ITINERAIRES

CARNET DE L'ASSOCIATION MANA

Carnet de l'association MANA

www.cliniquetransculturelle-mana.org

NUMERO 17 ANNEE 2015

Numéro préparé par *Laure STRADIOTTO* et *Angélique ROLDAN*

Editorial

Le rapport à l'Autre aujourd'hui, comment le réinterroger ?

Les événements tragiques et apocalyptiques que nous venons de vivre en ce début d'année 2015 sont inquiétants et nous plongent dans un sentiment d'impuissance. Ils nous poussent à nous interroger inlassablement sur le sens du rapport à l'Autre dans notre société composite et plurielle.

Faut-il le rappeler, l'être humain n'est pas solitaire, il se construit, se développe se définit et évolue dans le rapport aux autres. Dès l'enfance, les êtres qui constituent son environnement ont une influence importante sur l'élaboration de son monde réel, symbolique et de son identité. Ainsi, les identités individuelles et collectives interagissent. Ce qu'on appelle l'altérité est identifiée par le mot «alter» : tout homme est un ego et tout ego, pour exister, a besoin d'un alter. Faire de l'autre « un alter ego », c'est lui faire confiance et en faire un ami, selon la belle expression de Paul Ricœur : Sois même comme un autre (intitulé d'un de ses livres). Lorsqu'on rencontre l'autre (alter), on le rencontre avec notre ego (notre identité personnelle, sociale et culturelle). Cette rencontre ne va pas toujours de soi, elle peut provoquer un séisme identitaire, qu'il s'agisse de l'autre proche de moi, culturellement identique ou de l'autre lointain, différent de moi étranger par sa culture ethnique par exemple. Néanmoins la rencontre avec l'autre demeure constructive et fondatrice dans la mesure où elle me permet de m'interroger sur ma propre identité. Aussi, il est déjà difficile de faire l'effort qui conduit à penser que l'Autre est un alter qui me vaut mais plus difficile encore est l'exercice nécessaire par lequel je comprends après un effort de chaque instant que je suis un alter pour l'autre ; en définitive on n'est un autre que dans le regard de quelqu'un.

Aujourd'hui, ce rapport à l'autre est menacé par les pièges que sont le rejet et la haine.

Pourtant nous devrions nous appuyer sur les leçons de passé: l'ethnocentrisme est une tentation universelle et à toutes les époques il s'est trouvé des personnes ou des groupements humains pour penser que leur(s) appartenance(s) étai(en)t unique(s) voire supérieure(s) à celle des autres. Pourtant, il suffit de réfléchir sur les différentes guerres à travers le monde du passé et d'aujourd'hui, pour se rendre bien compte qu'aucune ethnicité n'existe de manière absolue. Amin Maalouf dénonce les identités meurtrières.

Il devient donc nécessaire et urgent d'avoir une réflexion poussée sur soi et sur son cadre de référence en tant qu'individu ou groupe porteur d'une culture ethnique, religieuse, professionnelle, institutionnelle et de prendre ensuite conscience de ses « zones sensibles ». Il devient aussi plus que nécessaire d'essayer de comprendre l'autre grâce à une position que nous recommande Habermas : comprendre c'est s'excentrer pour se placer du point de vue de l'autre qui sera toujours considéré comme un être rationnel autant que soi.

Enfin, Julia Kristeva nous aide à approfondir la peur de l'autre, qui ne serait au fond que la peur de soi–même, ou plutôt de cette part de soi–même qui ne cesse de nous provoquer et de nous déstabiliser, à savoir notre inconscient.

Aicha LKHADIR, anthropologue et psychologue

Itinéraires mana

Sommaire

Editorial : Aicha Lkhadir..... **2**

Sommaire..... **2**

Islam et psychothérapie : Le choc des fantasmes ? Claire Mestre..... **3**

Témoignage sur un stage hospitalier aux Philippines. Marion Radi.....**7**

La langue maternelle en exil : intérêt de la transmission et usage en psychothérapie. Pascaline Gasqueton, Eirini Papachantzi.....**10**

Clinique transculturelle et médiation psychothérapeutique : co-création avec Sophia. Michèle Guicharnaud..... **18**

A lire… A offrir.....**23**

Bulletin d'adhésion 2015.....**24**

17ème colloque de la revue L'autre, 2ème colloque du Centre Babel, 5ème colloque de la Maison de Solenn.....**25**

Islam et psychothérapie : Le choc des fantasmes ?

Claire Mestre[1]

On ne peut plus parler de l'Islam et de nous-mêmes sans évoquer les attentats qui ont fait 20 morts (ne pas oublier les 3 djihadistes) début janvier 2015 à Paris.

Je reprends le fil de ma pensée qui précède cette écriture. Pendant les vacances de Noël 2014 je me suis délectée du roman, *Pas pleurer*, l'histoire de la mère de la narratrice, jeune femme ayant vécu une expérience de liberté folle juste avant la guerre civile en Espagne ; ce moment rappelle que la tyrannie et la barbarie ont été du côté de l'église catholique, quand au nom de Dieu, on assassinait pour asseoir la tyrannie : « Viva la muerte » disait les fascistes espagnols. Des écrivains comme Bernanos, rappelle Lydie Salvayre, ont dénoncé cette Eglise meurtrière, au risque de leur propre remise en question. Et puis il y eu les attentats de Paris, et je les ai appris par une phrase brève dans un mail dans ma petite chambre à Ndjamena au Tchad. Le choc n'en fut pas moins violent et il croisait l'ambiance angoissée de la ville qui se demandait quand Boko Haram, déjà installé dans la ville, allait jeter ses premières attaques : où ? Qui serait touché en premier ? J'étais en plein dans mon sujet « Le choc des fantasmes ». Le risque de telles annonces est bien sûr la paralysie de la pensée, signe que les terroristes ont déjà eu une petite victoire sur chaque personne. Mais, j'avais déjà entamé un décentrement car le fanatisme est dans chaque religion, quand on mélange la religion et la politique (comme dit le slameur AbdelMalik).

J'ai lu avec un plaisir reconnaissant l'édito de Bruno Frappat du 25 janvier dans La Croix. Oui, la représentation de la une de Charlie Hebdo, à la suite des attentats, m'avait beaucoup plu, un Prophète qui pleure et qui pardonne, cela est doux et gentiment humoristique. Cette image a été reçue dans la violence que l'on sait : j'étais à l'IFT (Institut Français du Tchad) de NDjamena regardant un film témoignant du règne de terreur d'Hissen Habré, dans une assemblée concentrée et tendue de Tchadiens et de Français alors qu'un IF au Niger brûlait. De mon côté, ce Prophète pleurant a tout d'une représentation christique, un Dieu se faisant homme, et qui pardonne. Et de l'autre, pour ceux qui sont en colère contre les «Occidentaux» de longue date, et qui pour certains n'ont pas vu la couverture du journal, il s'agit avant tout d'un blasphème : la représentation interdite du Prophète. Il s'agissait donc d'une injure.

Il ne m'appartient pas de discuter plus avant, de la manipulation des foules, des incidences géopolitiques, des racines du mal dans notre France. Je désire inscrire ma pensée dans le choc possible des fantasmes et de participer à l'avancée courageuse d'une pensée psychanalytique qui ne dénie pas l'importance de la religion et du contexte où elle prend place. Tout l'enjeu de la psychanalyse et de la psychothérapie d'inspiration psychanalytique

[1] psychiatre-psychothérapeute et anthropologue, CHU de Bordeaux, association Mana, claire.mestre@chu-bordeaux.fr, www.cliniquetransculturelle-mana.org. Publié aux éditions du Seuil, prix Goncourt 2014

est pour moi dans la possibilité d'avancer avec l'insu et l'imprévisible pour soigner l'autre, l'autre de soi, l'autre de l'autre, avec l'impératif de la cohabitation respectueuse des pensées, seul paravent contre la violence meurtrière.

Que nous le voulions ou pas, nous sommes désormais dans un contexte de globalisation où la parole se doit d'être responsable, où elle peut trouver un écho que nous n'avions pas prévu. Ma pensée réflexive s'inscrit dans la capacité de s'adresser à un autre, de le rencontrer, de le soigner, tout en ayant une réflexion sur soi, qui amenuise la certitude que le vrai est d'un seul côté. Qui peut dire si l'humour est supérieur à l'honneur ? Il s'agit d'assumer une position instable et ferme à la fois. Instable dans la co-création d'un « penser ensemble » quadrillée par les pièges… et ferme dans l'outil, les références théoriques qui permettent d'affronter les menaces, les orages, la peur.

Quand l'attentat est arrivée, disais-je j'étais à Ndjamena pour la troisième fois, pour répondre à la demande d'une amie psychologue, française, religieuse, directrice d'un centre de soin pour alcooliques. Elle m'a demandé une formation ethnopsy pour son équipe franco-tchadienne, soit une écoute et un soin psychologique qui tiennent compte de la dimension culturelle… et religieuse ! J'ai dit oui, sans hésiter. L'enjeu de la psychanalyse se trouve là comme à Bordeaux dans la consultation transculturelle : tout homme est doué d'un psychisme et d'une culture. La psychothérapie d'inspiration analytique y a sa place à la condition que notre outil de soin permette que soit entendu le contexte où elle évolue. Comment dispenser un soin psychothérapeutique à des personnes tchadiennes ou françaises qui vont d'emblée afficher leur conviction religieuse, et comment le thérapeute va-t-il faire d'abord avec son contre-transfert « culturel » profondément modelé par son histoire personnelle et surtout collective en ce qui concerne la religion ? Thérèse et moi sommes françaises, nous avons une éducation religieuse chrétienne et sommes héritières de la laïcité française mais aussi d'une réflexion critique sur la place de la religion dans la colonisation notamment. Cette histoire et cette réflexivité permettent de manipuler le matériel religieux comme un matériel culturel et spirituel « déchargé » d'une intention de conversion, et « déchargé » d'une dimension transcendante. En cela la psychanalyse ou plutôt la position psychanalytique est humaniste, héritière de la sécularisation religieuse. Ainsi, la psychanalyse n'échappe pas à toutes les questions qui secouent notre société et notre monde, elle ne peut se situer en surplomb, elle se pratique en tout terrain. La question de la religion, de l'altérité, religieuse, culturelle, se situe dans cette expérience intense, dérangeante du soin, une expérience qui est suivie d'interrogations, de questions qui doivent être débattues avec sérieux, mais pas sans humour bien sûr.

La laïcité, bien comprise comme la séparation de l'Etat et de l'Eglise, permet que, en tant que soignante dans une institution publique, je suis reconnue comme affiliée à aucune église ; elle permet qu'existe un espace citoyen de liberté, d'appartenance ou non à une religion. La tradition française veut en plus, que la religion soit une expression uniquement intime. Cependant, cet espace de liberté induit par la laïcité est essentiel jusque dans la psychothérapie transculturelle : Henri

Pena Ruiz, défenseur ardent de la laïcité, rappelle, dans le journal Libération, que Montaigne, contemporain des guerres de religion, disait ; «il ne faut pas confondre la peau et la chemise» l'auteur nous invite donc à cultiver une distance intérieure. Ainsi, la laïcité est pour moi la garantie de la liberté de la pensée dans la psychothérapie.

Dans la consultation transculturelle, le groupe rassemble des personnes de formation, de langues, de religions différentes. Tout signe extérieur trop visible d'affiliation religieuse est interdit. On n'accepte pas le voile d'une stagiaire musulmane dans la consultation, elle peut le garder lors de nos réunions. Comment une stagiaire pasteur à l'hôpital doit-elle se présenter ? On convient qu'être pasteur est une fonction comme une autre, mais on sera attentif à une gêne éventuelle du patient. La laïcité est une exigence à la quelle est soumise nos dispositifs de soin. Du côté des patients, certains musulmans affichent d'emblée, face à la souffrance et à la maladie, une formule qui nous indique qu'il s'agit de la volonté de Dieu. J'ai appris avec Aïcha Lkhadir[2] ma co-thérapeute de confession musulmane, à respecter sa soumission, pilier de sa foi, voire d'expliciter ce respect (« Tout est écrit »), tout en utilisant en suivant une sourate du Coran, qui permet à l'homme d'utiliser toutes les ressources possibles pour aller mieux. Ce détour n'a jamais été refusé. Une de mes expressions favorites quand Dieu ou Allah menace le travail de la pensée est « il n'y a pas de dieu sans les hommes ».

Le thérapeute doit être aussi à l'écoute de ses réactions contre transférentielles, celles intimes liées à sa propre histoire, mais aussi celles qu'on appellera « culturelles », propres à une histoire collective et un contexte, (comme je l'ai fait en introduction de ce texte).

Une des premières consultations à Bordeaux, à mon retour du Tchad, fut avec Malika, une jeune femme confiée à notre groupe à la suite d'une décompensation psychiatrique. Elle vit en foyer… elle est de père algérien musulman, et de mère française convertie à la religion musulmane des années après son mariage. Malika affirme une appartenance ferme à la religion musulmane mais ne la connaît pas très bien. Elle n'a pas d'échanges chaleureux avec son père, qui est plutôt taciturne et violent. Elle cherche alors sur internet. Je me sens alors envahie d'une peur irrationnelle, n'est-elle pas exposée à un risque djihadiste ?

Dans un contexte comme le Tchad, le contexte est différent, le Tchad étant laïc toutefois. Il est une évidence que chacun a une religion monothéiste, chrétienne ou musulmane. Rare est celui qui va pouvoir se proclamer athée. Le cadre doit être suffisamment contenant, sûr, et compris comme pouvant garder le secret, pour que puisse se dire ce qui pourrait être le blasphème (est-ce possible ?), il doit pouvoir créer les conditions pour que la pensée réflexive et élaboratrice s'infiltre et trouve sa place dans une « cohabitation » avec une pensée religieuse.

Il faut admettre, à Bordeaux comme à Ndjamena, que la religion permet de trouver une issue au conflit psychique (reformulation de la formule de Freud qui aurait dit que la névrose

[2] Anthropologue et psychologue, consultation transculturelle, CHU de Bordeaux.

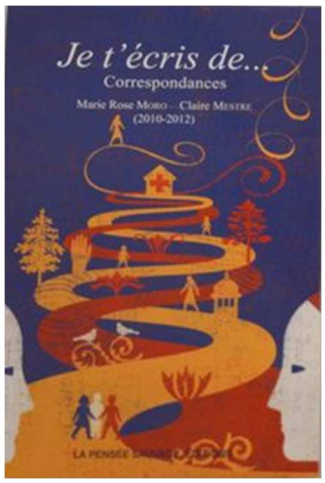
collective protège de la névrose individuelle). Pour certains patients, l'expérience mystique, c'est-à-dire la révélation de la puissance divine par les rêves, la vision des esprits, la lutte contre le mal, permet de sortir victorieux du conflit. Le thérapeute ne peut être que le témoin impuissant de cette révélation. L'analyse du contre transfert se situe alors dans l'assignation à cette place de témoin.

Il n'y a de choc des fantasmes, que là où l'exclusion domine, où le partage, la cohabitation harmonieuse est impossible. L'espace psychothérapeutique n'y échappe pas, au contraire. Il est notre laboratoire intime et partagé, exigeant et fécond qui peut nous aider, nous confronter et nous faire réfléchir.

Bibliographie :

- Frappat, B. (2015). *Dans le désordre chronique dans La Croix*, samedi 24, dimanche 25 janvier 2015.
- Freud, S. (2012). *La religion*. Paris : Gallimard.
- Pena Ruiz, H. (2015). *Le pape, sa mère et les caricatures*, chronique dans Libération Mercredi 28 janvier 2015.

A lire



Moro MR, Mestre C.

Je t'écris de…

Correspondances entre Marie Rose Moro et Claire Mestre (2010-2012).
Grenoble : La pensée Sauvage 2013.

Une si belle humanité !

« Claire Mestre et Marie Rose Moro livrent leurs regard sur le monde à partir de leur pratique auprès des migrants, des enfants, des adolescents, de ces familles venues d'ailleurs, des histoires singulières. Elles parcourent le monde et elles n'ont de cesse de transmettre, de partager leurs émotions, leurs connaissances, leurs indignations, avec beaucoup d'humanisme, de générosité, de curiosité, de tendresse et de sensualité. Elles nous donnent le goût de rechercher toujours la richesse de la rencontre, de résister, afin de mieux soigner, mieux accueillir, mieux accompagner. Elles emmènent chacun à penser, et nous montrent que la différence et la ressemblance peuvent se rejoindre, et nous interroger sur nous-mêmes. Tous les moyens sont utilisés pour aller à la rencontre de l'autre, la psychologie, l'anthropologie, l'Art.... Il y a une telle proximité dans ce qu'elles écrivent, que l'on a l'impression de les suivre, et d'avoir tous nos sens en éveil. Gabriel Okoundji a écrit un magnifique texte de préface, une belle introduction poétique de ce livre. »

Sylvie voisin

« Ce livre est différent des autres, il est plus intimiste. Les autres livres (même s'ils sont passionnants) s'adressent plus aux professionnels. Celui-là, s'adresse à tous ceux et celles qui acceptent de se laisser dériver sur les chemins de la rencontre de l'autre, en passant par toutes les saveurs, la littérature, la musique, la danse, la peinture, la cuisine, les déceptions, les petits plaisirs, les colères..... C'est surtout la correspondance entre ces deux femmes exceptionnelles et leur grande tendresse réciproque qui font de ce livre une éloge à l'humanisme et à la générosité. »

Discussion sur Facebook, extrait du 22/02/2015

Témoignage sur un stage hospitalier aux Philippines.

Marion Radi[3]

4 juillet 2013. Arrivée à l'aéroport de Manille, capitale surpeuplée des Philippines avec mes deux collègues étudiantes en médecine. Un van du "Lorma Medical Center", la petite clinique qui nous avait acceptées en stage cet été là nous attendait. Gilbert, le chauffeur nous conduisit pendant les 6 heures de trajet séparant Manille de San Fernando, chef-lieu de La Union, une région côtière à l'ouest de Luzon, principale île au Nord de l'archipel.

Le lendemain à 7h commençait notre premier jour de stage à Lorma. Quelle ne fut pas notre déception lorsque nous réalisâmes que cette clinique privée avait une organisation très similaire à celle que nous connaissions en France. Nous nous attendions en effet à bousculer nos façons de pratiquer la médecine puisque comme le dit M.R Moro "Il y a [en voyage] un mouvement qui tend à vous décentrer, à vous sortir de vous et qui parfois y parvient" (2008:16) Nous fûmes affectées au département des urgences où, hormis les motifs de consultation (principalement la dengue puisque nous étions en pleine saison humide), rien dans la prise en charge ne nous surprit. Même notre statut d'externe, déjà peu valorisé en France, ne semblait pas plus significatif ici. Seul le fait que nous soyons étrangères aiguisait les curiosités et notamment celles des jeunes étudiantes infirmières qui par la suite nous furent d'une grande aide pour trouver un logement ou goûter le "balut" (œuf de cane fécondé).

Après une semaine décevante aux urgences, nous entreprîmes de partir à la découverte des autres services et médecins de la clinique. C'est ainsi que nous en apprîmes plus sur la riche patientèle de Lorma. Nous suivîmes en visite son directeur, le Docteur E., neurologue, qui nous avait accueillies en stage mais il sembla plus intéressé à l'idée de prendre des photos de nos moindres faits et gestes dans la clinique afin de les montrer au plus grand nombre. Nous comprîmes par la suite que c'était une grande fierté pour Lorma que des étudiants européens aient sollicité un stage. Le Docteur E. espérait accroître la renommée de Lorma... et la sienne. Nous nous pliâmes bon gré mal gré à ses demandes réitérées. Cependant, il y eut une fois où notre éthique fut heurtée puisqu'il voulut nous prendre en photo avec un de ses patients de réanimation parmi les plus mal en point. Nous ne pûmes moralement accepter cela même en sachant que le Dr E. serait blessé de notre refus. Les infirmières nous expliquèrent ensuite que dans cette clinique les patients étaient très demandeurs de photos avec leur médecin et le personnel soignant car ils leur étaient très reconnaissants et voulaient garder un souvenir de ces gens qui les avaient pris en charge. La visite se poursuivit par un passage au 5ème étage. Il s'agissait en fait d'un étage réservé aux suites de luxe, les couloirs étaient joliment décorés et des fleurs égayaient le tout. Les chambres des patients étaient spacieuses, pouvant accueillir un lit supplémentaire pour les membres de

[3] Etudiante en 6ème année de médecine à l'université de Bordeaux

la famille souhaitant rester le temps de l'hospitalisation, ce que n'offraient pas les autres étages bien qu'ils soient dotés de chambres individuelles. Nous fûmes frappés par le surpoids qu'arboraient tous les richissimes patients de Lorma. A l'inverse de la France où l'obésité est le fléau des classes sociales défavorisées, elle semblait être ici un marqueur extérieur de richesse. Malgré l'aisance financière de tous les patients de Lorma (clinique privée), nous pûmes observer les différences de traitement en fonction des patients. En effet, au 5ème étage les médecins passaient énormément de temps avec les patients durant la visite, plaisantaient avec eux alors qu'ils étaient beaucoup plus brefs et distants avec les patients moins riches. Notre découverte continua et nous arrivâmes en chirurgie. Le service venait de se doter de matériel de cœlioscopie, technique usuelle en France pour de nombreuses opérations mais difficilement applicable ici puisque nécessitant un matériel onéreux. Lorma était donc un des rares centres de la région à pouvoir pratiquer la cœlioscopie bien que cela ne soit pas fréquent ici. Enfin nous allâmes assister à un accouchement à l'étage dédié à la gynécologie obstétrique. Les accouchements et la prise en charge matérielle ne nous surprîmes pas puisque similaires aux techniques occidentales mais nous rencontrâmes à cette occasion la femme médecin du service, le docteur F. qui nous parla plus amplement de sa condition. Elle travaillait à Lorma les trois quarts du temps et passait le quart restant au "Government Hospital", l'hôpital public de San Fernando. Elle nous expliqua qu'elle avait travaillé à plein temps dans cette structure mais que le manque de rémunération (environ 500 euros par mois), de moyens médicaux et de structures avaient eu raison de sa bonne volonté. Grâce à elle nous obtînmes l'autorisation de partager notre temps de stage entre Lorma et l'hôpital public afin de nous rendre compte de ce qu'étaient les soins pour la majorité de la population philippine.

De prime abord nous fûmes surprises de trouver une structure agréable avec un petit jardin et des couloirs ouverts sur l'extérieur, et, loin de l'image des hôpitaux du dit « Tiers Monde », sans une foule de personnes malades attendant à l'entrée de l'hôpital pour recevoir des soins. Nous retrouvâmes le docteur F. qui nous guida jusqu'au service de gynécologie obstétrique. Ce fut alors le choc culturel le plus marquant du voyage et je pense de ma vie. La salle de travail était remplie de lits sur lesquelles des femmes gémissaient attendant le moment d'accoucher, sans anesthésie bien sûr. Un des médecins voulut nous montrer comment apprécier la dilatation du col et choisit une patiente. Sans lui adresser une parole, un regard ou lui expliquer qui nous étions il nous fit faire chacune à notre tour un toucher vaginal à cette femme. Nous fûmes en incapacité de refuser tant tout se déroula rapidement. La patiente fut transférée en salle d'accouchement où les étudiants de 4ème année de médecine les pratiquaient. La salle ne semblait pas propre, l'eau utilisée pour laver le sang était contenue dans des bouteilles Coca-Cola. Il y avait une dizaine de personnes entre les jambes de cette femme. Je dus sortir un instant car ma sensibilité fut heurtée, non pas à cause de l'accouchement en lui-même car j'avais déjà eu l'occasion d'en voir mais plutôt à cause de l'ambiance qui régnait dans la salle, cette femme ne semblait être qu'un corps. La citation biblique "tu accoucheras dans la douleur"

pris tout son sens pour moi à cet instant. Le choc fut d'autant plus grand qu'à deux pas de l'hôpital, à Lorma, les femmes donnaient la vie dans les mêmes conditions qu'en France.

Nous revînmes le lendemain où nous fîmes une visite du reste de l'hôpital. Celle-ci put mettre en lumière ce dont nous avions eu comme aperçu la veille en gynécologie. Les patients les plus pauvres étaient loin de recevoir le même traitement que ceux de Lorma. Notre amie médecin nous montra la salle commune du service de gastroentérologie où une cinquantaine de patients étaient alignés sur des lits avec bien souvent un ou plusieurs membres de leur famille à côté d'eux préparant à manger ou leur tenant simplement compagnie. Le docteur F. nous expliqua alors l'importance de la famille ici et l'illustra en nous expliquant l'attitude des médecins vis-à-vis du secret médical. En France, le patient doit être informé du diagnostic, des soins qu'il va recevoir et le médecin ne peut pas donner ces informations à d'autres personnes sans le consentement du malade, même si elles font partie de la famille (excepté si le malade a nommé une personne de confiance qui a alors le droit d'être informée). Aux Philippines, c'était l'avis de la famille qui primait. Par exemple la famille pouvait décider seule que leur malade ne devait pas être informé car cela lui nuirait (ou pour d'autres raisons) et le médecin se pliait à leur décision. Ceci fut pour nous une illustration de l'importance du groupe et de la communauté dans ce pays et du fait qu'à l'inverse, en France, l'individu primait sur le groupe.

Après mon retour en France et une réflexion plus approfondie, je compris ce que voulait dire Devereux (1980): « Partez en voyage et quand vous reviendrez vous commencerez votre formation », avait-il coutume de dire à ceux qui lui demandaient conseil. Je pense que ce qui m'a le plus marqué durant ce stage c'est l'inégalité des soins. J'étais préparée à voir là-bas un manque cruel de moyens, de structures, de médecins, mais pas un accès aux soins presque identique au notre pour les patients aisés alors que le reste de la population subissait tous les problèmes hospitaliers que l'on connaît pour les pays pauvres. La violence banale, dont fait mention Claire Mestre dans Maladie et violences ordinaires dans un hôpital malgache (2013), touchant les plus pauvres et anonymes fut ce que je pus ressentir aux Philippines. En effet, l'échange soignant-soigné, déterminé par des représentations sociales y exacerbait le rejet et l'exclusion des malades les plus défavorisés. La conclusion à laquelle je pus aboutir rejoint donc celle du Docteur Mestre puisque l'hôpital fut pour moi le lieu où les inégalités sociales étaient le plus présentes et conduisaient à produire cette violence. Cependant, l'évolution dans la prise en charge des malades observée à l'hôpital malgache de Toamasina une décennie après laisse espérer une plus grande équité des soins aux Philippines.

Bibliographie :

- Mestre C., Moro MR. (2008). *Partir, migrer. L'éloge du détour*. Grenoble : Edition La Pensée Sauvage.
- Devereux G. (1980). *De l'angoisse à la méthode* dans les sciences du comportement. Paris : Flammarion.
- Mestre C. (2013). *Maladies et violences ordinaires dans un hôpital malgache*. Paris : Edition L'Harmattan.

La langue maternelle en exil : intérêt de la transmission et usage en psychothérapie

Pascaline GASQUETON, Eirini PAPACHANTZI[4]

Chaque langue est en lien direct avec la pensée, la construction identitaire et les affects de l'individu. Elle peut se transmettre en tant que contenu, mais en même temps la langue transmet un contenu affectif et émotionnel. Cette transmission s'effectue dans différents lieux : dans l'intimité de la famille, dans les lieux de la vie quotidienne (école, marchés, etc.) et également lors de consultation transculturelle. Ce dispositif qui fonctionne selon les principes du complémentarisme de George Devereux (1972), peut nous aider à mieux comprendre les mécanismes de la transmission de la langue et son importance dans la situation interculturelle.

La langue maternelle en lien avec la pensée, l'identité et les affects

Avant de tenter de répondre aux questions autour de la transmission de la langue maternelle en exil, nous allons tenter de comprendre ce qu'est la langue maternelle et quel est son rapport avec le psychisme, l'identité, les affects. Il n'est pas évident de donner une définition indiscutable de la "langue maternelle" ou "langue-mère " (Nathan 1993). En effet, dans la psychanalyse, l'adjectif "maternelle" renvoie à la mère qui participe à la première enveloppe sonore de l'enfant ; l'espace transitionnel, développé par Winnicott (1969), est le lieu où l'expérience culturelle se déroule. Anzieu (1974) indique que c'est la voix de la mère qui crée cette enveloppe sonore autour de l'enfant dès le début de son existence et constitue une protection similaire à sa propre peau. Cette expérience peut être vécue à travers différentes émotions propres à chaque personne. C'est d'autant plus le cas pour un individu qui fait face à plusieurs cultures et langues.

L'élément inhérent et commun à l'exil et la langue est la perte. Pour représenter nos expériences, on doit les réduire, perdre une grande partie de ce qu'on a vécu, ressenti, vu et entendu pour les mettre en mots (Lacan, 1966). Ainsi la langue met en ordre et catégorise nos expériences subjectives primaires ; pour communiquer avec les autres, nous sommes obligés d'enterrer une partie de notre vécu (Benveniste, 1966). C'est le prix à payer pour devenir un être "social". Cette notion donne sens à l'expression "langue(s) premières(s) de socialisation" qui semble aujourd'hui plus pertinente à décrire ce qu'on appelle traditionnellement la "langue maternelle" (Dompmartin-Normand, 2011).

[4] Etudiantes en Master 2 de psychologie du développement de l'enfant et de l'adolescent à l'université de Bordeaux.

Chaque langue est symboliquement investie avec des liens sociaux et sa transmission ne peut se réaliser que dans un contexte culturel, dans lequel la pensée va se développer. Ainsi le propose la philosophe Barbara Cassin (2013) : "chaque langue est une vision du monde qui rattrape un autre monde dans son filet". Cela signifie que la langue est étroitement liée à la pensée qui se construit différemment en fonction du contexte culturel. Freud (cité par Tourn, 1997) a montré que dans l'acquisition de chaque langue il y a un processus identificatoire au collectif. L'identité, tout comme la langue, est un processus dynamique qui se développe dans la relation avec les autres (Taly, Salaun, Serre et Moro, 2008). Ainsi, la langue maternelle est une dimension fondamentale à la construction de l'identité d'une personne de la même importance que le sexe, le visage ou le nom. Une atteinte de la langue maternelle, spécialement une répression allant jusqu'à sa perte, est susceptible de produire une altération et des troubles de l'identité. Ceux-ci peuvent aller de la honte et de la culpabilité à des perturbations fonctionnelles plus importantes et même générer des troubles narcissiques et des lésions organiques (Boquel, 2011).

Plusieurs études ont montré que l'apprentissage d'une langue peut s'effectuer seulement quand elle est investie avec amour et confiance. Une nouvelle langue peut avoir un sens émotionnel seulement si notre première langue est déjà investie par cet aspect affectif (Mirsky, 1991). La langue maternelle sert de base aux expériences affectives au cours du développement de l'enfant. Selon Berthos (2011) le refus de parler la langue maternelle à son enfant peut équivaloir à l'exclusion de celui-ci, d'une tranche importante d'expériences relationnelles et affectives dans lesquelles le corps prend une part importante. Ces expériences deviennent inassimilables pour le sujet.

L'attitude du sujet vis-à-vis sa langue maternelle peut également faire référence à la théorie de l'attachement de Bowlby : la langue-mère devient la base de sécurité, d'insécurité ou d'ambivalence. Le sujet vit en permanence dans l'expérience "étrange" d'Ainsworth (Ainsworth et Bell, 1974). Nous supposons qu'une relation sécuritaire avec la langue maternelle va aussi déterminer la transmission de cette langue à la nouvelle génération. Taly, Salaun, Serre et Moro (2008) décrivent trois situations qui favorisent le métissage culturel :

- quand l'enfant bénéficie d'un milieu suffisamment sécurisant et riche en stimulations de toutes sortes,
- quand l'enfant trouve dans l'environnement des adultes qui lui servent d'initiateurs,
- quand l'enfant est doué de capacités personnelles singulières et d'une estime de soi forte qui lui permettent de maîtriser la vulnérabilité spécifique des enfants de migrants et de la transformer en capacités créatrices.

Toutes les langues qui co existent dans la vie d'une personne n'ont pas la même connotation affective (Leconte, 2001). Selon le contexte et la façon de leur utilisation, elles vont avoir plus ou moins d'importance et la complexité vient du poids émotionnel particulier pour chacune. Cette complexité augmente radicalement dans la transmission en situation d'exil.

Exil et transmission de la langue maternelle

Marie-Rose Moro (2010) développe l'idée de Lebovici selon laquelle la transmission de la culture d'une génération à l'autre commence à se préparer lorsque les futurs parents créent leur bébé imaginaire et fantasmatique. Cette transmission "anticipée" se fragilise lors de la venue au monde du bébé en exil. Les parents ne peuvent plus s'appuyer uniquement sur les façons de faire habituelles du groupe. Ils ont leurs propres ethnothéories des transmissions souhaitées et le nouveau membre de la famille se trouve dans une procédure dynamique de construction de son identité, sous l'influence de multiples facteurs : le contexte de la migration (exil politique, migration socio-économique, etc.), l'accès à la nouvelle langue et aux représentations culturelles du pays d'accueil, l'état psychique lié à la langue maternelle, etc.

L'exil est vécu différemment par chaque individu et la complexité de cette situation repose sur le dialogue permanent entre la culture du pays d'origine et celle du pays d'accueil, l'intérieur et l'extérieur, entre le même et l'autre, le rêve et la réalité, les relations proches et lointaines ; chaque moment de la vie sera pensé ou exprimé dans la langue maternelle ou la langue du pays d'accueil. L'exilé essaie constamment de trouver une langue susceptible de faire parler son intérieur profond, de reformuler sa pensée et surtout de mettre des mots sur cet "entre deux" complexe dont il semble être la proie. La reproduction ou non de sa langue en exil est fonction d'un ensemble de facteurs conscients et inconscients l'interpellant tant dans les éléments hérités que ceux en voie d'acquisition (LKhadir, 2011). Quand l'individu se trouve dans un nouveau pays sans maîtriser la langue, il peut se sentir comme "banni du monde" puisqu'il ne peut pas communiquer avec les autres. Stitou (2002) se demande si le "passage d'une langue à une autre ne vient pas renforcer cette étrangeté inhérente à toute langue au point d'exposer parfois le sujet à un silence de mort, et par là même à l'impossibilité d'établir un lien social". Certains sujets vont assimiler la langue du pays d'accueil comme la langue de la conformité. Elle est réduite à son aspect usuel et instrumental qui n'autorise plus l'expression du désir.

Conklin & Lourie (1983) ont regroupé les facteurs qui facilitent la conservation de la langue maternelle en situation de migration. Il s'agit de facteurs politiques, démographiques, culturels, linguistiques et familiaux. Ils font également référence au nombre et la proximité des gens qui la parlent, la facilité de retourner dans le pays d'origine, le désir d'y retourner (réel ou fantasmatique), le métier et le niveau socioéconomique, la fréquentation des institutions où la langue maternelle est enseignée/utilisée, si la langue maternelle est écrite, la représentation de la langue maternelle dans le monde, etc. A l'inverse, les facteurs qui favorisent la perte de la langue maternelle sont : les liens faibles avec la famille et la communauté de compatriotes, la scolarisation uniquement dans la langue du pays d'accueil, la non acquisition de la langue maternelle au niveau écrit, la pression par les autochtones pour que la langue du pays d'accueil soit parlée etc. En résumé, les facteurs qui influencent la transmission de la langue maternelle au niveau intergénérationnel mais aussi dans le cadre de l'ethnopsychiatrie, nous pouvons citer : le rapport avec la mère, avec la culture d'origine et avec la culture d'accueil.

La langue maternelle est à la fois contenu et contenant de la transmission. Plusieurs études montrent que la bonne connaissance de la langue maternelle est indispensable pour bien apprendre la langue de la majorité. La première langue de socialisation (la langue mère) peut renvoyer le sujet à ses premiers contacts avec le premier objet d'amour, la mère. En facilitant la procédure de la transmission de sa première langue le sujet a la possibilité de recréer cet espace transitionnel ou il peut se réunir avec les premiers sons, les premières odeurs, les premiers contacts tactiles, les premiers affects mais aussi les premiers traumatismes éventuels (Mirsky, 1991).

Cependant, cette première langue n'est pas toujours liée avec un "dedans" harmonieux bien au contraire. La souffrance psychique et les traumatismes vécus peuvent être évoqués dans le cadre de la psychothérapie transculturelle. Ainsi, la difficulté d'habiter sa langue est redoublée lorsque cette parole-là est en faillite, ou lorsque la souffrance du sujet est telle qu'elle n'est dicible dans aucune langue (Stitou, 2002). L'enveloppe émotionnelle de la culture d'origine est parfois en but à un surmoi strict. Par exemple, certaines personnes n'arrivent pas à évoquer des sujets tabous (comme la sexualité) dans leur langue d'origine et vont préférer utiliser leur deuxième langue comme nouvelle enveloppe psychique, considérée comme plus sécurisante. D'autres ont subi des persécutions religieuses, des humiliations, des attaques génocidaires, la peur de la mort ou d'autres sentiments anxieux. Dans des cas, le sujet peut considérer sa première langue comme un rappel de ses traumatismes (Ainslie, 2013).

Ainsi, le fait de se retrouver en situation d'exil ou d'immigration peut aussi avoir une connotation très positive pour le psychisme du sujet. La nouvelle terre donne la possibilité d'émerger des identités meurtrières comme le propose Amine Maalouf (1998), pour renaître dans une autre culture. La langue maternelle est associée avec des pulsions plutôt archaïques, et la nouvelle langue offre une opportunité de construire un nouveau système défensif pour faire face à la vie infantile. Reconstruire les représentations du monde intérieur et extérieur et établir une nouvelle image de soi devient un défi (Mirsky, 1991). Nous pensons que la personne en exil doit exercer sa liberté d'utiliser la langue qu'il préfère aux différentes circonstances.

Le dernier facteur qui déterminera les transmissions de la langue maternelle est le rapport de l'individu avec le pays d'accueil. Les représentations affectives de la nouvelle terre et sa langue sont souvent très ambivalentes. Elles oscillent entre le surinvestissement ou le rejet total. Le sentiment de honte est le plus sûr moyen de ne pas dire, de ne pas transmettre. Le silence est alors protecteur (Cyrulnik, 2010).

Intérêt de la langue maternelle et sa transmission dans la clinique

La clinique des migrants donne à voir la complexité d'inscription dans l'héritage culturel (valeurs, traditions, langue, etc.). La transmission est un processus dynamique : construction, déconstruction, oublis et interprétation s'entremêlent (LKhadir, 2011). Elle se transforme tout au long de l'existence en fonction des acquis transmis mais aussi et surtout en fonction de l'histoire et de la trajectoire

de chacun. Elle inscrit l'individu dans une continuité et une appartenance.

L'utilisation de la langue maternelle dans le cadre psychothérapeutique est nécessaire pour explorer les problématiques des sujets migrants dans leur complexité. Elle est essentielle pour les individus qui ne parlent pas du tout la langue du pays d'accueil ou pour ceux dont la langue maternelle "surgit" au cours de l'entretien clinique (LKhadir, Ibid). Dans le cadre d'une psychothérapie transculturelle, on assiste à une production diversifiée de la langue maternelle qui nous donne à voir les différents enjeux de sa transmission. Des renoncements, des ruptures ou des fusions des différents moyens d'expression dans l'enfance vont s'opérer.

Des divergences quant à la perpétuation de la culture peuvent apparaître entre les anciennes générations de migrants et les jeunes car l'héritage est perpétuellement mis à l'épreuve. Dans le suivi psychothérapeutique le thérapeute va pouvoir appréhender le rapport du patient avec sa langue maternelle et en comprendre les mécanismes de transmission.

En France, un dispositif de psychothérapie a été mis en place afin de faciliter l'expression des migrants dans leur langue maternelle. Il s'agit de consultations ethnopsychiatriques ou transculturelles. Ce dispositif prend en considération l'individu dans son ancrage culturel d'origine. La question de la langue maternelle et sa transmission peuvent y être soulevées. Le patient est libre de choisir sa langue préférentielle pour s'exprimer. La langue maternelle, véhicule des représentations culturelles de la personne est alors au centre du dispositif, sa transmission est donc toute indiquée dans le cadre d'une psychothérapie.

Georges Devereux est le fondateur de l'ethnopsychanalyse. Il en a construit les soubassements théoriques, l'a constitué en tant que discipline et en a défini la méthode originale et encore subversive aujourd'hui, le complémentarisme (1972) soit l'utilisation de manière obligatoire mais non simultanée de l'anthropologie pour construire le cadre et comprendre le niveau culturel des dires et la psychanalyse pour en interpréter le contenu (Moro, 2004). Dans la consultation transculturelle, le patient et le thérapeute appartiennent à des cultures différentes : la culture du patient peut être utilisée comme un levier thérapeutique.

Dans le cadre d'une consultation transculturelle, la décentration (prendre de la distance par rapport au connu, aux représentations) est une démarche importante pour soigner l'autre, pour connaître l'autre de très prés. Si on ne prend pas en compte les représentations, on se prive de l'autre. Une des missions de l'anthropologue est de décoder les représentations car les théories étiologiques de la souffrance peuvent varier d'une culture à l'autre. Ces théories vont être explicitées dans le cadre culturel pour mettre du sens.

L'intérêt de l'ethnopsychiatrie réside dans la mise en tension de la clinique (discipline qui ne saurait se passer de l'action) et des sciences humaines (sciences de l'observation). Elle critique une méthodologie de l'observation qui pose la nécessité de porter un regard extérieur sur les populations observées, regard objectif car extérieur (De Pury Toumi, 2005).

A Bordeaux, la consultation transculturelle est indiquée lorsque le patient évoque un codage culturel dans l'expression de sa souffrance. Dans cette situation, la présence d'un interprète et d'un anthropologue est souhaitable. Le patient va pouvoir parler dans et de sa langue maternelle, de son exil et de ses représentations culturelles. On parle d'indications de première intention. Elle est également indiquée lorsque le dispositif classique échoue : la relation duelle ne va alors pas produire de récit narratif, le patient ne va pas pouvoir exprimer sa souffrance. Ici, il s'agit d'une indication de seconde intention.

Le dispositif y est avant tout groupal : il est composé d'un psychothérapeute principal et de co-thérapeutes qui peuvent être des psychologues, des anthropologues, des médecins, et des stagiaires. Il y a également un interprète et le patient est libre de s'exprimer dans sa langue maternelle s'il le souhaite. Un dispositif individuel peut être mis en place sous forme de triade : le patient, le thérapeute et l'interprète.

Dans le dispositif groupal, les thérapeutes sont de formations disciplinaires différentes, de langues différentes, de régions différentes et cette diversité va permettre l'élaboration de l'altérité. La présence de ces nombreux "autres" provoque des mouvements régressifs plus ou moins profonds et des tentatives de retour aux état narcissiques primaires (Kaës et al., 2012).

Le psychothérapeute principal dirige l'entretien, il donne la parole. Le groupe a une fonction d'initiation, de rite de passage, le groupe est le lieu du lien, du sens et de la réunification interne. Il a une fonction d'étayage, de contenance et d'élaboration. Le groupe prend en considération le patient dans sa globalité, son vécu et sa migration.

L'interprète doit respecter mot pour mot ce que dit le patient, pour le clinicien mais aussi pour déposer les représentations sous-jacentes, les situer dans le contexte culturel. Sa mission ne s'arrête donc pas à la traduction simple des paroles du patient. Il peut être confronté à des difficultés sur le plan psychologique. Il peut avoir vécu les mêmes choses que le patient, l'histoire de celui-ci peut réactiver de nombreuses choses chez l'interprète qui doit donc mettre à distance son histoire personnelle. L'interprète peut avoir deux attitudes vis-à-vis de la culture : tout rattacher à celle-ci ou bien la banalise (L'Khadir, 2011).

Ce n'est pas parce que l'on maîtrise la langue que l'on est nécessairement un bon interprète. Il doit avoir du respect pour le patient et travailler avec ce qu'il ramène sans pour autant se mettre à sa place. Parfois, le patient va rejeter l'interprète car il peut réactiver des souffrances, des affects que la personne n'est pas prête à exprimer.

Le traducteur se trouve dans une position inconfortable car le thérapeute peut avoir peur que sa présence modifie la relation avec le patient. Se pose également à lui la question de tout traduire ou non, comme les insultes à l'égard du thérapeute par exemple. Celles-ci doivent être traduites parce qu'elles doivent être prises en compte dans le cadre transférentiel et contre transférentiel.

Dans certains cas la personne n'arrive pas s'exprimer même pas à l'aide de l'interprète que le cadre thérapeutique met à sa disposition. Une telle

attitude nous renvoie au concept d'alexithymie, une incapacité à identifier et à exprimer verbalement les émotions et les sentiments, une imitation de la vie imaginaire, une pensée à contenu pragmatique, un mode d'expression très descriptif abordant plus volontiers les aspects triviaux des événements vécus. Il n'y a pas de véritable élaboration ni de recours à l'action pour éviter les conflits ou exprimer les émotions (Berthos 2011).

La traduction peut avoir plusieurs sens, plusieurs fonctions. Elle invite à la rencontre, à l'échange, au voyage de ses propres représentations et des représentations de ceux qui accompagnent l'individu. C'est un processus interactif, la traduction crée un mouvement entre parole et pensée. Cela sous-entend le travail de deuil et de souvenir. C'est une véritable machine de co-construction du sens. Elle permet d'enrichir notre compréhension des phénomènes concernant le discours des patients et les modalités spécifiques de l'écoute et de l'interprétation analytique (Amati Mehler, Argentieri et Canestri 1990).

En conclusion, De Pury Toumi (2005) se demande si on peut imposer la langue maternelle dans le cadre de la thérapie en nous rappelant que la première langue est directement liée aux premières relations affectives. Les enjeux autour de la transmission de la langue maternelle peuvent amener l'exilé ou son enfant à refuser de la parler, la langue-mère pouvant être vécue dans la honte. (Stitou, 2002).

Nous avons vu que la question de la transmission de la langue maternelle en exil présente des avantages au niveau de la clinique du migrant et que des applications pratiques telles que les consultations ethnopsychiatriques sont au cœur de cette transmission. Cependant, la langue maternelle peut être perçue comme un mouvement régressif vers la culture d'accueil et ainsi créer une nouvelle souffrance chez le patient. La pratique psychothérapeutique est donc à moduler en fonction du ressenti du patient et de son besoin ou non de s'exprimer dans la langue maternelle ou plutôt dans la langue de sa culture d'accueil.

Bibliographie :

- Ainslie, R. C., Tummala-Narra, P., Harlem, A., Barbanel, L., Ruth, R. (2013). *Contemporary psychoanalytic views on the experience of immigration*. Psychoanalytic Psychology, 30(4), 663-679.
- Ainsworth, M.D.S., Bell, S. M. (1974). *Mother-infant interaction and the development of competence*. In: K. J. Connolly & J. Bruner (eds.), The growth of competence. London and New York: Academic Press. Pp.97-118.
- Amati Mehler, J., Argentieri, S., Canestri, J. Maya Garboua, (1994). *La Babel de l'inconscient : Langue maternelle, langues étrangères et psychanalyse*. Paris: PUF
- Anzieu, D. (1974). *Le Moi-Peau*. le dehors et le dedans no 9, 195-208.
- Benveniste, E. (1966). *Problèmes de linguistique générale*. 1, Paris, Gallimard.
- Berthos, S., (2011). *L'alexithymie ou le silence des émotions, les émotions au pouvoir*. L'essentiel Cerveau et Psycho, aout-octobre 2011.
- Boquel. (2011). *Abandon de la langue maternelle, Paradoxe identitaire, honte et pathologie*. (sur internet : http//www.ebooks-gratuit.net/recherche/pathologiedelaLangue/pdf/1)
- Cassin, B. (2013). *Penser en langues*. Trivium [En ligne], Dossier, mis en ligne le 11 décembre 2013.http://trivium.revues.org/4768.
- Conklin, N. F., Lourie, M. A. (1983). *A host of togues : Language communities in the United States*. New York: The Free Press.

- De Pury Toumi, S. (2005). *Comment on dit dans ta langue?* Pratiques Ethnopsychiatriques. Paris: Empêcheurs De Penser En Rond, 2005.
- Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris: Flammarion.
- Dompmartin-Normand, Ch., (2011). *Éveil aux langues et aux cultures à l'école : une démarche intégrée avec un triple objectif cognitif, affectif et social*. L'autre, cliniques, cultures et sociétes, vol. 12, no 2.
- L'khadir, A., (2011). *La langue maternelle et transmission. Quels enjeux psychologique et socioculturel dans la migration*. In Z., Gerraoui & O., Reveyrand-Coulon (Dir), Transmission Familiale Et Interculturelle, Ruptures, Aménagements, Créations (p.219-233).Paris: Editions In Press, 2011.
- Lacan, J. (1966). *Écrits*. éditions du Seuil, deux volumes, Paris, réed. 1999.
- Leconte, F., (2001). *Familles Africaines en France entre volonté d'insertion et attachement au patrimoine langagier d'origine*. Éditions de la Maison des sciences de l'homme. Langage et société, 2001/4 - n° 9 p. 77-103
- Maalouf, A., (1998). *Les Identités meurtrières*. Grasset, Paris.
- Mirsky, J. (1991). *Language in migration: separation individuation conflicts in relation to the mother tongue and the new language*. Psychotherapy, 28(4), 618-624.
- Moro, M., R. (2010). *Nos enfants demain*. Pour une société multiculturelle. Paris : Odile Jacob.
- Nathan, T. (1993). *À qui appartiennent les métis*? Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie, 21, 13-22.
- Stitou, R. (2002). *Épreuve de l'exil et blessures de la langue*. Cahiers de psychologie clinique, 18(1), 159-170.
- Taly, V., Salaün, O., Serre, G., Moro, M. (2008).*Psychological outcome of a child of multiple cultural appurtenances*. [Bilan psychologique de l'enfant aux multiples appartenances culturelles] Neuropsychiatrie De l'Enfance Et De l'Adolescence, 56(4-5), 299-304.
- Tourn, L., (1997). *Travail de l'exil, deuil, déracinement, identité expatriée*. PUF, Septentrion, Paris, 341 p. 15
- Winnicott, D.W., (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot.

Clinique transculturelle et médiation psychothérapeutique : co-création avec Sophia.

Michèle Guicharnaud [5]

Lorsque nous accueillons dans un dispositif transculturel un jeune étranger isolé pour un suivi psychothérapeutique nous constatons que, avec ou sans interprète, le seul recours à la parole comme outil thérapeutique peut être insuffisant pour permettre une élaboration psychique, d'autant que l'absence de mots pour se dire dans l'espace d'une séance est fréquente. Ce défaut de verbalisation est aussi en lien avec l'état de ces jeunes pour la plupart en situation d'étrangeté, de chocs et perte de repères : qu'est-ce-que parler de soi dans leur culture ? Parler à un/e psychologue ? A quelles représentations le/la jeune est-il renvoyé(e) ? Quel est le rôle de ce tiers interprète qui parle la même langue que lui/elle ? L'introduction de médiations thérapeutiques dans le travail psychique peut être un bon support pour mettre en confiance, créer une alliance thérapeutique et donner accès à une expression de soi qui conjugue psychisme et culture.

La peinture, médiation psychothérapeutique dans l'accompagnement de Sophia

Sophia évolue dans un univers fracturé depuis les événements liés à son pays d'origine et à son arrivée en France où elle connaît de nombreux lieux de vie, marqueurs d'une interruption répétée du fil continu de son quotidien ce qui fragilise son adaptation et la construction d'une stabilité. Elle est très réservée et peu participative au début en présence de l'interprète en langue arabe ; elle dit quelques mots, spontanément en français, de ses difficultés de relation avec les autres jeunes, de son sentiment d'insécurité ; elle dit ne pas souhaiter la présence de l'interprète pour l'instant. Dans un espace à deux, elle parle tantôt de son présent, tantôt elle est très laconique, voire mutique, fermée, le regard ailleurs, absente à la situation du moment : aucun mot pour se dire, dire ses émotions. Silence muré pour dire l'indicible de l'angoisse, de la souffrance ? Colère rentrée, empêchée par trop de terreur ?

Une autre fois, Sophia confie qu'au réveil d'un cauchemar, elle peut quelquefois dessiner et écouter de la musique ; dans le cadre thérapeutique il est possible d'aménager un espace peinture. L'introduction d'une médiation thérapeutique semble indiquée afin de pouvoir favoriser la levée des inhibitions et permettre l'élaboration d'un cadre de significations. Cependant, du point de vue de la narration, la peinture fait des récits incomplets. Sophia accepte de peindre ; volontiers participative elle reste silencieuse sous mon regard observateur. Le trait est simple, peu élaboré, assez enfantin ; elle ne mélange pas les couleurs ; il s'agit d'une production de type cathartique, jetée là sur le papier. Quand je la sollicite à la fin pour comprendre ce

[5] Psychothérapeute d'inspiration analytique, formée aux médiations thérapeutiques de dessin, peinture et modelage, psychologue clinicienne interculturelle, chercheurse associée consultation transculturelle de Bordeaux.

qu'elle a peint, elle ne peut rien en dire : elle fait l'expérience du « trou noir » et de la panne psychique par défaut de langage et de pensée. C'est l'écoulement du temps entre deux séances qui permettra l'élaboration du sens de sa peinture : ce sont des scènes de panique vécues au pays face aux rebelles et aux combattants. Des gens, pour se protéger, se cachent dans les arbres. Sophia se dessine seule dans une habitation dans un coin en haut puis, dans un espace plus bas, sous la protection d'une grand-mère. Lors des séances suivantes elle va « raconter » en couleurs et en images la suite des événements comme une écriture, cet effort pour inscrire la trace d'une chose qui nous affecte et nous déborde dit Lyotard (2014). Cela va lui permettre de les parler pour les mettre peu à peu à distance.

Un aspect fondamental du trauma est aussi évoqué par-là : la confrontation inopinée avec le réel de la mort. Or, elle va pouvoir évoquer la mort de son père dont elle a été témoin. Au cours d'une séance suivante, elle arrive sombre, douloureuse, mutique, plongée dans un silence bruyant de tous ses maux. Elle accepte de peindre, et, à ma proposition de mettre une légende, écrit ces mots : « seule, personne sur la terre » ; elle n'en dit pas plus, pas sur le moment, comme à chaque fois. Plus tard elle pourra évoquer la violence, l'absence, le manque, et aura recours à des phrases, des paroles adressées à l'absent pour apaiser sa douleur.

Pour Sophia le dessin devient le lieu de passage du réel brut de l'expérience traumatique à la réalité psychique construite sur son souvenir ; mais elle n'en parle qu'à la séance d'après comme si le temps lui était nécessaire pour faire le pont entre deux lieux, deux temporalités, deux espaces psychiques. Toute l'expressivité pulsionnelle convoque les mnésies originaires propres à elle, avec sa singularité sous l'apparente banalité de productions figurables, premier maillon d'accès aux contenants formels, première ébauche d'un dégagement et d'une transformation en marche.

La psychothérapie à médiation

Selon les sources Petit Larousse illustré (1998) et Dictionnaire Bordas(1994), nous trouvons que « médiation » provient du bas latin mediatio qui signifie une intervention destinée à mener un accord entre les parties en présence ; une procédure de règlements des conflits avec l'interposition d'une tierce personne -le médiateur- chargée de proposer une solution de conciliation aux parties en litige ; une articulation entre deux êtres ou deux termes au sein d'un processus dialectique ou dans un raisonnement ; enfin ce qui sert d'intermédiaire. Notons que le verbe médier n'existe pas en français alors qu'il existe en latin le verbe mediare.

La psychothérapie à médiation consiste à signifier de manière indirecte par un outil intermédiaire ce qui échappe à la capacité d'évocation verbale, à ouvrir vers un espace d'expression libératrice et à potentialiser une transformation. Elle propose un accès à l'inconscient, au refoulé par des média qui vont aider à travailler sur les résistances, sur les mécanismes de défense et compulsions de répétition automatiques inconscients régis par les processus primaires (Laplanche et Pontalis, 1992), mais elle fait aussi intervenir les mécanismes de dégagement régis par les processus secondaires : si les mécanismes de défense n'ont

pour fin que la réduction urgente des tensions internes conformément au principe de plaisir/déplaisir ou le cycle charge/décharge reichien, les mécanismes de dégagement visent aux aménagements des conditions internes du sujet en fonction d'une adaptation souple aux conditions externes et tendent à la réalisation de possibilités correspondant à des substitutions d'opérations défensives par des opérations de dégagement.

Pour notre propos, il s'agit de passer, de médier par un autre type de symbolisation, le dessin et la peinture, avec les fonctions thérapeutiques du trait, des couleurs et de l'image ou figuration.

D'un point de vue analytique cette clinique met en jeu différents processus et mécanismes, et conduit à emprunter des voies transverses complémentaires des processus de créativité (Chasseguet-Smirgel, 1971) : manifestation pulsionnelle -ce qui est créé vient remplir la place de ce manque corporel et permettra au sujet d'exister- ; fantasme originaire ou primordial ; une sublimation des pulsions ; catharsis -décharge d'affects avec et par une production-représentation- ; projection sur et par un support externe d'un interne émanant d'un état antérieur de l'enfance ; expression créatrice liant pulsions et affects à des représentations ; capacité de représentation interpellant traces mnésiques et affects liés à des événements ou des perceptions antérieures.

Le dispositif thérapeutique se compose d'une table, un support pour feuille blanche A3 ou A4, de brosses plates, gouaches ou aquarelles avec les trois couleurs fondamentales Bleu/Jaune/Rouge, des coupelles pour faire des mélanges (toutes les autres couleurs sont fabriquées par le patient), des pots d'eau, une éponge ou des feuilles d'essuie-tout. Il y a peu ou pas de consignes, juste un espace -la feuille- dont le patient dispose, qu'il occupe comme il veut, avec les couleurs à utiliser librement. Seule précaution : rincer le pinceau avant de changer de couleur pour garder la couleur de base intacte. L'eau est un liant important, et permet de travailler la dimension régressive et émotionnelle. Le papier peut être mouillé au préalable. Il s'agit de représenter un monde en trois dimensions sur un support en deux dimensions. Il n'est pas nécessaire de savoir dessiner ou peindre. Il s'agit de s'autoriser à se laisser aller à un geste, un mouvement, une forme dans une ou plusieurs couleurs mélangées ou non. C'est un espace où le patient est acteur, fait ce qu'il veut et se livre à sa libre inspiration sous l'observation silencieuse du clinicien. C'est le patient qui décide d'arrêter de peindre sauf si le cadre horaire l'y oblige.

Le clinicien, assis à une certaine distance, pas en face à face, est stimulé et animé dans sa propre sensibilité aux arts, sa part créative et son inventivité par la singularité de chaque patient et de chaque situation thérapeutique. Il existe une liberté dans cet espace intermédiaire tel l'espace transitionnel winnicottien, espace où le jeu est possible, un jeu qui aboutit à la maîtrise de soi et à la permanence de l'objet. L'important va être dans ce qui se passe pendant la construction de la peinture c'est-à-dire dans le processus, et non dans le résultat ; ce qui intéresse le clinicien est-ce par où est passé le patient pour donner à voir ce qu'il signifie, d'où un travail primordial d'observation clinique dans le silence de la réalisation de l'œuvre : seul le patient parle s'il en a envie. L'observation porte sur la relation

à la feuille blanche, aux couleurs, aux pinceaux, à l'eau, à tout le matériel fourni, à la consigne quand il y en a eu, à la relation au clinicien. Un travail d'élaboration verbale se fait après la production. Chacune s'inscrit dans le contexte de sa réalisation. Seul le patient est en mesure d'expliciter ce qu'il a produit, en lien et en dialogue avec le clinicien, tant sur le plan du sens des couleurs pour lui que sur le plan des formes ou figurations visibles ou non pour le clinicien. La peinture est soit déjà figurative, soit l'expression d'une ambiance dans laquelle une image, des images peuvent surgir et accrocher le regard : le patient peut alors la structurer pour la rendre visible. Aucune peinture n'a de sens en soi : le clinicien peut émettre une/des hypothèse/s que le patient va lui-même confirmer ou pas. Le clinicien lira -plutôt qu'interprétera- ce qui se dit à travers l'expression graphique, picturale ou gestuelle ; sa parole n'est qu'un temps dans l'échange avec le patient, une maïeutique qui conduit le patient peu à peu à s'approcher au plus près de sa vérité interne, à reprendre contact avec le vrai self enfoui au plus profond, grâce à un remaillage des liens de symbolisation.

La peinture stimule l'œil, le regard et le corps par les gestes (des doigts, des mains, des bras, peindre debout etc.), le maniement de la matière colorée (quelquefois utilisation des mains, des doigts, de l'éponge, du papier) ; avec la peinture l'évitement est impossible, l'inconscient est au bout du pinceau et va donner un message à la personne elle-même qu'elle seule saura décoder, déchiffrer, traduire. Dans ses fonctions thérapeutiques, cette médiation est un des moyens puissants de panser les blessures narcissiques -l'expression créatrice quelle qu'elle soit est vraie et dévoile une vérité intérieure, un insight dans un ici et maintenant qui renvoie à un ailleurs, s'inscrivant dans une temporalité qui fait lien et sens pour le patient- ; de se réparer soi-même par rapport à une culpabilité en libérant des décharges pulsionnelles ; de se construire, reconstruire au-delà de la destruction de l'objet ; de se renarcissiser, se vivifier, (re)contacter une joie intérieure ; de traverser une difficulté, un obstacle, aller vers une transformation intérieure. Selon Serge Tisseron (1997) l'image revêt une fonction importante de représentation, de transformation, d'enveloppe. Selon Bernard Chouvier (2008) la production graphique et picturale remplit outre la fonction d'expressivité, une fonction signifiante et relationnelle transférentielle.

Cette approche nous permet dans le cadre de la consultation transculturelle de mettre en place un véritable processus psychothérapeutique au-delà d'une pensée opératoire, d'alexithymie (Pirlot, 2009) et d'une difficile élaboration fréquentes chez les jeunes patients étrangers isolés, de les aider à penser et parler la remémoration, mettre à distance des situations douloureuses, aller peu à peu vers une intégration du vécu. Pour ces jeunes en grande difficulté, l'indication d'une médiation (le conte est une autre médiation possible) nous semble essentielle s'inscrivant complètement dans l'approche transculturelle basée sur les intermédiaires tels la langue et l'interprète, ainsi que la complémentarité et la co-création.

Bibliographie :

- CHASSEGUET-SMIRGEL, J. (1971). *Pour une psychanalyse de l'art et de la créativité*. Paris, Payot.
- CHOUVIER, B. (2008). *Cinq cas cliniques en psychopathologie de l'enfant*. Paris, Dunod.
- LAPLANCHE et PONTALIS (1992). *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Paris, PUF.
- LYOTARD, J.F. (2014). *L'inhumain, causeries sur le temps*. Klincksieck.
- PIRLOT, G. (2009). *Déserts intérieurs*. Paris, Éres transition.
- TISSERON, S. (1997). *La psychanalyse de l'image*. Dunod, Paris.
- Petit Larousse illustré édition de 1998
- Dictionnaire Bordas en 2 volumes, édition 1997

A lire… A offrir…

La consultation transculturelle du CHU de Bordeaux propose à des patients en soin psychothérapeutique un atelier peinture animé par une artiste peintre grâce à l'association Mana (www.cliniquetransculturelle-mana.org)

Peindre, être debout, le dire expose des tableaux de cinq patients-artistes, accompagnés des commentaires qu'ils en font, paroles recueillies par une écrivaine.

Ces personnes ont fui des persécutions et cherchent protection en France. Très meurtries, elles ont de grandes difficultés pour aborder leur souffrance. L'atelier peinture est un mode d'expression et d'impulsion de la pensée. Les soins et les ateliers contribuent à leur donner la parole, à retrouver une mémoire abimée et à croire en un avenir possible. Des expositions permettent à tout public de comprendre la démarche et d'admirer les œuvres réalisées.

Paroles dites

« La peinture nous apporte la joie, la gaîté, la bonne humeur »

« Je me voyais effacé de la vie humaine. Mais je me suis retrouvé, à travers le changement de chemin qui est l'art, la peinture ».

« Le jour où j'ai commencé l'atelier de peinture, j'ai rêvé à des couleurs.
Je me sens bien
Je me sens libre
Je suis heureux de le faire ».

✂----------

BON DE COMMANDE à retourner à Association Mana, 97 cours des Aubiers appt 920 33300 Bordeaux

manabordeaux@gmail.com / 05 56 79 57 14

Nom : …….....

Prénom : ……

Adresse :……

Mail / tél :…… ……...

Prix du livre : 15€ par ouvrage – Frais de port : 5€ et 1€ par ouvrage suivant

Bulletin d'adhésion 2015

25 € ou 2 € (en recherche d'emploi), 10 € (étudiant sur envoi de justificatif)

Nom / Prénom

Adresse

Téléphone

E-mail

Profession

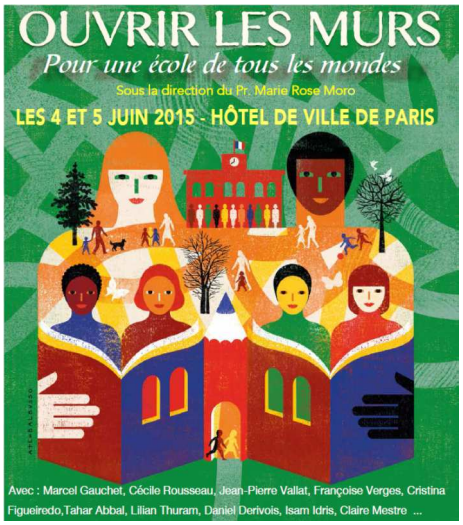
Bulletin d'adhésion à retourner à l'adresse suivante, accompagné de votre règlement :

Association MANA
33000 BORDEAUX
05 56 79 57 14

Ou adhésion à partir du site : http://www.cliniquetransculturelle-mana.org/adhesions-et-dons/

17ème colloque de la revue L'autre, 2ème colloque du Centre Babel, 5ème colloque de la Maison de Solenn

Colloque organisé les 4 et 5 juin 2015 à l'Hôtel de Ville de Paris
Sous la direction du Pr Marie Rose Moro



Dans une société en mutation profonde, l'école cristallise à la fois tous les espoirs et toutes les inquiétudes.

C'est là que se joue le bien-être et l'inscription des enfants en particulier les enfants de migrants et tous les enfants vulnérables. Aujourd'hui, 18% des élèves scolarisés dans les écoles françaises sont en échec scolaire grave, pour une grande part des enfants de migrants, nés en France et scolarisés dès la maternelle. Beaucoup décrochent avant d'avoir obtenu un diplôme ou quittent l'école à 16 ans sans avoir acquis la lecture et l'écriture. Les conséquences sociales de ces échecs scolaires constituent une question centrale de santé publique en France mais aussi plus largement en Europe. Ils constituent un défi majeur pour nos sociétés multiculturelles. Pour réussir ses missions, l'école d'aujourd'hui doit fédérer autour d'elle tous les acteurs intervenants dans la transmission des savoirs. Les enseignants bien sûr, mais aussi les familles. La construction d'une alliance entre ces partenaires autour de l'enfant est souvent complexe. La psychiatrie transculturelle propose une approche intégrative et transdisciplinaire dans le travail clinique et souligne le rôle de l'école dans la prévention des troubles psychosociaux. Il s'agit là d'enjeux majeurs qui intéressent l'ensemble des sciences humaines et politiques et qui nécessitent la mise en œuvre de dispositifs innovants, intégrant les différents partenaires psychosociaux et éducatifs. Autour de quatre sujets centraux, le bilinguisme, l'école inclusive, la protection de l'enfance et le concept de réussite éducative, nous proposerons à des chercheurs de disciplines différentes de débattre. Une manière d'ouvrir les murs des écoles pour un meilleur dialogue entre tous les mondes qui s'y rencontrent !

Première journée, le jeudi 4 juin en session plénière
Seconde journée, le vendredi 5 juin en ateliers sur les thèmes suivants :

Atelier 1 - Place de la langue maternelle - plurilinguismes- place des familles
Atelier 2 - Une école inclusive - Pour qui ? Comment ?`
Atelier 3 - La médiation en action
Atelier 4 - De l'école à la protection de l'enfance
Atelier 5 - Les projets de réussite éducative et l'interculturel
Atelier 6 - L'école hors de la métropole

INFORMATIONS ET INSCRIPTIONS www.centrebabel.fr

CONTACT : colloque.babel2015@centrebabel.fr Tél : 09 50 95 26 66