

Goguikian Ratcliff, B. (2010). Différences culturelles fondamentales et exercice de la psychothérapie avec un interprète. In Thésée, G., Carignan, N. & Carr, P. (eds.) *Les faces cachées de la recherche interculturelle* (pp. 78-96). Paris: L'Harmattan.

**Différences culturelles fondamentales et exercice de la psychothérapie
avec un interprète**

Betty Goguikian Ratcliff

Université de Genève, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation

Appartenances-Genève

Introduction

Plusieurs études épidémiologiques menées dans différents pays occidentaux, ont montré que la santé physique et mentale des migrants, est plus précaire que celle des populations autochtones (Gilgen, Maeusezahl, Salis Gross, Battegay, Tanner, Weiss & Hatz 2003 ; Hollifield, Warner, Lian, Krakow, Jenkins, Kesler, Stevenson & Westermeyer, 2002). Cependant, l'origine culturelle ou l'appartenance à telle ou telle minorité ethnique ne constitue pas une explication de cette vulnérabilité. En revanche, il s'avère que des facteurs contextuels psycho-sociaux tels que le niveau socio-économique, le niveau de scolarisation, la précarité du statut légal, le chômage forcé, la perte de statut social suite à la migration, le manque d'un réseau

communautaire ou familial, bref les difficultés de vie post-migratoires ont un impact considérable sur la santé des migrants (Silove, Sinnerbrink, Field, Manicavasagar & Steel, 1997 ; Steel, Silove, Brooks, Momartin, Alzuhairi & Susljik, 2006).

Plusieurs travaux ont identifié différents niveaux de problèmes et de défis, posés par la santé mentale des migrants, tant aux décideurs politiques dans le domaine de la santé publique, qu'aux intervenants du domaine médico-psycho-social (Grondin, Weekers, Haour-Knipe, Elton, Stuke, 2003). Il s'agit de :

- 1) la difficulté d'accès aux soins de ces populations migrantes qui entraîne des difficultés de dépistage et d'interventions précoces
- 2) l'expression culturelle de la souffrance, de la douleur et des manifestations symptomatiques, complique l'évaluation et le diagnostic
- 3) le nombre élevé d'interruptions précoces de traitement, qui dénote une difficulté à construire une bonne alliance thérapeutique avec le patient.

Toutefois, la prise de conscience de ces problèmes et difficultés spécifiques à la pratique clinique avec des migrants et des aménagements techniques nécessaires pour y faire face, est encore loin de s'étendre à l'ensemble des intervenants du champ médico-psycho-social. Le modèle dominant de la psychiatrie contemporaine conçoit les troubles mentaux comme ayant un soubassement biologique (Ehrenberg & Lovell, 2001 ; Littlewood , 2001) et axe principalement l'intervention sur le traitement médicamenteux, et le cas échéant psychothérapeutique, visant à diminuer la

symptomatologie et à favoriser la rapide réinsertion socio-économique du patient.

Cette approche biomédicale est insatisfaisante, car elle fait l'impasse sur deux facteurs déterminants dans l'apparition et le maintien d'un trouble, à savoir: les conditions de vie qui sont imposées dans le pays d'accueil et l'impact psychologique de la migration, qui induit un processus de remaniement psychique, visant à la fois la préservation d'une identité et l'acquisition d'une nouvelle définition de soi.

Ainsi, plusieurs auteurs défendant une approche clinique interculturelle (James, 1994 ; Kleinman, 1980 ; Kirmayer, 1998b, 2003 ; Nathan, 1986, 1988 ; Moro, 1998 ; Sironi, 2007) insistent sur le fait que pour avoir une intervention thérapeutique efficace avec un migrant, il est indispensable pour le clinicien de tenir compte de l'altérité du sujet et de prendre en compte la dimension sociale et culturelle dans la conception même de l'intervention.

Une lacune se fait donc sentir dans la formation des intervenants à la pratique interculturelle. Nous utilisons le terme *interculturel* dans un sens large qui inclut les notions de différence culturelle, d'interaction, d'échange, de réciprocité, de métissage. Il induit également les notions de reconnaissance des valeurs, des modes de vie, des conceptions de la santé et de la maladie, des représentations symboliques auxquelles se réfèrent les êtres humains dans leur appréhension du monde et dans leurs relations avec autrui (Rey Von Allmen, 1993).

A partir de ces constats, ce chapitre tentera d'analyser la nature et les mécanismes sous-jacents aux problèmes rencontrés dans l'évaluation et le traitement thérapeutique des personnes migrantes, selon une démarche théorico-clinique. A partir de travaux empiriques sur les processus cognitifs qui mènent une personne malade à consulter, nous traiterons de la présence d'un interprète en consultation, et de la contribution de celui-ci à une meilleure évaluation du patient. Nous engagerons ensuite une réflexion sur un certain nombre d'impasses ou de divergences apparaissant lors de la phase du traitement. Une vignette clinique illustrera le propos. A chaque étape, des propositions seront faites pour gérer les difficultés liées au travail avec un interprète, offrant des pistes pour des pratiques qui favorisent la collaboration et l'actualisation des mécanismes de résilience du patient.

Le processus d'évaluation de la maladie

La demande d'aide en situation migratoire est la résultante d'une série de facteurs cognitifs et culturels allant au-delà de la simple accessibilité des structures de soin. Les migrants consultent souvent tardivement, ou éprouvent une difficulté dans le processus de décision menant à demander de l'aide (Angel & Thoits, 1987 ; Klimidis Lewis, Miletic, McKenzie, Stolk, & Minas, 1999 ; Ohtsuka, 2005). Considérons les différences culturelles fondamentales dans l'évaluation de la maladie, en adoptant successivement le point de vue des usagers et des soignants.

a) du côté du patient : l'expression de la maladie

Les tenants du courant de recherches en psychologie cognitive comparée proposent de considérer la maladie comme « un problème à résoudre » demandant à un individu de mobiliser ses capacités d'adaptation sous forme de recherche d'une aide adéquate. Or, la culture joue un rôle déterminant dans les croyances et les pratiques relatives au domaine de la santé (Kleinman, 1980 ; Triandis, 1996). Ces représentations culturelles, auraient donc une incidence majeure sur les cognitions qui sous-tendent la démarche de consultation.

Angel & Thoits (1987) et Pescosolido (1992) proposent de considérer la demande d'aide comme la résultante d'un processus de jugement ou d'évaluation cognitive en trois étapes, chacune d'entre elles étant influencée par des représentations culturelles de la maladie.

Suite à une modification de l'état habituel, le sujet procède à :

- 1) l'évaluation de la nature du mal et de sa sévérité
- 2) l'attribution d'une origine ou d'une cause ;
- 3) l'établissement d'un plan d'action (besoin d'aide ou pas, et si oui, laquelle ?)

Le domaine de la maladie mentale est celui qui donne lieu aux plus grandes différences culturelles au niveau de la reconnaissance et de l'interprétation des symptômes et signes cliniques, et des mesures à prendre pour y faire face (Sue & Sue

1987 ; Sue, 1994).

Les recherches comparatives interculturelles ont montré de manière répétée que les patients de cultures non-occidentales éprouvent et expriment leur souffrance d'abord sur le mode de la somatisation, passant souvent sous silence la détresse psychique ou les difficultés sociales (Miranda et Nunoz, 1994 ; Parsons & Wakely, 1991). Le patient décrit plusieurs symptômes physiques généralement diffus et difficiles à associer à une atteinte organique précise (fatigue, douleurs abdominales, vertiges, douleurs articulaires, douleurs thoraciques, maux de tête, etc.). A l'inverse, les patients de culture occidentale, en particulier ceux de classe moyenne avec un certain niveau de scolarisation, ont plutôt tendance à psychologiser leur mal-être faisant état d'une série d'idées ou de théories implicites sur l'esprit, le soi, ou le fonctionnement émotionnel (Becker & Kleinman 1991 ; Kirmayer, Dao & Smith, 1998).

L'analyse des motifs de consultation dans un service médical de premier recours montre, chez les migrants, un taux élevé de symptômes psychosomatiques, souvent associés à l'anxiété et la dépression. Burrows & Wine (1994) par exemple, montrent que près de 45% des patients migrants consultant une polyclinique de médecine générale reçoivent un diagnostic psychiatrique, -le plus souvent anxiété ou dépression-, plutôt qu'un diagnostic de trouble organique. Une autre étude menée dans une unité de psychiatrie ambulatoire montre qu'entre 50% et 95% des patients migrants en traitement se présentent au départ avec des plaintes somatiques

(Goldberg, 1995). De même, Kirmayer et Sir Mortimer (1991) évaluent à près de 75% le taux de patients ayant reçu un diagnostic de dépression ou de trouble anxieux sévère, qui mettent en avant uniquement des problèmes d'ordre somatique et nient toute relation entre ces symptômes et des difficultés d'ordre psychologique ou social.

En résumé, les auteurs s'accordent pour souligner que les plaintes somatiques sont un mode culturel très répandu d'expression de la détresse, mais qu'elles doivent être considérées comme la porte d'entrée dans le système de soins. Autrement dit, les plaintes sur le mode somatique ne doivent pas toujours être prises au « premier degré » ; le clinicien doit évaluer si le sujet a des raisons d'éprouver également des difficultés d'ordre psychologique (Kirmayer, Dao & Smith, 1998b ; Kirmayer et Young 1998a). Il convient toutefois de garder à l'esprit que le mode d'expression de la maladie reflète la manière dont le sujet vit subjectivement son trouble et n'est pas une décision consciente de se présenter de telle ou telle manière.

Plusieurs explications peuvent être avancées pour expliquer ce phénomène. Dans de nombreuses parties du monde (Chine, Inde, sud-est asiatique, Australie, Nouvelle-Zélande, etc.) on a une approche globale de l'individu et on ne distingue pas les composantes physiques et psychologiques de la santé (Groleau & Kirmayer, 2004 ; Phan & Silove, 1999). En ce sens, l'opposition somatique/psychique ne fait pas partie des catégories de pensée des individus. Partant de là, certains auteurs vont même jusqu'à proposer de considérer le mode d'expression de la maladie comme un

révéléateur du degré d'acculturation de l'individu en situation migratoire (Ohtsuka, 2005).

De plus, les patients migrants ne sont pas toujours familiarisés avec les concepts relatifs à la maladie mentale et associent souvent ce genre de problèmes à des troubles graves extrêmement stigmatisants (Duong-Ohtsuka, 2003). En ce sens, ils ont un *a priori* négatif envers la maladie mentale et, de ce point de vue, les symptômes physiques semblent plus familiers, tout comme les soins prodigués dans des hôpitaux généraux. En outre, le fait de s'adresser à un soignant d'une autre origine culturelle favorise le mode de présentation sur un mode somatique (Draguns 1996), comme s'il permettait mieux de garder un certain contrôle sur la suite des événements.

En conclusion, nous retiendrons que l'expression somatique de la souffrance résulte d'une variété de facteurs culturels plutôt que d'un quelconque déficit cognitif intrinsèque au niveau de l'évaluation du trouble.

b) du côté des soignants

Les structures d'urgence ou des polycliniques hospitalières sont les institutions auxquelles s'adressent prioritairement les migrants, en particulier ceux des classes sociales les plus défavorisées. Or, pour des raisons d'ordre linguistique, ces structures sont peu aptes à répondre aux besoins des migrants. En Suisse romande par exemple,

plus de soixante-dix langues ont été recensées au sein de la population consultante, alors que les soignants, eux, ne parlent que trois langues européennes (français, anglais, allemand) (Bischoff, Louthan & Stalder, 2001 ; Blöchli, Tanner, Hatz, & Junghanss, 1997). Il en résulte des jugements cliniques et des diagnostics parfois trop sévères et parfois trop flous, donnant lieu à des prises en charge inadéquates ou tardives (Eytan & Loutan, 2006; Drozdek, Noor, Lutt, & Foy 2003). On assiste à un nombre élevé d'hospitalisations forcées, et surtout à des difficultés dans l'établissement de l'alliance thérapeutique, provoquant de part et d'autre des sentiments de frustration, de rejet, de disqualification et d'impuissance. Ces problèmes s'avèrent financièrement coûteux car ils engendrent une consommation accrue de soins médicaux pour une efficacité thérapeutique relative (Métraux, Weber, Singy, & Guex, 2003).

Afin d'offrir aux populations migrantes une égalité des chances face à la santé, plusieurs auteurs ont plaidé pour le recours en consultation à des interprètes communautaires (Métraux & Alvir, 1995 ; de Pury, 1998 ; Goguikian Ratcliff & Changkakoti, 2004 ; Weiss & Stucker, 1998 ; Leanza, 2003). En effet, une des difficultés majeures dans l'évaluation et le traitement des migrants a trait à la communication entre professionnels soignants et usagers. Ceci est indispensable non seulement pour échanger des informations, mais aussi pour mieux situer globalement l'individu auquel on a affaire, son histoire, son milieu d'origine, son niveau de scolarisation, son degré et ses stratégies d'acculturation, son fonctionnement

psychique, et son projet migratoire.

De plus, le recours à un interprète devrait permettre d'accéder aux représentations que le patient se fait de sa maladie, à ses impressions corporelles, à une description précise de ses sensations douloureuses et aux réseaux de significations qui y sont associés (Good, 1994; Summerfield, 2005), liant ainsi dans un même récit histoire de la maladie et histoire du sujet.

Toutefois, si l'idée du recours à un interprète semble judicieuse, certains travaux empiriques montrent que, dans la pratique, le rôle de ce tiers dans la consultation médicale ou psychologique reste flou et suscite parfois des tensions, à la fois du côté des professionnels de la santé que chez les interprètes (Weber, 2003 ; Goguikian & Suardi, 2006). En effet, faut-il que l'interprète se limite à une traduction terme à terme du contenu des questions et des réponses ou, à l'opposé, faut-il qu'il s'implique pleinement dans la consultation en se glissant dans les rôles d'informateur ou de médiateur culturel (Jalbert, 1998) ? Dans ce cas, sa mission serait non seulement de traduire le contenu des échanges, de traduire une langue dans une autre, mais de traduire une vision du monde dans une autre (de Pury, 1998), c'est-à-dire de permettre au clinicien de mieux comprendre le point de vue du patient, de créer un pont entre les univers de l'un et de l'autre. Pour attrayante qu'elle soit, cette deuxième alternative, demande une position et un discours « méta » qu'il est difficile de produire « à chaud » au cours de la consultation. Dans une étude récente effectuée

dans différents services de pédiatrie dans un hôpital universitaire de Lausanne à partir de l'analyse d'une vingtaine d'entretiens, Leanza (2003) montre que l'interprète n'adopte *jamais* spontanément les rôles d'informateur ou de médiateur culturel et se limite à un rôle de traducteur. Plusieurs éléments peuvent expliquer ce constat. Tout d'abord, c'est le soignant qui initie les échanges et qui mène l'entretien ; la marge de manoeuvre de l'interprète est souvent limitée, étroitement liée à la conception que le soignant se fait de son propre rôle.

Amener un éclairage culturel, nécessite donc de la part de l'interprète, de se dégager de l'immédiateté de l'échange. De son côté, le médecin doit se départir de sa position *d'autorité qui détient la connaissance*, délaissier sa grille de lecture biomédicale et s'ouvrir à d'autres dimensions, anthropologique, sociale, spirituelle, magico-religieuse. Bref, cela demande d'opérer un recadrage et un élargissement de point de vue, du trouble vers la culture, c'est-à-dire du modèle biomédical vers des aspects anthropologiques de la maladie. De fait, comme le souligne Nathan (1997), la prise en compte de la culture pose un problème majeur aux intervenants du monde médical et paramédical. Tout leur savoir étant basé sur le « sujet », c'est-à-dire sur une individualité biologique doublée d'une individualité psychologique. L'identité culturelle est conçue comme extérieure à la nature du sujet, « comme le seraient les vêtements pour le corps » (Nathan, 1997). La difficulté des professionnels de la santé à tenir compte de la culture, proviendrait donc du fait que celle-ci ne fait pas partie de leurs conceptualisations et y introduit une sorte de parasitage ou, au mieux, de

coloration folklorique. Par conséquent, pour opérer un tel détour hors-champ, il faut avoir une idée précise du bénéfice qui peut en résulter pour la consultation. Cela est impossible sans une formation préalable -et en partie commune- des cliniciens et des interprètes concernés par le travail en milieu interculturel, comme le proposent Kirmayer (2003) ou Koehn (2006).

Supposons à présent, que suite à l'évaluation, le médecin conclut à une origine psychologique des troubles et pose l'indication d'un suivi psychothérapeutique. Là encore, il semble primordial de s'arrêter sur les présupposés qui guident l'action du clinicien, de l'interprète et du patient, et sur leurs représentations respectives de la maladie et des soins. En effet, la recherche sur le processus thérapeutique a montré de manière consistante qu'un des facteurs essentiels de l'efficacité d'une intervention est l'alliance thérapeutique, c'est-à-dire la création d'un climat de confiance, issu d'une vision partagée entre clinicien et patient de la nature du problème et des moyens d'y remédier (Guérin, Dazord & Sali, 1991). En situation interculturelle, cette vision commune est, plus que jamais, à co-construire, dans un espace où peuvent s'exprimer, sans s'exclure, plusieurs représentations de la maladie et de la « guérison ».

Le traitement : Représentations étiologiques de la maladie et des soins

Comme l'avait relevé Devereux (1970), il existe des liens profonds entre les conceptions médicales d'une société donnée et la vision du monde de cette culture.

Dans les sociétés occidentales, tant dans le champ de la médecine que de la psychothérapie, la centration porte exclusivement sur l'individu. La médecine et la psychopathologie contemporaines ont largement décontextualisé les troubles (Ehrenberg & Lovell, 2001 ; Littlewood , 2001) faisant une large part aux processus biologiques ou biochimiques pour expliquer la maladie physique, et aux processus neurocognitifs, intrapsychiques ou interactionnels pour expliquer la psychopathologie. A l'inverse, en Afrique par exemple, on inscrit, du moins en partie, l'origine ou l'agent du mal dans un ensemble d'événements malheureux ayant lieu à *l'extérieur* du sujet, et venant attaquer un être vulnérable, qui loin d'être actif, *subit* cette situation (Laplantine, 1980 ; Kleinman, 1980). En ce sens, les problèmes de santé ne sont qu'une variante de la catégorie plus large des *malheurs* qui s'abattent sur une personne et son entourage. Ces malheurs n'arrivent pas par hasard et s'inscrivent toujours dans un contexte social et interpersonnel plus large. C'est ce contexte qui donne *sens* à la maladie ou à l'attaque qui s'abat sur quelqu'un. Pour identifier le désordre, la prise en compte du contexte (mariages, décès, héritages, dot, dettes) est donc indispensable.

Ces conceptions étiologiques opposées, renvoient donc à des différences culturelles fondamentales, autour desquelles peut se cristalliser, au début d'une prise en charge, un *conflit de théories* (Nathan, 1998) -et non pas une résistance (c'est-à-dire une attitude défensive visant à protéger le Moi)-. En situation thérapeutique interculturelle, la divergence de vues sur l'origine de la maladie va se répercuter sur

les attitudes et attentes réciproques. Ces visions différentes peuvent et doivent être explicitées et élaborées dans l'échange thérapeutique. Voici quelques éléments qui sous-tendent ces différences de points de vue.

a) du côté des patients

Avec la vulgarisation de la psychanalyse depuis plusieurs décennies, les patients et thérapeutes occidentaux sont acquis à l'idée que « parler ça fait du bien » et les cadres thérapeutiques proposés sont en adéquation avec cette maxime. Mais l'idée de parler de soi, de se confier à un « étranger » peut paraître totalement incongrue (voire impudique ou dangereuse) à quelqu'un ne partageant pas ces références culturelles (Kawanishi, 1992).

Kleinman (1980) rappelle que dans les cultures non-occidentales, on observe trois types de systèmes thérapeutiques, qui ne s'excluent pas réciproquement: ceux relevant du domaine **médical** occidental, ceux relevant du modèle **guérisseur** (interface entre le monde des vivants et le monde des morts) et ceux relevant du modèle **populaire** (réunion de famille, conseil d'un sage ou d'un notable, amis, etc.). Le recours au secteur populaire est de loin le plus répandu ; une aide informelle est obtenue en termes d'identification de la nature et de la sévérité des symptômes et les premières mesures sont souvent des remèdes ou des soins familiaux (Kleinman, 1980 ; Ferguson, 1986)

En ce qui concerne des problèmes de nature psychologique, plusieurs études ont montré que les migrants se tournent essentiellement vers la famille et l'entourage. Dans une étude effectuée sur des femmes américaines d'origine chinoise, Ying (1990) leur a montré une vignette clinique décrivant les symptômes d'un Episode Dépressif Majeur et leur a demandé de recommander une marche à suivre à la personne souffrante. La plupart des sujets ont suggéré une demande de conseil et de soutien par la famille et la communauté. Des résultats similaires ont été obtenus par Lam & Kavanagh (1996) et Narikiyo & Kameoka (1992), sur des sujets vietnamiens et japonais, qui préconisent, lors de problèmes d'ordre psychologique, un soutien familial et un religieux procurant conseil et guidance.

Ainsi, on peut faire l'hypothèse que le patient migrant vient en séance, non pas pour parler librement de son monde interne, ni pour résoudre un conflit personnel mais avant tout pour demander qu'on identifie (ce) qui est à l'origine de son mal et que quelque chose soit fait par le thérapeute (conseils, prescriptions) pour le soutenir.

b) du côté des cliniciens

Arrêtons-nous un instant sur quelques définitions courantes relatives à la psychothérapie et sur les présupposés qui s'y rattachent. Il est communément admis que la psychothérapie est une thérapeutique de la personne par le traitement de sa « *psyché* ». Cette définition quasi tautologique, comporte néanmoins plusieurs notions implicites rarement questionnées puisque fortement ancrées dans notre

« inconscient collectif » occidental : 1) le sujet serait composé d'un corps et d'un esprit ou psychisme qui 2) pourraient être traités séparément, par des spécialistes différents et 3) la *psyché* existe (puisqu'on peut la soigner), même si elle est invisible, autrement dit, même si sa localisation est incertaine et son essence difficile à cerner. Nathan (1998) soulève ces questions et rappelle que Freud a fait un effort théorique considérable pour clarifier les contours de la *psyché* et lui conférer le statut d'objet d'étude scientifique.

Pour Freud, la *psyché* ne désigne pas un organe mais une fonction complexe, nommée « appareil psychique » qu'il compare à l'appareil respiratoire ou à l'appareil digestif. L'appareil psychique nous permet de « digérer » ou d'assimiler les informations ou les événements de vie auxquels nous sommes confrontés en les transformant en représentations mentales, souvenirs, impressions, qui seront ensuite traités comme du matériel psychique. Dans ce modèle, l'appareil psychique a pour fonction de gérer l'interface entre réalité externe et réalité interne.

Cette vision, communément admise de nos jours parmi les thérapeutes occidentaux toutes orientations théoriques confondues, conduit à deux nouveaux présupposés : 1) une psychothérapie n'a pas pour objectif de modifier la réalité externe mais la réalité interne du sujet, ou son rapport au monde extérieur ; 2) le sujet est, dans une certaine mesure, responsable, ou du moins *actif*, dans la production de ses symptômes. Cette conceptualisation a une incidence majeure sur la nature des échanges entre thérapeute et patient, ce qu'on appelle le cadre thérapeutique, et les processus qui s'y déroulent.

Selon son orientation théorique, le thérapeute adoptera un rôle plus ou moins directif. Lachal & Moro, (1996) retracent historiquement la création de deux grands courants thérapeutiques : un courant issu de l'hypnose, mettant l'accent sur la *suggestion*, précurseur de la psychanalyse et s'adressant aux processus inconscients ; et un courant psycho-éducatif, issu du « traitement moral » de Leuret et Pinel (cité par Lachal et Moro, 1996) privilégiant la *persuasion*, s'adressant aux processus conscients, représenté de nos jours par les thérapies cognitives. Quoiqu'il en soit, le clinicien tentera inmanquablement de favoriser l'introspection et la production d'une construction narrative, c'est-à-dire une attitude métaréflexive de remise en perspective de l'histoire personnelle. Peut-on appliquer ce procédé à la clinique des migrants?

Vignette clinique : Mme A.

Mme A., Kurde de Turquie, requérante d'asile, a 44 ans lorsque je la rencontre pour la première fois, adressée par mari et son médecin généraliste pour un trouble somatoforme et un probable syndrome de stress post-traumatique. C'est une femme à l'aspect solide et sombre, au regard franc presque sévère, habillée de manière traditionnelle, ayant toujours vécu en milieu rural. Je la reçois avec une interprète kurde. Elle se plaint de douleurs permanentes à la tête du côté droit irradiant jusqu'à l'œil, de vertiges, de nausées, d'une douleur aiguë et bien localisée à l'estomac, se dit épuisée, passe ses journées couchée, sans vraiment dormir. Elle broie du noir, pleure

souvent, et vit dans la peur panique du renvoi. Ces plaintes ont donné lieu à des examens approfondis, sans résultats. Elle est alors adressée chez un psychiatre en ville qui lui administre un traitement lourd d'anti-dépresseurs, de somnifères et d'anti-douleurs, sans grande amélioration sur le plan clinique. Elle demande à arrêter ce suivi et son mari, qui connaît le centre de consultation psychologique pour migrants Appartenances pour y avoir été suivi lui-même, fait la demande pour sa femme.

Madame est arrivée en Suisse, il y a trois ans pour rejoindre son mari. Lui-même a fui la Turquie neuf ans auparavant, et a demandé l'asile politique en Suisse. La procédure légale s'éternisant, il a fait venir ses deux fils aînés, laissant sa femme seule au village avec les trois cadets. La famille est coupée en deux. La fille s'est mariée et a quitté le domicile familial, mais continue de vivre au village; Madame se retrouve seule à élever ses deux derniers devenus adolescents. Elle décrit que pendant cette période qui s'étend sur plusieurs années, des soldats de l'armée turque débarquaient fréquemment chez elle, la réveillaient en pleine nuit pour lui demander « Où est ton mari ? » « Où sont passés tes fils aînés, en âge de faire le service militaire ? » Mme A. était à bout, vivait dans la terreur permanente de ces irruptions nocturnes et des menaces d'emprisonnement, mais ne décrit pas de violences physiques ou sexuelles. Au bout d'un certain temps, elle tombe malade ; on ne sait pas exactement ce qu'elle a. Le mari, inquiet, en proie à toutes les suppositions, décide de la faire venir en Suisse avec le fils cadet, en dépit de leur situation juridique

encore incertaine.

Mme A. n'a pas de difficultés à établir un lien thérapeutique avec moi, ni à me faire part de ses attentes. Si elle a rapidement compris que je n'ai aucun impact direct sur ses douleurs, elle fait de moi une alliée dans le processus de demande d'asile. Elle entretient par ailleurs d'excellentes relations avec l'interprète qu'elle embrasse en début et fin de séance. Elle vient régulièrement aux séances qui se déroulent invariablement de la même manière. Elle décrit ses douleurs dans le détail, les examens effectués ou prévus, les résultats des analyses, les médicaments qu'elle prend et l'effet qu'ils produisent, et me fait part de sa perplexité et de son découragement face à l'impuissance de la médecine à identifier son mal. Puis elle se tait et attend. Son attitude face à la thérapie reste passive ; il est extrêmement difficile de sortir d'un discours factuel et d'une interaction sur le mode question-réponse pour s'orienter vers un récit narratif qui ferait le lien entre ses douleurs et son histoire personnelle. Elle semble avoir été éduquée dans le souci de donner une image droite et irréprochable d'elle-même. Elle est le pilier de la famille et ne peut se permettre de flancher. Mais, dans ces cas-là, c'est le corps qui s'incline et exprime sa souffrance. En dépit de la confiance dont elle fait preuve à mon égard, disposer d'un espace-temps pour penser à elle, semble être une activité qui ne revêt aucune signification, puisque de son point de vue, ses problèmes découlent de son statut juridique.

En revanche, Mme A. est très « preneuse » lorsque je me lance dans la verbalisation

de ses états internes ou de ses difficultés, sur le mode de la formulation d'hypothèses. Elle approuve alors vigoureusement de la tête, rajoute quelques éléments, pleure parfois, et quitte la séance en me prenant les mains et en me remerciant chaleureusement. Par exemple, un jour, elle arrive en séance avec une forte migraine qu'elle ne relie à aucun événement récent, et semble plus hermétique que jamais, à un point tel que je me demande si je ne devrais pas lever la séance. Mais, au détour d'une phrase, elle fait un commentaire à l'interprète concernant « ces horribles images qu'on voit à la TV » sur les affrontements entre armée turque et des Kurdes à la frontière de l'Irak. Je parle alors de la révolte et du sentiment d'injustice qu'elle ressent probablement en voyant ces images, que je mets en lien avec ce qu'elle a dû vivre quand elle était encore au village. Je demande si elle évoque ces sujets douloureux en famille, ce à quoi elle répond qu'elle garde tout cela pour elle. En quittant la séance ce jour là, elle a le sourire et semble soulagée.

Il serait faux de croire que sa passivité apparente en séance est un trait de personnalité. En situation de crise, lorsque son mari s'effondre et doit être hospitalisé, Mme A. fait preuve de capacités de gestion et d'organisation exceptionnelles : en dépit de son analphabétisme et de sa méconnaissance de la langue française, c'est elle qui gère à la fois le travail domestique et les rendez-vous médicaux, les ordonnances, les rendez-vous avec les juristes et les renouvellements des permis de séjour de toute la famille.

Je vois Mme A. tous les quinze jours depuis bientôt deux ans, et son état général s'est nettement amélioré et stabilisé du point de vue de l'humeur anxio-dépressive (elle ne prend plus d'anti-dépresseurs) ; les maux de tête et d'estomac persistent de manière fluctuante. Comment qualifier le travail que j'effectue avec cette patiente ? Etant plus directive et entreprenante que d'habitude, je n'ai pas l'impression de faire un travail psychothérapeutique à proprement parler. Alors comment comprendre son amélioration et de quoi me remercie-t-elle si chaleureusement en sortant des séances ? De mettre des mots sur ses maux ? De servir de contenant à ses douleurs ? De lui donner quittance de la difficulté à vivre comme requérant d'asile dans le contexte politique actuel ? De partager son impuissance à changer cette situation pour le moment ?

Mme A. me place dans une position d'autorité, et semble attendre « la bonne parole » de moi, qui viendrait donner un sens sinon à sa vie, du moins à ses ressentis. Autrement dit, elle me fait jouer à la fois le rôle d'expert « médical » ; d'amie de la famille, bien établie dans le pays d'accueil (tout comme l'interprète) ; et quelque part le rôle de « deviner » ce qui se passe en elle.

Il semblerait enfin qu'en tant que réfugiée, ayant un statut légal précaire et confrontée à des conditions de vie difficiles, Mme A. vienne aussi rechercher en séance le rétablissement de sa dignité humaine, une sorte de réparation de l'humiliation, et un rempart contre les effets néfastes de l'isolement et de la perte de statut auxquels elle

est astreinte de par sa condition de réfugiée.

Quoi qu'il en soit, cette vignette montre que le travail thérapeutique s'opère davantage sur le mode du soutien et de l'accompagnement actif, que sur le mode de la neutralité bienveillante ou du programme structuré.

Travail sur les étayages ou psycho-éducation ?

Réduisant les difficultés des migrants à des problèmes d'adaptation sociale, un certain nombre d'auteurs anglo-saxons ont développé des programmes d'intervention de nature psycho-éducative en dix séances pour traiter l'anxiété sociale, l'estime de soi et la dépression chez les jeunes migrants (Barrett, Moore & Sonderegger, 2000 ; Barrett, Sonderegger & Sonderegger, 2001 ; Barrett, Sonderegger & Xenos, 2003). Les résultats obtenus montrent une amélioration dans les compétences de gestion du stress. Les auteurs en concluent que des techniques thérapeutiques de type occidental (cognitivo-comportementale) sont transposables, moyennant quelques aménagements de surface, à des populations d'origines culturelles diverses. De telles approches, nous laissent dubitatifs dans la mesure où la migration, et les difficultés identitaires qu'elle entraîne, semblent être assimilées à un trouble qu'il s'agit d'enrayer. Dans cette vision, l'objectif thérapeutique se limite à diminuer les symptômes anxio-dépressifs, à augmenter les compétences bi-culturelles et à accélérer le processus d'intégration.

Avec des populations souvent coupées -volontairement ou pas- de leurs familles et

communautés d'origine comme c'est le cas des réfugiés, nous considérons important comme un préalable de travailler sur la reconstitution des étayages psychiques.

La migration, et en particulier la migration d'asile, porte atteinte aux appartenances groupales du sujet, à ses liens d'attachement et à sa cohérence identitaire (Sironi, 2007 ; Goguikian Ratcliff, à paraître). De ce fait, l'intervention doit privilégier la restauration du tissu social, la réaffiliation communautaire et familiale par le renforcement de la solidarité et de l'entraide, avant de s'attaquer aux éventuels aspects traumatiques ou d'adaptation sociale.

La migration entraîne souvent une perte de repères culturels et une mise à mal des enveloppes psychiques (Kaës, 1979) qui permettent de penser le monde et de s'y situer (Nathan, 1988 ; James, Goguikian Ratcliff et Michel, 2006). Pour Kaës, les enveloppes psychiques sont des contenants de pensée offerts par l'environnement, qui précèdent, entourent et conditionnent la fondation du psychisme humain (langue, traditions, coutumes, pratiques religieuses, cuisine, musique, savoirs-faire, codes interpersonnels). On peut faire l'hypothèse, qu'en situation migratoire, les plaintes somatiques renvoient à la rupture de ces enveloppes psychiques, comme si le migrant se sentait physiquement et mentalement démuné pour faire face aux petits et grands tracasseries de la vie quotidienne.

Dans ce contexte, un des rôles de l'interprète est de digérer, de comprendre, c'est-à-dire de « prendre en soi » les questions ou commentaires du thérapeute avant de les retransmettre de manière assimilable au patient. En ce sens, si l'interprète ne

comprend pas un de nos énoncés, il est important de le reformuler jusqu'à trouver avec lui une meilleure formulation, qui fait sens culturellement (et qui paraît acceptable) pour lui et, par conséquent, pour le patient.

Ainsi, l'espace thérapeutique devient un espace transitionnel au sens de Winnicott (1971) où le « fossé culturel » peut être approché, visité et parcouru par l'activité psychique et la pensée des uns et des autres, faisant de l'expérience de la différence culturelle un contenu élaborable, sans risquer de s'y perdre. En proposant au patient un cadre thérapeutique dont la fonction première est celle de constituer un nouveau contenant psychique, on lui permet de reprendre un fonctionnement mental vivant, souple et articulé.

Discussion

Le modèle d'intervention défendu ici préconise qu'au-delà de nos différences culturelles fondamentales, au-delà de nos impuissances respectives à changer le contexte géopolitique dans lequel se déroule notre action, l'approche thérapeutique des migrants doit se présenter avant tout comme un travail de liaison, axé sur la reconstruction des étayages psychiques afin de surmonter les pertes, les deuils et les difficultés de la vie post-migratoire, en vue de la mobilisation des mécanismes de résilience et des capacités d'intégration du migrant.

Néanmoins, cela pose la question des indications thérapeutiques. Quels sont les patients qui retirent le plus de bénéfices de nos prises en charge? A l'inverse, quels

sont les patients pour lesquels notre modèle d'intervention se montre peu efficace ?
Sur quels paramètres se distinguent ces deux sous-groupes de patients ? Nos
interventions s'avèrent-elles efficaces à long terme ? Au-delà de nos intuitions, pour
répondre à de telles questions, nous devons produire des recherches sur l'efficacité de
nos prises en charge. Quoi qu'il en soit, nous sommes persuadés que la manière de
comprendre les besoins des migrants et d'y répondre, constitue un des principaux
défis pour les années à venir.

Références bibliographiques

- Angel, R.J., & Thoits, P. (1987). The impact of culture on the cognitive structure of illness. *Culture, Medicine & Psychiatry*, 11(4), 465-494.
- Barrett, P., Moore, A. & Sonderegger, R. (2000). The FRIENDS program for young former-Yougoslavian refugees in Australia : a pilot Study. *Behaviour Change*, 17, 124-133.
- Barrett, P., Sonderegger, R. & Sonderegger, N. (2001). Evaluation of an anxiety prevention and positive-coping program (FRIENDS) for children and adolescents of non-English background. *Behaviour Change*, 18, 78-91.
- Barrett, P., Sonderegger, R. & Xenos, S. (2003). Using FRIENDS to combat anxiety and adjustment problems among young migrants to Australia : a national trial. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*.....

- Becker, J. & Kleinman, A. (1991). *Psychosocial aspects of depression*. Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Bischoff, A., Loutan, L. & Stalder, H. (2001). Barrières linguistiques et communication dans une polyclinique de médecine. *Bulletin suisse de linguistique appliquée*, 74, 193-207.
- Blöchliger, C. Tanner, M. Hatz, C., & Junghanss, T. (1997). Asylum seekers and refugees in ambulatory health care : communication between physician and patient. *Schweiz. Rundsch. Med. Prax.*, 86, 800-810.
- Burrows, G.D. & Vine, R. (1994). Anxiety disorders. In S.B. Bloch (Ed.), *Foundations of cultural psychiatry* (pp. 112-127). Melbourne : Australia : Melbourne University Press.
- de Pury, S. (1998). *Traité du malentendu : théorie et pratique de la médiation interculturelle en situation clinique*. Grenoble : Les empêcheurs de penser en rond.
- Devereux, G. (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard.
- Draguns, J.G. (1996). Ethnocultural considerations in the treatment of PTSD : therapy and service delivery. In A. Marsella & M.J. Friedman (eds.), *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder : Issues, research and clinical applications* (pp. 459-482) : American Psychological Association.
- Drozdek, B., Noor, A.K. Lutt, M. & Foy, D. (2003). Chronic PTSD and medical services utilization by asylum seekers. *Journal of refugee studies*, 16(2), 202-211.
- Duong-Ohtsuka, T. (2003). *Strategies to improve mental health services to children and families from Vietnamese backgrounds*. Melbourne, Australia : The Royal

Children Hospital.

Ehrenberg, A. & Lovell, A. (2001). Pourquoi avons-nous besoin d'une réflexion sur la psychiatrie ? In A. Ehrenberg et A. Lovell (dir.) *La maladie mentale en mutation*. Paris : Odile Jacob.

Eytan, A. & Loutan, L. (2006). Travel and psychiatric problems. *Revue Medicale Suisse*, 2(65), 1251-1255.

Ferguson, A. (1986). Commercial pharmaceutical medicine and medicalization : a case study from El Salvador. In S. Geest & S. Whyte (eds.), *The context of medicines in developing countries, studies in pharmaceutical anthropology*. Boston : Kluwer.

Gilgen, D., Maeusezahl, D., Salis Gross, C., Battegay, E. Tanner, M. Weiss, M. & Hatz, C. (2003). Epidémiologie clinique et culturelle des problèmes sanitaires ambulatoires rencontrés par les migrants de Turquie et de Bosnie. In Wicker, H.R., Fibbi, R. & Haug, W. (2003). *Les migrations et la Suisse*. Zurich :Seismo.

Goguikian Ratcliff, B. (à paraître). Conclusions : In B. Goguikian Ratcliff (dir) *Clinique de l'exil : chroniques d'un clinique engagée*. Genève : Médecine et Hygiène.

Goguikian Ratcliff, B. & Suardi, F. (2006). L'interprète dans une consultation thérapeutique: conceptions de son rôle et difficultés éprouvées. *Psychothérapies*, 1, pp. 37-49.

Goguikian Ratcliff, B. & Changkakoti, N. (2004). Le rôle de l'interprète dans la construction de l'interculturalité dans un entretien ethnopsychiatrique. *L'autre*,

- cliniques, cultures et sociétés*, 5, (2), 255-264.
- Goldberg, D. (1995). Epidemiology of mental disorders in primary care settings. *Epidemiology Review*, 17, 182-190.
- Good, B. (1994). Body, illness, experience and the lifeworld : a phenomenological account of chronic pain. In B. Good, *Medicine, rationality and experience : an anthropological perspective*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Groleau, D. & Kirmayer, L. (2004). Sociosomatic theory in Vietnamese immigrants' narratives of distress. *Anthropology and Medicine*, 11(2), 117-133.
- Grondin, D., Weekers, J., Haour-Knipe, M., Elton A., Stuke, J. (2003). Health - An essential aspect of migration management. In *World migration : Managing migration challenges and responses for people on the move*. Geneva : International Organization for migration ; 2003, pp. 85-93.
- Guérin, P. Dazord, A. & Sali, A. (1991). *Psychothérapies et changements*. Paris : PUF.
- Hollifield, M., Warner, T. Lian, N., Krakow, B., Jenkins, J. Kesler, J. Stevenson, J. Westermeyer, J. (2002). Measuring trauma and health status in refugees. *JAMA*, 288(5), 611-621.
- Jalbert, M. (1998). Travailler avec un interprète en consultation psychiatrique. *P.R.I.S.M.E*, 8, 94-111.
- James, F. (1994). La signification culturelle du symptôme. *Psychothérapies*, 2, 77-83.
- James, F., Goguikian Ratcliff, B. & Michel, D. (2006). Migration et temporalité. In L. Michel (ed.) *Le temps en psychothérapie*. Paris : Editions In press (pp. 129-

146).

- Kawanishi, Y. (1992). Somatization of Asians : an artefact of western medicalization ? *Transcultural Psychiatric Research Review*, 29(1), 5-36.
- Kirmayer, L. & Young, A. (1998a). Culture and somatization : clinical epidemiological and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 60, 420-430.
- Kirmayer, L. Dao, T.H.T. & Smith, A. (1998b). Somatization and psychologization : understanding cultural idioms of distress. In S.O. Okpaku (ed.), *Clinical methods in transcultural psychiatry*. Washington D.C. : American Psychiatric Press.
- Kirmayer, L. et Sir Mortimer, B.D. (1991). Three forms of somatization in primary care : prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(11), 647-655.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley : University of California Press.
- Klimidis, S. Lewis, J. Miletic, T. McKenzie, S. Stolk, Y & Minas, I. (1999). *Mental health service use by ethnic communities in Victoria*. Melbourne, Australia : Victorian Transcultural Psychiatry Unit and Centre for cultural Studies in Health.
- Koehn, P. H. (2006). Globalization, migration health, and educational preparation for transnational medical encounters. *Globalization and health*, 2(2), pp. 1-16.
- Lam, A.P., & Kavanagh, D.J. (1996). Help seeking by immigrant indochinese psychiatric patients in Sydney, Australia. *Psychiatric Services*, 47(9), 993-995.

- Laplantine, F. (1980). *Anthropologie de la maladie*. Paris : Payot.
- Leanza, Y. (2003). *Education, pédiatrie et cultures*. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation No. 319, Université de Genève.
- Littlewood, R. (2001). Nosologie et classifications psychiatriques selon les cultures : les « syndromes liés à la culture ». *L'autre, cliniques, cultures et sociétés* 2(3), 441-466.
- Métraux, J.C., et Alvir, S. (1995). L'interprète : traducteur, médiateur culturel ou co-thérapeute. *Interdialogos*, 2, pp. 22-26.
- Métraux, J.C., Weber, O., Singy, P. & Guex, P. (2003). Introduction. In P. Guex et P. Singy (eds.), *Quand la médecine a besoin d'interprètes*. Genève : Médecine et Hygiène.
- Miranda, J., & Nunoz, R. (1994). Intervention for minor depression in primary care patients. *Psychosomatic Medicine*, 56, 136-142.
- Moro, M.-R. (1998). *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*. Paris: Dunod.
- Moro, M.-R. & Lachal, C. (1996). *Introduction aux psychothérapies*. Paris : Ed. Nathan.
- Narikiyo, T.A. & Kameoka, V.A. (1992). Attributions of mental illness and judgments about help seeking among Japanese-American and white American Students. *Journal of Counseling Psychology*, 39(3), 363-369.
- Nathan, T. (1986). *La folie des autres: traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris: Dunod.

- Nathan, T. (1988). *Le sperme du diable*. Paris : PUF.
- Nathan, T. (1997). Spécificité de l'ethnopsychiatrie. *Nouvelle revue d'ethnopsychanalyse*, 34, 7-24.
- Ohtsuka, T. (2005). *Impact of cultural change and acculturation on the health seeking behavior of vietnamese-australians*. Thèse de doctorat en psychologie de la santé, Swinburne University of Technology, Mai 2005.
- Parsons, C.D. & Wakely, P. (1991). Idioms of distress : somatic responses to distress in every day life. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15, 111-132.
- Pescosolido, B.A. (1992). Beyond rational choice : the social dynamics of how people seek help. *American Journal of sociology*, 97, 1096-1138.
- Phan, T. & Silove, D. (1999). An overview of indigenous descriptions of mental phenomena and the range of traditional healing practices amongst the Vietnamese. *Transcultural Psychiatry*, 36(1), 79.
- Rey Von Allmen, M. (1993). *Psychologie clinique et interrogations culturelles*, Paris, L'Harmattan, 1993.
- Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A. Manicavasagar, V. & Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum seekers : associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *British Journal of Psychiatry*, 170, 351-357.
- Sironi, F. (2007). *Psychopathologie des violences collectives*. Paris : Odile Jacob.
- Steel, Z, Silove, D., Brooks, R., Momartin, S., Alzuhairi, B., & Susljik, I. (2006). Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *British Journal of Psychiatry*, 188, 58-64.

- Sue, D. & Sue, S. (1987). Cultural factors in the clinical assessment of Asian Americans. *Journal of consulting and clinical psychology*, 55(4), 479-487.
- Sue, S. (1994). Mental health. In N. Zane, D.T. Takeuchi & K. Young (eds.), *Confronting critical health issues of Asian and Pacific Islanders Americans* (pp. 266-288) Newbury Park, CA : Sage.
- Summerfield, D. (2005). My hole body is sick...my life is not good » A rwandan asylum seeker attends a psychiatric clinic in London. In D. Ingleby (ed.) *Forced migraion and mental health. Rethinking the care of refugees and displace persons*. New York : Springer.
- Triandis, H.C. (1996). The psychological measurement of cultural syndroms. *American Psychologist*(51), 407-415.
- Weber, O. (2003). Le discours des soignants sur les consultations impliquant des migrants. In P.Guex & P. Singy (Eds.), *Quand la médecine a besoin d'interprètes* (pp. 113-139). Genève: Médecine et Hygiène.
- Weiss, R., & Stuker R. (1998). *Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins*. Neuchâtel : Rapport de recherche No11, Forum Suisse pour l'Etude des Migrations.
- Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité*. Paris : Payot.
- Ying, Y.W. (1990). Explanatory models of major depression and implications for help-seeking among immigrant Chinese-American women. *Culture, Medicine & Psychiatry*, 14, pp. 393-408.