

La psychologie clinique interculturelle : création, obstacles, développements

Odile Reveyrand-Coulon

DANS **LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES** 2020/3 (N° 375), PAGES 16 À 20
ÉDITIONS **MARTIN MÉDIA**

ISSN 0752-501X

DOI 10.3917/jdp.375.0016

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2020-3-page-16.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Martin Média.

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



Odile
Reveyrand-Coulon

Maître de conférences
honoraire
université
de Bordeaux
Psychologue
clinicienne
interculturelle
Anthropologue
Chercheur LCA,
université de Toulouse

La psychologie clinique création, obstacles,

La psychologie clinique a ouvert, depuis quelques décennies, la voie à la clinique des problématiques de la migration et de l'exil, notamment à la faveur des thérapies familiales psychanalytiques puis systémiques. L'auteure, après un rappel historique de l'émergence de la psychologie clinique interculturelle, nous en développe ses apports en termes d'espace de parole, de reconnaissance, favorable à l'insertion, mais en indique aussi les obstacles à déjouer.

LA PROBLÉMATIQUE INTERCULTURELLE : CONTEXTE SOCIAL ET ACADÉMIQUE

Il n'est pas de science « hors sol », détachée de son contexte, historique, social, culturel ; la psychologie clinique interculturelle en est encore une fois la preuve.

Si la psychologie s'officialise à la fin du XIX^e siècle et la « psychologie clinique et thérapeutique » (revue de ce nom créée en 1900) apparaît et se développe au début du XX^e siècle, la psychologie interculturelle appartient à la fin du XX^e siècle. En dépit de sa présence depuis les débuts de l'humanité, le migrant passera inaperçu jusque dans les années 1970 non seulement en psychologie, mais dans l'ensemble des sciences humaines et sociales. Il semble que la psychologie clinique soit la première à avoir prêté attention à la problématique du migrant.

À cette époque, en sociologie – surtout préoccupée par les rapports de classes sociales, lissant les spécificités des migrants – se distingue, auprès de Pierre Bourdieu, Abdelmalek Sayad, un sociologue d'origine algérienne pour qui la question migratoire est un « *fait social total* », rendant compte du vécu sensible du migrant (1991) sans que

toutefois n'apparaisse de courant disciplinaire spécifique. L'anthropologie entraînée sur sa lancée d'explorer des cultures bien repérées néglige les contacts interculturels, sauf en la personne de Roger Bastide (1967) qui, dans les années 1940-1960, étudie les syncrétismes religieux au Brésil, mais sera peu entendu de ses contemporains. Là encore, ethnologie, anthropologie, seront lentes à s'emparer de la question interculturelle.

Toutefois, en dépit des résistances en psychologie, en psychologie clinique en particulier, la psychologie clinique interculturelle naît, timidement, à la toute fin des années 1970, puis durant les années 1980 et 1990, grâce à quelques pionniers et en raison d'une pression du milieu social et politique.

En effet, le contexte – avec la fermeture des frontières (1975), en France, pour les migrants travailleurs et l'acceptation en contrepartie du regroupement familial – place les travailleurs sociaux face à un public méconnu jusque-là : des personnes nées ailleurs, porteuses d'autres appartenances et références culturelles, femmes, enfants, qu'il faut accompagner pour le logement, la santé, la scolarisation. Émerge chez quelques professionnels la nécessité d'une prise en charge spécifique, leurs compétences et leurs méthodes étant mises en défaut. De plus, la perte des repères initiaux et les difficultés d'adaptation qui s'ensuivent se traduisent parfois par des décompensations et interrogent les structures psychiatriques.

LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE INTERCULTURELLE : UNE LABORIEUSE CONSTRUCTION

Cet espace à penser les processus subjectifs mis en branle par la migration fut, pendant quelque trois décennies, difficile à conquérir. Tant comme discipline universitaire que comme pratique clinique, la psychologie interculturelle importunait. Son émergence et sa construction durent

interculturelle : développements

faire face aux résistances, dénégations, inattentions de tous ceux qui soit « refusaient de stigmatiser une population » (argument de l'égalité de traitement de tous les élèves du côté de l'enseignement, de l'essentialisme du fonctionnement psychique humain du côté de la santé mentale), soit craignaient d'ouvrir la boîte de Pandore en se penchant sur le migrant (cela paraissant tellement compliqué qu'il valait mieux s'abstenir).

C'est à la faveur d'une prise de conscience de quelques psychologues et psychiatres – pour nombre d'entre eux ayant éprouvé eux-mêmes intimement ou professionnellement les effets des contacts de cultures – que vont naître des initiatives. Éclairés par les travaux précurseurs, comme ceux entrepris vers la fin de la colonisation (consultations ethnopsychiatriques à l'hôpital de Fann à Dakar [Collomb, Ortigues, Zemplini, Rabain, etc.]), ou les écrits de Frantz Fanon (2015), ou encore ceux de Géza Róheim (1967) et de Georges Devereux (1970), ces pionniers, en France, réagissent à la nécessité d'être à l'écoute de manière spécifique des migrants et de leurs familles en difficulté d'intégration.

Cette résistance à penser et à se saisir de la migration et du migrant comme problématique nécessaire, estimable et sérieuse, n'est pas sans lien – sans doute – avec la conviction des autorités politiques et administratives, durant cette période (années 1970 à la fin des années 1980), selon laquelle ces migrants en famille ont pour vocation de retourner dans leur pays d'origine¹. La « marche des beurs » de toute la France vers Paris, en 1984, avec pour slogan : « *nous ne reviendrons pas d'où nous ne sommes pas partis* », en est la contre-illustration. Par ailleurs, les Lco (langues et cultures d'origine), cours mis en place dans quelques collèges, créés en 1975, visent à mettre à niveau les élèves d'origine étrangère afin qu'ils puissent reprendre leur scolarité dès leur retour dans le pays des parents.

CONSULTATIONS CLINIQUES ET FORMATIONS EN PSYCHOLOGIE INTERCULTURELLE : UNE DIFFUSION CONFIDENTIELLE

Pour un accompagnement psychologique des migrants, grâce à la détermination d'avant-gardistes, s'ouvrent, en France, progressivement, quelques consultations, également lieux de réflexion, d'analyse et de théorisation des problématiques psychopathologiques liées aux migrations. Certaines perdureront, d'autres disparaîtront, car dépendantes de la pugnacité de leurs responsables et de leurs équipes composées entre autres de bénévoles.

Le centre Minkowska offre, depuis 1975, des consultations d'anthropologie médicale. Tobie Nathan crée la première consultation d'ethnopsychiatrie au centre Georges-Devereux, en 1980. Dans les années 1990, Marie Rose Moro aménage une consultation transculturelle à l'hôpital Avicenne à Bobigny. Le centre Primo-Levi reçoit depuis 1995 des personnes victimes de la torture et de la violence politique (D'Elia, Dollez, 2019). À Bordeaux, par exemple, trois lieux de consultations verront le jour : l'Association Géza Róheim dans une perspective ethnopsychiatrique (1992), l'Association pour l'accompagnement psychologique des migrants avec une clinique interculturelle (1994) et l'association Mana pour une approche transculturelle (1996)². Bien plus tard, d'autres initiatives verront le jour, comme en 2013 la consultation transculturelle à l'hôpital Purpan de Toulouse. Actuellement, dans la région Île-de-France on compte une dizaine de consultations de type interculturel. ➔

Notes

1. Cf. film de Yamina Benguigui *Mémoire de migrants* (1997).
2. Elles furent dirigées chacune par : Patrick Fermi, psychologue clinicien et anthropologue, pour la première (fermée depuis le décès du fondateur), Aminata Diop Ben-Geloune, psychologue et psychanalyste pour la deuxième, et enfin Claire Mestre, psychiatre et anthropologue, pour la troisième.

→ Lorsque Tobie Nathan mit en place la consultation d'ethnopsychiatrie, il instaura la prise en charge groupale par une équipe de cothérapeutes, avec lui-même comme thérapeute principal, et composée surtout de psychologues, psychiatres, anthropologues et médiateurs-traducteurs. Il évitait ainsi la rencontre en face à face, supposée anxiogène pour des personnes venues de sociétés à forte empreinte groupale. Il gardait la grille d'analyse analytique (Nathan, 1994). Ce changement de cadre thérapeutique choqua fortement les cliniciens orthodoxes. Par la suite, les autres initiatives gardèrent ce dispositif groupal, et ce jusqu'à aujourd'hui.

Il est apparu qu'en thérapie familiale systémique, la dimension interculturelle fut introduite fort récemment. La particularité des patients migrants était gommée suivant la conviction que chacun et chaque famille est unique (Daure, 2010).

Par ailleurs, la formation de psychologues interculturels débuta quasi confidentiellement. À l'université du Mirail, à Toulouse, en 1982, fut organisé le premier DESS (Master2) de psychologie interculturelle et éducation (Clanet, 1993). Mais combien de batailles furent livrées pour une reconnaissance par les diverses instances universitaires, locales et nationales. Une claire défense de « territoires » animait les disciplines adjacentes. L'incompréhension des autres enseignants-chercheurs tendait à la banalisation de la singularité de l'approche : « nous faisons tous de l'interculturel ! ». Ou bien, encore, autre réaction défensive : chaque discipline encombrée par ce nouveau spécialiste tentait de le renvoyer chez le voisin : les psychologues chez les anthropologues, et *vice versa*. Dans l'entre-deux pas de salut à l'image métaphorisée du migrant entre deux cultures. Parfois, ici où là, furent fondés des diplômes de psychologie interculturelle (comme à Bordeaux, 2001, qui fonctionne toujours)³.

Jusque-là, nous parlons uniquement des migrants.

Néanmoins, les contacts de cultures existent aussi entre cultures minoritaires et culture majoritaire. La « composition française » (Ozouf, 2009) donne à percevoir les relations entre les cultures nationale et régionales, et concernant aussi la culture des Gens du voyage.

Le psychologue doit penser ce passage d'une culture première à la culture d'échouage (parfois d'accueil) non pas comme linéaire ; le migrant est pris dans des mouvements

psychiques, mentaux d'interculturalisation, processus de tissage entre deux cultures, par analogisation du connu, le familier qu'il a abandonné, et de l'inconnu qu'il découvre dans le nouveau pays, cet écart entre cultures implique des ajustements cognitifs et affectifs (Daure, Reveyrand-Coulon, 2019).

DEUX POSTURES ORIGINALES : DÉTOUR CULTUREL ET DÉCENTRATION

Deux postures sont apparues indispensables pour que puisse se faire la rencontre et que puisse se déployer un travail clinique, éducatif ou social, auprès des personnes migrantes, *a fortiori* auprès de patients migrants. Pour l'une, il s'agit de mettre en œuvre la capacité de « détour culturel », pour l'autre d'accepter de « se décentrer ».

D'une part, on se déplace littéralement avec sa culture, et comme l'écrit Claude Lévi-Strauss : « *Nous nous déplaçons avec ce système de références, et les réalités culturelles du dehors ne sont observables qu'à travers les déformations qu'il leur impose, quand il ne va pas jusqu'à nous mettre dans l'impossibilité d'en apercevoir quoi que ce soit* » (1973). D'où la difficulté de penser l'altérité augmentée de la culture. Freud parla du « *narcissisme des petites différences* » (1929) et Georges Devereux ajoute « *qui nous pousse à interpréter les croyances et pratiques non familières comme des critiques des siennes propres et fait qu'on y réagit négativement* » (1980). Le « détour culturel », termes empruntés à Georges Balandier (1985) pour qui la connaissance d'une autre culture oblige à une réévaluation de nos certitudes et de là à revisiter nos propres évidences et manières de penser et réagir, apparaît, ici, nécessaire.

D'autre part, une autre exigence : « se décentrer ». C'est faire un pas de côté, quitter momentanément sa base de sustentation subjective et culturelle, par là, se laisser étonner par l'objet, faire effort pour dépasser ses modèles, afin de ne pas réduire l'autre à ses références et normalités, éviter d'étendre le migrant sur le lit de Procuste.

Ces postures indispensables contribuent à l'analyse du « contre-transfert culturel » en situation thérapeutique. Nous avons tous, indubitablement, des représentations collectives, historiques, idéologiques, qui nous indiquent de façon imprécise, stéréotypée, ce que sont l'autre culture et ses membres. « *Nous vivons tous avec des idéaux "sélectionnés" dans l'éventail offert par notre culture. Ces idéaux de nature psychique, fantasmatique, peuvent être brutalement confrontés, négativement ou positivement, à la réalité des faits véhiculée par les personnes migrantes... sont alors projetées nos propres contradictions, nos propres ambivalences* »⁴. Le clinicien n'y échappe pas et la rencontre avec le patient d'une autre

Notes

3. Deux fois par mois, des étudiants viennent parfois de Strasbourg, Nantes, Rennes, Clermont-Ferrand, Nice, Bruxelles, Aix-en-Provence, Bayonne, Toulouse (où depuis a été créé un DU), démontrant l'importance qu'ils accordent à cette formation et la pénurie d'offres.

4. <http://geza.roheim.pagesperso-orange.fr>, « Contre-transfert culturel » P. Fermi.

culture que la sienne peut entamer la neutralité bienveillante si le contre-transfert culturel n'est pas analysé.

Ainsi, pour anecdote, la découverte par des étudiants, lors d'un cours universitaire, que des pratiques éducatives puissent être profondément différentes de celles de leur culture, provoqua une réaction scandalisée en ces termes : « Il faudrait leur apprendre à éduquer leurs enfants » !

UN NOUVEAU PARADIGME

Finalement, la psychologie clinique interculturelle va s'attacher à comprendre les processus psychologiques et psychiques mobilisés par le sujet face aux changements de normes, codes et valeurs, manifestes ou implicites, au travers des représentations, comportements, croyances, symboles, liens intersubjectifs, d'altérité, de genre, générationnels, des organisations sociales, changements issus d'un contact, d'une confrontation, d'un affrontement ou d'une conjugaison de deux cultures au moins. Le contact de culture a un impact sur les conduites individuelles et collectives et induit des aménagements psychiques, mentaux, relationnels et sociaux. Toutes les considérations en psychologie clinique interculturelle reposent sur un postulat : l'universalité du psychisme et de la culture. Qui plus est, comme le précise Georges Devereux, « *psychisme et culture sont coémergents* » (1970). Les cliniciens interculturels s'emploient à combiner les approches idiosyncrasique et culturelle, selon le principe du « *complémentarisme* » prôné par Georges Devereux. Ils travaillent à partir de la parole des migrants et se doivent de comprendre les représentations culturelles, les métaphores, les liens de parenté internalisés par le patient, supports pour exprimer sa souffrance, qui plus est, dans sa langue. Prendre en considération les cultures et les langues fonde la relation de soin.

Néanmoins, s'il est nécessaire de prêter attention aux cultures de référence, d'appartenance du migrant, cela n'est pas suffisant. L'accompagnement de ce dernier oblige à travailler simultanément d'autres dimensions de son vécu : son histoire personnelle et familiale (teintée de culture), son histoire migratoire (rupture, abandon, deuil, etc.) dont le projet, le voyage, l'« accueil ». La culture originelle, internalisée, est devenue, pour le migrant, une toile de fond plus ou moins lointaine à partir de laquelle il a développé ses capacités adaptatives subjectives et acquis de nouveaux repères. Ce n'est pas sa culture première, en soi, qui importe, mais ce qu'il en a à dire, le sens qu'il y donne maintenant. Pour cela, les demandes de formation des équipes sociales, pour connaître telle ou telle culture afin d'être plus efficaces, risquent d'être contre-productives : outre que l'aspiration est ambitieuse, elle risque d'« assigner » la



personne à cette culture formelle, et peut signifier parfois le désir d'exercer une maîtrise sur un sujet énigmatique, qu'on ne saurait pourtant mieux comprendre qu'en l'écoutant. Cependant, soulignons que ces demandes traduisent une curiosité et une ouverture d'esprit fort utiles. Finalement, que ce soit dans la perspective systémique ou analytique, le dispositif clinique repose sur la dynamique groupale : migrant, famille, thérapeutes, médiateur-traducteur, car la langue, les langues vont occuper une place déterminante.

LA LANGUE, LES LANGUES COMME ANALYSEURS ET LEVIERS THÉRAPEUTIQUES

Les dispositifs cliniques ici retenus reposent sur la parole des sujets. Pour cela, la possibilité offerte de parler dans « sa » langue ou en français est fondamentale. Autant la langue est un donné culturel hérité collectivement, autant la parole – appropriation singulière de la langue – participe de l'expression intime du sujet. Le choix d'une langue ou d'une autre permet un travail nuancé d'introspection et d'expression des souffrances présentes et passées. Deux langues ne sont jamais égales (Daure, Reveyard-Coulon, 2019).

La possibilité d'user de « sa » langue maternelle dans le cadre clinique constitue un puissant levier psychothérapeutique, car elle donne accès, entre autres, ➔

→ aux traces mnésiques refoulées (Amati Mehler, Argentieri, Canestri, 1994).

Or, les instances décisionnelles et financières (hôpital, collectivités territoriales) n'hésitent pas à réduire le budget « traduction » des structures de clinique interculturelle. La présence, lors de la séance de soins, d'un médiateur-traducteur n'a pas qu'une valeur technique et pratique : un sujet ne dit pas les mêmes choses dans une langue ou dans l'autre (Lkhadir, 2011).

Cette méfiance à faire une place à d'autres langues traduit les craintes et rigidités d'un pays « glottophage⁵ », c'est-à-dire construit sur l'hégémonie d'une langue au détriment des langues régionales⁶. Jusque dans les années 1960, des psychologues français mettaient en garde contre les méfaits du bilinguisme supposé réduire les capacités mentales et cognitives du sujet, crainte que l'on retrouve encore actuellement lorsqu'on incite les parents à ne parler que le français à leur enfant, cela à rebours des travaux actuels sur les bienfaits cognitifs (en particulier) du bilinguisme.

EN CONCLUSION : DYNAMIQUES ET PERSPECTIVES

« Il est toujours difficile de situer précisément le commencement d'un courant théorique et méthodologique. La chose précède souvent le nom, et le nom ne désigne pas toujours la chose, au sens où nous l'entendons aujourd'hui » (Ohayon, 2006). Néanmoins, nous avons tenté de présenter le parcours laborieux de la psychologie clinique interculturelle et par là d'en définir quelques contours.

C'est à la fois une théorie, une méthode et une pratique, d'analyse et d'accompagnement de sujets migrants. Mais, comme l'histoire migratoire est transmise aux enfants, petits-enfants, elle peut affecter plusieurs générations (Daure, Reveyrand-Coulon, 2019), aussi les vécus subjectif, intersubjectif, familial et culturel sont convoqués.

Depuis plus de 30 ans, la psychologie clinique interculturelle propose une analyse des mécanismes subjectifs en jeu dans les contacts de culture. Elle permet une meilleure appréhension de la complexité adaptative des migrants et – ce qui serait souhaitable, mais largement obliérée – de la réactivité des autochtones.

Il est un fait : toute situation interculturelle produit chez les protagonistes une crainte, voire une aversion, qui trouve possiblement sa source dans les expériences infantiles de l'altérité, trouble-fête de l'illusion d'une unité psychologique primaire et pérenne (Kaës, 1998). Ce mécanisme psychique primaire est contré par les étapes de la socialisation.

Toutefois, ce « fond trouble » continue de bruir. Aussi, la psychologie interculturelle au-delà du soin offre une autre façon de penser l'altérité et l'écart culturel. Aussi, invite-t-elle, entre autres, à déjouer deux obstacles, diamétralement opposés : l'un, d'assigner le sujet à « sa » prétendue culture, l'autre, d'exiger qu'il devienne un autre soi-même. Cela pourrait, éventuellement, éviter de mettre au ban de la société des mères, vêtues différemment de soi et d'humilier leurs enfants.

La clinique interculturelle est un espace de parole et de reconnaissance, favorable à l'insertion. Sa fonction première est de soutenir et soigner psychiquement. Mais elle constitue, également, un espace de recherche et de réflexion intellectuelle qui contribue par ses éclairages à penser l'altérité et l'écart culturel, dans nos sociétés multiculturelles.

Les espaces thérapeutiques de clinique interculturelle, comme les formations universitaires, sont, pour beaucoup, jusqu'à maintenant quelque peu éphémères, car liés à la personnalité du fondateur. Et, de plus, cette dimension originale et centrale de l'usage des langues en thérapie n'a toujours pas convaincu les béotiens.

Certes, plus que jamais, des colloques en psychologie portent un intérêt à la clinique interculturelle étonnamment perçue comme toute nouvelle. La clinique interculturelle est porteuse d'un bel avenir. ▀

Notes

5. Terme utilisé par le linguiste Louis-Jean Calvet (1974).

6. En 1999 fut ajouté à la Constitution française que « le français est la langue de la France ».