

Article

« La question de l'impasse thérapeutique en clinique transculturelle »

Taïeb Ferradji, Laetitia Bouche-Florin, Kouakou Kouassi, Yoram Mouchenik, Félicia Heidenreich, Katherine Levy, A. Trepied, Salim Mehallel et Marie-Rose Moro
Santé mentale au Québec, vol. 31, n° 2, 2006, p. 329-345.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/014838ar>

DOI: 10.7202/014838ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



La question de l'impasse thérapeutique en clinique transculturelle

Taïeb Ferradji*
 Laetitia Bouche-Florin**
 Kouakou Kouassi***
 Yoram Mouchenik****
 Félicia Heidenreich*****
 Katherine Levy*****
 A. Trepied*****
 Salim Mehallel*****
 Marie-Rose Moro*****

La consultation transculturelle de l'hôpital Avicenne est souvent un lieu où convergent des patients aux parcours longs, douloureux, émaillés de traumatismes et de ruptures et des équipes en difficulté devant la complexité et la lourdeur de certaines situations. Désarroi et sentiment d'impasse sont doublement vécus avec un risque renforcé d'errance thérapeutique voire d'incompréhension et de malentendus si ce n'est de rejet. Le dispositif transculturel par la médiatisation de l'interaction patient-thérapeute permet l'élaboration d'un compromis qui préserve la position du thérapeute tout en étant cohérent avec les représentations culturelles du patient.

-
- * Psychiatre, Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent et psychiatrie générale (Pr M.R. Moro), hôpital Avicenne (AP-HP), université Paris-XIII, Bobigny, France.
- ** Psychologue, Service de psychopathologie, Hôpital Avicenne.
- *** Psychologue, psychanalyste, Service de psychopathologie, Hôpital Avicenne.
- **** Psychologue, Service de psychopathologie, Hôpital Avicenne.
- ***** Psychiatre – PH et Responsable de la consultation transculturelle, Service du Pr Moro, CHU Avicenne, Bobigny.
- ***** Psychologue clinicienne, même service.
- ***** Psychologue clinicien, même service.
- ***** Psychiatre, même service.
- ***** Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent et psychiatrie générale (Pr M.R. Moro), hôpital Avicenne (AP-HP), université Paris-XIII, Bobigny, France.

Uliw baqi i txamim
 M a adikim nay a diruh
 M a iruh i bya a dikim
 M a ikim ibya a diruh
 U iruh u irikim
 Lahlakis i zga dakdim
 Meskin yettef kan iruh

Mon cœur en permanence réfléchit
 Est-ce qu'il doit rester ou partir
 Si je pars, il veut rester
 Si je reste, il veut partir
 Il n'est ni parti ni resté
 Son mal reste ancien (chronique)
 Le pauvre survit en permanence
 Chant kabyle sur l'exil de Slimane
 AZEM

Monsieur et madame Harraga d'origine algérienne sont parents de trois enfants ; l'aîné, Boualem, âgé de douze ans, est né en Allemagne, la seconde, Anissa, âgée de huit ans est née en Algérie, le dernier Boucif, âgé de quatre ans, est le seul enfant né en France. La famille vit en France depuis une dizaine d'années, tous en situation irrégulière.

Depuis son arrivée en France, la famille n'a pas réussi à se fixer et vit dans différentes chambres d'hôtel en Ile de France. Les changements de lieu d'hébergement sont quasi pluri-hebdomadaires et se font au gré des aides associatives et des disponibilités de places dans un réseau d'aide aux populations précaires constamment saturé.

Environ un an avant le début de la prise en charge en consultation transculturelle, alors que madame était enceinte du dernier, leur chambre d'hôtel prend feu.

L'incendie a tout ravagé sur son passage ne laissant plus rien à la famille, ni effets personnels, ni documents administratifs ni les quelques souvenirs qu'ils ont pu garder de leur vie au pays ainsi que dans leurs lieux de migrations antérieures. Depuis lors, tous les enfants souffrent de troubles de sommeil et d'énurésie nocturne.

L'histoire familiale, douloureuse et chaotique paraît ponctuée d'événements de vie marqués du sceau de l'indicible où étiologies traditionnelles et pathologie paternelle entrent en résonance, s'entremêlent et sèment le trouble aussi bien dans la famille que dans les soins que l'équipe référente, visiblement en difficulté, essaie d'apporter.

La mère est suivie individuellement, de manière hebdomadaire, par une psychologue du centre médicopsychologique et le père est suivi, depuis six mois, par un psychiatre du service. Les enfants sont eux aussi suivis par l'équipe soignante de l'inter secteur de pédopsychiatrie.

Le mariage/l'alliance

Le père est le deuxième d'une fratrie de neuf enfants dont cinq filles et quatre garçons. L'aîné est un garçon. La mère est l'aînée d'une fratrie de sept enfants dont quatre filles et deux garçons. Ils sont cousins au deuxième degré. Le couple est marié depuis plus d'une dizaine d'années. À l'époque le père travaillait comme chauffeur de taxi et la mère comme standardiste. Les deux familles, tant du côté du père que du côté de la mère, étaient consentantes pour le mariage nous diront les deux parents en début de prise en charge. Cependant, il apparaît vite que le consensus autour de ce mariage n'était que de façade chez la famille du père. La famille paternelle, notamment les parents et les sœurs du père, avait le sentiment d'avoir été mis devant un fait accompli, et se sentait exclue du choix de la mariée. De plus, avant de rencontrer sa future femme, le père aurait eu une relation avec une femme divorcée qui souhaitait retrouver un homme et «refaire sa vie». Cette dernière aurait été particulièrement mécontente que son ancien amant en épouse une autre.

Pour le couple parental les troubles familiaux s'originent dans la nature même de l'alliance ainsi que de ce qu'elle a pu susciter dans leur entourage respectif. L'étiologie traditionnelle d'attaque de sorcellerie de la part de cette ancienne maîtresse prédomine aussi bien chez le couple que dans leur famille respective. Dans un esprit de vengeance et par jalousie, cette femme a jeté un sort sur l'ensemble de la famille. Cette femme se serait invitée à la noce, le visage recouvert d'un voile noir comme font les femmes endeuillées et aurait déposé, dans la maison voisine, un objet dont l'action malveillante continuerait d'opérer encore. Porteuse d'un nom signifiant littéralement «celle qui choisit», elle poursuivrait le couple, ses proches et sa descendance de sa vindicte.

Elle serait d'ailleurs à l'origine de la sécheresse de la matrice d'une sœur de la mère qui s'épuise depuis à soigner une stérilité dont aucun médecin ni thérapeute traditionnel n'a pu la délivrer. Le grand-père paternel serait décédé le jour du mariage et une sœur du père développerait des troubles identiques aux siens.

Madame : « Avant il (le mari) vivait avec une femme, elle n'a pas accepté qu'il m'épouse, elle s'est sentie trahie, abusée ; cette dame a fait

de la sorcellerie et du coup le grand-père de mon mari est mort le même jour. Le jour de mon mariage tout le monde est tombé, tout le monde était touché par la sorcellerie de cette dame. [...] Ce jour là, tout le monde est tombé par terre, on se tirait les cheveux, on était comme des fous. [...] Chaque année, à la date de notre mariage, j'ai toujours des problèmes avec mon mari... »

Boucif, le dernier enfant du couple, porte le nom de son grand-père paternel, la mère nous explique que le prénom de son dernier-né a été choisi pour honorer le saint protecteur de leur région d'origine. Boualem, l'aîné, porte le prénom de l'oncle maternel du père décédé à sa naissance, il est également le prénom homonyme d'un marabout et d'un compagnon du prophète. Anissa quant à elle porte le nom d'une voisine qu'appréciait particulièrement la mère.

Les troubles paternels : La Khala'â

Les difficultés au sein du couple évoluant rapidement vers un conflit aigu et récurrent se sont installées dès le jour du mariage. Le père nous décrit un sentiment de transformation intérieure, avec repli sur soi et refus d'entrer en relation avec les autres qu'ils soient parents, proches ou simples connaissances.

Dès le premier jour de mariage le couple a dû se séparer pendant deux mois, puis le père est venu vivre dans sa belle-famille pendant quelque temps.

Les premiers signes de trouble au sein du couple auraient mobilisé la famille notamment maternelle qui a fait appel à plusieurs thérapeutes traditionnels, faisant entrer le jeune couple dans un parcours thérapeutique où l'errance, la répétition et le désarroi vont servir de terreau à l'émergence du projet migratoire.

Les tentatives puis les départs successifs en Allemagne et en France seront marqués par l'ambivalence d'une migration initiée sous de mauvais auspices, sans protection et, sans réelles possibilités de repli ou de retour. En effet, la maladie et le désordre ainsi que l'absence d'une place identifiée et/ou d'un projet au pays réduisent voire excluent tout retour, sauf à prendre le risque de renforcer la menace et l'échec dont ils sont les objets potentiels.

L'approche de l'anniversaire du mariage est marquée par une exacerbation des conflits avec des tensions qui montent au moindre stress et des troubles qui apparaissent au sein du couple.

Dans les moments de crise, le père est décrit comme mû par une force et une volonté que nul ne lui connaissait ordinairement. Il devient

étranger aux siens, se replie sur lui-même, arpente l'espace, parle avec des interlocuteurs invisibles et réagit avec violence et agressivité à toute sollicitation. Il ne supporte ni bruit ni mouvement, devient violent avec ses enfants au moindre écart. Cet état est souvent suivi d'une période d'abattement avec insomnie, refus de communiquer, de s'alimenter avec un état d'agitation et de confusion psycho-affective ou se mêlent des idées de morts, des menaces de passage à l'acte agressif et une tension intérieure source d'angoisse et d'un sentiment d'oppression physique.

La première crise aurait eu lieu en Algérie. Il était en train de conduire son taxi quand il fût pris par une impulsion à se jeter dans un précipice au volant de sa voiture. Il se rendit alors chez ses beaux-parents. C'est là qu'apparaît un moment dont la description est fortement évocatrice d'une transe au cours de laquelle il crie qu' « on veut venir le chercher ». La famille fait appel à un thérapeute traditionnel qui serait intervenu à plusieurs reprises. Son état se serait amélioré peu à peu. Depuis le début de la prise en charge et, à trois reprises, des expériences de « transe » se sont déclenchées chez le père.

Des années plus tard, alors qu'ils étaient en France depuis quelques mois ce type d'épisode se reproduit une seconde fois à l'annonce de l'incendie de leur hôtel puis une troisième fois, quelques heures plus tard, alors qu'il se trouvait dans le métro avec sa femme.

Pour ce troisième épisode ce serait un homme rencontré par hasard dans le métro qui parvient à le calmer. Cet homme, également originaire du Maghreb, aurait expliqué à la mère que c'était la sorcellerie qui provoquait cette crise chez son époux.

C'est lors de cette rencontre fortuite que la *Khala'â* (frayeur) aurait été évoquée pour la première fois de façon explicite. Il lui conseilla un traitement à base de plantes à écraser et à mélanger avec du miel, et à prendre en lieu et place des repas durant plusieurs jours.

S'agissant de l'incendie, il se serait déclenché, en journée, dans la chambre de la famille. Les plus grands étaient à l'école et le père au travail. La mère, alors enceinte de Boucif, était dans la chambre voisine. Elle expliquera que la chambre étant insuffisamment chauffée, elle aurait branché une résistance électrique comme chauffage d'appoint. Elle la positionne sous la fenêtre, au contact des rideaux qui, manifestement se seraient enflammés déclenchant l'incendie. Elle tente alors de récupérer une partie de ses affaires dans la chambre en feu mais n'y parvient pas. Devant la propagation du feu au palier puis aux autres étages, des clients de l'hôtel interviennent et finissent par l'emmener de

force à l'extérieur. L'hôtel, en grande partie en flammes, est évacué. Il ne restera rien des effets personnels de la famille Harraga.

Les victimes sont évacuées aux urgences et les familles regroupées dans le hall de la mairie transformé pour la circonstance en camp de base, en attendant de les reloger dans différents lieux de la capitale et de ses environs.

Le père est prévenu par téléphone et se rend immédiatement sur les lieux de l'incendie puis aux urgences. A l'hôpital, il voit sa femme avec un bébé dans les bras et pense qu'elle a accouché prématurément. Il est comme pétrifié sur place par l'impact traumatique de l'événement.

Madame : « Je lui ai dit que non, que c'était le bébé de ma voisine, il a commencé à trembler et est tombé malade. À Montreuil on a trouvé quelqu'un qui a prié pour lui mais actuellement ça recommence. »

Dans les suites immédiates de cet incendie, le père est hospitalisé pendant quelques semaines, « il n'avait rien alors on l'a fait sortir » explique sa femme. Cependant, les troubles n'ont pas cessé de s'accroître depuis.

En fait, l'hospitalisation se fera à l'hôpital dans un service de médecine et à notre demande. Elle permettra d'individualiser les espaces avec l'initiation d'une prise en charge individuelle pour le père, et surtout l'initiation d'un accompagnement social et le dépôt d'une première demande de régularisation pour raisons médicales.

Sur le plan clinique, l'analyse au double plan synchronique et diachronique retrouve un parcours paternel émaillé d'épisodes psychopathologiques jamais pris en charge de manière efficiente et continue, ainsi qu'un syndrome post traumatique justifiant la prescription d'un double traitement, neuroleptique et antidépresseur dont l'efficacité restera relative.

En effet, en plus de la dimension manifestement psychogène des troubles qui rend la portée de toute chimiothérapie relativement limitée, le père gère son traitement « à sa façon » diminuant ou augmentant ses doses au gré de ses états émotionnels.

Les moments d'absence se multiplient et le père est décrit comme un homme qui se terre dans un silence où la tristesse prend le pas. Parfois il parle seul et se replie sur lui-même. Il part de la maison seul pendant des heures et sans donner de nouvelles, « il erre dehors » explique-t-il. Il est souvent pris de crises d'angoisse. Il passe des nuits d'insomnie et quand le sommeil vient, ce sont les cauchemars qui le submergent. Il crie, pleure pendant la nuit et réveille toute la famille. Sa

femme dira qu' : « Il a vomi des trucs noirs toute la nuit, il pleure, il bouge, j'arrive plus... »

Portée par le cadre et contenue par le groupe, la famille commence à livrer par bribes dans un premier temps puis, de manière plus structurée, des pans entiers des histoires de chacun des parents dans une tentative d'élaborer un récit constamment entravée par des reviviscences traumatiques de ces crises où dévalorisation, vécu d'abandon, rupture de lien et échec tiennent lieu de règle. Le groupe découvre que ce qui touche le père ainsi que toute la famille, s'originait bien plus loin qu'au moment de l'alliance du couple.

Madame : « Quand mon mari était petit, son père allait avec lui chez ses maîtresses, ses différentes femmes, petit il assistait aux ébats de son père et, à quatorze ans une de ces femmes lui a fait quelque chose et quand il est arrivé chez lui, il a tapé tout le monde. »

Depuis longtemps monsieur est identifié comme l'enfant « fragile » et « singulier » de sa famille. On craint ses réactions à tel point qu'on préfère attendre son retour en Algérie pour lui annoncer, avec retard, la mort de son père. Depuis il regarde longuement et quotidiennement la photo de son père rangée dans son portefeuille. Il appelle son dernier fils Boucif (qui porte le nom de son grand-père décédé) et lui montre la photo.

Les migrations : partir pour échapper à son destin

Le couple a effectué une première tentative de migration en Allemagne pendant onze mois. Boualem, conçu pendant la nuit de noces, y est né. Les troubles du père les « ont rattrapés même en Allemagne ». Cette première grossesse est difficile et douloureusement vécue par la mère. Elle se sentait seule et pleurait beaucoup. Elle est hospitalisée pendant deux mois car l'on craignait un accouchement prématuré. Boualem est décrit comme un enfant très calme et attachant. La mère pense que la tristesse qui assaille son mari a débuté à la naissance de ce premier fils. A l'époque, il a demandé à rentrer au pays, « il pleurait comme un bébé ». Le couple se sentait très isolé, ils décident de retourner en Algérie. C'est au retour de ce voyage que le père apprend, dans l'après coup, le décès de son père. Quelques mois plus tard le couple décide de partir cette fois en France. C'est la vente des bijoux de mariage de la mère qui serviront à financer le voyage.

Impressionné par le polymorphisme du tableau clinique, son extension à toute la famille et le codage culturel des symptômes, le psychiatre de première ligne auprès de la famille, déjà inscrit dans le

réseau, entrevoit d'emblée l'intérêt de l'adresser en consultation transculturelle et de confier les enfants à l'inter secteur de pédopsychiatrie, évitant ainsi le parcours d'errance, lot habituel de la majorité de nos patients, avant leur orientation dans notre consultation.

Le dispositif transculturel : du *nous* au *je*

Notre dispositif de soins est constitué par un groupe de thérapeutes qui reçoit le patient et sa famille. Dans les sociétés traditionnelles, le sujet est pensé en interaction constante avec son groupe d'appartenance, d'où l'importance du groupe dans les situations de soins. Nous cherchons à créer les conditions pour qu'émerge la subjectivité. De plus, la maladie est considérée comme un événement ne concernant pas seulement l'individu malade, mais aussi la famille et le groupe. Par conséquent, la prise en charge est groupale, soit par le groupe social, soit par une communauté thérapeutique. Le dispositif permet d'aller du *nous* au *je*.

L'équipe soignante qui a fait la demande de consultation accompagne le patient et sa famille, au moins durant les premières consultations. Souvent, elle nous le présente car nous considérons qu'elle est porteur d'une partie de l'histoire du sujet et de sa famille. Ce qui permet d'éviter que la consultation ne soit pas une nouvelle rupture dans un parcours souvent long et chaotique.

En plus de sa fonction d'étayage, de co-construction d'un sens culturel et de modalité de soins, le groupe permet une matérialisation de l'altérité (les cothérapeutes étant de formations et d'origines culturelles variées) et une transformation de cette altérité en levier thérapeutique.

Par ailleurs, quelque soit le désordre (symptôme) ayant motivé la consultation et quelque soit l'âge du patient, ses proches sont conviés à la consultation car ils sont porteurs d'une partie du sens culturel.

Durant la consultation, la langue maternelle du patient est utilisée de manière non exclusive, ce dernier pouvant intervenir dans sa ou une de ses langues maternelles et, dans ce cas, un co-thérapeute connaissant la langue ou un interprète traduisent. Ce qui paraît efficient, à ce niveau, est plus la possibilité de passage d'une langue à une autre plutôt que le renvoi artificiel à une langue maternelle « fossilisée ». Selon ses envies, ses possibilités et la nature du récit qu'il construit, le patient utilise cette possibilité de repasser par sa où ses langues maternelles (Moro, 1994). C'est donc le lien entre les langues qui est, ici, recherché.

A noter que la temporalité est également modifiée par ce dispositif, les consultations durant environ deux heures, ce qui permet le dérou-

lement d'un récit. Les suivis se font sous forme de consultations thérapeutiques ou de thérapies brèves, inférieures à six mois, à raison d'une séance tous les deux mois environ. Les thérapies longues sont plus rares, elles se font plutôt en individuel avec l'un des cothérapeutes, souvent en relais des consultations de groupe, quand l'exploration du matériel culturel n'apporte rien de nouveau.

L'existence d'un groupe de thérapeutes et le décentrage culturel permettent d'éviter l'enfermement du patient dans une catégorie diagnostique, comme ils permettent de multiplier les propositions dont les hypothèses étiologiques et les identifications, ce qui optimise l'efficacité thérapeutique.

Il intègre la dimension psychique et culturelle de tout dysfonctionnement humain, et est encore en cours de formalisation. Il s'agit plus d'un setting psychothérapeutique complexe et métissé qui permet le décentrage culturel des thérapeutes et par là même la prise en compte de l'altérité culturelle des patients migrants, du moins, transitoirement dans le cadre des soins.

Loin d'être un obstacle, la langue des patients, leurs représentations culturelles, les logiques culturelles qui les imprègnent, deviennent alors des éléments du cadre thérapeutique et des sources de créativité aussi bien pour les thérapeutes que pour les patients (Moro, 2004).

Ce dispositif psychothérapeutique intègre donc les représentations culturelles du patient. Il intègre un second paramètre : l'événement migratoire et ses conséquences potentiellement traumatiques pour le patient. L'événement migratoire est ici considéré comme un événement psychique : par la rupture du cadre externe qu'il implique, la migration entraîne, par ricochets, une rupture au niveau du cadre culturel intériorisé du patient (Nathan, 1986).

Le migrant est ici considéré comme un être métis : venant d'ailleurs, ayant vécu le voyage migratoire et étant par là même en mouvement.

Le patient, sa famille et l'équipe qui l'accompagne s'installent avec le groupe de cothérapeutes.

Pour commencer la consultation et initier l'échange, les règles culturelles sont respectées : le thérapeute principal présente chacun des cothérapeutes puis le patient se présente et présente sa famille, parfois c'est l'un des accompagnateurs qui présente brièvement le patient, sa famille, ainsi que le motif de consultation.

Pour chaque membre de la famille sera évoqué le parcours (parcours migratoire, origine, langue parlée...). Une fois le contexte posé, la consultation aborde le désordre et les représentations qui s'y accrochent.

Dans un premier temps, c'est le discours « sùr » qui est favorisé avant le passage au discours à la première personne.

Un sens culturel est élaboré et il servira de support associatif à un récit individuel qui intègre défenses, conflits psychiques, ambivalences, fantasmes, souvenirs d'enfances, rêves...

C'est ce matériel individuel qui se déroule dans le contenant culturel qui sera traité comme tout matériel de psychothérapie analytique avec des allers-retours entre culturel et individuel (Moro, 1994).

De la difficulté de protéger la famille et les enfants de la répétition du trauma

À l'image de la détresse parentale, les enfants expriment la frayeur transmise à travers une symptomatologie riche et polymorphe. Les deux plus grands, le visage fermé et triste, écoutent avec attention et effroi l'histoire familiale. Ils dorment peu et souffrent d'éneurésie. A l'école, ils sont sages. Pendant les séances Boucif refuse de s'asseoir plus de quelques minutes, il ne s'intéresse que très peu aux jouets et crayons qu'on lui propose. Il déplace (vers ses parents) indéfiniment chaises et table (pour enfants) disposées au centre du cercle formé par le groupe de thérapeutes. Tout se passe comme si Boucif, de part son hyperactivité, luttait contre l'effondrement familial et interpellait le groupe sur sa détresse intérieure. Dernier né de la fratrie, il est celui qui « fait le plus de bruit » nous explique sa mère, « il dort à une heure, deux heures, trois heures du matin et des fois, il se lève en criant. Par exemple le 27^e jour de Ramadan, il s'est réveillé, il court, on dirait que c'est pas lui, il a une autre force que je ne maîtrise pas, on dirait que ce n'est pas lui ». C'est surtout au cours de la nuit que les troubles des enfants apparaissent. Tout se passe comme si « le monde de la nuit » devenait menaçant pour les enfants. Ce qui touche la famille ne se voit pas. Traditionnellement, sur le plan culturel, on parlerait d'« invisibles » or le monde invisible agit la nuit, la nuit rend les enfants d'autant plus vulnérables. Ce qui perturbe le sommeil des enfants est vraisemblablement cette menace. Le contenu des séances est lourd, il est souvent question de l'angoisse de mort des parents, de la malédiction qui s'abat sur la famille. À chaque séance l'événement traumatique de l'incendie refait surface dans le discours parental sans que puisse se mettre en place une possible élaboration. Les enfants donnent le sentiment à plusieurs co-thérapeutes d'éprouver de grosses difficultés à supporter la teneur des séances. De plus, les parents « refusent » de reparler, une fois rentrés dans leur hôtel, de ce qui a été évoqué en séance. Les enfants « somatisent » beaucoup à la suite de

chaque consultation (mal de ventre, augmentation de la fréquence des épisodes d'énurésie...) et ne parviennent pas à trouver un mode d'expression qui leur permette de s'apaiser.

Madame : « Anissa préfère ne pas venir au groupe. Après la dernière fois elle avait mal à la gorge, elle voulait pleurer mais elle n'y arrivait pas. Elle est tombée malade. Boualem lui aussi est tombé malade car lui il ne parle pas. Anissa, au moins, elle parle. J'aime bien venir ici, ça me soulage un peu quand je parle ».

Comment contenir une telle détresse ? À défaut d'être, pour l'instant, protégé d'un destin familial mortifère, comment le groupe peut-il étayer le discours parental et soutenir les enfants ? Tout l'enjeu est alors de « mettre en sens », de tisser des liens dans l'histoire familiale afin que le vide ne submerge pas une nouvelle fois la famille. Face à une histoire familiale jalonnée de trauma le groupe doit alors puiser dans ses ressources élaboratives afin d'éviter le spirale d'une répétition, à travers le discours sans fin du trauma.

De l'impossibilité à accéder aux représentations culturelles de la protection et du soin

Les parents cherchent des explications médicales aux troubles du père. Le couple élude la question des protections traditionnelles régulièrement évoquées par les co-thérapeutes au cours des séances. Cette question renvoie de manière trop violente à l'isolement familial. Il y a comme une impossibilité à trouver des protections auprès de la famille restée en Algérie. Tout se passe comme si, même la famille là-bas, était prise dans une impasse.

Madame : « En Algérie ma sœur est malade de la même maladie (que celle du mari). J'ai peur parce que suis ici et j'ai peur aussi d'aller en Algérie. On est allé à la mosquée. Je parle avec sa mère et je sais qu'il arrive la même chose à sa sœur. Elle est devenue rouge et elle a des escarres... »

Un retour au pays est même vécu comme menaçant pour les parents.

Monsieur : « Moi je ne peux pas, je sais que ça va mal se passer [...] Là-bas on était tout le temps séparés... »

Il n'est pas exclu que le couple soit parti vivre en Allemagne, sur un autre continent, pour échapper au sort qui leur a été jeté. Portés par l'idée que « ces choses-là ne traversent pas la mer ». La franchir protégerait ainsi les parents et les enfants à venir, l'on comprend alors

l'immense désarroi du couple quand les troubles réapparaissent dans la migration.

À l'instar des autres patients issus de la migration, le père souffre d'un rapport au corps complexe et douloureux.

Le corps, lieu de projection de la souffrance et métaphore de la filiation

En effet, une des difficultés majeures auxquelles sont confrontés ces patients est sans doute celle qui affecte le rapport au corps à la fois comme objet de représentation et de présentation de soi mais aussi comme le lieu des affects, de la pensée et du langage.

Pour le migrant de façon générale et, pour le migrant en situation de souffrance psychologique en particulier, le corps, au-delà de ses fonctions d'instrument de travail et de lieu privilégié d'expression de la maladie, est également le lieu de projection de la communauté d'appartenance, laquelle est ainsi incorporée par le sujet qui l'utilisera comme la matrice indispensable voire préalable à toute construction de sens à sa maladie ainsi qu'à toute élaboration durant son parcours migratoire voire sa vie durant.

De plus, ce corps initialement vecteur de la capacité productive sera le canal central d'expression de la souffrance et le lieu d'éclosion de tous les symptômes.

À l'origine déjà et, depuis les premières migrations, le migrant n'a d'existence pour lui et les siens que par sa capacité à produire et à travailler. Absent pour sa famille restée au pays et sa communauté qui restent amputés de sa présence, tant que durera l'absence et l'exil qui ne peuvent et ne sont conçus que comme une parenthèse, même si parfois celle-ci ne se referme que par l'inhumation au pays, ultime façon de se réappropriier les siens (Ferradji, 2003).

Cette situation est douloureusement vécue de part et d'autre. C'est la coupure du pays et de ceux qu'on aime. Le pays devient le lieu de tous les manques, c'est ce de quoi ou en quoi on est douloureusement coupé. C'est une notion en creux.

Le rapport aux soins

Partir, réaliser le rêve de ceux que leur terre n'a pas nourri à leur faim. Partir pour un temps et, revenir avec la richesse ou, tout au moins, avec suffisamment d'argent pour améliorer les rudes conditions d'existence au pays. Partir, porté par l'espoir d'améliorer le quotidien mais surtout l'avenir (Ferradji, 2000). Dans ces conditions le travail est

plus qu'indispensable, il est la justification même du statut de migrant et le garant du changement.

La maladie fonctionne comme un court circuit qui réduit à néant toute possibilité d'advenir à un vrai statut de migrant déjà préalablement compromis par une situation de non-statut juridico-administratif, puisque frauduleusement rentré sur le territoire français et, de ce fait, « sans papier ».

Ce qui est ici attendu de l'institution soignante est la fois de rétablir l'équilibre en lui permettant de recouvrir la santé qui l'institue dans son identité de travailleur en puissance et de migrant de fait, mais aussi de justifier auprès de l'administration l'indication au prolongement du séjour en France qui l'institue dans son identité de migrant de droit.

La construction de l'alliance thérapeutique ne peut se faire qu'une fois dépassée la méfiance initiale du patient vis à vis d'une institution qu'il perçoit, durant un temps plus ou moins long et parfois définitivement, comme opaque dans ses intentions, injustes dans ses décisions et rigide dans son fonctionnement.

Le travail narratif et élaboratif articulé à l'examen, en groupe, des difficultés rencontrées par le patient et les siens dans la compréhension des logiques en jeu, comme l'accès au droit, l'accès aux soins, le fonctionnement de la sécurité sociale ou des consultations hospitalières, va permettre l'émergence d'un mouvement mutatif favorisant le passage d'une position jusque là passive, à une position active qui l'institue comme un partenaire à part entière de sa prise en charge, et marquera son accession à une « rationalité » médicale qui va agir comme un ferment d'efficacité thérapeutique.

La co-construction d'une représentation partagée

L'effraction de la maladie par les risques d'arrêt voire d'incapacité à travailler qu'elle induit va fonctionner comme une répétition de la « vacance » du migrant qui la vivra comme une double négation de lui-même et l'exprimera de manière préférentielle à travers des manifestations corporelles. La conjugaison de facteurs tels la maladie, la chronicité et le vieillissement en exil renforce les risques d'impasse.

Dans ces conditions, il est important de s'interroger et d'identifier ce que la famille dans son ensemble et les parents en particulier attendent d'un dispositif de soins tel que le nôtre.

Le père, au delà de son état de santé physique, semble attendre que les professionnels qui accompagnent la famille les aident à recouvrer un

état d'équilibre que manifestement le couple n'a jamais connu même quand ils étaient encore au pays.

Il s'agit ici d'une double rupture, celle introduite par la migration d'abord puis celle introduite par le désordre et la maladie.

La précarité psychologique est renforcée par la situation administrative de la famille qui vit en permanence sous la menace d'une expulsion.

Le dispositif devient, de facto, le lieu privilégié d'expression d'affects et de sentiments non verbalisables ailleurs, et qui s'adressent en premier lieu aux autorités administratives sourdes à la souffrance familiale en leur refusant les titres de séjour nécessaires à leur régularisation.

L'incapacité des parents à créer les conditions d'un climat familial apaisé leur permettant de porter leurs enfants induit une inflation de la demande médicale et psychologique.

L'objectif assigné au groupe au double plan explicite et implicite semble aller au delà de la simple « guérison ». Il se doit de restituer une continuité dans des parcours individuels et familial jusque-là marqué par les ruptures et la discontinuité sur tous les plans, au risque de décevoir voire même de devenir le responsable de cette double impasse dans un mouvement de déplacement et d'assimilation à l'autorité administrative dont il ne serait que l'auxiliaire complaisant.

L'attachement au dispositif comme lieu de soins est marqué par l'ambivalence, d'autant que l'unique justification possible et recevable au prolongement du séjour en France est justement « la nécessité de soins continus, permanents et pendant une durée suffisamment longue... » C'est cette phrase qui doit être écrite aux autorités afin qu'elles délivrent le précieux sésame qui permet de rester transitoirement sur le territoire.

La « maladie » apparaît comme doublement nécessaire à la fois pour maintenir le lien avec la consultation et pour préserver le droit au séjour.

Les risques de malentendus sont majeurs et l'alliance thérapeutique constamment soumise à l'épreuve de ce difficile exercice d'équilibre.

Toutes les séances vont être remplies par le retour récurrent et quasi obsessionnel à la revendication d'une régularisation administrative comme préalable à toute projection dans l'avenir, et à tout engagement dans un processus de guérison qui compromettrait leur séjour ici.

Conclusion

La complexité de cette situation dont la prise en charge est toujours en cours illustre l'intérêt de l'approche transculturelle et du travail de groupe qui la sous-tend. Ici, le groupe, en plus de la diffraction du transfert, permet une co-construction groupale et des élaborations multiples qui nourrissent le patient, favorisant ainsi la construction d'un cadre thérapeutique culturellement pertinent notamment par la métaphorisation des dispositifs traditionnels de prise en charge de la maladie.

Métissée, à l'instar de nos patients, cette approche, en plus des facteurs communs à toute psychothérapie, permet l'élaboration de l'altérité culturelle, le retissage de liens entre les différentes chaînes filiatives et affiliatives à partir de représentations plurielles. Mais, elle se heurte, comme toute technique, à la complexité de certaines situations qui doivent, pour trouver une issue, continuer à être pensées, élaborées, imaginées et même rêvées... Ces illusions anticipatrices et créatrices portent le thérapeute même lorsque les situations sont dans l'impasse.

Références

- BENJELLOUN, T., 1977, *La plus haute des solitudes: Misère sexuelles des émigrés nord-africains*, Seuil, Paris.
- BENJELLOUN, T., 1986, *L'enfant de sable*, roman, Seuil, Paris.
- BOUCEBCI, M., 1990, La psychopathologie au regard de la culture, *L'Évolution psychiatrique*, 55, n° 2, 311-328.
- CAMILLIERI, C., 1989, La gestation de l'identité en situation d'hétérogénéité culturelle. In Jean Retschitzki, ed., *La recherche interculturelle*, L'harmattan, Paris.
- CAMILLIERI, C., 1980, Les immigrés maghrébins de la seconde génération. Contribution à l'étude de leur évolution et de leurs choix culturels, *Bulletin de psychologie*, XXXIII. 985-995
- CHAPEL, M., 1984, *Le corps dans la tradition maghrébine*, P.U.F., Paris.
- DEVEREUX, G., 1972, *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Flammarion, Paris.
- FERRADJI, T., 2000, L'exil, entre errance et nostalgie, *Champ psychosomatique*, n° 20, 49-56.
- FERRADJI, T., 2003, Temporalité et soins dans la migration, *Champ psychosomatique*, n° 30, 75-81.

- JARRET, R., 1981, La représentation du corps chez le migrant, *Psychologie médicale*, 19, 11, 17-19- 1723.
- MORO, M. R., 1994 (republié en 2002), *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*, P.U.F., Paris.
- MORO, M. R., 1998, *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*, P.U.F., Paris.
- MORO, M. R., 2002, *Enfants d'ici venus d'ailleurs. Naître et grandir en France, La Découverte*, Paris (Deuxième édition de poche en 2004 chez Hachette Littératures).
- MORO, M. R, et al., 2004, *Avicenne l'andalouse. Devenir psychothérapeute en situation transculturelle*, La Pensée sauvage, Grenoble.

ABSTRACT

The issue of therapeutic deadlock in a transcultural clinic

The transcultural consultation service at the Avicenne hospital is often a setting where patients with long, painful trajectory tainted with trauma and break-ups and teams of professionals overwhelmed by the complexity of certain situations both converge. Confusion and feelings of deadlock are doubly experienced with a reinforced risk of therapeutic wandering, lack of comprehension and misunderstanding if not reject. The transcultural mechanism that mediates the interaction between patient and therapist allows the elaboration of a compromise preserving the position of the therapist while being coherent with the patient's cultural representations.

RESUMEN

La cuestión del impase terapéutico en clínica transcultural

La consulta transcultural del hospital Avicenne es con frecuencia un lugar donde convergen los pacientes de trayectorias largas, dolorosas, plagadas de traumas y rupturas, y los equipos en dificultad ante la complejidad y la pesadez de ciertas situaciones. Se viven el doble de desasosiegos y sentimientos de impase con un riesgo reforzado de divagación terapéutica, es decir, incomprensión y malentendidos, si no es que rechazo. El dispositivo transcultural permite, por medio de la mediatización de la interacción paciente-terapeuta, la elaboración de un compromiso que preserva la posición del terapeuta al mismo tiempo que es coherente con las representaciones culturales del paciente.

RESUMO

A questão do impasse terapêutico em clínica transcultural

A consulta transcultural do hospital Avicenne é freqüentemente um local para onde convergem pacientes que têm percursos longos, dolorosos, carregados de traumatismos e de rupturas e das equipes em dificuldade diante da complexidade e do peso de certas situações. Transtorno e sentimento de impasse são duplamente vivenciados com um risco acompanhado de errância terapêutica, ou mesmo de incompreensão e de equívocos quando não de rejeição. O dispositivo transcultural pela mediatização da interação paciente-terapeuta permite a elaboração de um meio-termo que preserva a posição do terapeuta, estando, ao mesmo tempo, coerente com as representações culturais do paciente.