derniers agissent pour des raisons aussi variées qu'une malédiction, une punition, une façon de réclamer quelque chose, un droit de mémoire, une allégeance ou un hommage (Zempléni 1984). Déplier ces constructions évite les malentendus qui font obstacle à la recherche de sens.



#### Le malentendu au cœur des histoires cliniques transculturelles

Jeanne, mineure isolée, est une adolescente rwandaise reçue en consultation. En hospitalisation, il a été observé chez Jeanne des bizarreries et des propos incohérents, des moments de perte de contact avec des prières et des incantations. Un doute existe aussi sur des hallucinations auditives et visuelles. Son état psychiatrique était difficilement évaluable du fait de la barrière de la langue. Le psychiatre s'est même posé la question d'une éventuelle déficience. Ces doutes vont disparaître avec l'introduction d'un interprète, qui nous dira d'ailleurs que Jeanne parle comme une adulte, avec des expressions qui ont des significations précises et profondes. Certes, Jeanne prie et s'adresse au monde invisible mais elle le fait dans sa langue maternelle et en respectant les manières de faire collectives et culturelles. Elle est très triste, elle veut rejoindre ses morts et engager avec eux un dialo-

gue riche, et peut-être surprenant pour nous qui n'avons pas appris à nous adresser aux morts, mais en aucun cas anormal ou pathologique. À l'instar de Jeanne, bien des patients sont perçus par les thérapeutes comme «limites» au regard de la pauvreté de leur discours et de leurs difficultés à mettre les mots adaptés sur leurs affects. Mais avec l'aide d'un traducteur, toute la perspicacité de leur pensée et de leur intelligence apparaît.

Afou, de langue maternelle bambara, dans un entretien clinique où elle évoque ses difficultés à s'occuper de son bébé, dit : « On n'est pas seul au monde ! ». À l'analyse de ces propos, on décele un fort potentiel de malentendu, finalement paradigmatique des quiproquos, dans les thérapies de nos patients migrants. En effet, la phrase « On n'est pas seul au monde » revêt différents sens en fonction du référentiel culturel dans lequel on se situe. Dans une première représentation qui ramène le monde à ce qui est naturel, c'est-à-dire objectivement saisissable, cette phrase peut vouloir dire qu'au-delà des autres choses naturelles, le sujet humain partage le monde avec d'autres humains. Dans cette première représentation du monde, « on n'est pas seul au monde » parce qu'il y a les autres hommes. Dans une autre vision du monde, cette phrase, renverrait à d'autres présences, au-delà de celles qui sont dites naturelles. Car, ailleurs, le monde ne se résume pas à ces êtres objectivement saisissables. Il est également peuplé d'autres actants, invisibles, surnaturels, avec lesquels on cohabite : des fantômes, des esprits, des ancêtres... selon les références culturelles des patients. Dans cette ontologie, il y a deux dimensions : un monde visible et un monde invisible. Pour les sujets qui participent de cette vision du monde, cette *Weltanschauung*, des ethnologues comme Evans-Pritchard (1937) ou Laburthe-Tolra (1985) soulignent que les deux dimensions sont perçues comme naturelles. Elles entretiennent des rapports non d'engendrement, mais de détermination relative, où le monde invisible détermine et scelle ce qui se passe dans le monde visible. Dans les cultures où cette vision du monde est

intériorisée et constitue la culture du dedans, certaines choses du monde visible peuvent appeler des maléfices provenant du monde invisible, alors que d'autres peuvent protéger contre ces agressions. Et certains êtres du monde invisible peuvent être protecteurs des humains. Sans exhaustivité, ce monde invisible est généralement le théâtre, le réceptacle des esprits, des génies, des âmes des défunts, des ancêtres, des sorciers et même des doubles des vivants. Ici, « on n'est pas seul au monde », non point seulement parce qu'on le partage avec les autres hommes, mais parce qu'on le partage avec les êtres et entités invisibles du monde de la nuit (Pierre 2001). On peut donc s'appuyer sur eux, être protégé par eux, si on le demande, c'est ce que faisait Jeanne, notre patiente rwandaise. On peut aussi redouter leurs maléfices, leurs colères, leurs vengeances, leurs réclamations, si on a commis des transgressions ou si on les a offensés de quelque manière que ce soit, ou à quelque niveau de génération que ce soit. Ce monde invisible va donc alimenter les angoisses, les fantasmes, les peurs infantiles aussi, qui nourriront les rêves des patients. Cette représentation culturelle va influencer sur toute la vie psychique, ainsi que sur la manière de percevoir, de penser le monde, d'être malade et même d'être soigné.

### La clinique par-delà le risque de malentendu ■

Sur le plan clinique, chaque conception du monde pose le problème du rapport à l'objet, ici ces autres, qui font que l'« on n'est pas seul au monde ». Quelles sont la nature et la fonction de ces autres pour le moi ? Constituent-ils une menace ou un étayage structurant ? Sont-ils persécutants ou contenant ? Toutes ces questions capitales pour une prise en charge ne trouvent de réponse que dans les représentations culturelles, qui sont certes indispensables, mais qui ne se suffisent pas à elle seules et auxquelles il faut donc adjoindre une subjectivité, de façon complémentariste (Devereux 1953).

La nature de ces autres, de ce monde externe, les représentations ontologiques de ce dehors vont déterminer le type de rapport que le moi va élaborer et avoir avec lui. Le narcissisme de l'objet, les investissements libidinaux, tous les mouvements et processus psychiques comme l'identification, la projection, l'introjection, le déni, la dénégation, pour ne citer que ceux-là, procèdent de ces représentations de la nature de ces autres, qu'ils soient réels ou fantasmés.

Les propos de cette patiente qui dit « on n'est pas seul au monde » sont-ils intelligibles si l'on ne s'appuie pas sur elle-même et sur ses représentations culturelles, afin d'élaborer une position subjective ? N'est-il pas pertinent de creuser avec elle ce que cela veut dire dans sa langue, dans sa culture et pour elle ? C'est à toutes ces questions que la clinique transculturelle essaye d'apporter des réflexions, autour des enjeux thérapeutiques de l'élaboration de l'altérité.

### Penser l'altérité

Le risque de quiproquo est consubstantiel à toute communication intersubjective. Il est encore plus important dans les situations thérapeutiques où le patient et le thérapeute ont des langues maternelles et usuelles ainsi que des origines culturelles différentes. Dans cette complexité de la rencontre entre deux individus qui parlent, chaque mot et chaque construction de phrase, de chacun d'eux, procèdent d'un univers de sens, et sont à la fois portés et porteurs d'une vision du monde. Ainsi, à travers les protagonistes de la relation thérapeutique, ce sont des représentations différentes du monde qui se frottent et parfois s'entrechoquent. Se comprendre dans ce contexte devient une véritable gageure. Mais nous ne sommes pas des monades leibniziennes, sans fenêtre ouverte sur le monde. Il faut donc se demander comment se rapprocher au mieux, autant que faire se peut, pour comprendre ce que le patient nous dit avec ses mots, dont notre compréhension ne sature pas la signification. Elle la sature si peu que nous ne comprenons souvent des mots de l'autre que ce que notre culture y

a mis. Car, comme le montrent les travaux en linguistique cognitive la langue procède, dit et véhicule, tout à la fois une culture, une vision du monde. D'où le risque de malentendu, lorsqu'on ne fait pas le précieux détour par le référentiel culturel des propos de nos patients.

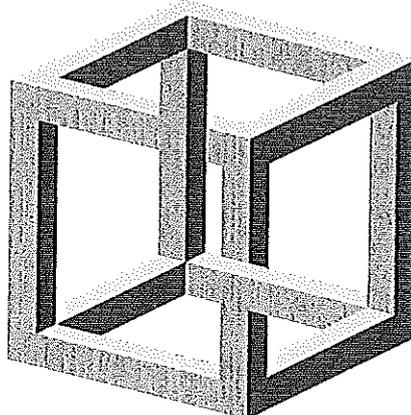
#### Langue, culture et vision du monde

La langue est un élément de la culture et structuré par elle. Or celle-ci est définie de plusieurs manières. Pour Lederach (1995, p. 9), la culture est un ensemble partagé de connaissances de schèmes créés par un groupe d'hommes, pour percevoir, interpréter, exprimer et répondre aux réalités sociales, autour d'eux. De ce point de vue, la langue n'est ni neutre, ni hétérogène à cette réalité sociale, de laquelle elle procède, qui la sous-tend et informe son contenu. Ce dernier n'est donc accessible en profondeur que par le détour par cette réalité sociale et culturelle. Faute de quoi, on court un risque de mésinterprétation ethnocentrée et donc, de malentendu, qui ne peut que desservir tout projet thérapeutique. On peut alors s'imaginer combien superficielle et contre-productive serait une interprétation du « on n'est pas seul au monde », si elle ne tient pas compte du fondement culturel du contenu et de la signification de cette pensée, notamment du monde invisible tel que le vit la patiente et telle qu'elle l'a confirmé quand nous lui en avons exprimé l'hypothèse. La langue de nos patients exprime leur réalité psychique et dit le monde externe avec les catégories de la pensée de leur culture, qu'il faut apprendre à reconnaître ou, au moins, à tolérer. Car sans être radicalement hétérogènes, ces catégories ne correspondent pas, point par point, à celles des thérapeutes.

#### La linguistique cognitive et la relativité des visions du monde

Sur quoi se fondent ces différences de penser et de dire le monde ? Si selon Sapir (1949) et Whorf (1956) passer d'une langue à l'autre, c'est comme passer d'une géométrie à une autre, ou d'une grammaire à une autre, il faut

d'ores et déjà souligner avec Fuchs et Robert (1997, p. 10), que ceci est loin de signifier un enfermement dans une manière de dire, et donc de voir irréductible, dans une « mentalité » radicalement hétérogène, qui définirait une humanité donnée comme une insularité monadique. Cette hypothèse pose plutôt l'existence de « configurations d'expériences universelles, sur lesquelles opéreraient de façon variable des schémas linguistiques de classification et de catégorisation » et ainsi, « s'il est possible de dire que chaque langue construit une "vision du monde" différente, c'est parce que chaque communauté linguistique sélectionne de manière distinctive des isolats d'expérience et leur donne du sens partagé » (Fuchs & Robert, *ibid*). Il en est ainsi des paroles et symptômes de nos patients, qui demandent à être décodés sur ce registre de sens partagé, afin d'élaborer un sens subjectivé à partir de leur système référentiel. Ces travaux en linguistique montrent à leur tour la nécessité du passage par l'univers des représentations culturelles du patient pour appréhender la signification profonde de ce que les mots d'un patient portent et expriment de lui, de sa souffrance et du monde. C'est d'ailleurs le point nodal des principes de la technique psychothérapeutique du dispositif transculturel (Moro 1998, 2002). Il se veut un dispositif de soin où ces références peuvent s'explicitier et où le malentendu est source de créativité thérapeutique.



#### Le concept de dispositif en clinique transculturelle

Le dispositif des consultations transculturelles s'est construit sur les fondements théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychiatrie. Celle-ci s'est constituée à partir d'un principe méthodologique: le complémentarisme, c'est-à-dire l'utilisation de manière obligatoire et non simultanée de l'anthropologie et de la psychanalyse (Devereux 1972). Sa théorie repose sur l'universalité psychique à laquelle chaque être humain tend par le particulier de sa culture, constituant en cela la diversité humaine. Ce dispositif technique, qui se fonde sur l'anthropologie et la psychanalyse, reste néanmoins ouvert à tout autre champ disciplinaire susceptible d'enrichir les hypothèses cliniques, comme par exemple la linguistique ou l'histoire. Son histoire comporte trois phases constitutives de l'ethnopsychiatrie. La première phase est marquée par les travaux théoriques et méthodologiques de Devereux (1970, 1972). À ces derniers, Nathan ajoute plusieurs paramètres, qui vont rendre nécessaire un dispositif spécifique et groupal qu'il inventera (1986). Parmi ces paramètres, il y a l'importance des logiques culturelles dans la structuration de l'individu, l'importance du groupe et plus tard un concept, controversé et que nous discuterons, celui de clôture culturelle (Nathan 1990, p. 15). Dans la troisième phase qui s'intéresse particulièrement aux enfants de migrants et pas seulement à la première génération de migrants, nous partirons de la théorie et de la méthode de Devereux, à laquelle nous ajouterons certains éléments techniques pensés par Nathan, comme celui de groupe et de logique culturelle, auxquels nous ajouterons la question des métissages spécifiques de la seconde génération, et qui s'oppose à la notion de clôture culturelle dans une vision dynamique et ouverte de la culture et des échanges entre les cultures (Moro 1994, 1998, 2007). Le dispositif que nous construisons cherche à éviter le double écueil qui consiste à abraser les différences culturelles des

populations migrantes, ou à les marginaliser du fait de cette même différence. D'abord centré sur les enfants dit de la seconde génération et leurs familles, ce dispositif est aujourd'hui ouvert à toutes les familles confrontées à des questions d'identités complexes comme les couples mixtes, les enfants adoptés à l'international... Il prend en compte l'appartenance culturelle des parents et la dimension du métissage à l'œuvre chez les enfants et même chez tout migrant. Il cherche aussi à expliciter les différentes manières de penser des enfants et des parents portés par des mondes culturels différents et à faire de ces différences, source de malentendus y compris à l'intérieur des familles, une source de multiplicité et de modernité.

#### Le groupe la langue et les paramètres culturels

Dans ce dispositif, trois éléments sont fondamentaux: le groupe, les logiques culturelles et la langue du patient. Le groupe a des fonctions réelles, symboliques et figuratives. Métissé, il permet de figurer l'altérité par la diversité linguistique, culturelle et professionnelle des co-thérapeutes. Il correspond également à la façon dont un individu est pensé dans certaines sociétés dites traditionnelles, c'est-à-dire en interaction constante avec son groupe, en toute circonstance, heureuse ou malheureuse. Sur un autre plan, le groupe a des fonctions contenantes pour ces sujets généralement isolés. Par ailleurs, il permet aussi de potentialiser la portée thérapeutique des séances. En outre, il permet l'élaboration des contre-transferts affectifs et culturels, c'est-à-dire les propres réactions implicites et explicites des thérapeutes liées à sa propre identité individuelle et culturelle. Dans notre dispositif transculturel, la langue maternelle du patient est nécessaire pour explorer les processus avec précision, dans leur complexité et leur richesse. D'où l'importance du traducteur qui est plus qu'un truchement ici: il devient un acteur du dispositif. Viennent ensuite les paramètres culturels qui sont explicités et partagés avec le patient. Les représentations traditionnelles de la

maladie, les théories étiologiques et les logiques de soins traditionnelles sont de véritables ressources thérapeutiques. Il ne s'agit pas de renvoyer le patient dans des représentations culturelles figées et sclérosées. L'objectif de travailler sur ces contenants culturels pour aboutir à une élaboration subjective et dynamique qui considère les représentations culturelles comme des processus et pas seulement comme des contenus et aussi, comme des noyaux de sens.

#### Le cadre de la consultation transculturelle

La consultation transculturelle est un dispositif à géométrie variable. On peut avoir le cadre classique de la consultation individuelle: le face à face. On peut aussi avoir un petit groupe de thérapeutes pour un patient ou une thérapie avec un thérapeute et un traducteur ou encore une co-thérapie (deux thérapeutes) avec ou sans traducteurs. Le cadre le plus spécifique et que nous décrivons ici est le grand groupe, où on a beaucoup de thérapeutes pour un patient, qui peut être accompagné par sa famille et le professionnel qui nous l'a adressé. La consultation se déroule dans une salle assez spacieuse. L'équipe de thérapeutes est constituée d'un thérapeute principal, de co-thérapeutes et de stagiaires en formation. Chacun est présenté à la famille par son prénom et son statut (lui est expérimenté, elle est en formation avec nous pendant un mois ou un an...). Les thérapeutes et les stagiaires sont de formations et d'origines culturelles différentes. On y trouve des psychologues, des psychiatres, des historiens, des anthropologues, des philosophes, tous formés à la psychanalyse et à l'anthropologie, et venant de divers coins du monde: Allemagne, Bénin, Cambodge, Cameroun, Canada, Congo, Côte-d'Ivoire, Espagne, France, Grèce, Hollande, Italie, Soudan, Sri Lanka, Vietnam, etc. Le groupe est donc polyglotte et multiculturel. Les places sont disposées en cercle, ce qui facilite la circulation de la parole, et chacun est visible par tous. Le patient est généralement à côté du thérapeute principal. Au centre du cercle sont placées une table et

des chaises, deux ou trois, à la taille des enfants, avec des jouets, des feutres et des feuilles pour dessiner. À côté, on met aussi un bac avec des jouets.

Nos patients sont le plus souvent des migrants ou enfants de migrants de première génération ou des générations suivantes. Aussi la consultation se déroule-t-elle en français, mais également dans la langue d'origine de la famille au moyen d'un traducteur, en cas de besoin. On passe d'une langue à l'autre au gré des envies et des besoins du patient et, à chaque fois, le traducteur traduit mot à mot. Le cas échéant, le traducteur est assis entre le thérapeute principal et le patient. Si le traducteur est indispensable pour les familles qui ne parlent pas le français, il peut aussi être d'un apport non négligeable pour celles qui parlent bien le français, mais qui se sentent mieux pour évoquer les choses de la mémoire, les choses d'avant, les choses des émotions dans la langue maternelle. La circulation de la parole, le contenu, les formes des propositions sont bien codifiées. Nombre de données techniques ont déjà été bien étudiées comme le type d'actes thérapeutiques (Moro 2004, p. 246-248) ou les modalités d'actes de paroles (Abdelhak & Moro 2004, p. 240-247)... C'est le thérapeute principal seul qui s'adresse directement au patient. C'est à lui que les co-thérapeutes s'adressent, afin qu'il nuance, reformule ou renforce une idée. Toutes les propositions se font dans un respect marqué du système de valeurs et des logiques culturelles des patients.

#### Faire du malentendu une nouvelle chance

Pour sortir la prise en charge des impasses relatives aux malentendus, il importe de faire des ponts, des passerelles entre les univers culturels de sens en présence. Nous proposons de faire une place aux théories culturelles du patient, pour qu'elles viennent élargir et complexifier le sens de la prise en charge. Il nous faut favoriser l'énonciation et entendre ces théories du patient, dans la langue qui les a formalisées: la langue maternelle. Cela ne suffit pas en soi. Il importe ensuite de les prendre en compte, comme consti-

tatives de la réalité de sa souffrance, mais aussi comme indications d'axes thérapeutiques, ressources, et même leviers thérapeutiques. Tout ce travail nécessite une bonne expertise clinique acquise par une formation théorique, clinique et méthodologique, ainsi qu'un travail d'élaboration de l'altérité en soi, par l'exercice du décentrage et l'analyse de nos propres réactions face à la différence (Moro 2007).

Ainsi la différence culturelle peut devenir une chance de rencontre au lieu d'être un obstacle. Et la situation transculturelle devient un paradigme de toute rencontre clinique, où malgré les différences et les malentendus, la rencontre devient possible et créatrice de nouveaux sens.

## Bibliographie

- Abdelhak M.A. & Moro M.R. (2004), L'interprète en psychothérapie transculturelle, in Moro M.R., De La Noë Q. & Mouchenik Y. (eds), *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social*, Grenoble, La Pensée Sauvage, p. 239-48.
- Augé M. (1984), Ordre biologique, ordre social: la maladie forme élémentaire de l'événement, in Augé M. & Herzlich C. (eds), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des archives contemporaines, p. 35-92.
- De Pury S. (1998), *Traité du malentendu*, Paris, PUF.
- Devereux G. ([1953] 1977), Les facteurs culturels en thérapie psychanalytique, *Essai d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard, p. 334-353. 3<sup>e</sup> éd.
- Devereux G. ([1970] 1977), *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, 3<sup>e</sup> éd, Paris, Gallimard.
- Devereux G. ([1972] 1985), *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion.
- Evans-Pritchard E.E. ([1937] 1972), *Sorcellerie, oracles et magie chez les Azandé*, Paris, Gallimard.
- Freud A. ([1949] 1996), *Le moi et les mécanismes de défense*, Paris, PUF, 14<sup>e</sup> éd.
- Freud S. ([1900] 2004), *Oeuvres complètes, psychanalyse IV. 1899-1900. L'interprétation des rêves*, Paris, PUF.
- Fuchs C. & Robert S. (1997), *Diversité des langues et représentations cognitives*, Paris, Ophrys.
- Laburthe-Tolra P. (1985), *Initiations et sociétés secrètes au Cameroun. Essai sur la religion beti*, Paris, Karthala.
- Lederach J. (1995), *Preparing for peace: conflict transformation across cultures*, Syracuse NY, Syracuse University Press.
- Moro M.R. ([1994] 2002), *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*, Paris, PUF, 2<sup>e</sup> éd.
- Moro M.R. (2002), *Enfants d'ici venus d'ailleurs. Naître et grandir en France*, Paris, Hachette.
- Moro M.R. ([1998] 2004), *Psychothérapie transculturelle des enfants et des adolescents*, Paris, PUF, 3<sup>e</sup> éd.
- Moro M.R. (2007), *Aimer ses enfants. Ici et ailleurs*, Paris, O Jacob.
- Mouchenik Y., Baubet T., Moro M.R. (2012), *Manuel des psychotraumatismes. Cliniques et recherches contemporaines*, Grenoble, La Pensée Sauvage.
- Nathan T. (1986), *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Paris, Dunod.
- Nathan T. (1990), Le tabou de la sauvagerie ou l'obligation d'humanité. Vers une théorie ethnopsychanalytique de l'autisme infantile, *Nouvelles revue d'ethnopsychiatrie*, 14, p. 15-34.
- Pierre D. (2001), À propos du cauchemar dans la théorie freudienne. L'élaboration secondaire comme inscription dans la culture, *L'autre. Cliniques, cultures et société*, 2, 1, p. 129-142.

Sapir E. (1949), The grammarian and his language, *Selected Writings of Edward Sapir in Language, Culture and Personality*, Berkeley, University of California Press, p. 150-159.

Zempléni A. (1983), Le sens de l'insensé: de l'interprétation « magico-religieuse » des troubles psychiques, *Psychiatrie française*, 1983/4, p. 29-47.

Whorf B.L. (1956), Linguistics as an exact science, *Language, Thought and Reality: Selected Writings by Benjamin Lee Whorf*, Cambridge Mass., MIT Press, p. 220-232.

Zempléni A. (1985), La « maladie » et ses « causes ». Introduction, *L'Ethnographie*, 81(2), p. 13-44.

## Notes

1. Dans les consultations transculturelles à l'hôpital Avicenne à Bobigny, en banlieue nord de Paris ([www.clinique-transculturelle.org](http://www.clinique-transculturelle.org)) et à la Maison des Adolescents, Maison de Solenn de l'hôpital Cochin à Paris ([www.maisondesolenn.fr](http://www.maisondesolenn.fr)).