

Académie d'Orléans –Tours  
Université François-Rabelais

# FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2014

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

**BEYLARD Céline**

*Née le 24 mai 1983 à Sainte Foy La Grande*

Présentée et soutenue publiquement le 16 avril 2014

## TITRE

Patient, psychiatre, institution, quels sont les éléments qui rendent une rencontre thérapeutique ? Réflexions autour du cas d'une patiente schizophrène rencontrée à Mayotte.

## Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur Philippe Gaillard  
Membres du jury : Monsieur le Professeur Vincent Camus  
Madame le Professeur Bénédicte Gohier  
Madame le Docteur Marine Bernard  
Madame le Docteur Sophie Guionnet  
Monsieur Maël Lemoine

---

## **Remerciements**

**A mon maître et président de thèse :**

**Monsieur le Professeur Philippe Gaillard,**

**Professeur de psychiatrie,**

**Chef de pôle de psychiatrie,**

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Je vous remercie de votre enseignement.

Vous m'avez toujours reçu et écouté avec bienveillance, vous m'avez donné envie d'apprendre.

Veillez trouver ici le témoignage de mon respect.

**A Monsieur le Professeur Vincent Camus,**

**Professeur de psychiatrie,**

Vous m'avez fait l'honneur de juger cette thèse.

J'ai pu apprécier votre enseignement au cours de mon cursus d'interne.

Veillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance.

**A Madame le Professeur Bénédicte Gohier,**

**Professeur de psychiatrie,**

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse et je vous en remercie.

**A Monsieur Maël Lemoine,**

**Enseignant chercheur,**

**Maitre de conférences en phénoménologie,**

Vous m'avez fait l'honneur de juger cette thèse.

Vous m'avez fait découvrir la phénoménologie.

Veillez trouver ici le témoignage de ma gratitude.

**A Madame le Docteur Marine Bernard,**

**Psychiatre,**

Tu m'as fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail.

Je ne te remercierais jamais assez de m'avoir permis de mener cette thèse à bien, par tes conseils avisés mais aussi pour l'intérêt que tu lui as porté.

Merci pour ton ouverture d'esprit.

**A Madame le Docteur Sophie Guionnet,**

**Psychiatre,**

Tu m'as fait l'honneur d'accepter de co-diriger ce travail et je t'en remercie beaucoup.

Tu as su m'ouvrir à des champs de la psychiatrie qui m'étaient bien étrangers.

Par ton dynamisme et ta bienveillance tu m'as beaucoup appris lors de mon stage à Mayotte.

Merci !

**A tous les psychiatres que j'ai rencontrés** lors de mon internat.

Que ce soit en forêt Chinonaise, à Loche, à Tours, à Blois ou plus loin encore,

Je pense à chacun de vous,

Merci de m'avoir aidé à construire « ma » psychiatrie.

**Aux infirmiers, aux psychologues, aux aides-soignants,**

Merci à tous ceux qui m'ont marqué mais aussi appris que la psychiatrie, c'est avant tout un travail collectif.

Merci à toi Julia pour toutes ces gardes de nuit. A ta bonté et à ton professionnalisme, je ne l'oublierai pas.

**A toute l'équipe de psychiatrie de Mayotte,**

A leur ouverture d'esprit et à leur courage,

Merci à vous, particulièrement à Josiane et à Nasly.

**A tous mes collègues internes,**

De Tours et d'ailleurs,

Tous dans le même bateau,

Et à ceux sur qui j'ai pu compter particulièrement.

**A tous les patients** que j'ai rencontrés et que je rencontrerai,

A Mayotte,

A Tours,

Partout,

J'espère être à la hauteur de votre confiance.

**A mes amis,**

A vous tous qui comptez plus que tout,

Marie Anne, Perrine, Alexandra, Claire Marie, Ariane, Kevin, Séverine, Fanny,  
Géraldine, Hubert, Alexandre, Zoia, PJ et tous ceux que j'oublie...

**A mes « colloc »,**

Qui m'ont supporté ces dernières semaines.

**A mes parents,**

Qui, contre vents et marées, sont toujours là pour moi.

**A mon frère, à ma sœur,**

Qui sont aussi des oiseaux migrateurs.

Et enfin,

**A toi mamie.**

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

Professeur Dominique PERROTIN

**VICE-DOYEN**

Professeur Daniel ALISON

**ASSESEURS**

Professeur Daniel ALISON, Moyens  
Professeur Christian ANDRES, Recherche  
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue  
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie  
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

**SECRETAIRE GENERALE**

Madame Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972  
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994  
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

**PROFESSEURS EMERITES**

Professeur Alain AUTRET  
Professeur Jean-Claude BESNARD  
Professeur Patrick CHOUTET  
Professeur Guy GINIES  
Professeur Olivier LE FLOCH  
Professeur Etienne LEMARIE  
Professeur Chantal MAURAGE  
Professeur Léandre POURCELOT  
Professeur Michel ROBERT  
Professeur Jean-Claude ROLLAND

**PROFESSEURS HONORAIRES**

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI  
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI  
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J.  
LANSAC – J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTE - M. MAILLET - Mlle C. MÉRCIER - E/H.  
METMAN – J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph.  
RAYNAUD – JC. ROLLAND – Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D.  
SAUVAGE - M.J. THARANNE – J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

## **A. PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

MM.	ALISON Daniel.....	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian .....	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe .....	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique.....	Cardiologie
Mme	BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; Radiothérapie
M.	BARON Christophe .....	Immunologie
Mme	BARTHELEMY Catherine .....	Pédopsychiatrie
MM.	BAULIEU Jean-Louis .....	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice.....	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian.....	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles .....	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian.....	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre .....	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe.....	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent .....	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck .....	Urologie
	BUCHLER Matthias .....	Néphrologie
	CALAIS Gilles .....	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent .....	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques.....	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain.....	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe .....	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry.....	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe.....	Neurologie
	COSNAY Pierre.....	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe .....	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles .....	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne.....	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc.....	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François .....	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe .....	Anatomie
	DIOT Patrice .....	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague....	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam .....	Psychiatrie adultes
	FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
	FAVARD Luc .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard .....	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick .....	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & Cytologie pathologiques
	FUSCIARDI Jacques .....	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe .....	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique .....	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain .....	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe .....	Rhumatologie
	GRUEL Yves .....	Hématologie ; Transfusion
	GUERIF Fabrice.....	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GUILMOT Jean-Louis .....	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge .....	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier .....	Urologie

	HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HANKARD Regis.....	Pédiatrie
	HERAULT Olivier.....	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline.....	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël.....	Chirurgie générale
	LABARTHE François.....	Pédiatrie
	LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard.....	Médecine et Santé au Travail
	LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	LEBRANCHU Yvon.....	Immunologie
	LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LESCANNE Emmanuel.....	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude.....	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard.....	Dermato-Vénérologie
	MACHET Laurent.....	Dermato-Vénérologie
	MAILLOT François.....	Médecine Interne
	MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
	MARRET Henri.....	Gynécologie et Obstétrique
	MARUANI Annabel.....	Dermatologie
	MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain.....	O.R.L.
	MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe.....	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric.....	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique.....	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck.....	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean.....	Ophthalmologie
	QUENTIN Roland.....	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	ROBIER Alain.....	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique.....	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie.....	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique.....	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick.....	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc.....	Dermato-Vénérologie
	VELUT Stéphane.....	Anatomie
	WATIER Hervé.....	Immunologie.

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie.....Médecine Générale

### **PROFESSEURS ASSOCIES**

MM. HUAS Dominique.....Médecine Générale  
LEBEAU Jean-Pierre.....Médecine Générale  
MALLET Donatien.....Soins palliatifs

POTIER Alain .....Médecine Générale

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme ANGOULVANT Theodora.....Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique :  
addictologie  
M. BAKHOS David.....O.R.L.  
Mme BAULIEU Françoise.....Biophysique et Médecine nucléaire  
M. BERTRAND Philippe .....Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de  
Communication  
Mme BLANCHARD Emmanuelle .....Biologie cellulaire  
BLASCO Hélène.....Biochimie et biologie moléculaire  
MM. BOISSINOT Eric .....Physiologie  
DESOUBEAUX Guillaume .....Parasitologie et mycologie  
Mme DUFOUR Diane .....Biophysique et Médecine nucléaire  
M. EHRMANN Stephan .....Réanimation médicale  
Mme FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie ....Anatomie et Cytologie pathologiques  
M. GATAULT Philippe.....Néphrologie  
Mmes GAUDY-GRAFFIN Catherine.....Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière  
GOUILLEUX Valérie .....Immunologie  
MM. GYAN Emmanuel .....Hématologie, transfusion  
HOARAU Cyrille.....Immunologie  
HOURIOUX Christophe .....Biologie cellulaire  
Mmes LARTIGUE Marie-Frédérique .....Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière  
LE GUELLEC Chantal.....Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique  
MACHET Marie-Christine.....Anatomie et Cytologie pathologiques  
MM. PIVER Eric.....Biochimie et biologie moléculaire  
ROUMY Jérôme.....Biophysique et médecine nucléaire in vitro  
Mme SAINT-MARTIN Pauline .....Médecine légale et Droit de la santé  
MM. SAMIMI Mahtab .....Dermatologie  
TERNANT David.....Pharmacologie – toxicologie  
Mme VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie...Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière  
M. VOURC'H Patrick .....Biochimie et Biologie moléculaire

### **MAITRES DE CONFERENCES**

Mmes BOIRON Michèle.....Sciences du Médicament  
ESNARD Annick .....Biologie cellulaire  
M. LEMOINE Maël.....Philosophie  
Mme MONJAUZE Cécile .....Sciences du langage - Orthophonie  
M. PATIENT Romuald.....Biologie cellulaire

### **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE**

Mmes HUAS Caroline .....Médecine Générale  
RENOUX-JACQUET Cécile .....Médecine Générale  
M. ROBERT Jean .....Médecine Générale

### **B. CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM**

M. BOUAKAZ Ayache .....Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM  
930  
Mmes BRUNEAU Nicole .....Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM  
930  
CHALON Sylvie .....Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM  
930  
MM. COURTY Yves .....Chargé de Recherche CNRS – U 618

	GAUDRAY Patrick.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes 930	GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM
	HEUZE-VOURCH Nathalie .....	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM. 930	LAUMONNIER Frédéric .....	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM
	LE PAPE Alain .....	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes 930	MARTINEAU Joëlle.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM
	POULIN Ghislaine .....	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

### **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

#### ***Pour la Faculté de Médecine***

Mme	BIRMELE Béatrice .....	Praticien Hospitalier ( <i>éthique médicale</i> )
M.	BOULAIN Thierry .....	Praticien Hospitalier ( <i>CSCT</i> )
Mme	CRINIERE Lise.....	Praticien Hospitalier ( <i>endocrinologie</i> )
M.	GAROT Denis.....	Praticien Hospitalier ( <i>sémiologie</i> )
Mmes	MAGNAN Julie .....	Praticien Hospitalier ( <i>sémiologie</i> )
	MERCIER Emmanuelle .....	Praticien Hospitalier ( <i>CSCT</i> )

#### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

Mme	DELORE Claire .....	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie .....	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl.....	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle .....	Orthophoniste

#### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

Mme	LALA Emmanuelle .....	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel .....	Praticien Hospitalier

## SOMMAIRE

Introduction.....	14
I. Description d'une situation clinique à Mayotte.....	17
A. Contexte, culture propre à la société Mahoraise : .....	17
1. Carte géo-sociologique actuelle.....	17
2. Histoire du peuplement et de la situation administrative de Mayotte.....	18
3. Codes culturels de la population mahoraise (1, 2) .....	19
4. Génération « entre-deux » (1, 2, 7) .....	22
B. La psychiatrie à Mayotte .....	24
1. Naissance et mise en place de la psychiatrie à Mayotte.....	24
2. Organisation institutionnelle actuelle .....	26
3. Particularités Mahoraises .....	28
4. Le service de psychiatrie à Mayotte .....	29
C. Présentation d'une situation clinique : Soibahati.....	31
1. Novembre 2012, je rencontre Soibahati .....	31
2. Éléments biographiques et anamnestiques. De la naissance jusqu'à 18 ans.....	35
3. Retour à Mayotte à 18 ans ; soins psychiatriques.....	37
4. Hospitalisations.....	39
II. La rencontre transculturelle.....	48
A. Notions de base développées par Devereux : .....	48
1. Fondement théorique : principales notions développées par Devereux.....	48
2. Importance de la décentration dans la rencontre:.....	54
B. Tobie Nathan : reprise et modification des concepts de Devereux et début d'une pratique ethno psychiatrique. Premières consultations à Bobigny.....	56
1. Biographie de Tobie Nathan .....	56
2. Particularités théoriques (18) .....	57
3. Particularités techniques .....	58
C. Marie Rose Moro : des consultations avec T.Nathan à l'autonomisation d'une théorie et d'une pratique spécifique .....	59
1. Biographie de M.R.Moro.....	59
2. Particularités théoriques (17).....	59
3. Particularités techniques .....	60
D. Description d'une consultation d'ethnopsychiatrie type :.....	61

1.	Cadre et règles de base : .....	61
2.	Spécificités de la pratique de Tobie Nathan .....	63
3.	Spécificités de la pratique de Marie Rose Moro.....	65
E.	Exemples Africains.....	69
1.	Collomb et l'école de Fann (Sénégal).....	69
2.	Revue de la littérature : .....	74
III.	Au-delà de la différence culturelle : la rencontre en psychiatrie .....	79
A.	Définitions générales.....	79
1.	Définitions de rencontre : .....	79
2.	Définitions de relation : .....	80
B.	Comment caractérise-t-on ce phénomène en psychiatrie ?.....	81
1.	Phénoménologie .....	81
2.	Rencontre en psychanalyse .....	85
3.	La rencontre en psychothérapie intégrative : relation, alliance, affiliation .....	87
4.	Approche neuroscientifique de la rencontre : empathie .....	88
5.	Psychologie scientifique et neurobiologie : autres mécanismes d'affiliation .....	96
IV.	Cas particulier de la rencontre avec un patient schizophrène .....	100
A.	Phénoménologie : Minkowski, rapport pathologique du schizophrène avec l'ambiance 100	
1.	Diagnostic par pénétration versus diagnostic par raison .....	100
2.	Ambiance et pathologie psychiatrique .....	101
3.	Schizophrénie : perte de contact vital avec la réalité.....	101
4.	Schizophrénie, perturbation du « moi ici maintenant ».....	103
B.	Courant de psychiatrie institutionnelle.....	104
1.	Introduction à la psychiatrie institutionnelle.....	104
2.	Diagnostic négatif : étrangeté.....	105
3.	Diagnostic négatif : destruction du dire .....	106
C.	Psychanalyse .....	107
1.	De l'existence d'un transfert psychotique.....	107
2.	Morcellement.....	109
D.	Réflexions intégratives .....	110
1.	Trouble de l'intersubjectivité.....	110
2.	Neurones miroirs et schizophrénie.....	111
3.	Empathie modifiée.....	111

V.	Rendre la rencontre possible : le thérapeute et son patient.....	113
A.	Introduction à la réflexion.....	113
1.	Retour sur la question générale du diagnostic.....	113
2.	Retour sur les éléments inhérents à la schizophrénie qui perturbent la rencontre 115	
B.	Phénoménologie .....	116
1.	Selon Jaspers.....	116
2.	Position et attitude du psychiatre selon Minkowski .....	117
C.	Courant de la psychiatrie institutionnelle : Attitude du psychiatre.....	120
1.	Pour une rencontre authentique et désaliénée .....	120
2.	Dès les premiers instants : tenir compte d'autrui .....	121
3.	Puis accéder à « l'instant de voir », pathique.....	122
4.	Poursuite de la relation.....	123
D.	Psychanalyse.....	124
1.	Neutralité bienveillante .....	124
2.	Mettre à jour les enjeux contre-transférentiels .....	125
E.	Réflexions intégratives .....	127
1.	Réflexions à partir des théories neurobiologiques.....	127
2.	Ajustement indispensable du thérapeute .....	128
3.	Approche centrée sur la personne .....	128
4.	Etablissement du contact, concept de congruence.....	128
VI.	Rendre la rencontre possible via le cadre, l'institution (psychiatrie institutionnelle)...	130
A.	Travail de désaliénation de l'institution et du cadre .....	130
1.	Un cadre favorisant les rencontres.....	130
2.	Collectif et lutte contre l'aliénation .....	135
3.	Les fonctions symboliques du cadre.....	137
B.	L'outil psychanalytique au sein de l'institution, les constellations.....	139
1.	Caractéristiques du transfert psychotique .....	140
2.	Rencontre en constellations .....	142
3.	Psychanalyse et collectif .....	143
VII.	Retour sur la rencontre clinique .....	145
A.	Analyse de la situation clinique.....	145
1.	Ce qui a été fait .....	145
2.	Ce qui ne pouvait pas être fait.....	148

B.	Ce qui aurait pu être fait .....	149
1.	Apport ethno psychiatrique .....	150
2.	Apport de l'approche institutionnelle .....	152
3.	Apport psychanalytique .....	154
4.	Adapter les objectifs .....	155
5.	Phénoménologie, ambiance .....	155
6.	Apport intégratif, scientifique.....	155
C.	Mon « passage », contexte et réflexions .....	156
1.	Une période institutionnelle difficile .....	156
2.	Rapidement une « mission » .....	157
3.	Réflexions : y a-t-il eu rencontre ? .....	158
VIII.	Conclusion : généralisation à la pratique psychiatrique quotidienne .....	161
A.	Quels éléments retenir pour rendre la rencontre avec un patient schizophrène possible ?.....	161
1.	Avant la rencontre .....	161
2.	A l'instant T de la rencontre.....	161
3.	Instants multiples et rencontres multiples.....	162
4.	Après ces rencontres .....	163
B.	Qu'est ce qui fait que cette rencontre est alors thérapeutique ? .....	163
1.	Dualité .....	163
2.	Collectif .....	164
C.	Retour sur la démarche d'exil .....	164

**Annexes**

**Bibliographie**

**Table des matières**

## **Introduction :**

La médecine est une formidable voie d'accès à l'autre. C'est cette caractéristique qui nous a poussés plus ou moins consciemment à débiter des études médicales.

Alors que nous étions externe, au cours des stages hospitaliers, nous nous sommes rapidement demandé comment accéder « vraiment » à cet autre c'est-à-dire comment l'appréhender sans nous arrêter aux signes cliniques physiques. L'enseignement théorique de la médecine nous paraissait alors très dense en connaissances scientifiques et autres « protocoles » mais répondait mal à cette question.

Pour tenter une approche différente de l'altérité, nous nous sommes orientés vers la psychiatrie.

Après quatre années d'enseignement psychiatrique, nous avons acquis les connaissances qui constitueront « la charpente » de notre pratique future. Mais qu'en est-il alors de notre première question ?

Tout d'abord il nous est apparu que, comme en médecine « somatique », la psychiatrie pouvait être dogmatique dans ses théories. Au cours de stages volontairement réalisés dans des services d'orientation différentes, les « modes de fonctionnement » enseignés ont pu nous aider mais aussi parfois nous empêcher de penser autrui.

La deuxième remarque découle de la première. Plus notre formation d'interne avançait et plus s'imposait à nous la nécessité de remettre en question les connaissances acquises. En effet, nous pensions que la seule manière de trouver une réponse à nos interrogations était de nous placer dans une situation où tous nos référentiels seraient à repenser.

Est-il possible, sous la contrainte de conditions extrêmes (quand autrui ne partage pas les mêmes codes culturels que moi) nous forçant à nous adapter, de rencontrer un patient ?

Nous soulignons ici que l'acte d'adaptation est assez éloigné des préceptes enseignés au cours des études médicales. (Nombreux protocoles « pré préparés » à appliquer de manière rationnelle, objectivation maximale de l'humain).

En d'autres termes, nous faisons l'hypothèse que seule cette remise en question nous permettrait de réellement réfléchir à la question de la rencontre.

C'est pourquoi nous sommes partis faire un stage à Mayotte.

Qu'est-ce que la rencontre ? Comment avoir accès à l'altérité de la manière la plus authentique possible ? Est-ce possible quand la personne que l'on veut rencontrer présente de graves troubles psychiques ? Et si c'est possible, en quoi cela peut-il être thérapeutique ?

Pour éviter de se perdre dans des réflexions trop théoriques, nous structurerons ce travail autour d'un cas clinique présentant deux spécificités essentielles :

-l'appartenance à une culture très différente de la nôtre.

-le fait de souffrir de schizophrénie, pathologie perturbant gravement le rapport à autrui.

Nous réfléchissons à la question initiale au travers de cinq approches cliniques : phénoménologique, institutionnelle, psychanalytique, transculturelle et neuroscientifique.

Dans la continuité de notre internat, cette démarche se veut volontairement éclectique et intégrative.

Les différentes parties de ce travail suivront notre réflexion selon un déroulé logique.

Nous commençons par présenter la situation clinique mais aussi tout son contexte environnemental (culturel, sociologique, familial, institutionnel).

Ensuite, nous réfléchissons à la question de la différence culturelle au travers de la pratique ethno psychiatrique de Devereux, Tobie Nathan et Marie Rose Moro. Nous terminons par des exemples pratiques d'expériences menées en Afrique en vue de rencontrer et d'appréhender le patient dans sa globalité (revue de la littérature).

En troisième partie, nous nous éloignons de la différence culturelle pour réfléchir à ce qui caractérise, de manière générale, la rencontre en psychiatrie. Quels sont les éléments dans le cadre d'une consultation de psychiatrie qui entrent en jeu dans la rencontre avec un patient ?

En quatrième partie, nous nous intéressons particulièrement à la rencontre avec un patient schizophrène. Pathologie de l'intersubjectivité par excellence, en quoi ce diagnostic perturbe-t'il directement les éléments de la rencontre psychiatrique ?

Sur quels éléments de cette intersubjectivité pathologique du schizophrène le thérapeute va-t-il de son côté devoir particulièrement travailler ? C'est ce que nous tentons d'analyser dans la cinquième partie. Les éléments décrits concernent la rencontre et la relation princeps et il ne s'agit pas d'analyser les mécanismes d'une psychothérapie au long cours.

En sixième partie nous ne traitons plus de rencontre duelle d'un thérapeute et de son patient mais de multiples rencontres au sein d'une institution. Nous nous basons pour cela sur une approche plus institutionnelle pour comprendre comment un travail collectif et une prise en compte du cadre de l'institution facilitent la rencontre du patient psychotique.

Enfin, en dernière partie, nous reprenons la situation clinique du début pour l'analyser au travers des différents regards présentés. Y a-t-il eu ou non rencontre ? Quels éléments auraient pu être pris en compte de manière différente ?

Nous concluons ce travail en tentant de dégager des grandes idées qui seront utiles à notre pratique psychiatrique ultérieure, dans un cadre plus général que celui de la psychiatrie transculturelle. L'objectif restant pour le psychiatre d'accéder à une rencontre authentique ainsi qu'à une compréhension globale et thérapeutique du patient.

# I. Description d'une situation clinique à Mayotte

Nous allons commencer ce travail par une description clinique. Dans un premier temps nous situerons le contexte social et culturel, puis le contexte institutionnel Mahorais. Nous terminerons par la description de Soibahati, patiente rencontrée en novembre 2012 alors que nous effectuons un stage d'internat à Mayotte.

## A. Contexte, culture propre à la société Mahoraise :

### 1. Carte géo-sociologique actuelle

#### a. Situation géographique (1)

L'archipel des Comores est un ensemble d'îles partagé entre deux pays indépendants : l'union des Comores à l'ouest (Anjouan, Grande Comores, Mohéli) et la France avec Mayotte à l'est.

Mayotte (Maore en shimaore) est une île de 374 km<sup>2</sup> située dans le canal du Mozambique, entre l'Afrique et Madagascar ; elle est à 70 km d'Anjouan, l'île voisine à l'ouest, et à 300 km du nord-ouest de Madagascar, à l'est.

Elle est composée de deux îles distantes de 2 km (Grande Terre 363 km<sup>2</sup> et Petite Terre 11km<sup>2</sup>) ; on passe de l'une à l'autre grâce à « la barge ».

Mayotte est une île volcanique ancienne entourée d'une barrière de corail. Le climat de l'île est tropical.

#### b. Population, langue, économie (1)

La population compte 212645 habitants (2012) pour une densité de 511 habitants au km<sup>2</sup> ; elle est très jeune (moins de 20 ans) et croît à toute vitesse (fécondité et immigration illégale) ; elle est à 95% d'origine africaine (Bantoue), avec quelques Indiens, Malgaches, Réunionnais et 2% de M'Zoungous (métropolitains enseignants ou militaires ou personnel de santé).

On estime à 30% le nombre de clandestins.

Les Mahorais sont à 95% musulmans, 4% catholiques et 1% protestants.

La langue officielle (enseignée à l'école) est le Français mais en pratique, les Mahorais parlent surtout shimaoré ou shibushi.

Le taux d'analphabétisation est élevé ; les enfants ne vont à l'école qu'à partir de 5 ans (manque de place) mais sont scolarisés plus tôt à l'école coranique.

Si Mayotte est « l'eldorado » de l'archipel Comorien, l'économie reste très précaire et survit essentiellement grâce aux aides de Paris. Il y avait 27% de chômage en 2011. La moitié des Mahorais travaille dans le secteur tertiaire ; le tourisme se développe doucement mais reste encore embryonnaire ; la pêche, l'agriculture et l'élevage sont traditionnels ; seules spécificités Mahoraises : l'exportation d'Ylang Ylang et de vanille.

## 2. Histoire du peuplement et de la situation administrative de Mayotte

### a. Migrations et peuplement (1)

La population et la culture de Mayotte se sont composées lors des migrations successives.

La première population est métissée entre des ethnies d'Asie du Sud Est et des ethnies africaines Bantoues. (IXème voir peut être Vème siècle après JC)

Puis durant l'aire Swahili, des commerçants arabes, indiens et perses peuplent l'île.

Du XIIème siècle jusqu'à l'occupation Française s'ensuivent de nombreuses périodes de conflits religieux (islamisation), d'invasions pirates...Les premières migrations de Malgaches à Mayotte se font au XVIème siècle.

Un ancien roi Malgache devient sultan de Mayotte puis finit pas céder l'île à la France en 1841. Le 25 aout 1841, Mayotte devient donc une colonie française.

Mayotte fut un haut lieu de l'esclavagisme à partir de 1841 (canne à sucre) et celui-ci perdurera longtemps après son abolition en 1846.

### b. Histoire des statuts géopolitiques (1)

De 1841 à 1976, c'est le début de la colonisation française et le rattachement de l'archipel comorien à Madagascar; Mayotte est alors une île française de l'archipel des Comores.

De 1946 à 1976, Mayotte et les Comores se détachent de Madagascar et deviennent le territoire des Comores (territoire d'Outre-Mer).

En 1975, on assiste à la séparation des Comores qui sont déclarées indépendantes et de Mayotte qui reste une collectivité territoriale française au statut provisoire.

Différents statuts se succèdent jusqu'au 29 mars 2011 où Mayotte devient département d'outre-mer (le 101<sup>ème</sup> département français et le 5<sup>ème</sup> d'outre-mer).

La séparation politique entre Mayotte et les Comores n'empêche pas l'unité géographique et culturelle des Comoriens mais explique aussi la problématique actuelle d'immigration clandestine massive des îles de l'archipel vers Mayotte « la française ».

En effet, si Mayotte a pu bénéficier du développement français, les Comores ont vu leur économie minée par l'instabilité politique...

Après cette esquisse géographique et historique, une présentation des caractéristiques de la société Mahoraise est indispensable.

### 3. Codes culturels de la population mahoraise (1, 2)

Le « monde social » Mahorais est en pleine mutation ; mais il va rapidement nous apparaître qu'il est impossible et illusoire de vouloir rencontrer les patients sans connaître ses codes.

#### a. Dans le village et entre les villages

A Mayotte, il n'existe pas de maison isolée, tous les habitants sont groupés en villages ; le village « humain » en opposition à la brousse « non humaine, monde de djinns et autres esprits ».

L'individu n'est jamais envisagé en tant que personne seule et unique mais au travers de différents réseaux qu'il occupe ; les principaux réseaux sont le village de naissance, la famille, les groupes religieux, et le système des classes d'âges.

Si l'individu est originaire du village, il est « munyeji » et doit se plier à de nombreux devoirs. Si l'individu n'est pas originaire du village, « mudjeni » (un homme qui se marie doit ensuite aller dans le village de sa femme par exemple), il va chercher à être intégré comme membre de ce village.

Le premier signe de participation à la vie de la communauté est religieux avec les mosquées (de village et de quartier) et les communautés religieuses (« twarika »).

Le deuxième réseau important est celui des classes d'âge ou « shikao » ; chaque individu doit offrir une fois dans sa vie un « shungu » (festin) à sa « shikao ».

Le chef du village est souvent le chef du groupe le plus âgé.

Un autre réseau social est constitué par l'école coranique. Il y en a une par village, les enfants y rentrent dès l'âge de 4 ou 5 ans et y vivent alors leurs premières relations sociales ;

Cultiver un statut social est une tâche ardue qui se complexifie du fait même de l'organisation de la société mahoraise ; en effet, un homme peut appartenir à plusieurs villages s'il a des ascendants issus de différents villages, de la même manière s'il se marie il doit aller dans le village de sa femme et chercher à s'intégrer dans ce nouveau village...

### b. Dans la famille

Le fonctionnement familial mahorais possède de nombreuses caractéristiques qui lui sont propres.

Deux éléments s'opposent à l'instabilité des liens par alliance :

-les liens du sang

-la figure maternelle

Il n'est pas rare que le fils confie à sa mère ses propres enfants à élever. Par contre, le père n'est souvent pas très présent et sera remplacé par une autre figure paternelle du côté de la mère.

Fréquemment, l'individu n'est pas désigné par son nom mais par son lien à ses ascendants et à ses enfants : « mère de ..., père de ..., fils ou fille de telle personne importante » ; à la maternité, les bébés n'ont pas de noms propres et on parle du « bébé de... »

La matrilocalité constitue la base de la société mahoraise ; lorsqu'un homme se marie, il doit aller habiter dans la maison et donc dans le village de sa femme.

Le mariage est au cœur des devoirs sociaux, l'homme doit payer une dot à la famille de sa femme et la grande fête du mariage est l'occasion de payer le shungu, de faire se rencontrer les familles et les communautés villageoises.

Comme nous l'avons déjà dit, les liens par alliance ne sont pas stables à Mayotte ; la polygamie pour les hommes, les divorces et les remariages (une femme a souvent eu 4 maris au cours de sa vie) sont extrêmement fréquents.

La différence sociale des sexes reste très marquée à Mayotte, même si les femmes revendiquent de plus en plus d'indépendance.

Pour la femme, la première expérience conjugale reste encore souvent difficile; la nouvelle génération de femmes cherche à faire des études, se révolte contre la polygamie encore courante ; nombreuses sont les femmes encore soumises à l'autorité de leur mari, dépendantes financièrement de leur mari et frères... une femme acquiert du pouvoir et de l'autorité en avançant en âge et en ayant des enfants.

### c. Religion et croyances (2, 3, 4)

Mayotte est une société musulmane où l'islam fournit un « cadre institutionnel » pour l'expression de la communication inter-mondes, c'est-à-dire entre le monde des humains et des non humains.

- Les djinns

Mot d'origine arabe, djinn signifie un « être surnaturel invisible créé à partir du feu et qui est assigné comme les humains aux services du créateur » ; il y en a plusieurs types, des bons comme des mauvais. Dans les contes populaires, les djinns peuvent prendre toutes les formes visibles et ils sont organisés en sociétés structurées.

Les djinns font donc partie intégrante de l'univers Mahorais ; il s'agit « d'esprits », qui, pour s'exprimer, empruntent régulièrement le corps (« siège ») d'une personne humaine ; le djinn rend son siège « malade » pour lui signaler qu'il veut entrer en communication avec lui et avec son entourage ; le possédé et sa famille doivent alors normaliser la communication lors de cérémonies très protocolaires. L'adhésion à ce système de pensée est un fait de socialisation ; en effet les rituels permettent aux patients de traverser la crise sans être mis à l'écart du groupe social et de donner une explication « rationnelle » de ce qui lui arrive.

Nous verrons qu'il sera très important de ne pas extraire la pathologie psychiatrique de ce sens social.

- Djinns et folie

En psychiatrie, il s'agit de distinguer celui qui a des djinns (mwendza madjini) de celui qui « est fou » (mwendza masera) ; pour le premier, les mahorais ont recours à l'adorcisme c'est-à-dire qu'ils font alliance avec l'esprit lors de rituels thérapeutiques (trumba malgache, patrosi

comorien) ; pour le deuxième aucune alliance n'est possible, c'est l'exorcisme, la folie ou « masera » n'est pas contrôlée et pourrait correspondre à la « folie » psychiatrique »...

- Les fundis

Ce sont les tradi-thérapeutes mahorais.

Les Mahorais ont recours au fundi si l'affection a été attribuée à un esprit (fundu wa djinni) ; ce sont alors les fundis qui dirigent les cérémonies traditionnelles dont on a parlé plus haut (adorcisme).

- Mahorais et médecine occidentale

A Mayotte, les représentations de la maladie correspondent à un modèle dit « exogène ». L'autre caractéristique principale est que la maladie est un fait social et doit être traitée comme tel. (Cérémonies traditionnelles)

D'après Céline Lartigau Roussin (6), médecin généraliste en dispensaire à Mayotte, les mahorais ont de plus en plus recours à la co thérapeutique. Ils utilisent en général la médecine occidentale pour traiter les symptômes et la médecine traditionnelle pour traiter la cause.

La notion de maladie chronique reste très théorique chez les Mahorais et ils interrompent souvent les traitements précocement. Cependant, il semble que la chronicité de certaines maladies soit reconnue ; c'est le cas pour la folie (**masera**), la lèpre (**wanefu**), l'épilepsie (**kifafa**).

#### 4. Génération « entre-deux » (1, 2, 7)

##### a. Description de cette génération

Ils correspondent à la génération des 20/35 ans.

Leurs parents ont connu l'implantation de la médecine occidentale et y ont recours en plus de la médecine traditionnelle. La génération de leurs parents commence à être allée en métropole mais n'y ont souvent pas fait leurs études. Ils ne parlent pas tous bien le français. Leurs grands parents ne sont jamais allés en métropole, ne parlent souvent pas français et n'ont recours qu'aux soins traditionnels.

Il s'agit des Mahorais ayant accès à l'information mondiale via internet, ayant pu suivre des formations « scientifiques » universitaires, ayant été en métropole ou connaissant un proche y étant allé. Ils parlent le français.

La plupart de ceux que j'ai rencontrés étaient infirmiers à l'hôpital. Ils avaient fait leurs études en métropole et avaient une trentaine d'années.

Depuis quelques années, l'état français aide financièrement les mahorais à partir en métropole pour les études.

Cette part de plus en plus nombreuse de Mahorais s'inscrit dans la « modernité » en affichant une adhésion quasi-totale (et parfois aveugle) au système biomédical et en s'éloignant des croyances de leurs grands-parents.

### b. Des changements trop rapides ?

Les médecins qui ont travaillé à Mayotte il y a une dizaine d'années sont assez formels à ce sujet et pensent que les mahorais n'ont pas eu assez de temps pour s'adapter à ce qui s'est imposé à eux.

D'après Sophie Bouffart, les rites de possession seraient dans ce contexte une sorte de résistance à l'importation de la société occidentale : « *la souffrance sociale s'exprime par les djinns ; c'est une façon de s'opposer individuellement et collectivement à de nouvelles lois françaises parfois inadaptées* » (4)

D'après le Dr Régis Airault (8), il existe effectivement une crise « d'identité » face à un monde en pleine mutation.

Les jeunes sont brutalement exposés à la société de consommation, aux médias via internet et se retrouvent dans une sorte de double contrainte entre leurs parents, la vie souvent difficile sur l'île et l'accès à cette mondialisation idéalisée. Certains parlent de perte de repères, d'effacement progressif des interdits sociaux traditionnels.

De ce fait, la société Mahoraise change en profondeur : certains fundis proposent des consultations payantes, le groupe familial élargi basé sur la matri-localité se raréfie (au profit de foyers plus petits avec des familles nucléaires à l'occidentale), les mahorais migrent vers Mamoudzou...

Face à une administration et à un gouvernement Français qui ne partagent par leurs références culturelles, certains habitants se sentent en situation « transculturelle » sur leur propre terre ; ce paradoxe induisant une nouvelle génération souvent très ambivalente.

### c. Une génération avec des aspirations nouvelles

Si les valeurs caractéristiques des mahorais étaient la retenue, l'appartenance au groupe, la solidarité communautaire, le respect et la soumission aux aînés, elles sont peu à peu remplacées par l'autonomie, l'efficacité, la productivité, l'épanouissement personnel...

Les parents, quand ils le peuvent, favorisent le départ de leurs enfants en métropole pour les études.

Le rapport aux devoirs « sociaux » change : le mariage est moins important par exemple.

Les nouvelles générations se révoltent de plus en plus face aux mariages arrangés, à la polygamie.

Les aspirations des femmes changent et elles souhaitent faire des études, travailler, ne plus être dépendantes de leur mari. Cependant, malgré une évolution rapide des mentalités, le statut de célibataire reste encore quasiment inconcevable pour une femme et celle-ci doit avoir des enfants. Quelques femmes travaillent mais elles sont encore rares.

Cette nouvelle génération doit trouver un équilibre entre « modernité » et réalité mahoraise difficile.

Ces dernières années, l'augmentation des migrations illégales de Comoriens associée à la précarité économique de l'île entraînent des tensions sociales croissantes.

Nous allons maintenant présenter un bref historique de la création du secteur de santé mentale sur l'île.

## **B. La psychiatrie à Mayotte**

### 1. Naissance et mise en place de la psychiatrie à Mayotte

Ces informations ont été recueillies au cours de l'interview de Bouchourani que nous avons rencontré lors de notre stage. Aide médico psychologique Mahorais présent depuis la naissance de la psychiatrie à Mayotte, il fut pour nous une riche source d'apprentissage de la culture mahoraise. Grâce à lui, nous pûmes aussi assister à des cérémonies traditionnelles. Avant 2001, des missions « psychiatriques » de la Réunion venaient de temps en temps en expédition à Mayotte.

Le « fondateur » du secteur de santé mentale est le Docteur Régis Airault ; Arrivé à Mayotte en septembre 2001, il « ouvre » le centre en octobre.

Les 10 premiers mois, les moyens mis en œuvre sont très restreints : l'équipe psychiatrique est constituée de 3 personnes (le Dr Airault, un aide médico psychologique Bouchourani et une secrétaire) et les locaux se résument à 2 bureaux exigus. Les soins ont alors le plus souvent lieu lors de déplacements au domicile des patients, ceci permettant ainsi un premier repérage des patients difficiles.

En janvier 2002, un infirmier psychiatrique de la Réunion est recruté.

En juin 2002, le directeur du centre hospitalier de Mayotte cède un local (« Mattulaï ») qui sera destiné à la psychiatrie.

En 2003, l'équipe s'étoffe avec l'arrivée d'un psychiatre assistant, d'une psychologue, de 2 autres infirmiers psychiatriques et de 2 aides-soignants traducteurs.

Jusqu'à son départ de l'île en 2006, le Dr Airault défendra une politique préventive de secteur ayant pour but de limiter le plus possible l'extraction des patients de leur culture et de leur lieu de vie ; dans ce cadre, il était donc peu favorable à la création d'un service d'hospitalisation psychiatrique. L'essentiel de l'activité, en plus des consultations au CMP, a donc lieu dans les différents dispensaires de l'île; il existe aussi un temps de présence psychiatrique au centre hospitalier de Petite Terre, en prison et au tribunal ainsi que des avis donnés aux urgences, en médecine et à la maternité.

Nous pouvons citer le Dr Airault:

*« Il pourrait paraître séduisant de créer un service psychiatrique au CHG mais cela semble comporter plus d'obstacles que d'avantages, car l'on finit par être pris dans la temporalité de l'hôpital général. L'idéal étant d'être aussi autonome que possible par rapport au CHG [...] »*

(9)

Un incendie entraîne le déménagement du CMP vers des locaux accolés au centre hospitalier de Mamoudzou ; en 2013, ces locaux sont toujours les mêmes mais un projet d'agrandissement est en cours.

Plusieurs psychiatres assistants et remplaçants se succédèrent après le départ du Dr Airault. En 2007, la création du service psychiatrique est portée par les Dr Lefevre et Buron. Il est à côté du CMP et jouxte les autres services de l'hôpital.

## 2. Organisation institutionnelle actuelle

### a. Présentation générale

Actuellement, la situation du centre de santé mentale est la suivante : une activité de consultations au CMP, une activité de psychiatrie hospitalière, une activité de liaison (urgences et services) et une activité de secteur.

Au niveau du personnel, il y a 7 psychiatres temps plein dont 2 sur des postes temporaires de 1 à 2 ans ; il n'y a pas de psychiatre mahorais, il y a un psychiatre d'origine malgache ayant fait ses études en métropole et les autres sont d'origine métropolitaine.

Cinq psychologues, 2 Mahorais et 3 métropolitains sont répartis dans le service (1), au CMP(3), en liaison(1) et 1 accompagne dans certains dispensaires. Les psychologues mahorais ont fait leurs études en métropole, âgés de trente ans environ ils appartiennent à la « génération entre deux ».

Les infirmiers sont surtout métropolitains ; mais depuis l'ouverture en 2009 d'une IFSI à Mayotte, le nombre d'infirmiers mahorais augmente. (3 infirmiers sur 10 sont mahorais fin 2012)

Les aides-soignants/traducteurs sont tous mahorais.

### b. L'activité de secteur

L'activité de secteur reste très importante ; l'île est divisée en 4 sous-secteurs avec dans chacun des dispensaires de brousse ; une équipe psychiatrique (infirmier, psychologue et psychiatre, traducteur) se rend dans chaque secteur une à deux fois par semaine.

L'infirmier en charge du secteur est une personne « clé » ; il s'agit d'infirmiers ayant le plus souvent passés plusieurs années à Mayotte et stables dans leur poste (ne tournent pas avec d'autres infirmiers) ; l'aide-soignant traducteur connaît aussi très bien les patients du fait de son ancienneté.

En théorie il y a aussi un psychiatre par secteur mais la réalité de terrain à Mayotte fait que ce n'est pas toujours aussi simple. En effet, le manque criant de psychiatre leur impose de parer au plus urgent... (Urgences, service)

Le fonctionnement dans ces dispensaires est assez rudimentaire, les patients ont un carton avec le jour du rendez-vous mais pas d'heure ; ils se présentent au dispensaire et sont reçus selon leur ordre d'arrivée. Sachant que nous pouvions recevoir jusqu'à 30 patients en une matinée, l'attente pouvait être longue...

Ils existent dans chaque dispensaire des pharmacies (plus ou moins bien fournies) où les patients peuvent venir chercher leurs médicaments.

Plus récemment et selon les secteurs, des activités de type CATTP s'ébauchent.

### c. Le CMP

Le CMP possède plusieurs bureaux de consultations et des ateliers thérapeutiques de type CATTP (relaxation, plusieurs ateliers pour les enfants).

Psychiatres, psychologues, infirmiers (entre secteur et CMP), aides-soignants mahorais (4 qui partagent leur temps entre secteur, CMP, traduction, ménage...).

Il est important de mentionner qu'un projet de pédopsychiatrie individualisée est en cours de réalisation. Actuellement, une équipe de 2 psychiatres, une infirmière et 2 psychologues se consacre plus spécifiquement à la pédopsychiatrie.

### d. « Aux urgences »

Aux urgences, il existe un petit bureau de consultations dédié à la psychiatrie. Trois infirmiers sont à ce poste et les psychiatres s'y relaient ; théoriquement la même équipe doit pouvoir se détacher pour donner des avis dans les services (médecine, maternité) mais cela est difficile en pratique car les demandes (souvent mal orientées) affluent et laissent peu de temps...

Il n'y a pas d'aide-soignant « psychiatrique » à ce poste et nous devons demander l'aide du personnel des urgences pour les traductions...

### 3. Particularités Mahoraises

#### a. Inégalités encore présentes

Même si les barrières tendent à devenir de plus en plus perméables, les clivages de la société mahoraise se retrouvent dans la structure de l'équipe. Les métropolitains sont souvent ceux qui ont le plus haut salaire et qui sont décisionnaires. Les Mahorais sont encore assez clairement scindés en deux groupes : les mahorais favorisés relativement occidentalisés (ce sont les infirmiers ou les psychologues, ils ont fait leurs études en France) et les mahorais plus « populaires » (ils ne sont jamais allés en métropole, maîtrisent mal le français et sont plus encrés dans la culture traditionnelle ; ce sont plus souvent les aides -soignants/traducteurs)

#### b. Les traducteurs, les enjeux de la traduction

- Les traducteurs

Aux urgences, ce sont les aides- soignants qui aident à la traduction en plus de leur travail habituel. Il est important de souligner que ce travail primordial en psychiatrie n'est actuellement pas reconnu par l'hôpital; les aides-soignants se retrouvent donc pris entre leurs obligations officielles de ménage et les (longues) traductions qu'on leur demande de faire lors des entretiens.

Cette contrainte est la cause de grandes résistances aux urgences lorsque nous sollicitons les aides -soignants pour traduire ; en effet, débordés par le rythme des urgences médicales, ils sont peu disponibles et souvent « effrayés » à l'idée d'entrer en relation « avec des fous ou des personnes possédées ».

La situation est un peu différente au CMP, en secteur et dans le service de psychiatrie ; en effet les aides -soignants sont sensibilisés au fonctionnement de la psychiatrie « m'zungu » (des blancs) et leur travail de traduction est plus reconnu et valorisé.

Et surtout, en plus d'être traducteurs, les aides -soignants présents depuis les débuts du service de santé mentale connaissent mieux les patients que le personnel métropolitain. Eux-mêmes inscrits dans la société mahoraise, ils peuvent connaître la famille d'un patient, les rumeurs qui le concerne... Ces éléments sont primordiaux puisqu'à Mayotte, l'individu est envisagé comme un être social.

- La traduction

Lors des entretiens psychiatriques, l'acte de traduire est très complexe et ne se résume certainement pas à une traduction « mot à mot » ; le traducteur triangule la relation patient/soignant, et la tonalité de l'entretien va souvent dépendre de la manière qu'il a de transmettre les informations d'un bord (occidental métropolitain) à l'autre (mahorais).

Il est le « relais » de 2 cultures. Ainsi, il doit pouvoir contextualiser et expliquer au soignant les enjeux culturels qui lui échappent et retraduire une question en termes « signifiants » pour le patient. Certaines questions abordées sans difficulté en métropole peuvent être très agressives ou « taboues » à Mayotte par exemple.

Dans le service et au CMP, les psychiatres et les traducteurs se connaissent, sont au courant de la prise en charge et travaillent avec les mêmes objectifs. Aux urgences, mes premières expériences furent plus difficiles : traducteur qui se met à parler avec le patient en m'excluant de l'entretien, traducteur brusquement terrorisé et quittant la pièce sans que je ne comprenne pourquoi, traducteur contraint et tendu probablement agressif dans sa manière de reformuler mes questions...

Dans ce contexte, il est donc indispensable de « préparer » la traduction en suivant quelques règles simples : s'assurer de la bonne volonté du traducteur (ne pas le contraindre s'il a peur ou s'il n'a pas le temps !), lui expliquer la situation avant l'entretien et les informations que l'on va chercher à obtenir. La qualité de mes entretiens en a été grandement améliorée !

Nous allons maintenant aborder le fonctionnement du service de psychiatrie. Nous y avons rencontré la patiente dont nous parlerons plus loin.

#### 4. Le service de psychiatrie à Mayotte

Il est créé en 2007 et se compose de 5 lits et de 2 chambres d'isolement. Depuis octobre 2012, le service est composé de 10 lits et 2 chambres d'isolement.

##### a. Des règles « occidentales »

Le fonctionnement de base du service est calqué sur celui d'un service occidental.

Les hospitalisations sous contrainte sont soumises aux mêmes règles administratives qu'en métropole. Les patients et leur famille doivent respecter le système des permissions avec des horaires de départ et de retour précis dans le cadre du contrat de soins.

La vie du service est rythmée par les mêmes rituels qu'en métropole : 3 repas et une collation par jour, levers et coucher à heures fixes, toilette le matin, distribution des traitements à l'infirmier à heures fixes, entretiens médicaux dans le bureau médical en présence d'un infirmier et de l'aide-soignant traducteur, entretiens avec les familles et visite des familles l'après-midi...

Comme en métropole, il est « interdit » que la famille, la mère ou les proches du patient restent la nuit avec lui ; il est le plus souvent interdit ou fortement réglementé que la famille apporte de la nourriture au patient en plus de la nourriture « de l'hôpital ».

### b. Rapport des mahorais avec le service

Le recours à l'hospitalisation à Mayotte est encore rare dans une société où les croyances animistes confèrent aux proches une plus grande tolérance vis-à-vis des symptômes présentés. Le recours aux soins occidentaux se fait généralement après un premier échec des soins traditionnels lorsque les troubles du comportement et l'hétéro agressivité débordent les proches. La demande est alors : contenir, surveiller et calmer le patient jusqu'à ce qu'il puisse de nouveau bénéficier des traitements traditionnels.(10)

Dans ce contexte, la contention physique et chimique et le cadre fermé du service sont bien compris par les familles. Néanmoins la limitation des visites, l'interdiction d'apporter de la nourriture, l'interdiction pour les mères de rester dormir avec le patient sont d'importantes sources de tension avec l'entourage.

Il faut en effet penser que Mayotte fonctionne avant tout sur un mode groupal opposé à l'individualisme occidental. Ainsi, rendre visite « au malade » n'est autre qu'un devoir de protection de la communauté. C'est pour cela que l'isolement du patient que nous jugeons thérapeutique peut être vécu comme une des choses « les plus graves » qui puisse arriver à un individu (au travers des dimensions collective et culturelle).

### c. Les premières questions...

Très rapidement, des questions pratiques se posent au psychiatre qui doit se positionner.

Faut-il refuser le traitement que le fundi prodigue au patient par l'intermédiaire des familles ?

Faut-il refuser les permissions demandées pour réaliser les soins traditionnels ?

Toutes ces questions concernent le fonctionnement « occidental » du service.

Si le principal objectif d'une hospitalisation à Mayotte n'est pas celui d'une régulation sécuritaire (patients hétéro agressifs...) mais bien de la rencontre de l'altérité, nous comprenons qu'il va s'agir de prendre en compte l'aspect culturel de la société mahoraise.

#### d. Mouvements institutionnels, « équipes tournantes »

A Mayotte, le manque de psychiatres est une des principales difficultés institutionnelles.

Les contrats sont souvent très courts (1 à 2 mois) et les remplaçants se succèdent. Quasiment tous les psychiatres sont métropolitains.

Les deux tiers des infirmiers sont métropolitains avec eux aussi des contrats assez courts.

Les aides-soignants sont tous mahorais et apportaient un peu de cohésion à cet ensemble hospitalier mouvant.

L'autre membre important de l'équipe était le psychologue. D'origine Mahoraise, il permettait un lien interculturel riche mais avait hélas peu de temps disponible dans le service. Il défendait l'idée de rentrer en contact avec des « fundis », d'organiser des réunions avec les tradi-thérapeutes ; projet sans cesse repoussé à demain par « manque de temps ».

Après avoir posé le contexte, nous allons développer la rencontre d'une patiente schizophrène, Soibahati.

### C. Présentation d'une situation clinique : Soibahati

*Nous allons commencer par décrire nos premiers contacts avec la patiente lorsque nous l'avons rencontrée dans le service de psychiatrie. Puis nous retracerons sa biographie et son anamnèse.*

*Ce travail se veut descriptif. La réflexion sur cette situation clinique ne se fera qu'en dernier chapitre de thèse, après exposition de différentes méthodes de rencontre.*

#### 1. Novembre 2012, je rencontre Soibahati

##### a. Pourquoi choisir ce cas clinique ?

Nous avons choisi de développer le cas d'une patiente souffrant de schizophrénie pour plusieurs raisons.

Nous n'avons pas pour objectif de faire une thèse d'ethno psychiatrie « pure ». La situation de trans-culturalité doit nous donner ici plus de matière à réfléchir sur l'importance du cadre, des croyances de manière générale et de l'environnement du patient.

Le choix de la pathologie est ici motivé par le fait que la présentation clinique de la schizophrénie à Mayotte soit assez similaire à celle rencontrée en métropole ; nous retrouvons dans la littérature que, malgré les particularités culturelles, la schizophrénie est un invariant qui toucherait de manière égale les différentes populations à travers le monde, autant en terme de présentation sémiologique que de prévalence (environ 1% de la population à travers le monde)(101, 102). Certains signes cliniques peuvent être plus francs (désorganisation) mais les doutes diagnostics en lien avec la situation transculturelle sont très faibles ; la question ici ne sera donc pas diagnostique.

Nous pouvons cependant souligner quelques différences assez générales au niveau de l'entourage des patients schizophrènes à Mayotte ; d'une part le jugement social et la honte sont plus grands pour le patient et sa famille qu'en métropole, et ils peuvent parfois être victimes d'une hostilité très forte du voisinage ; d'autre part on observe parallèlement une très forte solidarité du groupe familial qui semble s'épuiser moins rapidement qu'en métropole ; ainsi, quand le patient est rejeté par sa famille, c'est souvent un signe de gravité de la pathologie.

L'autre raison du choix de cette situation est que les patients schizophrènes à Mayotte sont ceux qui sont le plus souvent hospitalisés (10) et qui vont donc questionner de la manière la plus aigüe le problème de notre modèle de soins. Questionnements légitimés par le pronostic de la maladie qui est réputé meilleur dans les pays en développement. (101, 102)

### b. Premières présentations dans le service

Nous avons rencontré Soibahati quelques jours après notre arrivée à Mayotte.

Fraichement débarquée sur la petite île, nous n'avions qu'une vague idée des éléments culturels sus cités. Alors qu'une infirmière M'zungu (blanche métropolitaine) nous faisait visiter le service de psychiatrie, Soibahati fut la première patiente que nous vîmes. Elle était dans une des chambres neuves du service, au pied de son lit. Hormis une couverture colorée, il n'y avait pas d'autres effets personnels singularisant la chambre. Assise par terre, la patiente était penchée sur un gros sac en plastique rempli d'objets hétéroclites. Soibahati était petite

et menue. Sa tenue reflétait d'emblée la désorganisation psychique et le vécu délirant de morcellement corporel dans lequel elle devait se trouver ; elle était vêtue d'une robe sur laquelle elle avait superposé de nombreux tissus. Son visage était fin, harmonieux, elle était voilée comme la plupart des mahoraises. Soibahati avait environ 25 ans.

Malgré la situation de déracinement dans laquelle je me trouvais, je n'eus aucun mal à identifier la bizarrerie qui émanait de la patiente ; la dissociation idéo affective et la désorganisation de Soibahati étaient majeures. Soibahati me jeta un regard furtif et halluciné puis se mit à chanter. On reprit la visite du service.

### c. Poursuite des rencontres

Les contacts suivants avec la patiente se firent avec le Dr Bernard, psychiatre à plein temps dans le service depuis presque un an.

Il n'y avait pas de rituel immuable, nous essayions de voir Soibahati quotidiennement. Souvent les entrevues avaient lieu dans sa chambre quand elle s'isolait du reste du service.

- « Les mauvais jours »

Le matin, dès que nous poussions la porte du service, l'ambiance sonore pouvait nous renseigner sur « l'état » de Soibahati ; si elle n'était pas dans la cour et que nous entendions de longues plaintes douloureuses et angoissées, « ce n'était pas un bon jour pour Soibahati ». Le rapport des infirmiers ne se faisait alors pas attendre : « Soibahati n'a pas dormi de la nuit, ce matin au réveil nous avons retrouvé sa chambre sans dessus dessous. »

Dans ces périodes-là, toute communication avec la patiente était impossible ; elle criait, parlait en shimaoré de manière ininterrompue, puis en français ; seuls certains mots et noms propres semblaient revenir de manière plus fréquente dans la salade de mots de la patiente. Elle pouvait aussi se montrer agressive verbalement et plus rarement physiquement envers les soignants. Les soins d'hygiène basiques étaient alors presque impossibles et Soibahati ne s'alimentait quasiment plus. Emmurée dans son délire et ses hallucinations, elle s'isolait et restait toute la journée dans sa chambre.

- « Les bons jours »

Soibahati restait dans la cour avec les autres patients et prenait parfois ses repas avec eux. Elle ne criait plus et se mettait même souvent à chanter entre deux monologues. Il lui arrivait d'entrer dans le bureau médical lorsque nous laissions la porte entrouverte. Soibahati

s'asseyait alors sur la chaise en face de nous, s'engageait dans un flot ininterrompu de paroles, faisait mine de s'adresser à une 3<sup>ème</sup> personne dans le bureau, gesticulait puis repartait.

Elle avait aussi repéré ma montre et elle me l'ôtait souvent pour la mettre à son poignet puis quittait le bureau avec.

- Description clinique

Les éléments délirants et hallucinatoires étaient présents en permanence avec une adhésion totale de Soibahati. La patiente alternait des phases de quelques jours entre exacerbation des troubles et retour à l'état basal.

Dans les moments d'amélioration clinique, les signes qui s'atténuaient étaient essentiellement le retrait autistique, l'agressivité et l'angoisse. De brefs instants d'échange pouvaient avoir lieu mais la patiente restait en permanence aux prises d'hallucinations auditives et d'hallucinations visuelles entravant le cours de sa pensée gravement. Les hallucinations auditives étaient des voix distinctes et multiples avec qui la patiente discutait en permanence. Nous supposons qu'il s'agissait de voix familières car des noms de personnes de sa famille revenaient sans cesse dans son discours. La tonalité des monologues était très liée aux différentes phases : conflictuelle lors des aggravations et plus apaisée lors des améliorations. De la même manière les hallucinations visuelles étaient plus ou moins angoissantes et il nous semblait qu'il s'agissait de multiples personnes connues la plupart du temps. L'instabilité psychomotrice et la labilité émotionnelle rendaient la patiente totalement instable et imprévisible. Le thème du délire n'était pas net, très lié aux hallucinations, imaginatif, il concernait surtout sa famille.

Lors des phases d'aggravation, les hallucinations et le délire étaient sources d'angoisses archaïques à certains moments majeures qui exacerbaient l'agressivité. Des éléments de défense maniaques apparaissaient : insomnie et troubles du comportement nocturnes, logorrhée... D'autres éléments plus régressifs s'y ajoutaient : troubles du comportement alimentaire (anorexie, sélection de certains aliments), incurie.

A la thématique délirante s'ajoutait alors une dimension persécutive vis-à-vis de la mère de la patiente.

La manière dont Soibahati utilisait le langage était elle aussi représentative de sa désorganisation psychique : mélange de Schimaoré et de Français souvent incompréhensible,

salades de mots... Très logorrhéique lors des aggravations, tachy-psychique, sa pensée était complètement désorganisée avec des éléments délirants qui rendait le discours totalement hermétique. Lors des phases d'amélioration, des phrases pouvaient être saisies et il nous semblait que Soibahati pouvait discriminer les personnes qui comprenaient le Français de celles qui parlaient shimaoré.

Quelques phases dépressives purent être observées, essentiellement lorsque Soibahati semblait persécutée par sa mère. La symptomatologie délirante et hallucinatoire n'était cependant pas toujours congruente à l'humeur ; c'était plus la répercussion anxieuse qui était au premier plan.

Lorsque j'ai rencontré la patiente, non seulement l'état clinique était extrêmement préoccupant mais la pathologie était très résistante aux traitements médicamenteux.

Nous allons maintenant retracer le « parcours » de la patiente à partir des documents retrouvés dans les anciens dossiers et des témoignages des soignants. Nous ferons cette description au travers de différents systèmes : les outils de soin psychiatriques mais aussi l'inscription particulière de la patiente entre 2 cultures, la dynamique familiale, les croyances de la famille vis-à-vis de la maladie et des soins proposés...

## 2. Éléments biographiques et anamnestiques. De la naissance jusqu'à 18 ans.

### a. Biographie, famille

Soibahati S. est née en 1987 à Mayotte, sur Petite Terre à Labattoir. Elle est issue d'un couple mixte : son père est mahorais et sa mère est Comorienne (Mohéli) ; de par ce mariage et la naissance de sa fille, la mère de Soibahati obtint un titre de séjour « pour raisons familiales » pour vivre à Mayotte ; avant cela elle avait vécu clandestinement à Mayotte quelques années et la majeure partie de sa famille était restée à Mohéli.

La famille du père de Soibahati était par contre relativement aisée.

Les parents de la patiente se séparèrent lorsque celle-ci avait 2 ans. Son père se remaria et partit à Lyon avec sa nouvelle épouse dont il eut ensuite 2 filles. Il travaillait en métropole comme agent de sécurité.

La mère de Soibahati se remaria avec un homme polygame avec qui elle eut 2 fils. Cet homme est décrit comme absent, favorisant ses autres épouses et peu soucieux de la mère de la patiente ; de plus celle-ci, après le divorce, semble avoir été rejetée par la famille mahoraise du père de Soibahati ; la situation économique de la mère est alors rapidement devenu difficile et elle effectuait divers petits travaux pour assurer un maigre revenu (ménages, commerce de légumes et de plats cuisinés sur les marchés).

### b. Entre sa mère et son père

- De 2 ans à 14 ans ; chez sa mère à Mayotte

Soibahati a vécu avec sa mère jusqu'à l'âge de 14 ans dans ces conditions assez précaires. Nous n'avons pas retrouvé d'élément biographique marquant durant cette période. Nous pouvons cependant supposer qu'elle présentait des difficultés scolaires car elle était scolarisée en PPF (à Mayotte, classe adaptée aux élèves présentant de grandes difficultés scolaires).

- De 14 ans à 18 ans ; chez son père à Lyon

En 2000, Soibahati fut envoyée en métropole chez son père. Les motifs précis de ce départ restent peu clairs, hormis des raisons financières (difficultés de la mère à assurer la charge d'un enfant) et la scolarité supposée de meilleure qualité en métropole.

La patiente est restée à Lyon jusqu'en juillet 2005.

Soibahati fut scolarisée en CM2 (à 15 ans) puis en CLISS (de 16 à 18 ans environ) dans un institut médico-professionnel ; d'après le père, elle aurait en même temps travaillé « en cuisines ». Ce parcours scolaire confirme le retard dans les acquisitions scolaires (presque 5 ans !) supposé plus haut.

- Début des troubles psychiatriques à Lyon

Les débuts des troubles se situeraient à l'âge de 15 ans, quelques mois après l'arrivée de Soibahati en métropole. Cette période est assez floue et nous n'avons pas pu obtenir de détails précis en questionnant les parents. Il semble néanmoins que ce fut une période « difficile » pour la patiente qui aurait eu de grandes difficultés à s'adapter dans sa « nouvelle famille » et au collège.

La patiente fut hospitalisée pour la première fois en mai 2005 au centre hospitalier Le Vinatier à Lyon. Là encore, de manière assez surprenante, la mère que l'on questionne à ce sujet nous

répètera sans cesse « je ne sais pas si elle a été soignée la bas. » Ces informations ont donc été obtenues auprès du père de la patiente.

### 3. Retour à Mayotte à 18 ans ; soins psychiatriques

#### a. Le retour à Mayotte, chez sa mère

Puis Soibahati rentra de manière définitive en aout 2005, elle était alors âgée de 18 ans. Le motif du retour à Mayotte fut bien sûr le retour dans la famille mais aussi une ré-immersion culturelle; en effet, dans un contexte où le traitement hospitalier psychiatrique ne sembla pas avoir été concluant, la mère souhaitait commencer à effectuer des traitements traditionnels Comoriens.

Une fois de retour, Soibahati s'installa alors chez sa mère à Kawéni (banlieue pauvre de Mayotte) avec ses 2 demi-frères. Peu de temps après son arrivée, la patiente fugua plusieurs fois du domicile de la mère et se jeta du toit de la maison (blessure au genou sans gravité).

#### b. Début du suivi psychiatrique

- Première consultation

Devant les troubles du comportement importants de sa fille, la mère prit contact avec l'équipe de psychiatrie de Mayotte en novembre. La consultation eu lieu avec le psychiatre au dispensaire de Jacaranda.

Elle ne parlait qu'en Shimaoré et tous les entretiens durent ensuite se faire en présence d'un traducteur.

Lors de ce premier entretien la mère de la patiente expliqua d'emblée qu'un fundi avait déjà été consulté et qu'il avait pu mettre en évidence un « mauvais sort » ; D'après ce fundi Soibahati aurait suscité la malveillance du groupe car « **elle parlait français et refusait de parler Shimaoré** ». Lors de cette consultation la patiente fut décrite par le psychiatre comme « *très discordante, inaccessible à tout contact, alternant des moments de mutisme complet avec une soliloquie agitée, visiblement en proie à un vécu hallucinatoire très intense* ».

La patiente bénéficia alors aussitôt d'un traitement neuroleptique anti-productif puissant.

- Suivi ambulatoire

En novembre, les consultations suivantes se firent sans la patiente, la mère se présentant seule. Celle-ci décrivait aux psychiatres de graves troubles du comportement et mettait en

avant les nombreuses consultations chez les fundis. Ces consultations traditionnelles semblaient conditionner la prise ou non du traitement médicamenteux prescrit.

**Fin mai 2006, Soibahati réintègra une CLISS.** Elle y alla pendant 4 mois mais son état clinique fut rapidement incompatible avec cette re-scolarisation. S'ensuivit alors une période où la prise de traitement fut très anarchique. Elle évoquait aux psychiatres les soins traditionnels qu'elle recevait : « *il vient à la maison toutes les semaines, il me met de l'huile dessus* » ou encore « *je suis fatiguée avec vos médicaments* ».

Durant presque un an, le suivi se poursuivit émaillé de quelques ruptures de traitement, avec la mère, sans la mère, avec la mère et sa fille. La mère alternait entre compliance et attitude distante vis-à-vis de la prise en charge.

D'autres traitements neuroleptiques furent essayés et se succédèrent.

### c. Déménagement chez son père

En septembre 2007, la situation clinique se dégradait brusquement.

Soibahati fut retrouvée par la police, extrêmement hallucinée, alors qu'elle errait nue sur la rocade. Une semaine après, la mère se présenta seule en consultation et expliqua que Soibahati « l'avait battue » et qu'elle était partie vivre chez son père suite à cet événement. Le discours de la mère était assez **paradoxal** : « j'ai peur que son père ne lui fasse pas bien prendre son traitement ».

Le père fut reçu en consultation le lendemain et tint un tout autre discours; d'après lui c'était la mère qui aurait battu Soibahati...

C'est ainsi que la patiente retourna vivre dans sa maison de naissance, maison « d'avant le divorce de ses parents ».

Elle resta chez son père d'octobre 2007 à avril 2008. Durant toute cette période, les consultations ambulatoires se poursuivirent ; Soibahati restait toujours très envahie par son vécu délirant et hallucinatoire mais les troubles du comportement s'étaient légèrement amendés. Son père l'accompagnait régulièrement en consultations mais les **deux parents** ne se présentèrent **jamais ensemble**.

Parallèlement de nombreux autres traitements furent testés sans démontrer plus d'efficacité.

Aux derniers entretiens, le père parut inquiet par rapport à la prise des traitements par sa fille. Peu de temps après, Soibahati rentra chez sa mère.

#### d. Retour chez sa mère

Après ces 7 mois chez son père, Soibahati retourna donc vivre avec sa mère. Un mois plus tard environ, l'état clinique de la patiente se dégrada à nouveau. La mère vint seule aux consultations et paraissait très abattue, elle s'effondra en larmes pour la première fois depuis le début du suivi.

L'escalade médicamenteuse se poursuivit sans plus de résultats; la mère paraissait alors accorder plus d'importance aux médicaments ; l'attitude de Soibahati vis-à-vis des traitements changea aussi, elle ne les refusait plus comme avant mais avait plutôt tendance à les surconsommer.

Un nouvel outil thérapeutique fut déployé : les **visites à domicile** hebdomadaires.

La mère, après l'effondrement décrit des dernières semaines, se tourna à nouveau vers les soins traditionnels ; « *le fundi m'a dit que les crises sont normales ; c'est le **shetwan**, ça va passer.* » (voir I, A, 3 « croyances »)

### 4. Hospitalisations

#### a. Première hospitalisation, en médecine (2008)

- Comportement dans le service

Le 23 juillet 2008, Soibahati est retrouvée comateuse lors d'une visite à domicile, elle avait surconsommé son traitement. Elle resta hospitalisée en médecine jusqu'au 5 août.

Aux urgences Soibahati réussit à fuguer de la chambre d'isolement.

En médecine, les consignes stipulèrent un éloignement de la mère qui fut écartée des visites.

Ensuite, le comportement de la patiente fut rapidement « problématique » : elle soliloquait, chantait en permanence (de nuit comme de jour), « faisait peur » aux autres patientes de sa chambre (4 lits), fugua puis fut retrouvée la nuit sur le toit de la pharmacie...

- Une sortie paradoxale

Le psychiatre d'astreinte organisa dès le lendemain un rendez-vous avec la famille pour préparer une sortie mais celle-ci ne se présenta pas.

La mère vint seule plus tard dans la journée pour faire sortir sa fille « sans l'avis du médecin » mais selon les observations écrites, Soibahati résista :

« [...] qu'à ce moment-là, la patiente refusa de reconnaître sa mère ou tout au moins de la suivre ».

Le psychiatre décida alors de **maintenir l'hospitalisation contre le gré de la mère**.

Suite à une nouvelle consultation le lendemain avec la mère et la patiente, un retour à domicile fut finalement organisé.

- Post hospitalisation

Les visites à domicile reprirent. La mère investit beaucoup d'argent pour un **fundi Comorien** (elle attendait son retour d'Anjouan).

« Soibahati tremble et elle est tendue parce que le fundi fait sortir le **shetwane** ; et le shetwane va se retourner **contre ma rivale** »

Fin octobre 2008, la patiente se présenta seule au centre de santé mentale pour demander une hospitalisation. Elle apparut alors persécutée par sa mère : « *quand je dors la nuit, je vois ma mère qui veut me tuer, elle me jette par terre, il y a du sang, elle me frappe avec une ceinture.* »

La patiente voyait peu son père et verbalisa sa tristesse, après être allé le voir à Petite Terre : « *je suis triste de ne pas le voir plus souvent* ».

Les visites se poursuivirent jusqu'en mai 2009.

#### b. Deuxième hospitalisation, en psychiatrie (2009)

Sans qu'un facteur déclenchant puisse être identifié, la patiente était de plus en plus angoissée et persécutée par sa mère ; elle hallucinait par exemple que sa mère « *lui coupait le bras la nuit et « fouillait » dans son bras avec un tournevis.* »

Soibahati fut ré-hospitalisée du 29 mai au 25 juin 2009.

- Etat clinique et traitements

C'était sa première hospitalisation dans le nouveau service de psychiatrie. Celle-ci permit grâce à la contenance hospitalière et à un traitement neuroleptique maximal (6 ampoules

d'Haldol décanoas + 2 antipsychotiques per os + un thymorégulateur) un apaisement anxieux mais une rémission très partielle des phénomènes productifs.

- Premiers contacts avec la mère de la patiente

Les observations des réunions de synthèse collectées dans le dossier mentionnaient un rapport complexe entre la mère et les soignants : « *nous nous interrogeons sur une éventuelle visite du père de Soibahati car **le contact avec la mère est difficile**. Elle souhaite que sa fille sorte de l'hôpital et reprenne les soins traditionnels. Elle ne nous renseigne pas sur le passé de sa fille, dit que tout allait bien.* »

La mère, en livrant les hypothèses des fundis (le plus souvent aux aides-soignants Mahorais), mettait à nouveau en évidence des tensions intra familiales. Nous retrouvons ici l'observation d'un aide-soignant mahorais : « *D'après la mère de la patiente, c'est **la nouvelle femme du père** de Soibahati qui serait responsable de la pathologie de Soibahati.* »

Autres questions aussi évoquées dans des observations : « *Soibahati désirerait qu'un fundi vienne lire le Coran. A voir avec l'équipe si possible.* »

- Le poème (Voir en annexe)

Nous avons retrouvé dans le dossier un texte que Soibahati avait dicté à un soignant m'zungu lors d'un atelier thérapeutique le 9 juin 2009.

Au travers de ces lignes, le lecteur peut percevoir l'identité familiale et culturelle morcelée de la patiente.

- Post hospitalisation

Les mois qui suivirent, l'état clinique de la patiente fut très fluctuant.

La mère évoqua un sentiment « **de honte** » lorsqu'il s'agissait d'amener sa fille en hospitalisation.

Les **conflits familiaux** étaient de plus en plus visibles : la mère s'opposait catégoriquement à faire des entretiens avec le père de la patiente, des observations mentionnaient que Soibahati « était enfermée chez la mère pour ne pas retourner chez le père ».

### c. Troisième hospitalisation (2010)

Soibahati fut à nouveau hospitalisée de juin à octobre 2010.

- Etat clinique et introduction du Leponex

Les buts annoncés de cette hospitalisation étaient la mise en place d'un traitement par CLOZAPINE et d'un suivi quotidien par des infirmières libérales.

Durant l'hospitalisation, la patiente alterna phases de retrait et d'isolement et phases où elle était plus euphorique. L'instabilité émotionnelle restait très importante. Soibahati était en permanence délirante, dissociée et en proie à de multiples hallucinations (auditives, visuelles, cénesthésiques). En colloque permanent avec ses nombreuses voix, elle était coupée de toute autre forme de communication.

Le traitement par Clozapine fut instauré malgré les nombreuses **contraintes de suivi** biologique qu'il nécessitait. Il permit une amélioration sensible de l'état de la patiente qui présentait moins de troubles du comportement, semblait moins agressive et moins angoissée. Les phénomènes productifs restaient cependant toujours très présents en toile de fond.

- Rapport entre la mère de la patiente et l'équipe

En début d'hospitalisation, l'équipe du service décida au cours d'une synthèse : « nous devons envisager une rupture de 7 à 10 jours entre la mère et la fille. La mère serait alors suivie pendant ce temps au centre de santé mentale -CMP-par Nazli-psychologue d'origine Mahoraise-pour qu'elles travaillent ensembles sur la pathologie de Soibahati ».

De manière générale, la mère ne s'adressait à l'équipe de soins quasiment que pour parler des traitements traditionnels. Elle retransmettait aux soignants les théories et explications des différents fundis consultés. Certaines fois, elle paraissait particulièrement abattue, notamment lorsque **le fundi lui avait expliqué que le sort devait lui être destiné.**

Elle n'exprima des sentiments concernant l'hospitalisation qu'à de rares reprises, de manière plutôt négative et douloureuse : Soibahati « *s'habitue aux **coutumes des blancs*** » ou encore « *l'hôpital ne peut **pas traiter la cause** de la maladie, il ne fait que calmer.* »

La mère de la patiente demandait aussi parfois à l'équipe **d'être le relai des traitements que les fundis prescrivait.** Il pouvait s'agir de bains de plantes, de bouteilles de soda remplies de traitement Mahorais que Soibahati devait utiliser pour boire et se laver ; ou de faire prendre les médicaments « occidentaux » avec une eau spécialement préparée par le fundi. Certains soignants acceptaient et délivraient des soins traditionnels de manière officieuse, sans qu'il n'y ait eu de décision collégiale à ce sujet auparavant.

- Rapports entre Soibahati et sa mère

Leurs rapports étaient très ambivalents.

Tantôt Soibahati refusait de prendre les traitements que sa mère lui apportait, tantôt elle les acceptait joyeusement :

*« Parfois, Soibahati paraissait au contraire tout à fait heureuse et, tout en en buvant plusieurs gorgées sous la varangue, nous expliquait : « je veux guérir ». »*

De la même manière la patiente alternait entre les demandes et les refus de permissions. La mère alternait elle aussi entre la joie de retrouver sa fille et « la peur » de la reprendre à domicile.

Nous pouvons citer cette observation infirmière qui illustre l'**ambivalence et la double contrainte** (culturelle et psychologique) :

*« Soibahati est rentrée de permission avec sa mère. Cette dernière lui fait prendre quelques gorgées de traitement traditionnel avant que nous ne fassions le prélèvement veineux pour le LEPONEX.*

*La mère nous explique que la permission s'est bien passée, que Soibahati a cuisiné et qu'elle parlait moins toute seule. Par contre Soibahati tient un discours éclaté « ma mère m'a tuée, de toutes façons ce n'est pas ma mère, elle s'est introduit dans le corps de ma mère mais ce n'est pas elle » »*

- Entretien avec un demi-frère

Fils de la mère de Soibahati et du nouveau mari de celle-ci, il s'exprimait aisément en Français. Il nous parut d'emblée appartenir à cette « génération entre deux » décrite plus haut.

Lors de cet (unique) entretien, il confirma les tensions familiales: *« ma mère n'a jamais accepté la rupture avec son ex-mari. », « conflits incessants depuis le divorce. »*

Ce demi-frère se présentait lui-même comme « l'intermédiaire désigné » entre la mère et le père de Soibahati.

Il expliqua que la mère de Soibahati **se rendait régulièrement** à Petite Terre voir le père et que cela accentuait les conflits parentaux. Les conflits étaient alors centralisés autour des

traitements, le **père n'étant pas d'accord avec les soins traditionnels entrepris par la mère.**

Il conclut l'entretien de la manière suivante : « *tout le monde veut un responsable. Le père de Soibahati qui m'accuse...notre mère qui accuse le père de Soibahati.* »

- Post hospitalisation

La mère de Soibahati exigea de choisir l'**infirmière** qui passerait chez elle pour la surveillance du leponex. Elle désigna la **sœur du père** de Soibahati. Elle précisa par la suite que le père de Soibahati « *était le fils illégitime du père de l'infirmière désignée.* »

Nous avons pu voir ici que le dispositif de soins mis en place a été le maximum qui était possible à Mayotte et que permettait l'état de la patiente : passage bi-quotidien d'une infirmière à domicile, visites à domicile hebdomadaires par le psychiatre, diverses propositions d'ateliers thérapeutiques (toutes soldées par des échecs)...

Au niveau des traitements médicamenteux, seule l'introduction de la CLOZAPINE en 2010 a pu démontrer une efficacité notable. (Posologie 400 mg/jour)

Malheureusement ce traitement a dû être interrompu en raison d'une neutropénie survenue en avril 2012. (Minimum de Poly nucléaires neutrophiles atteint le 25 mai 2012=980/mm3)

#### d. Quatrième hospitalisation (2012)

*C'est lors de cette hospitalisation « au climat institutionnel difficile » que nous avons rencontré la patiente. (Voir partie VII, C, 1)*

- Etat clinique et historique des traitements

A l'arrêt de la CLOZAPINE, une recrudescence importante des symptômes a nécessité une deuxième hospitalisation en juillet 2012.

De très nombreuses « formules » de neuroleptiques et thymo-régulateurs aux posologies maximales furent testées. La dernière association de fond envisagée fut Clopixol AP 3 ampoules toutes les 3 semaines avec Xeroquel 800 mg/jour.

Aucune de ces formules n'a permis une amélioration de l'état de Soibahati.

Les nombreux entretiens avec la patiente ne livrèrent pas de nouvel élément clinique. Au travers des éléments de soliloquie, nous pouvions détecter un magma d'hallucinations, en français et en shimaoré, mais toujours déstructuré au point d'être totalement

incompréhensible. Apparaissaient pêle-mêle différents esprits, des éléments de persécution et d'influence, au service d'un repli autistique majeur ; Soibahati était absorbée par le dialogue avec ses voix ; voix qui semblaient être le plus souvent teintées de terreur et d'agressivité.

Pour plus de détails cliniques, nous renvoyons le lecteur à la description faite plus haut. (Partie C, 1, c)

- Isolement social

Malgré l'insistance de l'équipe de soins, ni le père, ni le beau-père ne se sont présentés aux rendez-vous proposés.

Seule la mère de Soibahati venait régulièrement. Nous avons cherché à inviter l'entourage de la mère mais il s'est avéré que cette femme souffrait d'un **isolement social et familial** quasi complet, ayant été **rejetée** par sa belle-famille, et sa famille d'origine se trouvant à Mohéli.

- Proposition d'évacuation sanitaire à la Réunion ; réaction de la mère (voir aussi partie VII, C, 2)

C'est devant cette situation d'impasse chimiothérapique qu'une évacuation sanitaire (EVASAN) sur l'île de la Réunion fut évoquée. Les buts énoncés de cette EVASAN étaient de mettre en place un traitement par sismothérapies puis dans un second temps de tenter une réintroduction de la CLOZAPINE. (Sachant que les sismothérapies d'entretien ne seraient pas réalisables une fois la patiente rentrée à Mayotte)

Après cette proposition, la mère a souhaité réactiver le recours aux soins traditionnels. Ainsi, avant d'envisager ce lourd traitement proposé par la médecine occidentale, elle avait planifié d'**emmener sa fille aux Comores** auprès du fundi de son village natal.

Les psychiatres du service ont alors abondé dans ce sens. Ils pensaient que ce projet, en réinscrivant la patiente dans son groupe familial et en rompant l'isolement de la mère pouvait avoir un effet thérapeutique positif. Malheureusement, l'état de la patiente n'a jamais permis à sa mère de l'emmener aux Comores. (Voyage en bateau...)

La mère se résolu à rester à Mayotte et consulta alors deux fundis éminents.

- Ouverture de l'équipe aux soins traditionnels

Devant la gravité des troubles de la patiente et la détresse socio-psychologique de la mère, l'équipe médicale opta, plus que lors des hospitalisations précédentes, pour une **collaboration maximale avec les fundis**. Ainsi, il fut autorisé que le premier fundi vienne à l'hôpital pour

faire ses soins à la patiente; de la même manière la mère pouvait venir 2 fois par jour pour donner les traitements traditionnels à sa fille.

Par contre, il avait été **clairement posé que les infirmiers ne distribueraient pas les traitements traditionnels.**

Ce fundi est venu 2 fois à l'hôpital faire ses « consultations » dans la chambre de la patiente. Malgré les sollicitations actives du psychiatre et des infirmiers, il fut impossible de le rencontrer. En effet, il partit rapidement après son deuxième passage sans laisser d'adresse, s'avouant impuissant et visiblement **apeuré devant « la puissance maléfique du shetwan »** de Soibahati ; il refusa par la suite tout nouveau contact avec elle, expliquant qu'elle était **« définitivement incurable »**.

Le deuxième fundi consulté était un grand fundi coranique très fameux et respecté à Mayotte. Il a reçu Soibahati dans un village du nord de l'île, entouré de nombreux adeptes. La patiente a pu être accompagnée par des infirmiers. Le diagnostic énoncé fut lui aussi formel : **« Soibahati ne peut pas guérir, sinon quelqu'un de sa famille mourra. »**

Suite à ces sentences, la mère s'est effondrée. En demande de soutien, elle sollicita de nombreux entretiens médicaux et infirmiers. Pour la première fois elle semblait prendre la mesure de l'incurabilité de la pathologie de sa fille.

- Evasan à la Réunion

La patiente fut transférée à la Réunion le premier février 2013 et y resta jusqu'au 19 septembre 2013.

Elle put y bénéficier de séances de sismothérapies qui l'améliorèrent beaucoup cliniquement mais la dernière séance ne fut pas tolérée et les ECT durent être stoppées.

Le leponex fut alors réintroduit, associé à de l'exercice physique avant les bilans sanguins pour éviter une marginalisation des leucocytes. On n'observa pas de nouvelle chute des poly nucléaires neutrophiles. L'état clinique était sensiblement amélioré avec ce traitement et Soibahati rentra à Mayotte.

Le compte rendu de l'hospitalisation se trouve en annexe.

Ce travail questionne la rencontre avec tous les facteurs environnementaux qui influent sur celle-ci : institution mais aussi milieu de vie, culture, famille. C'est pourquoi il nous a paru indispensable de resituer Mayotte, la culture et l'histoire familiale de la patiente.

Nous pouvons retenir que la patiente fait partie de la « génération entre deux », qu'elle est issue d'un couple mixte, que son parcours de vie a été marqué par une succession de déracinements. Elle était de plus au cœur d'importantes tensions familiales, sociales et institutionnelle (pauvreté de la mère, conflit dans la famille, contexte politique difficile à Mayotte, période d'instabilité et de transition du service de psychiatrie)

Cette présentation clinique nous a paru intéressante car ses caractéristiques culturelles permettent de mettre en exergue certains points ; la réflexion a pu être favorisée par la situation de différence culturelle qui nous a semblé faire « effet loupe » sur des caractéristiques généralisables en psychiatrie quotidienne métropolitaine.

Comment soigner au travers de la différence culturelle ? Comment cette rencontre avec l'altérité, ici culturelle (donc plus visible, plus évidente) nous en apprend sur le fonctionnement psychique en général et comment est-ce thérapeutique pour le patient ?

Pour exploiter au mieux ce que peuvent nous apporter ces spécificités dans la rencontre, nous allons consacrer la prochaine partie à la rencontre transculturelle.

## II. La rencontre transculturelle

Nous présenterons les notions théoriques de Devereux puis celles spécifiques à T.Nathan et M.R.Moro. Ensuite nous décrirons une séance de consultation ethno psychiatrique. Nous terminerons en illustrant nos propos par d'autres expériences de psychiatrie africaine en insistant sur les éléments expérimentés qui permettraient de rencontrer autrui, étranger de par sa culture.

### A. Notions de base développées par Devereux :

#### 1. Fondement théorique : principales notions développées par Devereux

Devereux est le fondateur de l'ethnopsychanalyse. Il en a construit les soubassements théoriques, l'a constituée en tant que discipline et en a défini la méthode originale et encore subversive aujourd'hui, le complémentarisme.

##### a. Distinction de 3 situations de rencontre

Devereux distingue 3 situations en ethnopsychiatrie (11) :

-intra culturelle : le thérapeute et le patient appartiennent à la même culture ; ce qui n'empêche pas le thérapeute de tenir compte des dimensions socio culturelles dans la thérapie.

-interculturelle : le thérapeute et le patient n'appartiennent pas à la même culture mais le thérapeute connaît bien la culture du patient et l'utilise comme levier thérapeutique.

-métaculturelle : le thérapeute et le patient n'appartiennent pas à la même culture et le thérapeute ne connaît pas la culture de l'ethnie de son patient ; le thérapeute comprend, en revanche, l'importance du concept de culture et celui-ci influence la façon dont il pose le diagnostic et conduit le traitement. Il s'agit de notre situation à Mayotte.

##### b. Méthode : le complémentarisme (11, 12)

Nous allons particulièrement insister sur cette notion car c'est elle qui donnera la tonalité du regard du thérapeute lors de la rencontre avec un patient.

- Sciences sociales et psychologie

Le complémentarisme est une méthode (et non pas une théorie) qui repose sur 2 sciences : l'anthropologie et la psychanalyse (champ de la psychologie).

Ces deux approches semblent s'opposer en de nombreux points. La psychanalyse est une approche individuelle centrée sur la personne alors que l'anthropologie propose des modèles collectifs pour expliquer les phénomènes sociaux. L'histoire oppose aussi ces deux sciences qui ont longtemps rivalisé en France.

Devereux arrive cependant à les faire dialoguer au travers du complémentarisme (12).

- Deux discours obligatoires mais non simultanés

La méthode du complémentarisme consiste en deux discours (l'un issu de la psychanalyse, l'autre de l'anthropologie) qui sont **obligatoires** en ethnopsychiatrie **mais non simultanés**.

Devereux postule qu'un phénomène humain ne peut pas être expliqué d'une seule manière ; plusieurs approches sont indispensables pour l'étudier et elles constituent un double discours. Dans le même registre d'idées, Devereux écrit que la psychologie « la plus perfectionnée » ne pourra jamais « formuler des lois sociologiques » et vice versa. Cette complémentarité existe du fait de **l'interdépendance** des données psychologique et sociologique (car elles sont chacune créées à partir du même fait brut) et en même temps de **l'autonomie** de ces deux discours.

- Equilibre

Ce double discours ne doit **pas être exclusif**. Il ne s'agit pas d'intégrer une donnée de force dans un des deux champs mais de trouver l'équilibre entre les deux disciplines. Si cet équilibre n'est pas trouvé, un des deux regards est automatiquement « détruit » au profit du regard complémentaire.

Selon Devereux (ref 12, page 19) : « *quand l'explication sociologique est trop poussée, on obtient une disparition de l'objet même du discours sociologique ; ce qui paraît à sa place est ce qu'il y a de plus psychologique dans l'homme.* » Par exemple si tout un comportement est rapporté au « rôle de soldat » c'est finalement l'agressivité névrotique qui ressort du discours. Nous pouvons citer Devereux : « *un fait brut n'appartient d'emblée ni au domaine de la sociologie, ni à celui de la psychologie. [...] Le principe de complémentarité semble donc jouer au niveau de la transformation du fait brut en donnée relevant de l'une ou de l'autre de ces sciences.* » (12)

- Deux regards sur l'objet : double contrainte

L'observateur psychologue dirige un regard intérieur à la personne observée alors que l'anthropologue conserve un regard extérieur.

Ces deux manières de regarder constituent des contraintes sur l'objet observé. Ainsi, pour Devereux, le comportement qu'un être humain manifeste en présence d'un observateur n'est pas celui qu'il aurait manifesté alors qu'il n'était pas observé. Cependant, s'il faut tenir compte de cette déformation inévitable de la réalité, l'essentiel pour Devereux réside là encore dans le double regard.

*« Mais tout ce qui compte ici, c'est qu'il existe un rapport de complémentarité entre l'explication psychologique (comportant un observateur intérieur) et l'explication sociologique (comportant un observateur extérieur). » (ref 12, p.13)*

La différence de positionnement ne semble donc pas opposer les deux sciences comme nous le pensions mais bien au contraire les enrichir.

Nous donnons ici un exemple simple qui éclairera ces propos.

- Un exemple

Partons du fait brut suivant : *le 14 février, un homme offre des fleurs à une femme*. Dans l'explication psychologique, le motif opérant est l'amour et le motif instrumental est le jour de la Saint Valentin (qui donne l'occasion à l'homme d'exprimer ainsi l'amour qu'il porte à cette femme). A l'inverse, dans l'explication sociologique, le motif opérant est la Saint Valentin (le 14 février étant le jour de la Saint Valentin, c'est la cause sociale du comportement observé) et le motif instrumental l'amour (l'opération de la Saint Valentin peut être réalisée parce que l'amour en est le véhicule, l'instrument). Par facilité intellectuelle, on pourrait se contenter de retenir exclusivement un seul niveau. Par exemple nous pourrions dire que « un homme amoureux offre des fleurs à une femme » (cadre psychologique uniquement) ou nous pourrions dire que « le jour de la Saint Valentin, des fleurs sont offertes aux femmes. » (Cadre sociologique uniquement). En faisant cela, nous constatons que le fait brut initial (le 14 février, un homme offre des fleurs à une femme) est détruit au profit de la construction de deux autres faits bruts. Ces deux faits ne sont plus identiques à l'objet initial d'observation. De plus dans la réalité, il y a probablement des hommes amoureux qui offrent des fleurs à leur femme en dehors de la Saint Valentin (comme il y a aussi probablement des hommes qui offrent des fleurs le 14 février plus par convention sociale que par amour).

Or en utilisant une explication exclusivement de l'un ou de l'autre champ nous excluons ces possibilités. On retrouve à nouveau le postulat exposé plus haut à savoir qu'une approche issue d'un champ unique ne peut pas expliquer un phénomène humain à elle seule.

En dernière remarque, nous observons dans l'exemple la distinction de motifs différents (un opérant, un instrumental) pour chaque domaines. Cette méthode évite d'exclure certaines hypothèses et donc évite la destruction de l'objet observé qui possède simultanément plusieurs propriétés.

Ce principe est difficile à appliquer en pratique. Cela ne sera possible que grâce à l'apprentissage du décentrage (voir A, 2) qui permettra de travailler successivement sur deux niveaux sans les confondre (le niveau culturel et le niveau individuel) et sur les interactions nécessaires et parfois conflictuelles entre ces deux niveaux.

Le complémentarisme constitue donc un regard innovant tenant réellement compte de l'altérité (à la fois culturelle et psychologique intime) dans la rencontre avec un patient.

### c. Dispositif technique : leviers culturels et psychanalyse

- Définition

Devereux est le premier à conceptualiser les « leviers culturels » qui constituent une adaptation du cadre thérapeutique.

Ce sont des outils psychothérapeutiques « éphémères ». En effet, ils ont un rôle de potentialisateurs (pour les récits, les transferts, les affects...) et s'effacent quand leur objectif est atteint. C'est-à-dire qu'ils disparaissent pour laisser la place à des leviers « culturellement neutres ». Leur principal but thérapeutique est de faciliter les insights.

Nous citons Devereux (1969) au sujet des leviers culturels : « *au fur et à mesure qu'on s'implique dans le combat que le patient mène pour se réaliser [...] plus va s'estomper l'intérêt focalisé sur les différences ; nous prenons inévitablement conscience de la qualité humaine universelle de ce combat.* » (12)

- Exemple de levier pour Devereux

Devereux base toute sa réflexion et son système explicatif sur la psychanalyse. Ainsi dans l'unique psychanalyse qu'il a menée (avec un Indien), il se sert de leviers culturels pour faire émerger de nouveaux insights et permettre l'interprétation du contre-transfert. Les deux

leviers qu'il utilise sont pour le premier la signification culturelle des rêves du patient et pour le deuxième l'encouragement du patient à identifier le thérapeute à *l'esprit gardien*.(13) Nous pouvons noter que lorsqu'un thérapeute utilise mal les leviers culturels (souvent des leviers irrationnels ou idéologiques), ces leviers se renforcent eux-mêmes et au lieu de disparaître, empêchent l'obtention d'insights culturellement neutres (et de ce fait, bloquent le processus psychanalytique).

- Exemple de levier pour M.R.Moro

Nous pouvons donner un autre exemple de levier thérapeutique pour M.R.Moro.

Le métissage est au centre de sa théorie et se retrouve parmi les thérapeutes présents lors d'une consultation transculturelle groupale. Pour elle, si le groupe figure lui-même l'altérité, il participe également « *à la transformation de cette altérité en levier thérapeutique* » (Devereux 1951, Nathan et Moro 1990, P 7-18).

En d'autres termes, ce seraient les « parcelles » d'altérité matérialisées par les membres du groupe (par exemple un thérapeute Sénégalais, un interprète Malgache...etc.) et représentées dans l'espace qui permettraient à la famille et aux thérapeutes « *d'expérimenter une autre forme d'altérité qui ne soit ni monstrueuse ni menaçante ni destructrice, mais au contraire une altérité figurable et créatrice* » (Moro, 2004 p 114).

L'altérité ainsi figurée est alors transformée en levier thérapeutique et permet l'élaboration psychique.

#### d. Universalité psychique, spécificité culturelle et diversité humaine

- Définitions, liens logiques

Pour Devereux, l'ethnopsychiatrie repose sur deux principes très liés : l'universalité psychique et la spécificité culturelle.

L'universalité psychique signifie que quelle que soit la culture, on retrouve le même statut et le même fonctionnement psychique pour tous. Il s'agit donc d'une universalité de fonctionnement, de structure et de processus.

C'est ce qui permet à l'auteur d'énoncer que : « [...] *si tous les psychanalystes dressaient une liste complète de toutes les pulsions et de tous les désirs et fantasmes mis à jour en milieu*

*clinique, cette liste correspondrait point par point à une liste de toutes les croyances et de tous les procédés culturels connus, établis par les ethnologues. » (Ref 12, page 76).*

Devereux exprime ici une analogie entre les deux cadres de référence du complémentarisme. Partant d'un même fait brut, il y a interdépendance entre les données sociologiques ou culturelles et les données psychologiques individuelles.

En suivant ce principe d'universalité, les cultures multiples seraient en fait chacune une expression différente d'un universel que l'on ne pourrait décrire.

Ainsi le deuxième principe découlerait du premier en ce que universalité implique spécificité et donc diversité. D'après Devereux, tout homme tend vers l'universel par le particulier de sa culture d'appartenance.

- Une Matrice culturelle commune et des expressions culturelles différentes

Les variabilités d'expressions culturelles sont donc toutes issues d'une matrice culturelle (qui reste malgré ces expressions) universelle puisque créé par l'homme lui-même universel.

En conséquence (page 82, ref 11), il ne serait plus indispensable de connaître parfaitement telle ou telle culture particulière si l'on est en mesure d'appréhender le concept de Culture et les catégories culturelles universelles d'une part, et la manière dont un individu vit, appréhende et manipule sa culture d'autre part.

Déoulant de cela, le cadre du dispositif analytique n'aurait rien de spécifique en soi mais le thérapeute devrait constamment s'interroger sur son contre-transfert culturel. (Quel que soit son niveau de connaissance de la culture du patient)

- Tenir compte des spécificités d'expression culturelles

Cependant il ne s'agit pas non plus pour le clinicien de totalement méconnaître les références culturelles du patient car il va devoir les utiliser dans le transfert en tant qu'outils ou leviers thérapeutiques.

- Universalité de fonctionnement psychique, des propos à nuancer ?

Pour nuancer les propos de Devereux, nous pouvons mentionner une expérience clinique psychanalytique de 4 ans (1962 à 1966) à Dakar.

Cette expérience est relatée dans l'ouvrage de M.C et E. Ortigues : *l'Œdipe Africain* (14) (second titre du livre : « existe-t-il un complexe d'Œdipe au Sénégal ? »).

Après 4 ans de pratique psychanalytique en milieu hospitalier à Dakar, ils ne rejettent pas mais relativisent fortement la théorie du complexe d'Œdipe. En effet, dans ce complexe africain, le

père serait substitué aux ancêtres ; or les ancêtres étant déjà morts, ils ne pourraient plus être tués ; donc la rivalité œdipienne se jouerait plus avec les pairs. Le principe fondamental reste présent, mais sa structure serait donc fondamentalement différente en Afrique.

Nous pouvons nous demander, en suivant cette idée, si la notion d'Universalité psychique ne devrait pas être relativisée.

Pour terminer ce paragraphe, nous pouvons retenir qu'il s'agit avant tout d'une rencontre entre un clinicien et son patient qui, s'ils ne possèdent pas des « incarnations » culturelles identiques, auraient fondamentalement le même fonctionnement psychique (et la même Culture-en-soi).

C'est le contre transfert culturel qui fera en quelque sorte lien entre universalité du fonctionnement psychique et diversité culturelle.

## 2. Importance de la décentration dans la rencontre:

Nous consacrons ici un paragraphe entier à la décentration car il nous semble que c'est le point fondamental de la technique de rencontre en ethnopsychiatrie. Si le thérapeute n'est pas capable de décentration, la rencontre et ce qu'elle contient de thérapeutique ne pourra pas se faire.

### a. L'origine du concept : la décentration selon Jean Piaget

Jean Piaget (1896-1980) fut un psychologue, biologiste, logicien et épistémologue suisse connu pour ses travaux en psychologie du développement et en épistémologie. Il a notamment beaucoup réfléchi à la notion de décentration.

De manière générale, la décentration serait le mécanisme qui permettrait au sujet d'échapper à toute forme de subjectivité déformante, parce que « égocentrée » ou « socio centrée », pour atteindre des formes variées d'objectivité dans le rapport au monde ou à autrui.

Cela aboutirait à des structures perspectives moins sujettes à des modifications incessantes et donc plus stables et opérantes.

Selon Piaget, la décentration serait une recherche d'objectivité, à la base de la connaissance scientifique. Pour cela, un double mouvement d'intériorisation et d'extériorisation permettrait une distanciation croissante du sujet par rapport à l'objet.

J.Piaget écrivait : « *L'objectivité, telle que l'entend la psychologie scientifique en ses tendances actuelles, ce n'est nullement la négligence ou l'abstraction de la conscience ou du sujet, c'est la décentration par rapport au moi de l'observateur.* » (ref 15, p138-139)

Piaget oppose clairement cette démarche scientifique aux méthodes intuitives de la phénoménologie. Pour lui, elle est fondée sur l'observation, l'expérimentation et la vérification objective.

Nous citons à nouveau Piaget « *Dans la mesure où l'observateur est engagé et attribue des valeurs aux faits qui l'intéressent, il est porté à croire les connaître intuitivement et sent d'autant moins la nécessité de techniques objectives.* » (ref 15, p.47)

La décentration est donc un effort complexe :

Selon Piaget : « *La décentration au sens de la libération d'adhérences subjectives ou de prénotions jugées au départ comme exactes du seul fait qu'elles sont plus simples pour le sujet.* » (ref 16, p.98)

### b. Le concept de décentration en ethnopsychiatrie

Nous pourrions donner la définition suivante de la décentration : capacité à tenir compte, pour s'en départir, du caractère subjectif relatif à un référentiel culturel donné, de ses propres perceptions et jugements, lors de la rencontre d'une altérité culturelle.

Pour Marie Rose Moro (17), le complémentarisme n'est possible que grâce au décentrage.

En page 34 : « *la question qui est posée ici est : comment prendre successivement deux places différentes par rapport à l'objet sans le réduire l'une à l'autre et sans les confondre ?* »

L'apprentissage de décentrage est « ardu » et nécessite un effort contre ses tendances naturelles :

« *Débusquer ces paresseuses habitudes en sciences humaines qui tendent à ramener les données à soi ou à ce que l'on connaît déjà et à se méfier de l'altérité de l'objet d'étude.* » (17)

Elle expose les différentes méthodes d'apprentissage du décentrage :

« *cette qualité de décentrage s'acquiert avant tout par le travail quotidien avec les familles migrantes, par le travail régulier avec des anthropologues spécialistes des cultures de nos patients dans le cadre de la consultation d'ethnopsychiatrie, au sein de séminaires d'étude, mais aussi par une modalité qui m'est apparue bien vite, celle de s'expatrier soi-même et de se mettre en situation de soigner des enfants ailleurs qu'en France.* » (ref 17, p.40)

Il s'agirait donc d'un effort permanent d'élargissement de son point de vue, conduite à conserver tout au long d'une carrière d'ethnopsychiatre.

Si Devereux fut l'instigateur de la plupart des notions théoriques de base de l'ethnopsychiatrie, T.Nathan et M.R.Moro façonnèrent la pratique clinique. Ils ont tous les deux développé une pratique spécifique et ont chacun leur consultation ; Il s'agit de la consultation transculturelle de Paris 13, (dirigée par le professeur Moro) et le centre Georges Devereux de Paris 8 (anciennement dirigé par le professeur Nathan).

Nous allons présenter ici les principales idées qui les caractérisent dans leur recherche de rencontre de l'autre.

## **B. Tobie Nathan : reprise et modification des concepts de Devereux et début d'une pratique ethno psychiatrique.** **Premières consultations à Bobigny**

### **1. Biographie de Tobie Nathan**

Tobie Nathan est né en Egypte en 1948 de parents juifs de nationalité Italienne. Il dut quitter le Caire avec sa famille en 1957 suite à la révolution Egyptienne. Il gagna l'Italie puis partit faire ses études en France. Il fut naturalisé français à l'âge de 21 ans.

Sous la direction de Georges Devereux (qu'il rencontra en 1969), il obtient son doctorat en psychologie en 1976 puis (en 1983) un doctorat d'état ès Lettres et Sciences humaines. Tobie Nathan est professeur de psychologie clinique et pathologique depuis 1983 à Paris.

En 1979, il a créé la première consultation d'ethnopsychiatrie en France, dans le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Avicenne (Bobigny), alors dirigé par le Professeur Serge Lebovici. En 1993, il ouvrit le Centre Devereux, centre universitaire d'aide psychologique aux familles migrantes, qu'il dirigea jusqu'en 1999. Ce centre regroupait (il est moins actif aujourd'hui) une clinique spécifique, des recherches universitaires (en psychopathologie et en psychothérapie) ainsi que la formation des étudiants du troisième cycle.

Tobie Nathan a travaillé plusieurs années conjointement avec M.R.Moro au sein de l'hôpital Avicenne sous la chefferie de Lebovici. Ils se sont séparés vers la fin des années 1980 et

créèrent chacun leur propre courant de psychothérapie culturelle. T.Nathan est porteur du courant dit ethno psychiatrique (dont la psychanalyse est une des psychothérapies possibles mais pas la seule) et M.R Moro du courant dit ethno psychanalytique ou « clinique transculturelle ».

## 2. Particularités théoriques (18)

### a. Du *Moi peau* au contenant culturel

Tobie Nathan base une partie de sa réflexion sur la thèse du *Moi-peau* d'Anzieu (1985). Il part de ce principe de contenant psychique et l'extrapole à la fonction d'enveloppe culturelle. Ainsi, T.Nathan appréhende la clinique en terme de contenants, de cadre et non pas seulement de contenus. L'application pratique de cette théorie est l'utilisation d'un groupe multiculturel qui, de par son étayage, permettrait à la famille du patient de s'appuyer sur ses propres logiques culturelles, d'exposer et de (co-) construire un sens culturel.

### b. Le traumatisme migratoire

Nathan part du principe que toute migration est traumatique car elle rompt l'homologie entre le cadre culturel extérieur et le cadre culturel interne intériorisé. Il considère donc que toute rencontre avec une personne en situation d'émigration est une rencontre avec une personne ayant vécu un traumatisme.

### c. Plus polémique : la notion de clôture culturelle

Nous allons maintenant évoquer le rapport de Tobie Nathan à l'universel. Il pense que toute culture est un système clos (« *clôture culturelle* »). Cette idée très polémique s'oppose par exemple à la thèse de Levi Strauss qui présentait l'identité culturelle plus comme un processus ou une dynamique qu'une entité stable. Ainsi pour Nathan, se restructurer psychiquement nécessiterait de reconstituer une clôture. (33) Ceci nous conduit aux notions de communauté et de dispositif spécifique.

Rappelons ici les sous tendus théoriques de l'ethnopsychiatrie pour Tobie Nathan :

- s'interdire de disqualifier les psychopathologies locales,
- mettre en valeur les implicites théoriques de ces pratiques,
- s'engager à montrer que ces pratiques peuvent fournir, elles aussi, des solutions à des problèmes techniques rencontrés en tous lieux par les thérapeutes.

#### d. Deux processus essentiels du dispositif : traduction et changement de paradigme

Pour lui, les deux processus essentiels (33) du dispositif sont :

-la *traduction*. (Nous développerons ce concept en D, 2)

-le *changement de paradigme*. Il permettrait de trouver un compromis entre les deux cultures grâce au dispositif groupal ; tout d'abord l'intervention de différents experts en séance briserait la répartition habituelle des expertises (au patient la connaissance de ses difficultés et au médecin celle de sa guérison). Le thérapeute attendrait alors du patient qu'il rebondisse et qu'il développe telle ou telle proposition faite par les intervenants. Ensuite le thérapeute **déconstruirait** conjointement (avec le patient) certaines théories et propositions thérapeutiques faites par le passé pour en **reconstruire** d'autres de manière plus diplomatique, plus consensuelle.

Il s'agit donc de créer une médiation entre les différentes théories causales et thérapeutiques issues du milieu d'origine et du milieu d'implantation par « déconstruction puis reconstruction ».

L'ethnopsychiatrie, pour Tobie Nathan, se veut constructiviste. Ce qui est important n'est alors pas de distinguer le vrai du faux mais bien ce que cette pensée mobilise.

#### e. Contre transfert culturel

Devereux basa toute sa théorie sur la psychanalyse alors que pour Nathan, la psychanalyse est une théorie parmi d'autres.

Malgré cela, il est important de préciser que Nathan est à l'origine de la notion de contre-transfert culturel (qu'il distingue du contre-transfert affectif « classique »). Il a développé cette notion à partir des travaux de Devereux.

### 3. Particularités techniques

Contrairement à Devereux, Tobie Nathan tenta d'intégrer dans le cadre ethno psychiatrique des actes culturels (rituels...) ou des objets culturels.

Il rapproche le travail de l'ethno thérapeute de celui d'un chercheur qui tenterait d'expérimenter les procédures de soins traditionnelles dans le cadre du dispositif ethno psychiatrique.

Nathan cherche un travail créatif et constructiviste. Pour amorcer ce travail, il faudra créer volontairement des tensions lors de la consultation.

Nous pouvons ici citer Tobie Nathan dans sa définition de l'ethnopsychiatrie:

*«Elle ne prend donc pas partie dans les éventuelle querelles opposant les tenants d'une validité universelle de la pensée des concepts psychanalytiques, des entités nosographiques de la psychiatrie, des concepts issus des recherches en psychologie cognitive et les tenants d'un « relativisme culturel ». Toutes ces pensées l'intéressent et bien d'autres encore ! Elle se veut créatrice de tensions. Elle se contente d'inventer des méthodes destinées à mettre ces théories à l'épreuve des réalités culturelles et cliniques qu'elle observe. » (33)*

## C. Marie Rose Moro : des consultations avec T.Nathan à l'autonomisation d'une théorie et d'une pratique spécifique

### 1. Biographie de M.R.Moro

Née en Espagne en 1961, sa famille déménagea en France (dans les Ardennes) quand elle était âgée de 9 mois. Elle passa son enfance dans un petit village constitué d'une communauté pluriethnique (familles d'origine Espagnole, Polonaise et Maghrébine)

Etudiante, elle suivit un double cursus de médecine et d'anthropologie. Intéressée par la pédopsychiatrie, elle déménagea à Paris dans le service du Professeur Lebovici où elle rencontra T.Nathan. Elle participa à la première consultation d'ethnopsychiatrie que celui-ci monta. Au départ de Tobie Nathan en 1989, M.R.Moro reprit la direction de cette consultation. Elle est actuellement Professeur de psychiatrie à l'université Descartes à Paris et dirige un diplôme inter universitaire de psychiatrie transculturelle. Elle est fondatrice et directrice scientifique de la revue L'Autre. Elle s'est aussi particulièrement engagée dans le soin des adolescents à l'hôpital Cochin (*Maison de Solenn*).

### 2. Particularités théoriques (17)

Comme nous l'avons dit, M.R.Moro conserve un abord thérapeutique de type psychanalytique.

Pour résumer les spécificités de son « courant », nous pourrions employer deux mots : métissage et éclectisme.

**Eclectisme** par un effort constant d'ouvrir la discipline sur d'autres champs : la linguistique, la pragmatique du langage, la philosophie, l'histoire...

Comme Devereux, elle se base sur l'universalité psychique mais y rajoute la notion de **métissage**. Effectivement, travaillant avec la « deuxième génération » de migrants, M.R.Moro fut probablement plus confrontée à une population métissée que Devereux. Mais elle souligne aussi le potentiel créatif de la rencontre. Le métissage c'est la nouveauté et la créativité qui émergent de la rencontre de deux altérités, celles-ci pouvant ainsi s'enrichir l'une de l'autre, plutôt que de verser dans des mécanismes de défense comme le repli ou la recherche de domination.

M.R.Moro conserve l'idée de traumatisme migratoire développée par Nathan à la seule différence que pour elle il ne serait pas systématique.

La dernière notion importante est que Marie Rose Moro met en garde contre l'excès de culturalisme. Effectivement introduire l'altérité culturelle impliquerait la question de la spécificité des soins et induirait donc de ce fait un risque de marginalisation. Pour lutter contre les dérives, elle insiste sur l'importance de la méthodologie et de la rigueur dans l'analyse et dans l'action.

*« Puisque la rencontre n'est pas possible, chacun reste avec ses représentations, chacun s'arc boute sur son universalité, comme pour prouver une identité culturelle plus ou moins défensive. » (ref 17, p.40)*

Autre définition donnée qui inscrit la rencontre au carrefour de questions identitaires et sociales : *« l'ethnopsychanalyse est avant tout une pragmatique du lien, de la multiplicité et de la diversité qui éclaire autrement les questions identitaires posées à notre société. » (ref 17, page 42)*

### 3. Particularités techniques

Le cadre, selon M.R.Moro, doit comporter plus de liens, plus de ponts que le dispositif originel pour être éclectique et intégrer l'ensemble des données.

Le cadre et les soignants de la consultation doivent eux-mêmes être d'origines culturelles différentes pour symboliser le métissage et donc « l'altérité en soi. » (Ou « qualité de ce qui est autre »)

« Pour élaborer l'altérité en soi, encore faut-il que le thérapeute la reconnaisse chez son patient et donc d'abord en lui-même. » (ref 17, p.39)

Le thérapeute ne pourra mener ce travail à bien que s'il est capable de décentrage.

## D. Description d'une consultation d'ethnopsychiatrie type :

Dans le cadre de ce travail, nous posons la question suivante : en quoi le dispositif est-il facilitateur d'une rencontre et en quoi permet-il que cette rencontre soit thérapeutique ?

Nous allons décrire dans un premier temps les caractéristiques d'une séance d'ethnopsychiatrie « classique » puis nous étudierons plus spécifiquement ce qui différencie la pratique de T.Nathan et de M.R.Moro.

Nous nous basons ici sur des informations tirées du livre de M.R.Moro (17), sur deux thèses (19, 20) (dont celle de J.F.Rouchon 2007 dirigée par M.R.Moro ) et sur un article (93).

### 1. Cadre et règles de base :

#### a. Historique

En 1979, Tobie Nathan mit en place les premières consultations d'ethnopsychiatrie dans le service du Professeur Lebovici au centre hospitalier universitaire Avicenne à Bobigny. Marie Rose Moro s'associa à ce travail plusieurs années puis prit la suite au départ de Nathan à la fin des années 1980. Suite à cette séparation, les deux ethno thérapeutes développèrent leurs propres méthodes de travail.

#### b. Déroulement et cadre d'une séance

Une première séance « préparatoire » a permis d'évaluer et de présenter au patient les modalités du suivi.

- Premier temps : mise en place du cadre culturel

La séance se déroule dans une grande pièce où une vingtaine de chaises sont disposées en cercle. Les thérapeutes ont toujours la même place. Cette organisation fait écho au *système*

*de palabre* dans les villages traditionnels. En général, les intervenants y ont déjà pris place avant que le patient et sa famille ne rentrent. La séance se fait autour d'un patient accompagné de sa famille ou de proches et des intervenants sociaux de son choix. Le modèle psychothérapique « groupal » renvoie là encore à un fonctionnement social où l'individu est au cœur d'*interactions familiale et sociétale multiples*.

Le groupe de thérapeutes est constitué d'environ dix professionnels caractérisés par leur variété de fonctions (psychologues, cliniciens, psychiatres, anthropologues, linguistes) et d'origines culturelles. Chaque thérapeute (du fait de son appartenance culturelle propre) appartient à un cercle métaphorique qui est que chacun est le représentant de son espace culturel d'origine. Cela fait bien sur écho à la problématique du patient. Un des experts devra parler la langue maternelle de la famille et du patient et connaître les habitudes thérapeutiques ayant cours dans l'environnement habituel de celle-ci.

Une fois la famille installée, le thérapeute principal présente les intervenants puis la famille se présente.

Le premier à prendre la parole ensuite est le référent institutionnel extérieur sollicitant la prise en charge. Il présente le patient, ce qu'il pense de la situation et ce qu'il attend de la thérapie. Cette « introduction relais » permet de ne pas induire une nouvelle rupture dans le parcours déjà traumatique du patient. Une traduction médiation spécifique peut être assurée par le traducteur mais nous verrons que la manière d'utiliser la langue maternelle varie selon T.Nathan ou M.R.Moro.

- Deuxième temps : structuration et exploration du sens culturel des symptômes

Cette exploration du sens se fait selon trois axes : un axe ontologique (quelle est la représentation de la nature de l'être, de son identité, qu'est-ce qu'un enfant, une mère, quelles sont leurs relations, etc...), un axe étiologique (quel est le sens culturel donné aux symptômes), et un axe thérapeutique (quels sont les procédés traditionnels utilisés habituellement dans ce genre de maladie).

La séance ne se déroule donc pas sur mais autours du discours du patient. Elle tend à décoller le fond de la forme, le contexte du texte, le contenant du contenu. En fin de séance, le thérapeute principal propose des liens entre les multiples représentations évoquées.

Le traitement de la maladie est « *collectif* » car dans les sociétés traditionnelles la maladie ne concerne pas seulement le patient mais aussi sa famille.

Il s'agit donc de trouver un compromis entre une étiologie collective et familiale du mal et une étiologie traditionnelle. En d'autres termes il faut aboutir à une formulation thérapeutique qui viendrait donner un sens commun acceptable.

Les consultations doivent être longues (au moins deux heures) pour s'adapter à la représentation traditionnelle du temps et permettre la rencontre.

## 2. Spécificités de la pratique de Tobie Nathan

### a. Utilisation de la langue maternelle et situation de double contrainte

- Utilisation de la langue maternelle

Une des spécificités importantes chez Nathan est l'obligation pour le patient de parler dans sa langue maternelle. Comme nous l'avons vu la traduction est assurée par le traducteur médiateur sous la direction du thérapeute principal. Cette situation de contrainte permet de mettre en place le travail thérapeutique en donnant une position très particulière au thérapeute principal et au patient.

- Le thérapeute principal

Deux adjectifs pourraient caractériser le rôle du thérapeute principal : actif et directif. Il doit créer de la contradiction et de la tension entre les mondes qui se rencontrent en séance autour des problèmes du patient. Il doit éviter la position de l'enquêteur qui pose des questions. Le thérapeute s'expose, s'implique et imprime un rythme à la traduction (arrêts qu'il peut susciter dans la traduction, reprise de certains points du discours, tensions et questions qu'il fait émerger, prescription de tâches) pour générer des rencontres inter individuelles. La séance ne vise pas l'objectivité mais la rencontre subjective. Inspiré des soignants traditionnels, le thérapeute principal endosse une figure d'autorité et de savoir pour influencer le patient. (Référence 18 « l'influence qui guérit ») L'ethnopsychiatre doit évidemment rester bien plus nuancé que le tradi thérapeute mais probablement moins que la plupart des psychiatres « occidentaux ».

- Le patient

Le dispositif cherche à détacher le patient de son statut de malade. Celui-ci est amené à être actif voir à avoir une position de co-thérapeute. Cette position est atteinte en obligeant le

patient à parler dans sa langue maternelle, à donner son point de vue sur les traductions et les hypothèses étiologiques. Dans ce contexte, le thérapeute principal ne doit jamais « cacher » des étiologies au patient qui, lui-même dans son rôle de co-thérapeute, sera amené à les discuter. Le patient est alors soumis à une situation de *double contrainte* : celle de devoir parler dans sa langue maternelle et celle de se retrouver ensuite dans la position d'objet lorsque le traducteur parle de lui à la troisième personne. Cette parole indirecte, d'après Tobie Nathan, serait bien plus active et créative que la parole directe. En effet, la médiation pourrait être ici comparée à une sorte de débat public ; reprises devant une assemblée, ces paroles deviendraient performatives : dire est alors faire. Ce dispositif artificiel (traduction et passage obligé par la médiation) aurait ainsi la propriété d'engager le locuteur plus fortement dans ses propos, aucune parole ne pourrait plus être dite « en l'air ».

#### b. La place des invisibles

C'est un des concepts essentiels que T.Nathan a développé. Selon lui, l'ethnopsychiatrie n'a aucune prétention philosophique ni moralisatrice. Elle n'a pas de message religieux ni spirituel à faire passer. C'est au contraire une méthode qui use de différentes « recettes » pour tenter de restaurer les attaches de patients qui les ont la plupart du temps perdues. Cela se fait en les attachant d'abord au thérapeute pour ensuite permettre une redistribution des appartenances. Pour cela, T.Nathan se sert de l'*appartenance* comme levier thérapeutique. Selon lui, le thérapeute doit toujours se demander quand il reçoit un patient en consultation « *quel est son Dieu, quels sont ses rites, quels rites respectaient ses ancêtres ?* » En effet les dieux occupent une place fondamentale dans le dispositif car la religion serait connectée d'une part à l'appartenance et d'autre part à la thérapeutique. Chaque patient trainerait au-dessus de lui des êtres invisibles qui l'attachent, le suivent. Il faut bien envisager ici les invisibles comme un monde de pensée et non de croyance. Le patient peut effectivement se sentir affilier à une divinité sans y croire mais par le simple fait que ses ancêtres y sont eux-mêmes liés.

#### c. La place des objets, des choses (33)

Comme nous l'avons déjà dit, T.Nathan se place dans la position du chercheur qui expérimente. Une de ses grandes différences avec Devereux est l'introduction d'objets voir

d'actes traditionnels dans le cadre ethno psychiatrique. Pour lui, les objets, les rythmes, les images seraient des opérateurs thérapeutiques et des intermédiaires dans la communication avec l'invisible. Ils auraient pour fonction de faire naître le symbole et non l'inverse. De cette manière, l'ethno thérapeute, en proposant des contenants de même nature logique que la pathologie supposée, pourrait initier formellement le processus thérapeutique.

En procédant ainsi, T.Nathan réutilise les différentes fonctions que ces objets ont dans les thérapies traditionnelles. Premièrement l'objet serait *un intermédiaire* qui permettrait l'interaction entre deux mondes (invisible et réel). Deuxièmement l'objet serait *un élément transférentiel* car il matérialiserait en une représentation immédiate un processus transférentiel. Les patients ont en général conscience du caractère illusoire et symbolique de l'objet. Mais c'est cet objet qui dans sa matérialité permettrait de fragmenter le sens construit dans les paroles pour en redistribuer ensuite les éléments. Ici le « vu » primerait sur le « dit », le percept sur le concept. Troisièmement l'objet serait *concrétisateur et organisateur* de la pensée. Comme nous l'avons vu, le dispositif créerait des tensions actives visant à contraindre le patient au changement. L'ethnopsychiatrie distingue deux milieux parfaitement séparés qui ne pourraient rentrer en interaction et s'influencer que par l'intermédiaire de l'objet. Ces univers seraient d'une part le monde intérieur en perpétuel mouvement et peu fiable et le monde des objets externes intemporel et parfaitement fiable. Selon T.Nathan, les thérapies utilisant des objets actifs tenteraient de transférer à la pensée la fiabilité propre à l'univers des objets.

Malgré les liens faits entre la pratique ethno psychiatrique et les thérapies dites traditionnelles, Tobie Nathan affirme qu'il serait parfois impossible d'établir une relation psychothérapeutique avec des sujets originaires de culture non occidentale. Ce point est l'un des plus polémiques de la théorie de Nathan car il remettrait en cause le principe d'universalité psychique de Devereux.

### 3. Spécificités de la pratique de Marie Rose Moro

#### a. Libre utilisation de la langue maternelle

Contrairement à ce que nous avons pu voir avec T.Nathan, M.R.Moro n'impose pas l'utilisation exclusive de la langue maternelle. En laissant la possibilité au patient de repasser ou pas par sa langue maternelle, le thérapeute recherche le lien entre les langues. Plus que la

langue en elle-même, c'est le passage d'une langue à l'autre qui donnera matière à élaboration au cours de la thérapie. Marie Rose Moro a travaillé avec des linguistes (S.de Pury Toumi) dont les études montrent qu'il est possible de faire une thérapie avec un traducteur. Pour cela, il faut absolument intégrer le traducteur dans le dispositif thérapeutique et le former à la situation clinique. Lorsqu'il existe une connaissance culturelle partagée entre le traducteur et le patient, le thérapeute a le grand avantage d'avoir accès aux implicites et aux sous-entendus. De plus, même lorsque l'on ne comprend pas la langue employée, la matérialité (sonorités, intonations, rythme...) de celle-ci est aussi très importante. La traduction participe donc au processus interactif de la psychothérapie en situation transculturelle.

### b. Dispositif tourné vers le métissage et l'altérité

La composition de l'équipe thérapeutique est en elle-même le reflet du métissage. Les thérapeutes sont issus de systèmes culturels très différents. Il y a aussi métissage des fonctions et des formations (médecins, psychiatres, travailleurs sociaux, linguistes...), métissage des hommes et des femmes, des théories et des manières de faire. Tous sont formés à la psychanalyse et initiés à l'anthropologie. Cependant être soi-même migrant n'est ni une condition nécessaire ni une condition suffisante pour faire de l'ethnopsychanalyse.

Autre caractéristique fondamentale : chaque thérapeute doit avoir la capacité de se décentrer de la situation.

Le rôle de ce groupe métissé est de potentialiser les expériences des uns et des autres et surtout de permettre la pratique intime de l'altérité et du métissage. Tout est ici fait pour matérialiser la notion d'altérité, altérité à l'intérieur du groupe de soignants, altérité du patient et de sa famille... Cette altérité sera utilisée comme levier thérapeutique pour permettre l'élaboration psychique ensuite.

Le cadre est imprégné par la langue des patients, par leurs représentations et logiques culturelles et devient ainsi source de créativité pour les thérapeutes et les patients. Comme chez Tobie Nathan, la créativité est ici très importante pour que la rencontre soit thérapeutique.

D'après Marie Rose Moro, ce cadre particulier serait intéressant pour tous, migrant ou pas, métissé ou pas.

### c. Dispositif favorisant les ponts/liens/échanges

Tout est mis en place pour que le dispositif soit ouvert, en permanence en échange avec « l'extérieur » ou tout simplement l'autre.

Nous retrouvons d'abord ce principe dans la composition des personnes présentes dans les consultations groupales. Le groupe de thérapeutes accepte aussi les stagiaires qui apporteront un regard extérieur « naïf ». Les membres de la famille (ou toute autre personne de l'entourage) peuvent varier d'une consultation à l'autre. Il n'y a pas d'obligation qui figerait la dynamique d'échange et de rencontre.

De plus le centre de consultations cultive le travail en réseau avec des partenaires. Ce fonctionnement, en restant ouvert sur la cité, permettrait de ne pas renforcer la mise à l'écart des populations consultantes. La recherche en ethnopsychanalyse a démontré que ce dispositif était efficace.

Quelle que soit la technique employée, un des facteurs général d'efficacité est la capacité du thérapeute à modifier ses hypothèses diagnostiques. Là encore cette capacité semble renforcée par le dispositif ouvert du cadre.

La thérapie repose sur les allers retours permanents entre matériel culturel et individuel. Ce sont ces liens qui permettent l'émergence d'insights de plus en plus poussés, au service de l'élaboration, de la réintégration des éléments traumatiques dans une histoire qui prend sens.

### d. L'instrument psychanalytique

Partant du postulat de l'universalité psychique, M.R.Moro pense qu'il n'est pas nécessaire d'adapter la théorie analytique. Le travail autour des représentations culturelles permettrait la mise en place d'une matrice propice à la fabrication de sens individuel à partir duquel un travail psychanalytique sera possible.

Le premier point éclairé par la théorie psychanalytique est celui du *contre transfert culturel*. La situation groupale permettrait une meilleure analyse de celui-ci. Le contre transfert culturel est la manière dont le thérapeute se positionne par rapport à tout ce qui fait l'être culturel du patient. De lui dépend en grande partie l'alliance thérapeutique.

Le transfert et le contre transfert culturel ne se limiteraient pas au patient mais dépendraient aussi de l'histoire, de la politique et de la géographie du moment. Cela nous évoque la

situation géo politique présente à Mayotte lors de la rencontre avec Soibahati, nous en discuterons à la fin de ce travail.

Pour M.R.Moro, l'absence d'analyse de ce contre transfert exposerait au risque de passages à l'acte agressifs, affectifs ou encore racistes. En pratique, après chaque consultation de groupe, il y a un travail d'analyse de ce contre transfert. Chaque thérapeute est amené à discuter des affects qu'il a ressentis lors de la séance. De la même manière, chacun doit expliquer les implicites et les théories qui l'ont conduit à penser ou à formuler telle chose ou acte lors de la séance.

Dans la situation clinique présentée, quelle était notre position en tant que thérapeute face aux fundis que la mère de Soibahati ne cessait de consulter ?

De cette position contre transférentielle découlera notre réponse au patient et conditionnera notre capacité à entrer en relation thérapeutique avec lui.

Sur le mode des associations libres préconisé par la psychanalyse, le parcours de chaque membre de la famille est évoqué.

Contrairement à Tobie Nathan, M.R.Moro considère l'identité culturelle comme quelque chose de dynamique se construisant en permanence dans les rapports avec l'autre. C'est ce processus de construction identitaire qui est mobilisé lors de la thérapie psychanalytique.

En fin de séance, le thérapeute principal propose des liens entre les multiples représentations évoquées et fait une interprétation. Il peut aussi énoncer les mécanismes des liens soit dans un récit soit sous forme d'images.

Nous venons de décrire les principes sous tendant le cadre des consultations de T.Nathan puis de M.R Moro.

Nous allons maintenant donner des exemples d'expériences africaines et mettre en avant les outils pensés pour rencontrer l'autre de manière thérapeutique. Nous verrons successivement une expérience au Sénégal, puis une revue de la littérature (mots clés : expériences thérapeutiques, psychiatrie, Afrique) et une expérience en Côte d'Ivoire.

## E. Exemples Africains

### 1. Collomb et l'école de Fann (Sénégal)

Une des réflexions la plus aboutie et profonde sur le cadre en situation transculturelle reste aujourd'hui celle de Collomb à Dakar, au Sénégal, avec la clinique psychiatrique de Fann.

#### a. Eléments biographiques de Collomb

Henri Collomb est un psychiatre français né en 1913 et décédé en 1979. Nous nous inspirons ici de l'article de S et M Boussat. (21)

Henri Collomb a fait ses études de médecine à l'école de Santé Navale à Bordeaux.

Il obtient le concours d'interne des hôpitaux à 24 ans mais avant d'avoir le temps de commencer sa spécialisation en psychiatrie, l'armée lui imposa de partir à Djibouti comme généraliste. Il resta finalement 10 ans en Afrique ce qui lui permit d'apprendre à s'intégrer dans les populations locales. Collomb se démarquait alors déjà des autres militaires par sa recherche de rencontre avec les Africains.

Il rentra en France en 1948 et obtient le concours de psychiatrie en 1949. De nouveau, par obligation militaire, il dut repartir comme médecin généraliste en Indochine et y resta deux ans.

Puis en 1958, il repartit vers l'Afrique, cette fois ci à Dakar, au Sénégal.

Il devint professeur titulaire de la chaire de psychiatrie de la faculté de médecine. Se déroulèrent ensuite vingt années au cours desquelles ce psychiatre universitaire remit en question son savoir. Il tenta d'accéder à la connaissance qu'il rechercha auprès de tous mais surtout auprès des guérisseurs dont il fut « l'élève. »

L'œuvre de Collomb est aujourd'hui difficile à trouver. Il n'a jamais publié de livre regroupant l'ensemble de ses idées ni donné une forme synthétique achevée à sa pensée. Il a néanmoins publié plusieurs textes et articles regroupés dans une bibliographie commentée dans le volume XIV de *psychopathologie Africaine* de R.Collignon.

Il est aussi étonnant de ne pas retrouver la référence de H.Collomb dans la large bibliographie proposée par le site internet du centre Devereux.

## b. Psychiatrie au Sénégal : approche théorique (22)

- Ecole de Fann

Collomb fut le fondateur de l'école de psychiatrie de Dakar. Son principe fondamental était la reconnaissance de la culture négro-africaine et de l'efficacité de la médecine traditionnelle africaine. L'école fut le lieu de passage et de remise en question de nombreux chercheurs, médecins, étudiants, ethnologues, psychologues mais aussi le lieu d'expérimentation de nouvelles manières de faire avec les malades, aux antipodes d'une « psychiatrie coloniale » autoritariste.

- Entre ethnopsychiatrie et psychiatrie institutionnelle

De nombreux auteurs (22) soulignèrent le fait que Collomb se soit démarqué des théories d'ethnopsychiatrie (et surtout des dérives que celles-ci avaient pu avoir) et qu'il fut au contraire plus proche des courants dits de « psychiatrie institutionnelle ».

Nous pouvons illustrer cette idée par le concept de « communauté permissive » qu'il pratiqua dans le service. Ce concept fait écho en psychiatrie institutionnelle à la recherche de désaliénation. (Désaliénation sociale du patient mais aussi hiérarchique du psychiatre).

Le cadre institutionnel est en lui-même thérapeutique et cherche à s'extraire du duel classique patient psychiatre. Pour cela, « la communauté permissive » devait permettre au psychiatre d'inventer et de créer, dans le but de s'affranchir d'un ethnocentrisme aliénant et de renverser la position pédagogique habituelle au colonisateur.

*« Il faut se rendre à l'évidence et constater que, actuellement, le guérisseur a plus de succès dans le traitement des maladies mentales. La position s'inverse : c'est le psychiatre qui est à l'écoute du guérisseur ; il n'enseigne plus, il apprend. » (Collomb 1978)*

- Principes sous-tendant le fonctionnement du service psychiatrique

Collomb, très rapidement, promulgua une psychiatrie « sans frontières » qui ouvrait l'institution soignante à tous ceux, qui, au Sénégal, avait un mot à dire sur la folie. Cette ouverture répondait bien sûr aussi d'abord à une réalité pragmatique : dans un pays de 4 millions d'habitants, comment penser que l'unique service de psychiatrie allait assurer à lui seul la couverture sanitaire ?

Collomb savait qu'il n'était que le dernier maillon de la chaîne et que, souvent, les patients reçus étaient ceux que les guérisseurs n'avaient pas pu traiter, où ceux que les familles démunies finissaient par rejeter. La situation était très similaire à Mayotte.

C'est donc dans cette perspective éthique qu'un de ses premiers objectifs fut de recréer du lien partout où celui-ci défailait, et d'éviter au maximum l'importation des « chaînes » du modèle asilaire.

« *L'évolution familiale et sociale, en même temps qu'elle augmente le nombre de malades mentaux, diminue la tolérance à leur égard. De nouvelles formes d'assistance, à la fois pratiques, adaptées au milieu socio-culturel et conformes à la nature du désordre mental, doivent être proposées pour éviter la solution simple et radicale qui tente les pouvoirs publics et menace les malades : le retour à la concentration asilaire ou son développement.* » (Collomb 1978)

### c. Psychiatrie au Sénégal : approche pratique

- Localisation, capacités d'accueil

La clinique neuropsychiatrique du centre hospitalier de Fann était en centre-ville, dans un quartier de Dakar en pleine expansion. Seul service de psychiatrie en Afrique de l'ouest, il était doté de 140 lits répartis sur 5 unités. Il s'agissait d'un service ouvert où « l'atmosphère accueillante, chaleureuse, voire familiale qui y régnait frappait les visiteurs ».

- Une communauté permissive

La première révolution institutionnelle qu'il osa fut celle de « *communauté permissive* » ; l'hôpital, pour être soignant, devait être ouvert à tous : familles, griots, guérisseurs, musiciens, plasticiens, poètes...tous supposés pouvoir jouer le rôle de « *thérapeutes spontanés* ».

Nous l'avons rapprochée plus haut du courant de la psychiatrie institutionnelle.

- Les palabres villageoises

La deuxième innovation de Collomb fut la pratique du *pënc*, ou palabre villageoise, dans les différents services de Fann. Il s'agissait de longues réunions qui rassemblaient malades, médecins, et infirmiers sous l'autorité fictive du jaraaf (chef de village), modérateur élu parmi les pensionnaires. Le but de ces réunions était d'amener les uns et les autres à parler, mettre en paroles communes les aléas de la vie quotidienne des malades, reformuler les problèmes

individuels en termes communautaires. Cela devait permettre de restaurer une communication perdue ou refusée entre le malade et son groupe.

- Autres réunions : pinch, réunions thérapeutiques...

G.M Tchetché décrit lui aussi l'organisation de l'hôpital de Fann. (23) Il parla des différentes réunions qui rythmaient la vie de l'hôpital.

Les mardis *le pinch* (« lieu où les choses se disent » en Wolof) permettait d'accueillir les entrants ; c'était la reconstitution à l'hôpital d'un groupe selon l'organisation des villages traditionnels : 30 malades, dirigés par un chef et son auxiliaire, une secrétaire, une princesse, un dépositaire des sciences occultes, un chargé de la terre et des eaux, un dirigeant des prières, un instructeur, un chef de protocole, un dépositaire du tamtam traditionnel...Les sorciers venaient souvent assister aux séances de *pinch*.

Tous les vendredis avaient lieu les réunions dites *thérapeutiques*. Elles semblent correspondre au pënc de Collomb.

- Obligation de présence d'un membre de la famille

L'autre élément important était la présence obligatoire d'un membre de la famille dans l'espace hospitalier (l'accompagnant partageait la chambre du malade et restait avec lui tout au long du séjour) ; ceci transformait l'asile, lieu d'exclusion, en un espace de communication entre le réputé normal et son fou.

- Libre circulation des personnes et des biens

La libre circulation des personnes et des biens entre la ville et l'hôpital, à laquelle H. Collomb tenait beaucoup malgré la réticence des autorités de la capitale contribuait à revigorer une vie sociale en perpétuelle convalescence ; il organisait ainsi souvent des danses traditionnelles, des fêtes et des créations d'allure psychodramatique.

- Séjours brefs, réadmissions fréquentes

Le plus souvent les séjours des patients étaient brefs, avec une prescription de traitements à prendre à domicile et des réadmissions fréquentes.

- Les villages psychiatriques

Toujours dans le but d'abolir les frontières entre le lieu de l'hôpital et l'environnement social, entre les soignants, les malades et leur famille, Collomb développa les « *villages psychiatriques* ». Il s'agissait de petites communautés thérapeutiques construites au plus près

des habitudes de vie traditionnelles, où l'ensemble des malades, des accompagnants et des soignants partageaient la même existence. Collomb expérimenta là des recettes qui firent de lui un précurseur de la psychiatrie communautaire.

#### d. Une approche de la psychiatrie critiquée

- Regard des autres « blancs »

D'après Abdou Anta Ka (21), poète et écrivain Sénégalais, beaucoup de « confrères blancs » reprochèrent au professeur Collomb d'être descendu de son « piédestal de médecin Blanc » chez les Noirs.

Collomb cherchait effectivement plus à s'intégrer aux populations noires locales qu'aux militaires ou autres blancs présents au Sénégal. Il était soucieux de se démarquer de toute idée colonialiste ou autoritariste.

- Un effacement des frontières occident/tradition africaine ?

Comme nous l'avons vu, le fonctionnement du service était particulièrement ouvert avec l'organisation de fêtes, l'invitation des soigneurs traditionnels... Collomb alla même plus loin en tentant d'intégrer à la tombée de la nuit les guérisseurs dans le *pënc* ou en les associant aux soins officieusement dispensés aux malades.

Cette façon de faire, si elle permettait d'entretenir avec les marabouts des relations amicales, fut critiquée par Andras Zempléni(24) (un des élèves de l'école de Fann) D'après lui, les guérisseurs ne pouvaient travailler que dans une liberté de manœuvre totale ce qui n'était bien sûr pas le cas dans une situation de dépendance paramédicale.

*« A vouloir transformer les guérisseurs en psychiatres traditionnels, ne risquait-il pas de leur couper l'herbe de la croyance sous les pieds ? » (24)*

D'un autre côté, si Henri Collomb avait conscience que le psychiatre n'était pas qualifié pour opérer à l'aide des mythes et des rites, il objectait que *« le psychiatre avait toujours la possibilité de ne pas les refuser. » (24)*

De plus, nous pouvons rappeler ici que le pronostic de la schizophrénie est meilleur dans les pays en développement. (101, 102)

Cette approche expérimentale évoque celle de Nathan. (Voir D, 2)

Mais en faisant le choix d'intégrer totalement les traitements traditionnels au fonctionnement de la clinique, ne perdait-il pas la richesse de deux cultures différentes?

## 2. Revue de la littérature :

### a. Commentaires généraux

Nous avons procédé à une revue de la littérature à la recherche d'autres expériences psychiatriques cultivant les échanges entre savoirs traditionnel et occidental et questionnant le cadre ; nous avons volontairement restreint notre choix à l'Afrique, continent présentant de nombreuses similitudes culturelles avec Mayotte.

Il s'est avéré que peu d'articles scientifiques relatant ce type d'expérience sur le cadre et la manière « d'adapter des façons de procéder occidentales en Afrique » furent récemment répertoriés. Nous en avons retrouvé un grand nombre traitant des croyances traditionnelles, des guérisseurs, d'ethnopsychiatrie et de l'importance de la culture pour le diagnostic (et la clinique) mais peu sur des tentatives d'échanges entre les savoirs. Or notre recherche concerne les adaptations à apporter au cadre pour permettre une rencontre.

Nous ne mentionnerons donc qu'un petit nombre d'articles.

Il nous a paru par la suite que les livres consacrés aux expériences africaines étaient plus à même de correspondre à la recherche ; cependant ces livres étaient pour la plupart anciens et appartenaient plutôt aux classiques de la littérature ethno-psychiatrique.

Voici les principaux résultants présentant un intérêt pour notre travail.

### b. Articles

- Manque global de moyens

En 2009, Inge Petersen et al (25) fait un état des lieux sur la psychiatrie en Afrique du Sud.

Les principaux points mis en avant sont le manque d'argent et sa mauvaise utilisation, le manque de formation et de supervision du personnel et le manque de support social (pas d'assistantes sociales...). La collaboration entre systèmes traditionnel et moderne serait aussi trop faible.

En conclusion, les auteurs insistent sur la nécessité d'une action politique et d'une meilleure utilisation des outils existants déjà.

En 2008, Atalay Alem et al (26), les auteurs recueillent les opinions des professionnels de soins psychiatriques. Ceux-ci mettent en avant le manque de ressources humaines, l'insuffisance de supervision et relèvent des résistances des occidentaux pour collaborer avec les tradithérapeutes.

- S'adapter à la génération entre deux/ création de médiateurs

L'article de Sylla Aïda et al (27) met en avant l'adaptation nécessaire des outils thérapeutiques à l'évolution de la société. Dans les années 1970, Collomb avait rendu obligatoire la présence d'un membre de l'entourage avec le patient mais trente ans après, il est fréquent de ne trouver personne de disponible pour séjourner à l'hôpital.

Les psychiatres ont alors eu l'idée de créer un nouveau type de personnel rémunéré par l'hôpital, *le personnel de soutien*, lorsque les familles ne peuvent pas rester à l'hôpital. Son rôle était d'établir une relation durable avec le malade et si possible la famille de celui-ci. Dans une perspective systémique, cet accompagnant constitue un relais important dans un circuit de relations complexes et médiatisées entre ce qui est dans l'hôpital et ce qui est au dehors ; le thérapeute peut être ainsi inclus dans le fonctionnement familial grâce au médiateur tandis que les familles sont responsabilisées et prennent une part active à la thérapie.

- Pronostic moins bon quand l'institution internalise et contrôle

L. Asmal *et al* (2011) ont fait une revue de la littérature (28).

Parmi les différents résultats, nous n'en avons sélectionné qu'un, les autres sortant de notre sujet.

La principale observation est que plus une famille (ou plus des soignants) cherchent à contrôler les symptômes et le comportement d'un patient schizophrène, moins le pronostic serait bon. Dans les situations où les familles et les soignants externalisaient la « cause » de la pathologie au travers de croyances traditionnelles, il y avait moins de recherche de contrôle mais une certaine acceptation et le pronostic était meilleur.

- Rôle des thérapies traditionnelles, société paradoxale

Dans l'article de S.C Moukouta *et al* paru en 2002, il est question de l'analyse d'une expérience clinique (3 cas cliniques) en milieu psychiatrique au Congo. (29)

Selon les auteurs, les thérapies traditionnelles ont un pouvoir de régulation sociale et familiale. Au contraire, une hospitalisation en psychiatrie stigmatiserait le malade.

De plus, il est aussi souligné que « les pouvoirs publics contribuent à une opposition entre la psychiatrie moderne et la psychiatrie traditionnelle ».

L'article conclue qu'il est indispensable que thérapeutes traditionnels et modernes collaborent.

- Articles sur les thérapeutes traditionnels

Dans leurs articles<sup>30,31,32</sup> (2009,2010,2011), SORSDAHL.K, STEIN.DJ, FLISHER.AJ *et al* insistent sur l'absolue nécessité d'une plus grande collaboration entre thérapeutes traditionnels et occidentaux. Certains articles affirment que les guérisseurs « se sentent dénigrés » par les médecins occidentaux. Nous ne détaillerons pas plus ces articles car ils sortent du cadre que nous nous étions fixé et que les notions développées paraissent parfois floues et discutables...

- Conclusion

Les idées principales à retenir sont les suivantes :

-collaboration indispensable entre thérapeutes traditionnels et thérapeutes occidentaux (retrouvée dans tous les articles, relations plus particulièrement détaillées dans 30, 31, 32)

-Certains auteurs pensent qu'il faudrait que les soignants connaissent mieux la culture des locaux et que les guérisseurs soient plus informés des fonctionnements institutionnels occidentaux.

-les systèmes sociaux entretiennent encore souvent un paradoxe entre culture traditionnelle et occidentale. (Génération entre deux, double discours de l'état) (29)

-Manque de moyens financiers et manque de formation du personnel freinent les innovations institutionnelles ; les auteurs l'expliquent souvent par la faible implication des politiques. (25, 26)

-les adaptations le plus souvent mises en avant sont l'intégration de l'entourage dans les soins et la recherche d'un intermédiaire (médiateur) entre les familles et l'hôpital. (27)

-le pronostic serait meilleur si la recherche de contrôle des institutions sur la pathologie psychiatrique était moins grande. (Meilleur pronostic quand la cause est externalisée comme dans les sociétés traditionnelles.)(28)

### c. Livre : une expérience en Côte d'Ivoire

Parmi les livres relatant des expériences de psychiatrie en Afrique, nous avons choisi de mentionner celui de Georges Dimy Tchetché (23).

G.D Tchetché décrit une expérience de soins en Côte d'Ivoire avec le prophète Harviste Albert Atcho.

- Création de villages psychiatriques

Les « villages psychiatriques », villages artificiels installés près de la maison du guérisseur, permettaient au malade de recevoir un rituel thérapeutique et à sa famille de loger dans les cases vides.

Le rituel thérapeutique (le malade « confesse son passé », puis s'asperge d'une eau spécialement préparée et enfin est lavé par un infirmier) rendrait le malade plus réceptif à la psychothérapie.

A l'opposé, d'après les auteurs, un africain « hospitalisé dans un établissement psychiatrique classique, risquait, inoccupé et isolé, de s'aliéner encore d'avantage » ;

- Trois types de consultations pour rencontrer le malade

Plus loin dans son livre (23), l'auteur décrit le déroulement « d'une consultation psychopathologique » à l'hôpital psychiatrique de Bingerville (Côte d'Ivoire) ; la méthode décrite ici était à l'état d'expérimentation. On peut d'abord distinguer 3 étapes dans le processus de rencontre : la première consultation « ambulatoire », les entretiens lors de l'hospitalisation et les visites à domicile.

La **première consultation** (prise de contact) permettait de relever des informations de base et de fixer l'hospitalisation.

Une fois le malade **hospitalisé**, les entretiens avaient lieu à l'hôpital sous 2 formes : en groupe sous la « case » ou en tête à tête dans le bureau du médecin.

**Les visites à domicile** se faisaient soit en quelques heures lorsque la famille habitait près de l'hôpital, soit en immersion complète de plusieurs jours dans les familles lorsque celles-ci vivaient loin. Le malade n'était présent que lorsque les visites à domicile étaient proches. L'équipe de fond était constituée d'un interprète, d'un médecin et d'un psychologue ; souvent l'équipe se scindait en 2 pour se consacrer d'une part à la famille et d'autre part au voisinage.

Le fonctionnement restant le plus souple possible pour amoindrir les résistances : « *si nous sentions des résistances au niveau du conflit familial, l'un des membres de l'équipe proposait un entretien seul à seul avec l'interprète au personnage le plus âgé de la famille (celui qui prend des décisions importantes) tandis que les autres devisaient avec le groupe familial.* » Les cliniciens cherchaient à cerner le plus possible le milieu familial, les croyances religieuses et les représentations culturelles de la maladie. Ces démarches avaient pour objectif d'appréhender le malade au sein de son groupe familial.

Les principes décrits tant en consultation ethno psychiatrique à Paris qu'en situation transculturelle en Afrique ont en commun de favoriser la rencontre en ce qu'elle a de culturellement autre pour la transformer en une « matière » thérapeutique.

Nous avons déjà insisté sur le fait que ce travail ne se voulait pas uniquement « ethno psychiatrique ». Cependant la situation de Trans culturalité du cas impose de croiser ce regard ethno-psychiatrique aux autres approches qui s'en trouveront alors enrichies. M.R.Moro élargit elle aussi la réflexion en posant la question suivante : « *Est-ce que toutes les stratégies spécifiques utilisées en consultation ethno-psychanalytique sont des sources d'efficacité spécifiques ou au contraire simples catalyseurs de facteurs communs à toute psychothérapie ?* » (17)

Nous retrouvons donc des questions essentielles et finalement assez générales sur la question de l'altérité, sur la question de ce qu'il peut y avoir de commun et de thérapeutique dans une rencontre.

Pour poursuivre notre réflexion, nous allons nous extraire de la différence culturelle pour réfléchir à ce qui caractérise, de manière plus générale, la rencontre en psychiatrie.

Nous présenterons pour cela différents regards : phénoménologique, psychanalytique, neuroscientifique.

Puis nous terminerons par la présentation des théories de l'empathie en psychologie scientifique et neurobiologie.

### III. Au-delà de la différence culturelle : la rencontre en psychiatrie

Nous allons présenter ici les éléments qui caractérisent la rencontre au travers de différents regards. Nous mettrons en avant les caractéristiques des premiers instants de l'interaction patient/psychiatre. Enfin nous réfléchirons au concept d'empathie, concept central de la rencontre dans le cadre psychiatrique.

#### A. Définitions générales

Nous allons introduire ce chapitre sur la rencontre en présentant ici de manière pragmatique les définitions de « rencontre » puis de « relation » telles qu'elles sont faites dans le dictionnaire Larousse. (Site internet 6)

##### 1. Définitions de rencontre :

-Les auteurs distinguent rencontre prévue et inattendue ; ils parlent de : « *se retrouver en la présence de quelqu'un sans l'avoir cherché* » ou « *d'entrevue, conversation concertée entre deux ou plusieurs personnes* ».

-L'autre dimension évoque la confrontation entre deux parties : « *combat imprévu entre deux détachements ennemis en mouvement* », ou « *duel, combat singulier* ».

-La dernière dimension est physique : « *fait d'entrer en contact ou en collision.* »

Nous retenons donc les idées « **d'être ensemble** » en un même lieu et pour un temps limité de manière **prévue ou non** ; la deuxième notion plus originale est celle d'une **confrontation physique** (deux corps) ou d'une lutte contre (deux équipes adverses).

Après ces définitions « académiques », nous pouvons nous arrêter un peu sur le sens commun de « rencontre ». Dans le langage courant, on parle souvent de rencontre amoureuse, de rencontre amicale ou ici de rencontre thérapeutique. Nous pourrions alors distinguer deux dimensions. La première est l'entrée en contact c'est-à-dire le fait que quelqu'un qui n'existe pas pour le sujet vienne prendre une place dans son environnement et donc dans son univers psychique. La deuxième concerne les conséquences que la rencontre peut avoir sur sa manière d'appréhender le monde ; c'est-à-dire comment elle peut modifier ses représentations (et/ou son fonctionnement psychique) et son histoire personnelle et ce, de manière réciproque.

Pour illustrer cette idée de manière simple, nous pouvons citer des expressions courantes : « rencontre artistique », « cette rencontre a changé ma vie », etc...

## 2. Définitions de relation :

-dimension de rapport **logique** entre deux phénomènes: «*relation de cause à effet* »

-dimension de logique mathématique : « *condition qui lie les valeurs de deux ou plusieurs grandeurs dans un ensemble* ».

-dimension **humaine** : « personne avec laquelle on est en rapport » ; à laquelle peut s'ajouter des caractéristiques **émotionnelles ou sociales** : « liaison d'affaire, d'amitié ».

-dimension **développementale**, fonctions de relation : « ensembles des fonctions organiques qui assurent la relation avec le milieu extérieur ».

Ces dimensions mettent en avant les notions de rapport logique (stable dans le temps) et d'enjeux intersubjectifs, sociaux et environnementaux.

La principale différence entre rencontre et relation nous paraît résider dans la dimension temporelle (l'une se déroule à un instant T, l'autre se répète dans le temps ou reste stable) ; les deux notions renvoient à l'intersubjectivité et évoquent un contact qui peut être paisible ou conflictuel.

Nous pouvons citer A.Rojas Urrego (34)

« *Toute relation n'est pas rencontre et toute rencontre n'est pas relation. [...] L'esprit et la rigueur scientifique sont indispensables à la psychiatrie, sans oublier que, étant science et art à la fois, elle commence toujours dans le terrain vague de l'intersubjectivité.* »

En effet, nous allons particulièrement nous intéresser à la dimension créative, la dimension de changement que la rencontre contient probablement plus que la relation. Pour cela, nous chercherons à comprendre comment rencontre et relation peuvent être thérapeutiques au travers de ces changements qu'elles peuvent favoriser sur le fonctionnement psychique et les représentations du patient.

Après ces notions introductives, nous allons aborder des éléments plus techniques et spécifiques de différents courants psychiatriques.

Parmi les très nombreuses définitions de « rencontre », l'abord phénoménologique nous a paru très riche et nous avons choisi d'y avoir recours tout au long de ce travail.

Ne pouvant pas de manière réaliste étudier de façon approfondie les œuvres de tous les phénoménologues, nous en avons délibérément sélectionné deux : Karl Jaspers et Eugène Minkowski.

Le critère de choix fut biographique ; en effet ces deux hommes firent des études de médecine et de psychiatrie avant de s'orienter vers la phénoménologie. Nous pensons que dans le cadre d'une thèse de psychiatrie, cette caractéristique permettrait de « faire lien » de manière plus harmonieuse entre les deux disciplines.

## B. Comment caractérise-t-on ce phénomène en psychiatrie ?

### 1. Phénoménologie

#### a. Conception de la rencontre chez K. Jaspers : un regard tendu vers la globalité

Nous tirons ici toutes les citations de l'œuvre majeure de Karl Jaspers à savoir : Psychopathologie générale. (35)

Pour Jaspers, le phénomène de la rencontre en psychiatrie est d'abord caractérisé par le regard particulier du psychiatre sur le patient.

- Double regard et double rôle

Jaspers différencie deux positions du clinicien : celle de phénoménologue et celle de psychopathologue.

L'étude de la subjectivité (« vue instinctive et intuition personnelle ») reviendrait à la phénoménologie et l'étude de l'objectivité (science comme but ultime) à la psychopathologie. Le phénoménologue chercherait plutôt à avoir un regard « intérieur » au patient alors que le psychopathologue regarderait le patient d'un point de vue externe.

A titre d'exemple, nous retrouvons cette opposition de manière assez nette dans cette citation de Jaspers (page 30) :

*« Sont objectifs les contenus rationnels de la pensée, idées délirantes par exemple, compris sans se substituer à autrui, mais par la simple réflexion d'une manière toute logique. Est subjectif le psychique proprement dit connu par interpénétration, en vivant ce que vit l'individu, par exemple l'expérience délirante initiale »*

- Tension objectivité/subjectivité

Ce double regard comporte une certaine tension entre l'accès extérieur au patient qui se base sur des connaissances reproductives scientifiques et l'accès intérieur subjectif qui est parfois difficile à atteindre (cas de patients très délirants par exemple).

Or pour Jaspers, le psychiatre devrait être en mesure d'utiliser les deux regards qui se complètent.

Nous pouvons faire ici un lien avec la méthode complémentariste de Devereux.

Effectivement, il s'agit dans cette méthode de porter un regard objectif anthropologique et un regard subjectif psychologique. Nous avons donc aussi une tension entre ce qui rend possible de se mettre à la place du patient (universalité de fonctionnement psychique-psychopathologie) et ce qui rend vain ou très difficile de le faire (spécificités culturelles-anthropologie). Nous renvoyons le lecteur à la partie II, A, 1.

Pour Jaspers, la rencontre en psychiatrie semble donc être la manière d'accéder à « l'expression de l'âme du patient » ; la structuration de son livre (35) résume assez bien cette idée (premier chapitre : phénoménologie, deuxième : symptômes objectifs et troisième : « l'expression de l'âme »).

Pour atteindre la globalité du patient, le psychiatre doit être capable, au cours de la rencontre, d'adopter le rôle de phénoménologue et le rôle de psychopathologue c'est-à-dire voir le patient en ce qu'il a d'unique mais aussi de commun avec l'ensemble des humains.

Nous allons maintenant exposer l'approche de Minkowski.

## b. Conception de la rencontre selon Minkowski Rôle primordial de l'ambiance

Nous allons voir que pour Minkowski, les premiers instants de la rencontre sont caractérisés par l'ambiance ; c'est elle qui fait le lien entre psychiatre et patient et qui autorise ou non la rencontre « vraie ».

Les notions et citations des prochains paragraphes sont issues des œuvres suivantes : Le temps vécu<sup>36</sup>, Traité de psychopathologie<sup>37</sup>, la schizophrénie<sup>38</sup> et Ecrits cliniques<sup>39</sup>.

- Un contact physique à l'autre

Minkowski donne la définition suivante de *l'ambiance* : « *L'ambiance enveloppe et pénètre, elle touche de très près. L'objectif et le subjectif ne se séparent plus nettement, l'extérieur et l'intérieur non plus [...] L'individu plonge dans l'ambiance et en dépend ; il le fait même d'une façon particulièrement intime...* » (37)

Nous ressentons ici une dimension physique associée à cette notion d'ambiance. L'ambiance, de par son omniprésence, semble pouvoir faire lien entre les individus qui se rencontrent.

Selon Minkowski, le *contact affectif* avec l'ambiance peut varier selon les individus. Il exprime en effet un lien fort entre l'ambiance et l'expression affective. (38)

Ce serait donc au travers et grâce à l'ambiance que chaque individu pourrait s'accorder affectivement à l'autre pour entrer en communication avec lui. Nous pouvons déjà supposer que, pour Minkowski, le psychiatre pourra se servir de cette ambiance comme d'un outil de rencontre.

- Ambiance et harmonie orchestrale

Minkowski, pour presque toutes les définitions associées à l'ambiance, utilise le champ lexical des ondes et nous retrouvons régulièrement les mots : accordance affective, écho, résonance, vibration, corde...

Ce vocabulaire est une métaphore de l'harmonie profonde d'un orchestre classique ; harmonie n'existant que grâce à la capacité des instrumentalistes à s'accorder entre eux pour réaliser une œuvre commune. Cette notion d'harmonie fait elle-même écho à la « polyphonie » de Jean Oury dont nous parlerons dans la partie sur la psychiatrie institutionnelle.

A la notion d'ambiance, nous associons donc facilement le concept d'*harmonie* :

« *C'est ainsi que s'établit cette harmonie merveilleuse entre nous et la réalité, harmonie qui nous permet de suivre la marche du monde, tout en sauvegardant la notion de notre propre vie.* » (36)

Harmonie que nous retrouverons de manière récurrente dans l'approche du temps de Minkowski. C'est donc en accédant cette harmonie que le psychiatre rencontrera le patient.

- Autres notions intimement liées à l'ambiance

i. *Syntonie, schizoïdie:*

Très liée au concept de l'ambiance, nous devons définir aussi la *syntonie*.

En reprenant la métaphore de l'orchestre: «*La syntonie est la faculté de se mettre au diapason de l'ambiance, de pouvoir vibrer à l'unisson avec celle-ci ; elle réalise en même temps l'unité de la personnalité.* » (p 116, 39) ;

Le concept opposé serait *la schizoïdie* :

« *Faculté de s'isoler de l'ambiance, de perdre le contact avec elle.* » (39)

ii. *Affectivité contact :*

L'autre notion en lien direct avec l'ambiance que nous allons décrire ici est *l'affectivité contact*.

Page 290, Minkowski en donne la définition suivante :

« *L'affectivité contact se trouve préformée dans le bon et le mauvais contact affectif avec l'ambiance.* » (37)

En d'autres termes, ce serait la manière avec laquelle nous nous adapterions d'un point de vue affectif lors d'une rencontre.

iii. *Sympathie :*

La *sympathie* serait aussi intimement liée aux notions précédentes d'harmonie, de contact avec l'ambiance et la vie.

Page 61 :

« *Nous n'avons pas de peine à retrouver dans la sympathie les traits essentiels du contact vital avec la réalité* », « *la sympathie est ce qu'il y a de plus naturel, de plus humain en nous. Elle sert de support, de charpente à notre vie.* » (36)

La sympathie serait une manifestation de la syntonie, donc de la capacité à s'accorder à l'ambiance et à cet autre qui partage l'ambiance avec nous.

Nous verrons que dans les théories neuro cognitives de l'empathie, les chercheurs différencient empathie et sympathie de manière plus franche. Effectivement pour Minkowski la sympathie comme manifestation de syntonie paraît très proche de l'empathie.

Enfin nous comprenons, après exposition des différents concepts, que l'ambiance est pour Minkowski une caractéristique principale de la rencontre.

En psychiatrie, lors d'une rencontre avec un patient, il nous faudra garder en tête la question suivante : « *quelle valeur a le trait de caractère étudié par rapport au contact avec l'ambiance ? De quelle façon se reflète-t-il dans l'attitude générale de l'individu ?* » (39, Page 16)

Nous allons maintenant présenter d'autres concepts liés à la rencontre au travers de la perspective psychanalytique, qui nous paraît intéressante d'un point de vue historique. En effet, si elle est maintenant largement remise en cause, l'approche psychanalytique a longtemps fait école pour appréhender les pathologies et les soins psychiatriques, et est en cela encore fondatrice de beaucoup de concepts actuels.

## 2. Rencontre en psychanalyse

Comment la psychanalyse appréhende t'elle la rencontre? Le terme en lui-même n'est pas une notion clé comme il peut l'être en phénoménologie. Cependant les notions de transfert et contre transfert, clés de voutes de la théorie psychanalytique, y sont étroitement liées et déterminent ce que certains psychanalystes appellent « la rencontre entre deux inconscients ». La notion d'empathie est moins centrale, mais a été aussi largement appréhendée d'un point de vue psychanalytique. Chacune de ces notions sera approfondie dans la suite de notre travail.

### a. Transfert

La relation médecin malade est « *une relation inégale de celui qui souffre, qui a besoin d'aide et de protection, envers celui qui sait et qui peut* » (Jeammet et al 1979)

Elle rejoint en cela les caractéristiques de la relation parent-enfant, et le patient aura tendance à transposer les habitudes relationnelles et affectives qu'il a prises avec ses parents dans la relation avec son médecin. C'est le principe du transfert psychanalytique, que Pontalis (103) définit comme:

*" Le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relations établies avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. Il s'agit là d'une répétition de prototypes infantiles vécus avec un sentiment d'actualité marquée»*

Dans son acceptation élargie par rapport au transfert qui existe dans la cure type, les psychanalystes parlent de transfert pour désigner l'ensemble des réactions affectives, conscientes et inconscientes, qui existent de la part du patient à l'égard de son thérapeute.

En tout cas, dans le cadre de la psychothérapie psychanalytique, c'est le maniement et l'interprétation du transfert qui va permettre le travail psychique et le changement thérapeutique, dans l'idée que le patient va pouvoir rejouer ses problématiques relationnelles dans le transfert et peut-être les résoudre à cette occasion.

Nous verrons plus loin (partie IV et V) ce qui caractérise le transfert psychotique (et le contre transfert) et ce que ça implique sur les modalités techniques de rencontre.

Que se passe-t-il du côté du thérapeute ?

### b. Le contre-transfert

Le contre transfert est défini comme "l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci"

Si la position classiquement prônée est celle de la neutralité bienveillante (nous y reviendront en partie V, D, 1), le psychanalyste utilise néanmoins ses propres réactions inconscientes, dans la rencontre avec son patient, à visée thérapeutique.

Anna Marie Saunal (104) parle en effet de «rencontre de deux inconscients». Par son écoute flottante, la psychanalyste associe librement autour du discours du patient, et propose au patient les associations intéressantes et les interprétations qu'il juge pertinentes.

Si l'interprétation est réellement pertinente, alors «les inconscients se rencontrent», et cette parole va permettre au patient la «perlaboration» : c'est à dire une élaboration supplémentaire, une prise de conscience d'éléments jusqu'alors refoulés, grâce et à partir de l'interprétation de l'analyste.

Comment les psychanalystes appréhendent t'ils le phénomène de l'empathie ?

### c. L'empathie « psychanalytique »

Dans l'œuvre de Freud (41, 42,43), la référence la plus importante à l'empathie se trouve dans Psychologie des masses et analyse du Moi. Freud supposait que les membres d'un groupe s'identifiaient les uns aux autres par l'intermédiaire du « *processus appelé empathie (Einfühlung) par la psychologie, qui prend la plus grande part à notre compréhension de ce qu'il y a d'étranger à notre Moi.* » (41)

Pour lui le concept d'empathie ne serait pas cognitif mais affectif, avec donc le risque de s'identifier au patient.

Contrairement à Freud, Bolognini insiste sur l'importance de la « séparation » entre les émotions de soi et d'autrui.

Nous retiendrons la définition qu'il en donne :

*« La véritable empathie est une **condition de contact** conscient et préconscient caractérisé par la séparation, la complexité et la structuration ; un spectre perceptif large dans lequel sont comprises toutes les réalités émotionnelles, des plus claires aux plus obscures ; et surtout le contact progressif, partagé et profond avec la **complémentarité objectale**, avec le moi défensif et avec les parties clivées de l'autre, tout autant qu'avec sa subjectivité ego-syntonique » (44, p. 175)*

Ainsi, pour les phénoménologues comme pour les psychanalystes, la dimension affective, le confort relationnel sont cruciaux pour permettre une rencontre thérapeutique. C'est aussi ce qu'on retrouve dans la littérature si l'on recherche les dimensions efficaces d'une psychothérapie.

### 3. La rencontre en psychothérapie intégrative : relation, alliance, affiliation

Selon la psychothérapie intégrative, la qualité de la relation thérapeutique est un des principaux facteurs de changement dans une psychothérapie quelle qu'elle soit (46).

Pour certains, une relation thérapeutique de qualité est l'équivalent de « l'alliance thérapeutique » ou « la collaboration active et mutuelle entre le thérapeute et son patient » (Chapitre 3, 46).

Gaston considère deux dimensions pré requises à cette alliance (99, 100) :

- la relation affective du patient avec le thérapeute
- la compréhension empathique du thérapeute

Ce sont ces deux dimensions (« affectives ») qui vont intéresser le phénomène inaugural de la « rencontre » en psychiatrie.

Puis il évoque deux autres dimensions (plus rationnelles) qui interviennent dans un second temps : l'alliance de travail et l'accord entre patient et thérapeute sur les objectifs.

La première composante de l'alliance thérapeutique semble donc être affective. En conséquence, la rencontre va beaucoup dépendre de la disposition du thérapeute vis à vis du patient, de sa « compréhension empathique » et, de manière plus générale, de la façon dont il va réussir à s'affilier le patient à travers des messages (implicite ou/et explicite) qui disent : « je suis proche de toi », « je te comprends » et « j'ai l'intention de t'aider ».

En effet, Carl Rogers l'avait souligné en écrivant « *la rencontre, chaleureuse, subjective et humaine de deux personnes est plus efficace pour amener un changement que ne peut l'être le système technique le plus perfectionné.* »

Nous verrons en partie V, E, comment le psychiatre peut essayer de s'affilier au patient pour rendre la rencontre possible.

Ainsi, l'empathie, et surtout par la manière dont on peut la renvoyer au patient, semble être une dimension majeure de la rencontre, tant d'un point de vue descriptif que dans une perspective d'efficacité thérapeutique. Quelles sont les données neuroscientifiques qui permettent de mieux l'appréhender?

#### 4. Approche neuroscientifique de la rencontre : empathie

La question de la rencontre n'est pas une mince affaire pour la recherche neuroscientifique. En effet, il est difficile de capturer de manière très naturaliste cette « rencontre » qui veut à la fois tout et rien dire. Nous avons fait le choix d'approcher le phénomène à travers de l'empathie et de certains autres de ses composants dont on a vu qu'ils avaient un poids important dans la « réussite de la rencontre ».

##### a. Introduction générale

- Origine du concept

Le mot *empathie* est d'origine grecque et signifie « **souffrir avec** ». Elle dérive d'un néologisme allemand du XIX<sup>ème</sup> siècle : *Einführung* traduit par *sentir dedans*. Il s'agissait pour les auteurs de cette époque d'un processus de communication intuitive avec le monde, en opposition à un mode de connaissance rationnelle.

Pour Husserl, l'empathie était un processus essentiel de l'intersubjectivité, une forme de **co-connaissance** acquise par analogie.

Nous avons vu que pour Freud (41), l'empathie était surtout affective et associée à une **projection** dans l'autre.

- Définition

L'empathie est un « concept à la mode » et a été utilisée pour décrire un large champ d'émotions, expressions, comportements qui permettent à l'individu de reconnaître, percevoir, répondre de manière appropriée aux émotions des autres...

Nous pourrions d'abord définir ce que l'empathie « n'est pas » :

-De la contagion émotionnelle (processus automatique caractérisé par la non différenciation soi-autrui). Nous verrons cependant que si la contagion émotionnelle n'est pas de l'empathie ce n'est pas pour autant qu'elle n'intervient pas dans le processus d'affiliation à autrui.

-De la sympathie. En effet, la sympathie n'implique pas de comprendre les émotions d'autrui. Selon Nightingale et al : « *la sympathie interfère avec l'objectivité nécessaire au diagnostic et au traitement et peut avoir un impact indirect sur la santé du clinicien* ». (Page 118, ref 48)

Nous pouvons rappeler que Minkowski confondait quasiment empathie et sympathie...

Pour définir l'empathie clinique, nous avons retenu deux définitions.

-La première est celle de Carl Rogers (83), un des théoriciens de la psychothérapie centrée sur la personne :

« *C'est la capacité à ressentir le monde du patient, comme si c'était le sien mais sans perdre sa qualité de « **comme si** ». Cette nuance de « comme si » distingue l'empathie qui est plus une aptitude à entrer dans l'univers cognitif et émotionnel de l'autre et à ressentir avec la sympathie consistant à éprouver une inclination positive à l'égard d'autrui.* »

-La seconde provient du livre d'Olivier Chambon :

« *C'est une écoute conçue comme une aptitude à s'immerger dans le monde d'un autre être humain ; à se permettre d'entrer en résonance avec les messages parlés et, plus important encore, non-dits ; et à être conscient de ses propres sentiments, images, fantasmes et associations.* » (Page 83, ref 46)

Si l'on tente un découpage synthétique de ce en quoi consiste l'empathie, on retiendrait :

(Voir schéma en annexe)

- la capacité à savoir ce que ressent autrui

avec l'existence de 2 dimensions, l'une cognitive – je comprends parce que je sais- et l'autre affective- je comprends parce que je ressens.

et la nécessité de distinction soi-autrui

- la conduite aidante/ soutenante qui en découle

On peut noter que la question de « la capacité à savoir ce que ressent autrui » recoupe la compétence fondamentale de « théorie de l'esprit » ou « *Aptitude à prévoir ou à expliquer le comportement d'autrui en lui attribuant des croyances, des pensées, des souhaits ou des intentions. [...] Cette capacité à se représenter la représentation du monde d'autrui peut être décrite comme une méta-représentation intersubjective.* » (49)

Les débats concernant « comment est-ce que l'on y parvient » sont donc à l'origine des débats issus de cette littérature (ToM- theory of mind).

- Origine évolutive

Les êtres humains sont des êtres sociaux. Leur survie dépend de la qualité des interactions sociales qu'ils engagent, de la formation d'alliances qu'ils réussissent à construire et enfin, de l'exactitude des jugements sociaux qu'ils peuvent porter (réf 50, Decety 2002).

Ces processus sont portés par différents niveaux de complexité croissante de compétences sociales : du mécanisme simple de contagion émotionnelle jusqu'à des mécanismes représentatifs et méta représentatifs qui sont au cœur de l'empathie.

Nous allons présenter deux théories scientifiques de l'empathie, qui loin d'être exclusives l'une de l'autre se complètent plutôt bien. Enfin, nous aborderons les mécanismes de plus bas niveau qui ne sont pas considérés à proprement parler comme de l'empathie mais plutôt comme des mécanismes affiliatifs qui influent probablement considérablement sur « la qualité de la rencontre ».

## b. Empathie cognitive

- Définition

C'est une conception de l'empathie qui considère que l'on sait ce que vit autrui à travers une théorie cognitive, sans avoir besoin de ressentir quoi que ce soit. Dans le domaine de recherche sur la théorie de l'esprit cette conception est appelée « **théorie de la théorie** ».

En d'autres termes, je peux reconnaître ce que vit autrui grâce aux données engagées au cours de ma vie et réorganisées sous la forme d'un module complexe:

-les connaissances générales que j'ai sur les gens.

-ce que je sais en particulier de cette personne.

-ce qu'elle me dit.

Il s'agit d'une conception cognitive de **haut niveau** (ou métacognitive) qui donnerait accès à la représentation du monde d'autrui mais aussi accès à ses propres représentations du monde. Autrement dit, elle vaudrait aussi bien pour les autres que pour moi-même. Elle permet de connaître le ressenti d'autrui sans ressentir ce qu'il ressent mais en imaginant ce qu'il ressent : « *Other imaginative perspective* ». (47)

- Données des études de neurosciences

Les études ayant étudiées « les bases cérébrales de la théorie de l'esprit » ont pour la plupart utilisé des vidéos ou des images dans lesquelles des personnages intervenaient. Il était en règle générale demandé aux participants (adultes, enfants) de décrire les intentions ou l'état d'esprit d'un personnage dans telle ou telle situation.

Nous nous basons pour la suite du texte sur deux articles de Frith parus en 2003 et 2012 (51, 52).

Chris Frith, un des chefs de file de la théorie cognitive distingue trois composantes anatomiques de ce système auxquelles il attribue des fonctions propres (51) :

-Le cortex préfrontal médian ou MPFC serait à la base du découplage permettant de distinguer les représentations en termes d'états mentaux des représentations du monde réel.

(Ce qui déterminerait notre comportement ne serait pas l'état de l'environnement (matériel, objectif, perçu par les sens) mais nos croyances sur l'état de l'environnement.)

-Le sulcus temporal postéro supérieur ou STS aurait pour rôle de détecter le comportement des agents et d'analyser les buts et les issues de ce comportement.

-Le cortex temporal serait porteur d'un contexte global sémantique et émotionnel ; il aiderait ainsi à interpréter les stimuli des scénarios sociaux.

Il faut remarquer que cette littérature sur les « bases cérébrales de la théorie de l'esprit » a utilisé des stimuli très « cognitifs », faisant peu intervenir de processus émotionnel. En effet, les objectifs de ces études n'étaient pas la question de l'empathie à proprement parler mais il ne semble pas incohérent que le processus d'empathie fasse en partie appel à ces mécanismes. De fait, c'est cette partie de la littérature qui alimente la théorie cognitive de l'empathie.

### c. Empathie affective

- Définition générale

Cette théorie affective de l'empathie est apparue plusieurs dizaines d'années après la théorie de la théorie (ou théorie cognitive)

Selon la théorie affective, je peux ressentir et reconnaître ce qu'autrui vit « en me mettant dans ses chaussures ». On peut parler de « self imagine perspective » (47)

Comme nous allons le voir, il existe des preuves neuroscientifiques de l'existence de ce mécanisme de « simulation ».

- Activation des aires cérébrales partagées

Tania Singer (53, 69) s'est particulièrement intéressée à cette question via un certain nombre d'études sur l'empathie à la douleur. Dans un article princeps (53) publié dans sciences en 2004, elle montre que si l'on met le membre d'un couple en situation de pouvoir observer la main de son conjoint soumis à une stimulation douloureuse, on observe une activation d'aires cérébrales liées à la « participation affective » générée par la douleur (Insula antérieure et partie rostrale du cortex cingulaire antérieur) chez l'individu du couple qui observe. Par contre, contrairement à celui qui reçoit la douleur, l'individu qui observe n'active pas ses aires « sensorielles » de la douleur. Pour s'assurer de la cohérence des manifestations empathiques, des questionnaires sur le seuil de la douleur étaient réalisés après l'expérience.

Ces auteurs concluent sur l'hypothèse que notre capacité à ressentir de l'empathie a évolué à partir d'un système de représentation de notre état émotionnel intérieur que nous utilisons

pour comprendre celui des autres. En d'autres termes dans la rencontre en psychiatrie, le psychiatre peut « comprendre » le patient à partir de la représentation de son propre état émotionnel.

Depuis, un certain nombre d'études ont confirmé cette théorie de la simulation y compris pour des émotions différentes de la douleur (54, 70, 95) dont le mécanisme principal serait donc l'activation de zones cérébrales communes lors du vécu personnel d'une émotion et de l'observation de cette même émotion chez autrui. Cela signifie qu'il y aurait des mécanismes de codage communs entre soi et autrui.

- A un niveau neuronal : rôle de neurones miroirs ?

Les neurones miroirs ont été découverts dans les années 1990 par l'équipe de Rizzolatti (55). Ils ont été découverts lors d'expériences sur des macaques. Les chercheurs ont observé que certains neurones s'activaient à la fois lorsque les singes saisissaient un objet ou lorsqu'ils voyaient quelqu'un saisir le même objet (enregistrement cellulaire). Ils les ont appelé neurones « miroirs ».

Par la suite, des données indirectes neurophysiologiques (EEG, MEG, TMS) auraient apportés « de solides arguments » en faveur de l'existence de neurones miroirs chez l'homme, en particulier au niveau de 2 aires cérébrales :

- le pied de la frontale ascendante
- et le lobule pariétal inférieur –LPI-(lors d'études d'observation d'action versus action et/ou imitation).

Plus récemment, des enregistrements extracellulaires chez l'homme (lors de tâches d'observation/ action /imitation d'acte moteur) (56) semblent :

- d'une part confirmer leur existence.
- d'autre part préciser leur distribution cérébrale ; en effet ce type de neurones existeraient probablement à plusieurs endroits du cerveau et non pas seulement au niveau des aires initialement appelées « aires miroirs » (frontale ascendante et LPI).

Du fait de leur propriété, les neurones miroirs, pourraient être « le candidat idéal » pour expliquer le phénomène d'activations cérébrales partagées et donc le mécanisme d'empathie

par « simulation » (Rizzolatti dans un discours à l'académie de sciences en 2006, ref internet 7).

Cependant certains chercheurs remettent en cause cette implication des neurones miroirs dans l'empathie.

En effet, pour Decety (57) l'existence de « *circuits neuronaux partagés n'est pas forcément synonyme de neurones miroirs* ». Cette interprétation serait selon lui la plupart du temps trop rapidement faite lors de « *toute activation- en imagerie cérébrale- commune entre l'expérience d'un état émotionnel et l'observation du même état chez un autre individu.* » alors qu'il n'existe à ce jour aucune preuve directe d'enregistrement au niveau cellulaire qui prouverait que ce sont vraiment les mêmes neurones qui sont activés dans les 2 situations.

- Distinction soi-autrui

La théorie de la simulation pose une question importante : si l'activation cérébrale est la même lorsque je vis une situation versus lorsque « je vois autrui en train de vivre la même situation », comment le cerveau sait-il que le ressenti est issu de l'expérience d'autrui et non pas de ma propre expérience?

Parmi les mécanismes qui seraient impliqués dans cette question de différenciation soi/autrui, on note :

- l'existence d'une latence des réponses cérébrales ainsi qu'une taille et une intensité moindre des activations cérébrales lorsque ce n'est pas le sujet (mais autrui) qui vit la situation.

- implications d'aires spécifiquement consacrées à la différenciation soi-autrui comme la jonction temporo pariétale ou TPJ activées lorsque ce n'est pas le sujet (mais autrui) qui vit la situation. (58)

#### d. Vision intégrative de l'empathie

Decety (50) propose une vision globale de l'empathie et n'oppose pas empathie cognitive et affective. En effet, les 2 mécanismes sont probablement souvent à l'œuvre.

Pour illustrer ce propos, un article très intéressant de Masten et coll 2011 (59) se consacre à la question de l'empathie à la « douleur sociale ».

Dans les études de neuro-imagerie, la douleur sociale est le plus souvent appréhendée par un paradigme de « cyberball ». C'est un jeu video dans lequel le sujet dans l'IRM joue à un jeu de balle avec 2 autres personnages. Alors que dans la phase d'inclusion, le sujet reçoit la balle de manière équivalente aux deux autres personnes, dans la phase d'exclusion, le jeu est réglé pour que le sujet ne reçoive plus la balle (les 2 personnes se l'envoient l'un l'autre). Une étude de Eisenberger et coll. (60) montre que ce genre de tâche active chez le sujet «les aires cérébrales impliquées dans la douleur physique ».

Dans leur étude, Masten et coll (59) font donc observer à un sujet dans une IRM une personne en train de jouer (inclusion) puis de se faire exclure par les 2 autres. Le contraste des 2 conditions montre une activation des « aires de mentalisation » (empathie cognitive) : cortex préfrontal dorsomédial et médial, précunéus. Le même contraste sur une sélection de sujet cotant fortement à une échelle d'empathie montre une activation des mêmes aires ainsi qu'une activation des « aires affectives de l'empathie » (insula et partie antérieure du cortex cingulaire dorsal).

Cette étude montre bien, que les différentes voies sont utilisables, et que certains sujets en utilisent préférentiellement l'une ou l'autre ou les 2.

#### e. L'empathie dans la relation de soin ?

A notre connaissance, il n'existe aucune étude neuroscientifique qui se soit penchée sur la question spécifique des mécanismes impliqués dans la compréhension empathique de la part du thérapeute. On peut imaginer qu'il soit compliqué de mettre en œuvre une telle étude...

Voilà des éléments de synthèse intéressants qui pourrait éclairer notre propos :

Pour Decety (50) la « relation d'aide thérapeutique « *supposerait un fonctionnement harmonieux des **deux niveaux** de la théorie de l'esprit. »*

Le premier niveau de l'empathie serait affectif (théorie de la simulation) et permettrait de ressentir l'état subjectif du patient. Cependant ce niveau ne serait pas suffisant « *pour*

*comprendre le point de vue d'autrui.* » Pour appréhender la situation de manière mentaliste, un deuxième niveau d'empathie est indispensable : c'est le niveau cognitif.

*« Ces deux niveaux peuvent être disjoints et opèrent séparément dans une relation psychothérapeutique. Et certaines pratiques mettent plus ou moins l'accent sur l'un de ces niveaux. On peut cependant avancer qu'il existe entre eux une hiérarchie fonctionnelle qui trouve son explication dans l'histoire évolutive des êtres vivants. »*

A noter que cette hypothèse est étayée par les résultats d'une étude qui a étudié les temporalités d'activation des différentes aires cérébrales impliquées lors d'une tâche d'empathie à la douleur (61). Les zones associées au traitement des émotions (affective et non spécifique) sont activées les premières suivies de l'activation de régions plus cognitives.

Enfin, évoquons un résultat intéressant de l'étude de Masten et coll (59) citée plus haut. Après la tâche (observation d'un sujet en situation d'exclusion versus inclusion), il est proposé aux sujets d'envoyer des messages de soutien par mail aux personnes qui se sont fait exclure dans le jeu. On observe que la « réponse pro-sociale » liée normalement à l'empathie est fortement corrélée avec l'activation de certaines aires cérébrales comme l'insula (région affective) et le cortex préfrontal médian (mentalisation).

Ces résultats en recourent d'autres et nous semblent très intéressants pour étayer l'idée que la réponse pro-sociale est corrélée à des activations à la fois du réseau affectif et du réseau cognitif.

La relation d'aide pourrait donc découler des deux voies ou d'un équilibre subtil entre les 2. On pourrait aussi faire l'hypothèse que « pas assez de réseau affectif » ou bien au contraire « un réseau affectif pas assez régulé » par le réseau cognitif (débordement émotionnel personnel) soient des situations problématiques en thérapie.

## 5. Psychologie scientifique et neurobiologie : autres mécanismes d'affiliation

### a. Introduction

L'empathie peut être considérée comme un processus conservé par l'évolution car favorisant le maintien du groupe (et donc la survie). En effet cela serait possible non seulement parce que l'empathie permet de « comprendre autrui » (et donc de s'ajuster dans la relation), mais

aussi parce qu'elle envoie le message suivant : je suis proche de toi, je te comprends. En cela, on peut considérer l'empathie comme un mécanisme affiliatif qui participe à la « qualité de la relation » (et donc de la rencontre) avant même de s'intéresser au contenu de ce qui est compris.

Existe-t-il d'autres mécanismes d'affiliation, mécanismes qui contribueraient à la qualité de la relation immédiate entre le thérapeute et son patient ?

### b. Imitation et théorie motrice de l'empathie ?

*« Quand ma mâchoire était serrée et mes sourcils froncés, j'essayai de ne pas me sentir en colère mais de juste tenir la position. Je n'avais aucun ressenti de colère mais mes pensées s'égarèrent sur des choses qui m'irritaient, ce qui semble stupide. Je savais qu'il s'agissait d'une expérience et qu'il n'y avait aucune raison de me sentir ainsi, mais c'est en quelque sorte comme si je perdais le contrôle »*

Historiquement, le principe fondamental de cette théorie déjà défendue par Théodore Lipps au début du 20<sup>ème</sup> siècle est basé sur le fait que « quand on imite intentionnellement une émotion faciale, on ressent cette émotion faciale ».

Ce phénomène a depuis été largement démontré : une fois que la mimique de joie ou de colère imposée est effectuée, une expérience émotionnelle apparaît (humeur auto rapportée par les participants), modulée par un feed-back provenant du mouvement d'imitation (facial, postural, vocal...) (62, 63, 96).

Ekman et coll (63) montrent même d'une part une corrélation entre les mouvements d'imitation imposés et le vécu subjectif d'une émotion associée et d'autre part des modifications spécifiques et fiables du système nerveux autonome.

Certains ont voulu faire de cette imitation couplée au feedback une 3<sup>ème</sup> théorie de l'empathie mais il semble s'agir plus de **contagion émotionnelle** que d'empathie au vrai sens du terme.

*« La tendance à imiter et synchroniser ses expressions faciales, vocalisations, postures et mouvements avec ceux d'une autre personne conduit à une convergence émotionnelle. » (94)*

### c. Effet caméléon ?

L'imitation, qui est une compétence interactionnelle précoce du nouveau-né (qui imite et apprécie être imité) et un premier système de communication (97) persiste dans les relations adultes sous forme automatique et inconsciente (imitation des mimiques, de la gestuelle, de la posture...).

D'après les chercheurs, ce phénomène, appelé « mimicry » ou « effet caméléon » (64) aurait été sélectionné par l'évolution pour faciliter les relations sociales.

En effet, ce comportement imitatif totalement inconscient permettrait de renforcer les liens sociaux entre les deux personnes, il est considéré par certains comme une « glue sociale ».

Des études récentes ont d'ailleurs suggéré que les individus issus de cultures dont les membres sont inter-dépendants auraient des tendances plus marquées au mimicry que des individus issus de sociétés individualistes (ex. les Japonais vs les américains) (65).

### d. Comment ça fonctionne ?

Les résultats des études comportementales concernant l'effet caméléon montrent qu'il rend les relations intersubjectives plus harmonieuses et ce, de manière totalement inconsciente (64). Lorsque la cible est imitée, elle décrit l'interaction plus sympathique, et lorsque l'autre protagoniste imite, il dit ressentir plus de convergence émotionnelle (64). L'effet caméléon donne aussi le sentiment aux deux partenaires (l'imitateur et l'imité) d'une relation plus fluide et d'un lien plus fort (66).

Certaines études ont montré une nette augmentation du mimicry lorsque les enjeux sociaux étaient élevés et donc le besoin de s'affilier important. (Parler à un supérieur hiérarchique, s'intégrer dans un groupe...) (67).

Sur le plan neurobiologique, une étude de Kühn et coll. (2010, ref 68) montre que si l'effet caméléon a un effet positif sur la relation (effet affiliatif), c'est probablement grâce à une activation des circuits de la récompense (cortex préfrontal ventromédian et cortex médial orbitofrontal) et à leur connexion forte avec des aires affectives comme l'insula chez le sujet qui est imité.

Ce dernier résultat a aussi pour intérêt de pointer une lacune importante de la recherche dans le domaine de l'empathie : elle s'intéresse beaucoup aux mécanismes cérébraux mis en jeu

chez la personne qui montre de l'empathie et jamais à ceux qui sous-tendent « l'effet affiliatif » chez le sujet qui reçoit l'empathie...

A noter aussi qu'un certain nombre d'études à l'heure actuelle mettent en avant le rôle de l'ocytocine comme neuro-hormone facilitant les « relations sociales » (98)

Pour conclure cette partie, nous retiendrons que la rencontre, et par extension la relation thérapeutique, est considérée en psychiatrie comme un outil thérapeutique majeur. Si les phénoménologues s'attachent à percevoir l'ambiance et veillent à l'engagement personnel du psychiatre, si les psychanalystes recherchent de leur côté la neutralité bienveillante en interprétant le transfert, le caractère primordial de la rencontre n'est discuté par personne.

L'empathie, en tant que compréhension affective et cognitive du vécu du patient, tout en gardant une distinction nette entre soi et autrui, semble l'objectif à poursuivre en vue d'une rencontre réussie et donc thérapeutique. Il est intéressant d'en connaître les substrats neuronaux et d'en comprendre les mécanismes d'un point de vue neuropsychologique.

Nous allons maintenant nous intéresser au cas particulier de la rencontre avec une personne schizophrène. Nous réfléchirons sur la place de ce diagnostic dans la rencontre et verrons en quoi cette pathologie perturbe gravement l'intersubjectivité (et donc la rencontre) et les liens sociaux en général.

## IV. Cas particulier de la rencontre avec un patient schizophrène

Nous restons dans le cadre de la rencontre patient/psychiatre mais nous ajoutons un critère à cette rencontre : le patient est un patient souffrant de schizophrénie. Nous allons présenter les particularités que cela imprime à la rencontre.

### A. Phénoménologie : Minkowski, rapport pathologique du schizophrène avec l'ambiance

Dans la partie précédente, nous avons vu que pour Minkowski, l'ambiance était la condition princeps de la rencontre intersubjective.

Nous allons montrer ici en quoi la schizophrénie serait pour lui une pathologie du rapport à l'ambiance. Nous parlerons aussi de la distorsion du « moi ici maintenant » car ces notions permettront de mieux comprendre ensuite les outils thérapeutiques développés en psychiatrie institutionnelle.

Commençons par la manière dont le psychiatre fait le diagnostic de schizophrénie.

#### 1. Diagnostic par pénétration versus diagnostic par raison

Minkowski oppose diagnostic par raison et diagnostic par pénétration. Les deux doivent cependant rester complémentaires pour le psychiatre.

Le diagnostic par raison : « *dissèque et reste basé sur les signes ou les symptômes constants.* »

Le diagnostic par pénétration est proche d'un diagnostic « par intuition ». Il ne s'agit donc plus ni d'une attitude raisonnée ni d'une observation externe :

*« Le fond mental relève davantage de l'intuition que de la pensée discursive [...] Cultiver cette intuition doit faire partie de la formation du psychiatre contemporain. » (39)*

Ce diagnostic reposerait sur l'exploitation de l'ambiance par le psychiatre grâce à ses propres capacités de syntonie, de sympathie et d'intuition :

Page 161 : « *le registre de cordes que le praticien finit par porter en lui, cordes qui résonnent électivement en présence du malade.* » (39)

## 2. Ambiance et pathologie psychiatrique

### a. Normalement : recours à trois façons de se régler sur l'ambiance

Selon Minkowski, il y aurait chez chaque être humain 3 constitutions qui oscilleraient chacune entre 2 pôles (39) ; la schizoïdie oscillerait de manière normale entre hyperesthésie et indifférence, la syntonie entre dépression et hypomanie et la glischroïdie entre ralentissement et explosivité.

Chaque personne, selon les différents moments de sa vie, pourrait réagir de manière plus ou moins syntone ou schizoïde à un évènement ; c'est-à-dire qu'elle adapterait ses réactions à la situation en « choisissant » de manière plus ou moins consciente de tenir surtout compte de l'ambiance ou au contraire de s'appuyer sur une réflexion plus froide, factuelle et détachée de l'ambiance.

### b. Pathologie : un recours unique pour se régler sur l'ambiance

Dans le domaine de la pathologie psychiatrique, un comportement quasi exclusivement réglé sur l'ambiance correspondrait au trouble bipolaire (2 pôles : dépression et manie) alors qu'un comportement réglé essentiellement sur les faits décontextualisés de l'ambiance correspondrait à la schizophrénie (2 pôles hyperesthésie-hallucinations par exemple et indifférence-retrait autistique par exemple).

L'évolution de la pathologie schizophrénique entraînerait un comportement de plus en plus schizoïde et de moins en moins syntone par rapport à l'ambiance.

La schizophrénie exclurait d'une certaine manière le recours à l'ambiance alors que c'est ce recours qui permet de rentrer en contact avec autrui selon Minkowski.

## 3. Schizophrénie : perte de contact vital avec la réalité

### a. Perturbation du contact avec l'ambiance

Minkowski se distingue de Bleuler en définissant le trouble initial de la schizophrénie comme « *la perte de contact vital avec la réalité* » et non pas comme un relâchement des associations.

(38)

L'ambiance ne nous permettrait alors plus de rentrer en contact avec un patient schizophrène lors de la rencontre.

Nous verrons dans le chapitre suivant (B, 2) qu'en psychiatrie institutionnelle, Oury parle de « ce qui ne résonne pas » entre le patient et le psychiatre. Si l'ambiance ne permet plus de lier, alors la résonance affective n'est plus possible.

En page 48, Minkowski écrit :

*«L'ambiance ne semble plus toucher les personnes schizophrènes ; nous n'avons plus de contact affectif avec eux. » (38)*

### b. Perturbation de la rencontre, perte de l'écho

Pour Minkowski, une expression émotionnelle n'a de sens que lorsqu'elle est comprise par autrui or ce n'est possible que s'il existe une accordance affective entre les deux personnes.

Page 91 : *« la souffrance comme toute manifestation profonde de notre vie affective ne trouve son achèvement et sa pleine réalité que dans la mesure où elle détermine un écho chez autrui. » (39)*

Or chez le schizophrène, cet écho affectif n'est plus présent donc :

*« La souffrance dont nous parle le schizophrène ne trouve point d'écho en nous, elle nous paraît verbale. »*

En psychothérapie intégrative, l'empathie est à la base de l'alliance thérapeutique ; si cette capacité est paralysée, la rencontre paraît compromise.

### c. Affectivité rigide (ou affectivité discordante ou affectivité manquant de fond)

Pour Minkowski, les schizophrènes souffrent de leur pathologie et ne sont absolument pas dénués d'émotions. Cependant, ils présentent une distorsion du traitement de ces émotions tant chez eux que chez autrui.

Ils ne pourraient donc plus adapter leur affectivité à celle d'autrui. Selon cette théorie, ils plaqueraient alors de manière brutale leurs émotions, en décalage souvent complet avec l'ambiance affective du clinicien.

Page 305, Minkowski donne l'explication suivante :

« Les schizophrènes enregistrent et savent mais ne sentent pas. Ils nous mettent ainsi en présence d'une déficience en facteur de pénétration. Ce qu'ils enregistrent et même ce qu'ils font ne pénètre plus, ne détermine aucune vibration intérieure, reste à l'état de fait brut, neutre et gris. » (37)

#### 4. Schizophrénie, perturbation du « moi ici maintenant »

Nous allons détailler le problème du *rapport au temps vécu* chez une personne schizophrène.

##### a. Perturbation du temps vécu

- Perturbation de l'élan vital

Pour Minkowski, l'élan vital est essentiel à la vie (« être dans le monde ») mais il est gravement perturbé chez le schizophrène.

Dans la schizophrénie, tout semblerait devenir fixe, immobile.

L'idée de hasard, d'imprévisibilité donnant un caractère malléable au temps et nécessitant une adaptation paraît abolie. (Voir VI, A, 1 : Oury cherche à lutter contre en cultivant le hasard)

Minkowski rapporte les propos d'un patient :

Page 259 : « C'est une fixité absolue autour de moi. J'ai encore moins de mobilité pour l'avenir que pour le présent et le passé. Il y a en moi comme une sorte de routine qui ne me permet pas d'envisager l'avenir. Le pouvoir créateur est aboli en moi. Je vois l'avenir comme une répétition du passé. » (36)

Les auto-descriptions écrites des malades seraient un outil clinique intéressant dans les cas où le rapport au temps est très perturbé.

- Un temps mécanique

D'après Minkowski, le temps du schizophrène est « réifié ». C'est-à-dire qu'il existe comme une chose détachée de l'espace-temps, sans lien avec avant ou après. Il n'y a pas de continuité (Notion de « disjonction »).

L'harmonie que peut conférer le temps à l'ambiance est alors brisée. (ref 36, p264)

##### b. Perturbation de la distance vécue

Cette notion nous paraît proche de l'incapacité du patient schizophrène à distinguer soi/non-soi décrite en psychanalyse. Elle peut aussi nous évoquer Winnicott (89) avec les expériences du bébé dans l'espace intermédiaire pour intégrer son self.

En neurosciences, nous avons vu qu'une région (TPJ) semblait aussi dédiée à différencier soi/non soi. (58)

En voici la définition de Minkowski:

Page 377 : « *tendance morbide à rapporter tout à sa propre personne ; là aussi il semble s'agir d'une déficience de la distance vécue, ayant pour conséquence l'impression que la vie ambiante touche d'une façon immédiate l'individu, est en contact direct presque matériel avec lui.* » (36)

La psychiatrie institutionnelle s'intéresse tout particulièrement à cette question de la rencontre avec les patients schizophrènes. Elle présente de nombreux points communs avec les théories phénoménologiques.

Après une brève présentation de la psychiatrie institutionnelle, nous allons expliquer ce qui, pour Oury, caractérise un diagnostic qu'il assimile plus à une « façon d'être ».

## B. Courant de psychiatrie institutionnelle

Pourquoi introduire un nouveau regard dans ce travail? Avant de nous recentrer sur la question de la rencontre, il est important de justifier ce choix.

### 1. Introduction à la psychiatrie institutionnelle

Vaste mouvement apparu à la fin de la seconde guerre mondiale, c'est en 1952 que Daumezon et Koechlin emploient la notion de « psychothérapie institutionnelle ». Mais c'est Esquirol, au XIXème siècle, qui le premier eu l'idée de se servir de ce concept comme d'un facteur thérapeutique.

Nombreuses sont les personnalités qui permirent de développer et de porter ce mouvement. Pour n'en citer que quelques-unes : Tosquelles, Jean Oury, Hélène Chaigneau, Jean Ayme, H Torrubia, Pierre Delion...

Nous insisterons tout particulièrement sur Jean Oury pour deux raisons. La première est didactique et concerne sa manière d'exposer les concepts théoriques qui nous est apparue extrêmement claire, vivante et subtile et l'autre raison est d'ordre « géographique ». En effet Jean Oury a eu un rôle très actif dans la région où nous avons réalisé notre internat. Nous

pensons ici bien sûr à la Clinique de la Borde mais aussi à la Clinique de Saumery où il a débuté et où nous-même avons eu l'occasion d'effectuer quelques vacances.

En marge d'autres pratiques psychiatriques plus classiques, la psychiatrie institutionnelle lutte contre l'aliénation psychopathologique mais aussi sociale.

Elle va chercher à sortir du format classique patient/psychiatre pour favoriser « la » rencontre grâce à un travail complexe du cadre institutionnel et du Collectif.

De plus, sa réflexion était initialement centrée autour des patients schizophrènes, ce qui là encore entre parfaitement dans le cadre de ce travail.

Il nous a donc paru pertinent de présenter ce courant qui est au cœur de notre sujet d'étude. Tout d'abord nous allons voir comment se fait le diagnostic pour Oury.

## 2. Diagnostic négatif : étrangeté

*« Je parle d'approche négative [...] un peu comme dans la théologie négative. C'est-à-dire qu'on ne voit pas, mais ça ne veut pas dire pour autant qu'on sent. »*

Jean Oury aborde ici un des points fondamentaux du rapport avec un patient schizophrène. Il s'agirait d'un rapport « négatif » c'est-à-dire qu'il n'y aurait pas résonance entre le patient et le clinicien. Ceci nous renvoie à ce que Minkowski disait au sujet de la perte d'écho.

Ce rapport « négatif » est à distinguer des critères négatifs du DSM (par exemple replis autistique, émoussement affectif, alogie, perte de volonté) ou même des critères positifs du DSM (par exemple les idées délirantes, les hallucinations). (105)

Diagnostic en négatif au sens de « ce point » de moi que je ne retrouve pas en toi. Nous nous situons à nouveau dans la dimension de l'universalité humaine. J'ai la capacité de faire ce diagnostic car, tout comme le patient en face de moi, je suis d'abord fondamentalement humain.

Oury décrit un sentiment presque physique de « négatif », d'étrangeté.

Page 53 : *C'est ça, le praecox gefühl, c'est le sentiment de sentir qu'il n'y a pas de point de rassemblement. »* (71)

### 3. Diagnostic négatif : destruction du dire

Pour Oury, en plus de ce sentiment d'étrangeté, il y aurait un trouble du « dire » : « on est soi-même bloqué dans la conversation », comme si « ça », ce « manque » nous dépassait fondamentalement.

Page 57 : « *Le schizophrène, c'est un type mal noué, au sens où ça ne se rassemble pas* », ou plus loin, page 78 : « *la schizophrénie c'est une psychose de l'armature, de la structure même du logos, du rythme, de la scansion, du proche et du lointain, par des espèces de destruction du dire.* » (71)

« *Destruction du dire* » qui s'étendrait donc chez le thérapeute ?

Si nous pensons que la rencontre c'est accéder quelques instants à l'essence de la personne, au semblant universel, alors il est probable que nous accédions aussi à la dissociation du malade, à son monde désorganisé.

Ce sentiment d'étrangeté, de bizarrerie est courant en pratique psychiatrique avec des patients schizophrènes. C'est probablement l'un des premiers signes cliniques que l'interne en psychiatrie doit apprendre à détecter. Quel interne ne garde pas en mémoire le sentiment profond de vide voir d'épuisement psychique ressenti après un entretien avec un patient schizophrène ? Signe de désorganisation témoignant de l'inexpérience des débuts, il est indispensable que tout psychiatre apprenne rapidement à s'en dégager. Ce n'est qu'à cette condition qu'il conservera son organisation et son énergie psychique pour aller vers le patient. Nous reviendrons sur ce sentiment de « paralysie » avec les psychanalystes L. Abensour et Racamier dans le chapitre suivant.

Pour Jean Oury, le diagnostic fait partie intégrante de la rencontre. Il qualifie une modalité d'être au monde autour de laquelle l'institution et le Collectif devront s'adapter pour rencontrer le patient de manière authentique.

Quelles sont les caractéristiques décrites de la relation du patient schizophrène avec son médecin sur le plan affectif ? A ce sujet, la littérature psychanalytique, grâce à la notion de transfert, peut fournir un éclairage sur les modalités relationnelles du patient.

## C. Psychanalyse

### 1. De l'existence d'un transfert psychotique

#### a. Introduction

##### *i. Histoire du transfert psychotique en psychanalyse*

Longtemps, les psychanalystes ont pensé que les patients schizophrènes ne pouvaient pas faire de psychanalyse.

L'idée Freudienne de l'absence d'investissement objectal, et donc de transfert opérant, fondait celle de l'inutilité de la psychanalyse chez ces patients.

Après la mort de Freud, elle a fait place au contraire à l'idée d'un transfert massif, qui devient menaçant pour le patient car il dépasse ses faibles capacités d'adaptation face à ce « surcroît libidinal », autrement dit face aux perturbations affectives que peut entraîner l'établissement d'une relation (De Lucas, 2009).

Même si les avis diffèrent encore au sein des écoles, il est aujourd'hui beaucoup plus fréquent que des psychanalystes suivent des patients psychotiques.

On parle donc de transfert « psychotique », très différent du transfert névrotique.

Le premier à étudier le transfert psychotique après la mort de Freud est Federn (76).

Parmi les « grands théoriciens » du transfert psychotique, nous pouvons aussi citer M. Klein, H.Segal, H.Rosenfeld (« psychose de transfert »), M.Little (« transfert délirant »), Benedetti, Racamier...

Dès 1976, Rosenfeld (74) utilise les concepts Kleiniens pour décrire le transfert psychotique.

##### *ii. Apport de Mélanie Klein : identification projective (1946)*

Mélanie Klein (72, 73) a contribué à l'étude du transfert psychotique en se basant sur le transfert infantile qui présentait de nombreuses similitudes. Selon elle, la relation serait marquée par une régression à la position schizoparanoïde (0-6 mois), où l'enfant ne peut intégrer les frustrations et les gratifications comme venant d'un objet total, ni intégrer l'agressivité orale qui découle de ces frustrations comme venant de lui-même. L'objet est alors clivé entre un bon objet idéalisé et omnipotent et un mauvais objet vécu comme persécuteur.

Ce mécanisme de défense archaïque consisterait donc pour un sujet adulte à projeter une partie de soi (détachée par clivage) à l'intérieur d'un objet dans le but de le contrôler et de s'y reconnaître.

Mélanie Klein a appelé ce mécanisme identification projective. Il est à la base de la compréhension du transfert psychotique.

Nous allons maintenant mettre en avant ce qui caractérise le transfert psychotique par rapport au transfert névrotique.

### b. Deux pôles extrêmes

- Pas de modulation du transfert

Le transfert est soit absent, soit idéalisé, soit persécuté. Il oscille entre ces pôles extrêmes de manière rigide et ne peut pas se fixer dans une position intermédiaire.

La modulation du rapport à l'autre en sera imprégnée, sans nuance.

Liliane Abensour décrit un transfert « violent » voir même terrifiant (75):

Page 101 : « *Le transfert psychotique n'éveille pas toutes les modulations et ressources de l'interprétation. Il est trop imprégné de violence et d'excitation. Il se vit dans l'actuel, ressenti comme dangereux aussi bien pour l'analyste que pour le patient.* »

- Transfert ambivalent

Federn écrit en 1952 :

« *Le transfert de la partie psychotique de la personnalité peut conduire à l'agression aussi bien qu'à la déification de l'objet, et l'agression comme la déification peuvent mettre fin à tout contact en raison de peurs profondément ancrées.* » (76)

### c. Absence de limites soi/autrui, fantasme de fusion

- Confusion soi/autrui

Pour Benedetti (77), une autre particularité de ce transfert est qu'il ne différencie pas soi et autrui :

« [...] *confusion de soi avec le thérapeute. Par une sorte de diffusion d'identité le patient voit certaines parties de lui-même comme si elles étaient des parties du thérapeute.* »

Rosenfeld (74) insiste aussi sur les difficultés de différenciation Moi/non-Moi.

Cela sous-entend donc une perte de l'accès à l'intersubjectivité chez les patients schizophrènes.

- Fantasme de fusion symbiotique

Searles (1962, ref 45) parle de « *transfert symbiotique où derrière la façade première du mépris s'installe une relation d'adoration où le thérapeute est vécu comme une mère omnipotente.* »

Ce type de transfert est proche du *transfert narcissique* dont parle Racamier (78). Le patient tendrait à reconstituer la séduction narcissique que sa mère lui aurait fait vivre ; le risque serait alors pour le thérapeute de se comporter « *en mère omnipotente et toute puissante* ».

#### d. Transfert « inanitaire »

C'est un concept de Racamier (78). Dans ce type de transfert, le patient chercherait à vider l'objet de son sens et de son intérêt. (Et non pas à le détruire).

Le « contre-transfert » qu'il induirait est proche de la « destruction du dire » de Minkowski.

Nous le détaillerons plus bas.

On peut supposer que le patient vit la relation avec les soignants d'une façon particulièrement intense où des positions extrêmes, comme l'idéalisation et la persécution, sont susceptibles de se succéder. Ce mode de relation est particulièrement handicapant dans l'édification d'une relation thérapeutique stable et durable, et peut mener à des réactions incompréhensibles, parfois extrêmes : mauvaise observance, refus de soins, rupture de suivi... qui constituent une perte de chance majeure dans la poursuite des soins somatiques.

Ayant connaissance de ce type de transfert particulier, il va s'agir pour le psychiatre d'en tenir compte pour rendre la rencontre possible. Nous en discuterons partie V, D.

## 2. Morcellement

L'autre caractéristique « psychotique » impactant la rencontre est le morcellement ; morcellement du transfert mais aussi morcellement des objets. Nous verrons que la psychiatrie institutionnelle a adapté l'institution à ce transfert morcelé pour permettre la rencontre (voir partie VI).

N. Georgieff (79), définit le morcellement schizophrénique ainsi :

« Ce n'est pas le clivage du moi en différentes unités ou personnalités [...] c'est plutôt le défaut de constitution d'un moi unifié et distinct. [...] il se produit un morcellement de l'expérience dans les différentes formes élémentaires de l'identification primaire. Pour celle-ci le « je » resterait en quelque sorte un autre. »

Federn (76) écrit :

« Les tendances émotionnelles contrastées déchirent le moi en toutes ses parties, les états divisés du moi alternent en force, et en même temps qu'eux il y a alternance de transfert positif et négatif envers l'analyste. »

Le morcellement impliquerait une adaptation des conditions de rencontre mais aussi l'effort, pour le clinicien, de repérer les parties psychiques saines du patient dans le but de faire alliance.

Ces dimensions psychanalytiques nous ont permis d'éclairer ce qui peut faire obstacle à la rencontre psychiatre/ patient schizophrène. Nous verrons en partie V comment en tenir compte pour rendre la rencontre possible.

Nous terminons ce chapitre consacré à l'impact de la schizophrénie sur la rencontre par quelques réflexions en lien avec la psychologie scientifique.

## D. Réflexions intégratives

### 1. Trouble de l'intersubjectivité

La faculté d'un clinicien d'entrer en contact avec un patient (schizophrène) est éminemment complexe si nous envisageons la schizophrénie comme étant elle-même l'expression d'« un profond trouble de l'intersubjectivité avec un déficit en théorie de l'esprit et de l'agentivité déterminants dans la difficulté du patient à interagir avec autrui. » (ref 48, p 244.)

De très nombreuses études ont été publiées au sujet du déficit en théorie de l'esprit dans la schizophrénie. Il ne serait pas utile de les exposer ici plus en détail.

Par contre, ce trouble de l'intersubjectivité caractérisant le patient schizophrène impactera directement le clinicien.

Effectivement, celui-ci sera en difficulté pour établir une relation face à de longs silences ou, au contraire, à des flots de paroles étranges.

Par ailleurs, de fait, une partie des « outils » du thérapeute sont mis à mal par la pathologie schizophrénique. Comment le psychiatre va pouvoir s'adapter à ce déficit en théorie de l'esprit pour rencontrer le patient ?

En partie V : «Rendre la rencontre possible : le thérapeute et son patient », nous nous poserons la question de savoir ce que cela implique alors pour le thérapeute.

## 2. Neurones miroirs et schizophrénie

Nous avons exposé (en partie III B, 4) les approches neurobiologiques de l'empathie. Ces approches étaient basées sur des expériences concernant des sujets sains essentiellement.

Après une revue de la littérature la plus exhaustive possible, nous n'avons retrouvé qu'une seule étude en 2008 concernant des sujets schizophrènes. (82)

Cette étude a utilisé des techniques de stimulation Trans crânienne comparant 15 sujets malades (troubles schizo affectifs et schizophrénie) et 15 sujets sains ; les résultats montrèrent une réduction de l'effet miroir des neurones et donc une probable dysfonction dans le système miroir des schizophrènes.

Cependant nous ne pouvons pas généraliser ces résultats en nous basant sur une étude unique qui étudie une population de petite taille.

## 3. Empathie modifiée

Nous finissons ici par un petit aparté sur une réflexion qui nous a paru intéressante.

Selon Georgieff (79), l'expérience du syndrome d'influence psychotique correspondrait à une expérience pathologique du processus d'empathie normalement mis en jeu dans les relations sociales mais ne donnant pas lieu à une expérience consciente. Pour le patient délirant, tout se passerait alors comme si le fait d'être pensé par autrui devenait une expérience consciente, menaçante, intrusive et douloureuse.

Cette hypothèse confirmerait le fait qu'il faudrait que le psychiatre adapte l'expression de son empathie pour le patient schizophrène (empathie à exprimer différemment que dans le cadre de la relation avec un patient névrosé).

La schizophrénie apparaît clairement comme un frein agissant sur plusieurs dimensions de la rencontre.

Les grandes notions soulevées dans cette partie sont le rapport pathologique à l'ambiance (elle ne fait plus lien entre les deux protagonistes), le diagnostic « immédiat » avec la sensation de désorganisation du thérapeute (schizophrénie comme mode d'être à l'autre) et les caractéristiques particulières du transfert du patient schizophrène sur le psychiatre.

La partie suivante vise à exposer différentes pistes pour que, malgré ce que nous venons de décrire, la rencontre (duelle) puisse avoir lieu.

## V. Rendre la rencontre possible : le thérapeute et son patient

Nous allons ici réfléchir à ce qui, dans le comportement du psychiatre, permettrait à la rencontre de se faire DANS le cas de la rencontre avec un patient schizophrène. Cette réflexion est possible à la lumière de ce qui a été développé dans les précédents chapitres. (La rencontre en psychiatrie, les manifestations pathologiques du lien à l'autre chez le schizophrène)

### A. Introduction à la réflexion

Quelle attitude doit avoir le psychiatre pour rendre la rencontre possible et de fait thérapeutique ?

Tout d'abord, nous nous arrêterons sur une dimension générale mais essentielle à la rencontre en psychiatrie : la place du diagnostic dans la rencontre.

Puis nous synthétiserons les principaux points évoqués précédemment sur lesquels le psychiatre va devoir particulièrement « travailler » pour permettre la rencontre avec un patient schizophrène.

#### 1. Retour sur la question générale du diagnostic

Il nous paraît important de revenir à la question du diagnostic pour réfléchir à son sens dans la rencontre psychiatrique.

##### a. Le diagnostic comme objectif de la rencontre ?

Pour certains auteurs, le diagnostic serait un temps indispensable de la rencontre.

Nous avons par exemple déjà vu que pour Jean Oury faire un diagnostic serait inhérent au phénomène de rencontre mais en évitant absolument d'aliéner le patient à ce diagnostic ensuite. (71)

Oury parle d'intentionnalité de la rencontre : « il ne s'agit pas de viser un but, mais c'est sous-tendu par une sorte de vecteur, du fait qu'on doit tenir compte d'autrui. » (85)

Le diagnostic doit donc être une manière de « tenir compte d'autrui ».

Il est aussi pour Oury un outil qui témoignerait d'une certaine rigueur pour y voir plus clair en l'autre : « *toute rencontre doit être complètement tissée dans ce qu'on pourrait appeler la discernabilité des choses. C'est ça que j'appellerais une pragmatique.* » (Page 49, ref 71)

Dans le même ouvrage, Danielle Roulot nuance ces propos et pose la question de savoir si une rencontre, pour être authentique, ne doit pas être détachée de toute intentionnalité ou attitude clinique ? (71)

Pour Tatossian, la rencontre serait en elle-même un instrument de diagnostic. Il distingue le modèle inférentiel et le modèle perceptif. Le modèle inférentiel comprendrait une phase d'inférence diagnostique par l'observation. Le modèle perceptif serait plus globalisant et proche du diagnostic par pénétration de Minkowski.

Il s'agirait pour lui de trouver un équilibre entre les deux : « *équilibre entre les moyens et les buts, entre modèle inférentiel et modèle perceptif que la clinique psychiatrique peut accéder à une naturalité scientifique authentique.* » (Page 87, ref 34)

#### b. Le diagnostic : un frein ou une aide pour la rencontre?

Selon d'autres auteurs, le diagnostic serait au contraire un frein à une rencontre authentique. Il est intéressant de voir l'évolution du point de vue de Carl Rogers à ce sujet. En 1951, dans ses premiers écrits, il considérait que le diagnostic était superflu voir nuisible pour la thérapie. En effet selon lui poser un diagnostic amenait à placer la responsabilité de la compréhension et des progrès exclusivement dans les mains du thérapeute. Cela ayant alors pour conséquence, d'après lui, de transformer la relation « thérapeute-patient » en relation « expert-patient observé » et de rendre impossible la rencontre entre deux personnes. Cependant quelques années plus tard, en 1957, il modifia sa façon de voir en précisant que si l'information diagnostique n'était pas importante pour le patient, elle l'était pour le thérapeute. En effet, le cadre du diagnostic procurerait au thérapeute une certaine sécurité qui lui permettrait de rencontrer le patient avec plus d'empathie et d'acceptation. (83)

#### c. Cas particulier : diagnostic et schizophrénie

Dans le cas très particulier de la rencontre avec un patient souffrant de schizophrénie, nous pensons que la question ne se pose pas en ces termes.

En effet, avant même que le psychiatre ne se pose la question d'un diagnostic, il peut ressentir une « rupture », caractéristique de la façon d'être au monde altérée dans la schizophrénie. Ceci nous renvoie aux théories de Minkowski (IV, A) et d'Oury.

Citons Oury : « *J'ai toujours pensé et dit que la rencontre et le diagnostic, c'est la même chose. Dans diagnostic il y a « dia » c'est-à-dire une notion de différenciation des choses, de discernabilité : la distinctivité est de ne pas oublier. Voilà pourquoi dans la pragmatique, on est toujours dans l'urgence, d'autant plus avec les psychotiques.* » (ref 85 p. 50)

Selon Oury, ce diagnostic particulier se ferait grâce à l'appareillage théorique personnel du psychiatre (assez pragmatique puisque fruit de l'expérience de travail du psychiatre ; et non fruit de sa vie subjective personnelle).

Le temps du diagnostic s'impose donc ici de lui-même, qu'elle qu'en soit la volonté du thérapeute, puisqu'il est inhérent à ce type particulier de rencontre. Il aura ensuite de fortes implications sur l'engagement de l'histoire avec le malade.

## 2. Retour sur les éléments inhérents à la schizophrénie qui perturbent la rencontre

L'objet de ce chapitre est de rappeler au lecteur les principaux points dont le thérapeute va devoir tenir compte.

### a. Tenir compte de la perturbation de l'ambiance

Nous avons vu (partie IV A, B) que la schizophrénie impactait directement sur l'ambiance. La question va être pour le thérapeute d'accéder malgré cela à l'essence du patient. C'est en cela que la rencontre « authentique » pourra être possible selon les phénoménologues ou même Oury. Si elle est réussie, cette rencontre paraît thérapeutique en elle-même ; elle permettrait aussi d'accéder à certains éléments cibles que nous verrons. (V, B et C)

### b. Déjouer un transfert massif et primitif

Nous avons exposé (partie IV C) les particularités du transfert psychotique. La rencontre ne pourra être possible que si le thérapeute en tient compte. Il devra pour cela mettre à jour les enjeux contre-transférentiels qui en découlent. (V, D)

### c. Favoriser l'alliance malgré l'empathie modifiée et le déficit en théorie de l'esprit

Nous avons évoqué (partie III B, 4, 5 ; partie IV, D) le mécanisme de théorie de l'esprit pour expliquer la capacité d'empathie. Cette empathie est au cœur de l'alliance et de la rencontre entre psychiatre et patient. Dans l'hypothèse où ce mécanisme est perturbé chez le schizophrène, comment le thérapeute va pouvoir s'ajuster/s'affilier au patient ?

Après ces réflexions générales, commençons par l'attitude que devrait adopter le psychiatre selon les phénoménologues.

## B. Phénoménologie

### 1. Selon Jaspers

L'approche de Jaspers est très proche de celle de Minkowski au sujet de l'attitude que devrait adopter le psychiatre pour rencontrer un patient schizophrène. De plus, elle nous a paru riche mais trop théorique pour un psychiatre en exercice.

C'est pourquoi nous résumons ici les grandes notions à retenir selon Jaspers :

-Le psychiatre va chercher à accéder à la globalité de la personne grâce à un double regard (voir III, B, 1) alternant sans cesse entre intériorité et extériorité.

Nous nuancions cependant cette technique et faisons ici un lien avec l'ethnopsychiatrie. En effet, lorsque le patient est très délirant (idée « d'étranger perdu au pays de la psychose »), nous pensons qu'adopter un regard interne est impossible sans se décentrer. (Voir II, A, 2)

-Le psychiatre doit adopter une attitude personnelle, créative et libérée de toute théorie dogmatique. Il doit travailler avec ce qu'il est en tant que personne.

Là encore, nous pouvons faire des liens avec des concepts institutionnels : « apparente naïveté » (V, C, 3), « désaliénation (V C, 1, VI A, 2).

-Pour Jaspers, c'est la qualité « bienveillante » du comportement du psychiatre qui serait thérapeutique.

Nous allons maintenant étudier la position d'Eugène Minkowski en ce qui concerne la relation thérapeute/patient schizophrène.

## 2. Position et attitude du psychiatre selon Minkowski

### a. Un comportement éthique

- Patient alter égo :

Pour Minkowski le psychiatre est avant tout un homme qui doit se positionner par rapport au patient comme être humain susceptible d'être lui aussi malade et donc de souffrir.

L'auteur résume l'abord du malade de la manière suivante : « *se fonder sur la relation qui s'établit entre deux êtres humains et sur une approche globale de l'individu, dans la recherche de l'essence des troubles dont il souffre.* » (39)

Ce positionnement d'égal à égal est similaire à celui préconisé par Oury en psychiatrie institutionnelle à savoir que le psychiatre doit se détacher de sa fonction hiérarchique pour plus agir en tant qu'individualité humaine. (Voir VI, A, 2)

Cependant il nous paraît important de nuancer cette idée. En effet, une rencontre dans le contexte psychiatrique reste par essence asymétrique puisque le psychiatre « soigne » le malade. Même s'il cultive un regard (à certains moments naïfs), le psychiatre reste « celui qui sait » pour le malade.

Pour de nombreux auteurs la rencontre ne serait thérapeutique qu'au prix de cette asymétrie.

Pour citer des exemples d'asymétrie : en psychanalyse (le psychanalyste doit rester neutre, être un miroir aux conflits inconscients du patient), en psychiatrie biologiste (le psychiatre a les connaissances, il est au courant des résultats prouvés par la recherche) ou encore en thérapie comportementale (position collaborative).

En conclusion, même si un abord éthique de l'être malade semble primordial chez Minkowski, il ne s'agit pas non plus « *d'une psychiatrie humaniste ; la démarche doit rester basée sur une réflexion philosophique et psychopathologique très rigoureuses.* » (39)

- Un regard libre de tout préjugé :

Le psychiatre, comme dans l'approche de Jaspers, devrait être en mesure de rencontrer le malade avec un regard naïf c'est à dire non limité ni influencé par des schèmes de pensée théoriques.

*« Le thérapeute évitera d'opposer à la rigidité de l'attitude du schizophrène la rigidité de sa propre doctrine. » (Page 280, ref 38)*

L'auteur reconnaît que cette attitude est complexe et nécessite un effort important (sorte de tension permanente) pour tout thérapeute :

*« Nous voulons regarder sans instruments et dire ce que nous voyons. C'est là d'ailleurs, contrairement aux apparences, une tâche bien difficile. » (Avant-propos, 36)*

Là encore nous renvoyons le lecteur à l'approche institutionnelle d'Oury. (Chapitre C, 3)

- S'adapter au patient et non l'inverse :

Pour Minkowski, il s'agira surtout de s'adapter à la temporalité du patient et à ce que le psychisme de ce dernier pourrait supporter :

*« Le thérapeute se demandera à chaque instant jusqu'à quel point la personnalité défaillante du malade est capable, dans le moment présent, d'intégrer à sa vie les complexes que pourrait mettre en évidence l'analyse. » (38)*

Ainsi le thérapeute va se reposer sur ce qu'il a découvert de positif ou de « vivant » chez le patient pour chercher à le développer. Cela nécessite une adaptation très fine puisque chaque patient est unique de par sa personnalité, son histoire, sa culture...

Là encore cela peut faire écho en ethnopsychiatrie à la notion de spécificités culturelle. (Voir II, A)

Nous allons maintenant répertorier les différents objectifs que le psychiatre devrait viser selon Minkowski.

#### b. Ce qu'il y a de thérapeutique dans la rencontre

- Proche de l'acte pédagogique, partir de ce qui existe déjà :

Comme nous l'avons dit plus haut, c'est en s'adaptant au patient que le psychiatre pourra déterminer ce qui sera thérapeutique pour lui. Dans tous les cas il devra s'appuyer sur ce qui existe déjà pour le développer chez le malade.

*« Il ne faut point demander à un individu ce qu'il peut donner, mais il s'agit de tirer de lui tout ce que, en fonction de sa typologie, il peut rendre. » (39)*

- Cible psychothérapique : les *complexes* du schizophrène

En guerre contre les doctrines rigides, Minkowski se garde d'en donner.

Il évoque cependant des « complexes », sources de symptômes chez le schizophrène, qu'il faudrait chercher à mettre à jour.

Les complexes seraient « *des groupes de souvenirs munis d'une lourde charge affective* » (38)

Après le temps de la rencontre (faite en se dédouanant de toute théorie), le psychiatre devrait tenir compte des « avancées scientifiques ».

- Importance du regard porté par le psychiatre :

Pour Jaspers un regard bienveillant est indispensable.

Pour Minkowski, c'est la manière dont le psychiatre concevrait les faits et regarderait le patient qui serait primordiale pour la suite. Ce qui serait thérapeutique dans la rencontre pour Minkowski serait avant tout contenu dans le désir et l'engagement du psychiatre.

*« Le fait même d'aborder le malade comme un individu pouvant guérir influe sur toute notre attitude à son égard, influe sur le personnel... »* (p 270, ref 38)

*« A partir du moment où le psychiatre considère son malade comme incurable, [...] il devient autre à l'égard de ce malade. Une des cordes qui se tendent d'homme à homme a cessé de vibrer en lui. »* (38)

En conclusion, pour que la rencontre soit possible, les deux auteurs décrivent un comportement authentique du psychiatre reposant plus ses valeurs personnelles que sur ses connaissances scientifiques. Il devra toujours entretenir activement une réflexion « non influencée » et un double regard. C'est cette tension permanente, qui, selon nous, permettrait de rendre un rencontre possible dans le champ de la psychiatrie.

Nous concluons sur les propos d'Yves Pélicier dans l'introduction de Le temps vécu :

*« La psychopathologie que nous traçons est une psychopathologie à deux voix : elle procède de la rencontre humaine. »* (36)

La psychiatrie institutionnelle présente beaucoup d'idées communes avec la phénoménologie. Nous allons maintenant aborder ce qui pour elle doit prévaloir dans l'attitude du psychiatre qui cherche une rencontre authentique et thérapeutique.

## C. Courant de la psychiatrie institutionnelle : Attitude du psychiatre

Les deux premières parties concerneront l'éthique (être authentique, tenir compte d'autrui) de la rencontre et les deux suivantes les objectifs de celle-ci (accéder à l'instant de voir et poser un diagnostic).

Les notions développées ici concernent tous les patients mais nous les avons relevées car elles nous paraissent particulièrement pertinentes pour les patients schizophrènes. De plus, nous rappelons que la psychiatrie institutionnelle (et notamment Laborde dont nous nous inspirons ici) recrute essentiellement des patients psychotiques.

### 1. Pour une rencontre authentique et désaliénée

Nous allons commencer ce chapitre par une citation de Pierre Delion (ref 84, page 38) :

*« Une hallucination est un signe qui rentre dans une classification nosographique, mais la manière dont cette personne qui est en face de moi dans la rencontre va l'habiter lui est spécifique en fonction de son histoire singulière. Or c'est l'accueil de cette seconde partie du signe qui va le mieux nous permettre de rentrer en contact avec elle. »*

Nous retrouvons le premier principe de la psychiatrie institutionnelle qui est celui de la désaliénation. Se désaliéner de sa fonction de psychiatre (aliénation hiérarchique ou sociale intra hospitalière) et d'un diagnostic pour laisser se rencontrer deux altérités, deux personnalités.

*« Le travail commence là où se joue la justification de soi-même ; qui je suis, et toi, pourquoi toi, qui c'est. C'est dans cet espace qu'il faut résoudre les relations et remettre en circuit avec le monde. L'organisation désaliénante du Centre Psychiatrique repose sur la façon de vivre de chacune des personnes soignantes, sur son expérience vis-à-vis d'autrui. »* (ref 85, p. 26)

Le psychiatre doit être pleinement présent, doit « être là » pour accueillir cet autre dans sa totalité. Pour Oury, il s'agit d'une position complexe vers laquelle le psychiatre doit s'efforcer de tendre. A de nombreuses reprises dans son ouvrage, Oury insiste sur deux adjectifs : « **disponibilité** et **vigilance**. »

Cela nous rappelle évidemment le regard phénoménologique. Selon K.Jaspers, le médecin, tout particulièrement en psychiatrie, doit travailler avec ce qu'il est, avec « sa propre personne ». Pour Minkowski, il est primordial de chercher en permanence à ne pas être influencé par une théorie préconçue. (« Un regard libre de tout préjugé »)

## 2. Dès les premiers instants : tenir compte d'autrui

Jean Oury (JO) et Danielle Roulot (DR) réfléchissent et discutent autours des thèmes essentiels de la psychiatrie institutionnelle. Dans un de leurs dialogues de 1984 (page 47 à 95, ref 71), nous retrouvons des réflexions intéressantes autours de la rencontre.

Citons en quelques-unes : « *Il n'empêche que le contact correspond au matériau brut avec lequel on se trouve quand on rencontre quelqu'un* » (JO)

Le terme « contact » appelle le lecteur à penser la rencontre dans ses premiers instants, la rencontre physique c'est-à-dire celle d'avant les paroles.

Danielle Roulot questionne alors Oury sur sa définition du « symptôme primaire ».

JO : « *Il s'agit d'abord de savoir à qui l'on s'adresse. Ça fait partie de ça, le symptôme primaire, ça fait partie de tout un échantillonnage de notions [...] A mon avis, c'est une espèce d'accommodation à la présentation d'autrui.* » (Page 48, ref 71)

Cette définition évoque les préceptes de la rencontre. Que vois-je au travers de la démarche, de l'attitude, de la présentation physique de cette personne qui s'avance vers moi? Selon Oury l'ensemble de ces données fournissent des informations cliniques précieuses. Il ne s'agit évidemment pas de juger la personne de manière superficielle mais bien au contraire d'adopter une position éthique.

JO : « *Ce que j'appelle la présentation d'autrui correspond parfaitement à la notion de présentation au sens philosophique du terme (Darstellung) [...] c'est la présentation, mais qui inclue en même temps la façon d'être, le style [...] éthiquement parlant, pour tenir compte d'autrui, il faut faire la distinction.* » (p 49, ref 71)

Pour Oury c'est grâce à la phénoménologie qu'il serait possible de clarifier les différents types de contacts.

Effectivement, toutes ces citations correspondent parfaitement aux notions d'ambiance et de contact affectif développées par Minkowski (voir Parties III chapitre B, 1)

Le fait de rencontrer quelqu'un, dès les premiers instants, signifie « entrer » dans l'ambiance de cette personne. Le principal rôle de l'ambiance est alors de faire lien entre les individus pour leur permettre de s'accorder entre eux.

Les descriptions phénoménologiques donnent une dimension matérielle à l'ambiance. Les symptômes primaires d'Oury sont donc perceptibles dans le contact physique avec l'ambiance et non au travers des paroles.

Dans le cas de la schizophrénie, il y a une perturbation voir une rupture de contact avec l'ambiance ; c'est la sensation de cette absence de contact affectif qui serait le symptôme princeps.

### 3. Puis accéder à « l'instant de voir », pathique

Oury définit « le pathique » (page 47, ref 85) : « *c'est peut-être ce qu'il y a de plus personnel, de plus spécifique.* ».

Le métier de soignant consisterait alors à déjouer les pièges du spéculaire, du faux semblant, pour accéder « *ne serait-ce que quelques instants* » à « l'instant de voir » du pathique (c'est-à-dire en profondeur).

Pour pouvoir accéder à ce que Minkowski appelait l'essence (c'est à dire ne pas s'arrêter à l'observation mais aller en profondeur), le psychiatre devrait agir contre ses tendances « naturelles ». Autrement dit, il devrait conserver un regard libéré de toute théorie et surtout ne pas rechercher la cause des troubles ; il devrait se positionner en tant qu'alter égo pour tenter de comprendre le patient. Si Minkowski ne parle pas exactement de « tout croire », le caractère éthique et la recherche de compréhension empathique s'en rapproche. En effet, si le psychiatre adopte un regard empathique, il devrait être plus disposé à une écoute sans jugement.

Revenons-en à la psychiatrie institutionnelle. J. Oury parle « d'**apparente naïveté** ». Ainsi, dans un premier temps (présent de la rencontre, au moment où les paroles sont échangées) le

psychiatre devrait « tout croire » et ne pas chercher à analyser. Puis ce serait dans un second temps, après l'entretien, qu'il aurait tout loisir d'envisager les paroles échangées sous un autre angle.

A partir du moment où il a appliqué ce principe avec les patients schizophrènes, Oury affirme que ceux-ci lui auraient parlé beaucoup plus facilement de « leurs délires » et de leurs préoccupations.

*« Etre dans une apparente naïveté c'est-à-dire tout croire, sans honte, c'est-à-dire sans prestance spéculaire, sans récupération moïque ridicule et professionnelle », « tout croire au ras de ce qui est dit. », « le tout croire, traversé constamment, diacritique, ça permet de respecter ma position et celle de l'autre. » (p 58, ref 85)*

Le thérapeute, avec cette méthode, chercherait à se situer au niveau « du semblant » du schizophrène ; tâche difficile voire impossible car « le semblant est ce qu'il y a de plus gravement touché chez le schizophrène. »

Peut-on cependant, lorsque nous nous plaçons « au ras du dire », y accéder quelques instants ?

#### 4. Poursuite de la relation

Selon Oury (85), le psychiatre doit s'efforcer d'éviter d'être dans une position psychothérapeutique de soutien car cela entretiendrait l'attente de quelque chose d'inaccessible pour le patient : « inaccessibilité qui est le propre de la psychose »

*« La grande difficulté, c'est de parvenir à continuer la conversation en sacrifiant délibérément tout essai de « vouloir aller vers ». C'est très difficile. » (P. 62)*

Le psychiatre doit donc reprendre et poursuivre la relation en s'efforçant de ne pas viser un but. Ne pas chercher à découvrir l'exactitude dans le discours du patient, *« c'est un travail qui tient compte de quelque chose qui va, à chemin ouvert, plus vers la vérité que l'exactitude. »* (Page 66)

Cela peut paraître en contradiction avec la notion d'intentionnalité mais comme nous le disions tout à l'heure, il semblerait que pour Oury, il s'agisse d'investir une certaine présence vis-à-vis de la personne schizophrène. Une présence dans l'être au monde et non dans une attitude obstinée de tendre vers un but thérapeutique précis.

Pour Oury ce ne sont pas le fond et le contenu du discours du patient qui importent mais bien la forme et la symbolique qui y sont associées. Ne pas chercher des faits satisfaisant l'exactitude scientifique mais chercher à rejoindre cet autre si inaccessible.

Ainsi, cette présence investie auprès du patient schizophrène serait thérapeutique au travers du symbolique.

*« Qui dit présence effective dit arrimage symbolique. Il ne s'agit pas tellement d'être le représentant du symbolique, mais d'être là où il est. » (p. 168)*

Nous allons maintenant exposer brièvement les outils qui permettent au psychanalyste de rendre l'échange possible et thérapeutique avec un patient psychotique.

## D. Psychanalyse

Même si les psychothérapeutes comme Oury sont issus de la psychanalyse, ils se démarquent de la psychanalyse traditionnelle par l'attitude active qu'ils adoptent dans leur relation aux patients. En quoi cela diffère-t-il de la position psychanalytique traditionnelle? Celle-ci est-elle justifiée avec les patients schizophrènes?

Comme nous l'avons dit dans les précédentes parties, nous ne parlons pas ici de la psychothérapie psychanalytique mais bien de l'instant de la rencontre.

Le comportement du thérapeute va être lié aux enjeux transférentiels et notamment au contre-transfert. Nous avons exposé les caractéristiques du transfert psychotique et de l'identification projective en partie IV, C. Nous allons ici nous intéresser au contre-transfert.

Commençons par la notion de « neutralité bienveillante » ; Qu'a-t-elle de particulier lorsqu'il s'agit de l'adopter avec un patient schizophrène ?

### 1. Neutralité bienveillante

L'attitude classiquement prônée est celle de neutralité bienveillante. Notons que cette neutralité n'est pas forcément première, mais les éléments contre transférentiels peuvent être neutralisés lors de l'analyse personnelle et/ou de la supervision.

Selon Harold Searles, cette attitude se voulant neutre serait en fait imposée au thérapeute par le transfert parental omnipotent que le patient ferait sur celui-ci. Il s'agirait donc plus pour Searles d'une attitude imposée et subie pour le thérapeute.

« Cette position analytique classique ne se distingue pas de la position transférentielle parentale et omnipotente dans laquelle le patient schizophrène s'efforce si puissamment de l'attirer et qu'il demande à l'analyste d'occuper tout en lui rendant la vie infernale au point que l'analyste s'efforce de satisfaire à cette exigence transférentielle torturante. » (P. 217, ref 86)

Quoi qu'il en soit, la position du psychanalyste traditionnel dans la rencontre se caractérise par cette volonté d'interpréter constamment les éléments contre transférentiels pour les neutraliser. Quelles sont les caractéristiques fréquentes que l'on peut relever dans le contre transfert à l'égard de patient psychotiques?

## 2. Mettre à jour les enjeux contre-transférentiels

### a. Liés à l'identification projective

- Induction comportementale

Par rapport à une projection simple, le fonctionnement en « identification projective » des schizophrènes aurait un pouvoir d'induction comportementale. En d'autres termes, le comportement du patient amènerait le soignant à endosser effectivement la projection dont il fait l'objet, c'est-à-dire à éprouver certains vécus et adopter certains comportements induits par la psychopathologie propre du patient.

- Searles : « une lutte pour rendre l'autre fou »

En 1959, il affirme (45) que les relations que les patients schizophrènes entretiennent avec leur entourage sont marquées spécifiquement de manière plus ou moins consciente par « une lutte pour se rendre mutuellement fou ». (Par injonctions paradoxales par exemple)

Ce type de relation se reproduirait dans la relation thérapeutique et le thérapeute serait aussi engagé « dans cette lutte au point de sentir que sa propre intégration personnelle court un danger réel. »

- Théorie de Racamier

D'après Racamier (78), tous les échanges du schizophrène avec l'objet se feraient par la voie d'identification projective selon une modalité maligne :

*« violente et appauvrissante, confusante pour l'objet »*

L'identification projective entraînerait le morcellement et l'inversion du sens du transfert.

*« L'analyste représente non pas un parent, mais une partie du patient lui-même. »*

Ce mécanisme induirait aussi le fait que le patient schizophrène ait un « besoin absolu de concret ».

*« La projection identificatoire est un mécanisme d'extériorisation [...] les diverses modalités relationnelles schizophréniques sont fondées sur l'extériorisation. » (P. 68)*

L'application directe de ce « besoin de concret » pourrait être pour le clinicien de situer le discours exclusivement dans le concret ; et peut-être de se servir d'objets transitionnels qui matérialiseraient les échanges.

### b. Contre-transfert et destruction du dire

Nous allons détailler ici le mouvement contre-transférentiel responsable de la désorganisation ressentie par le thérapeute dans les premiers instants de la rencontre.

Il devra en avoir conscience et lutter contre pour conserver son intégrité psychique. Si le psychiatre n'en n'a pas conscience, ce type de contre-transfert peut gravement nuire à la rencontre.

Ce chapitre renvoie à Oury : destruction du dire (partie IV, B, 3).

Pour L. Abensour (75) ce sentiment d'épuisement psychique est lié au contre-transfert de l'analyste. Conséquence de l'identification projective rigide, massive et primitive du patient, le transfert mobilisera aussi des mouvements psychiques primitifs et violents chez le clinicien.

Page 104 : *« le contre-transfert de l'analyste est mis à rude épreuve [...] Il s'agit, plutôt que de se laisser aller à ses associations, d'entrer en résonance, en correspondance, avec le patient, tout en restant solide face aux menaces de confusion et de désorganisation, tolérer d'être soumis à un tempo particulier, où alternent inhibition massive, violence et surexcitation. »*

Pour Paul Claude Racamier (ref 78, page 89), il s'agirait du contre-transfert au transfert « inanitaire » du patient. (Voir définition partie IV, C, 1) Le thérapeute ne pourrait pas éviter ce type de contre-transfert et doit donc en tenir compte.

*« Il vous semblera que non seulement vos paroles, mais votre pensée, et enfin toute votre personne sont non seulement dénuées de sens, mais vidées de signifiante. Il ne reste de vous qu'une coquille emplie de vide. »*

Pour conclure ce chapitre, nous allons ouvrir la réflexion au travers du champ neuroscientifique et d'une réflexion se voulant plus intégrative.

## E. Réflexions intégratives

### 1. Réflexions à partir des théories neurobiologiques

Nous réfléchissons ici à partir des données exposées en partie III sur l'empathie et l'affiliation.

*Comment se servir des apports de la recherche pour augmenter le lien et améliorer la relation qui existe entre un patient et son thérapeute ?*

*Est-ce possible en situation transculturelle ? Est-ce possible et comment avec un patient schizophrène ?*

De rares études ont suggéré que dans les sociétés organisées sur un mode groupal, l'effet mimicry devait être important.

La question de la schizophrénie n'a aussi été que très peu étudiée jusqu'à présent et nous n'avons trouvé qu'un article à ce sujet. (Partie IV, D, 2)

Cependant nous pouvons intuitivement penser que chez les patients souffrant de schizophrénie :

-la relation thérapeutique et l'alliance constituent les premiers facteurs hautement thérapeutiques. (Facteur invariant d'efficacité retrouvé en psychothérapie intégrative)

-ces facteurs sont étroitement liés à la question de l'intersubjectivité et donc de l'empathie.

L'étude de l'empathie (en tant que théorie de l'esprit) au travers de concepts neuroscientifiques nous a permis de mettre en avant des notions importantes. Elles concernent les mécanismes propres de l'empathie (probablement altérés chez les schizophrènes), leurs effets à la fois sur la personne capable d'empathie (que ressent le thérapeute lorsqu'il est empathique ?) et sur la personne qui reçoit l'empathie.

Ces réflexions scientifiques induisent pour nous de nouvelles questions et modifient donc probablement notre vision de la situation clinique rencontrée à Mayotte.

*Dans l'hypothèse d'un déficit en théorie de l'esprit, la patiente peut-elle recevoir des manifestations d'empathie (tentatives d'affiliation du thérapeute)? Comment le thérapeute peut-il alors s'ajuster/se positionner? De manière plus générale comment rendre la relation thérapeutique plus harmonieuse et les liens plus forts entre la patiente et le thérapeute ?*

Au travers de pistes théoriques, nous allons maintenant exposer des exemples de positionnements du thérapeute.

## 2. Ajustement indispensable du thérapeute

Bien sûr, la connaissance en profondeur des troubles dont sont atteints les patients schizophrènes doit pouvoir aider le thérapeute à s'ajuster. Selon Binders & Binders (1991), quatre pré-conditions sont importantes pour une compréhension thérapeutique des patients schizophrènes :

-Distance – rapprochement

-Absence des limites du moi

-Pouvoir - impuissance

-mauvaise perception des questions de temps et de priorités.

En d'autres termes, la pathologie schizophrénique troublerait l'interaction avec le clinicien selon ces quatre dimensions essentiellement. C'est en en tenant compte que le psychiatre pourra s'ajuster au patient lors de la rencontre.

## 3. Approche centrée sur la personne

Carl Rogers (83), fondateur de la thérapie centrée sur la personne, souligne que même si la relation thérapeutique avec les schizophrènes repose entre autre sur la compréhension empathique, cela n'implique pas qu'elles soient perçues par le patient... *"Les patients schizophrènes ne percevaient qu'à un très petit niveau ces attitudes et ils n'en percevaient davantage que très lentement en fin de thérapie"* (Rogers, 1967, p.75).

Selon cette approche, le psychiatre devra donc, en plus de la capacité à être empathique (en elle-même), la manifester au patient d'une certaine manière.

## 4. Etablissement du contact, concept de congruence

Avec les schizophrènes, il semble exister un prérequis « pour la rencontre et avant la relation thérapeutique », il s'agit d'établir d'abord un *"contact psychologique"*.

Frank et Gunderson (ref 87, 1989) ont mené une étude sur le temps que peut prendre l'établissement d'un tel contact.

Le poids, la mesure des attitudes du thérapeute avec les patients schizophrènes revêtent un caractère particulier. Parmi les attitudes classiques, Rogers (1983, p.199) insiste fort sur la *congruence*. Les schizophrènes étant très sensibles aux divergences qui peuvent surgir d'entre les mots, les gestes et les émotions, pour avoir confiance, ils doivent sentir clairement que le thérapeute est réellement présent et qu'il est à l'écoute, en toute congruence.

Ceci serait possible par exemple à travers des messages (implicite ou/et explicite) qui diraient : « je suis proche de toi », « je te comprends » et « j'ai l'intention de t'aider ».

Nous avons exposé dans cette partie des pistes de réflexion, au travers de différents regards et dimensions, sur ce qui pouvait rendre la rencontre possible.

Pour cela, nous nous sommes limités au cadre de la rencontre duelle patient/thérapeute et avons surtout réfléchi aux « stratégies » du psychiatre.

Nous allons maintenant voir que l'institution et le travail en équipe peuvent aussi faciliter la rencontre. Pour cela nous adoptons les regards institutionnels et psychanalytiques.

## VI. Rendre la rencontre possible via le cadre, l'institution (psychiatrie institutionnelle)

### A. Travail de désaliénation de l'institution et du cadre

Nous verrons successivement les modalités spatio-temporelles du cadre, le travail « collectif » puis les fonctions symboliques du même cadre.

#### 1. Un cadre favorisant les rencontres

Nous allons ici présenter les principales techniques mises en place pour que le cadre soit un facilitateur de rencontre entre le patient (psychotique le plus souvent) et les autres. (Membres du collectif, autres patients).

Nous pouvons citer Jean Oury : *« l'important est de créer des occasions. Il faut des relais [...] Des rencontres multiples, partielles, où la parole est transportée et fait vivre des souvenirs d'autres rencontres plus ou moins oubliées »*. (Page 195, ref 85)

Nous commençons par la réflexion autour de deux dimensions fondamentales à savoir l'espace et le temps.

##### a. Spatialité : espaces thérapeutiques

Nous distinguons deux idées générales dans cette partie : la première concerne l'espace thérapeutique en tant que tel et la seconde la fonction de lien entre les différents espaces thérapeutiques.

- L'espace comme moyen thérapeutique

Nous devrions selon Oury toujours nous poser la question suivante :

*«Y a-t-il possibilité d'aménagement de différents lieux d'existence avec mise en place psychothérapique des espaces fonctionnels ? »* (P.142, ref 85)

L'espace serait donc un des moyens thérapeutiques de la rencontre.

Par espaces, Oury entend lieux de vie, lieux où la relation intersubjective est favorisée par une absence de cadre trop formel (cadre d'un entretien psychiatrique patient/psychiatre par exemple).

Les échanges humains sont alors facilités par des médiateurs propres à chaque lieu thérapeutique ; ces médiateurs permettant d'engager une conversation anodine et donc

désaliénée de la sphère patient/psychiatre. (Par exemple discussion autour d'une recette dans l'espace cuisine)

L'autre caractéristique de ces lieux est qu'ils doivent laisser place à l'inattendu, certaines règles sociales restent évidemment présentes mais ne doivent pas figer la dynamique. (Par exemple, les lieux ouverts avec un roulement important des personnes qui s'y rendent.) De manière non exhaustive, voici quelques espaces thérapeutiques : cuisine, buvette, jardin, laverie, salle à manger, salle de musique... Un autre exemple plus complexe d'espace différencié est celui des « clubs thérapeutiques ». (Outil créé par Tosquelles).

Dans tous les cas, les patients peuvent se saisir (et tout est fait pour les y inciter) de ces espaces mais il n'y a pas d'obligation formelle.

Le caractère dynamique, vivant est au premier plan dans la notion d'espace thérapeutique. Ce mouvement d'un lieu à l'autre doit permettre de ne pas figer la parole pour faire de ces espaces des « lieux du dire ».

Nous arrivons donc à la deuxième idée énoncée, celle de faire du lien entre les différents espaces.

- Lier les différents espaces

Comme nous l'avons vu au précédent chapitre, pour Oury, le travail avec les patients psychotiques serait « *de reconstruire au niveau de l'espace c'est-à-dire du dire.* »

En d'autres termes l'espace thérapeutique serait très proche de l'espace transitionnel (Winicott, 90), lui-même lieu de passage favorisant la communication et donc la parole; le patient déposerait alors des tranches de sa vie morcelée dans chacun de ces espaces bien différenciés.

Pour Oury, « *reconstruire au niveau de l'espace* » signifie donc relier ces espaces pour lutter contre le morcellement psychique du patient.

Un des outils thérapeutique principal serait donc de regrouper les « bouts de dire » brisés et éparpillés du schizophrène grâce à une utilisation de l'espace adaptée à cette désorganisation.

*Un espace adapté à la désorganisation* en psychiatrie institutionnelle est un espace morcelé, multiple, varié mais aussi cohérent, contenant car porté par le Collectif et l'institution. (Nous développerons plus loin le rôle majeur du collectif)

Page 89 (ref 85): « *Si l'on demande quels sont les outils de la psychiatrie institutionnelle ? On pourrait répondre des passerelles et des praticables. Pour mettre en place [...] un espace du dire qui va tenir lieu de quelque chose, l'espace du dire, c'est un tenant lieu d'espace*

*transitionnel. [...] L'important, c'est de savoir comment, collectivement, on va pouvoir agencer les choses pour qu'il puisse y avoir un lieu où il y ait du dire. »*

Pour le dire de manière très simplifiée, relier les espaces c'est relier le psychisme du patient schizophrène.

Pierre Delion (84) parle de « liberté de circulation » entre de multiples espaces d'accueil différenciés (pour laisser une possibilité de choix) mais aussi « articulables » entre eux.

Favoriser la « liberté de circulation » du patient permettrait, en produisant un ensemble de contacts avec les autres, d'observer ses trajectoires pulsionnelles ; puis dans un second temps, articuler ces trajectoires aurait pour effet de relier les différents éléments de sa personnalité jusqu'alors morcelés ou clivés.

La notion d'espace est indissociable de la notion de temporalité que nous allons maintenant aborder.

### b. Temporalité, temps interstitiel

Un des buts principaux de la psychothérapie institutionnelle est de lutter contre la temporalité figée et mécaniciste du schizophrène. Oury parle de « *lutte contre les risques d'une sédimentation asilaire pseudo obsessionnelle* » (85). Pour cela, nous retrouvons des principes déjà énoncés : faciliter les rencontres, multiplier les instants de « vie quotidienne », « programmer l'aléatoire ».

Nous pouvons ici citer Pierre Delion (page 25, ref 88) : « *Pour un schizophrène, l'important est la façon dont la femme de ménage, tous les matins, lui fait un petit signe, ou bien le médecin qu'il voit une fois de temps en temps.* »

Autre vecteur thérapeutique de la temporalité : celui de la continuité des soins qui suppléerait « la continuité d'exister » défailante chez le schizophrène. Il s'agirait d'être toujours *existant dans l'univers de cet autre*, tant symboliquement qu'effectivement.

D'une certaine manière, la poursuite de la relation thérapeutique consisterait peut-être à renouveler sans cesse l'accueil de la première rencontre ?

c. L'accueil : au carrefour de la temporalité et de la spatialité

De manière plus concrète, nous pouvons distinguer un temps et un lieu particulier de la rencontre : il s'agit de l'accueil.

Dans le même ouvrage (88) de P. Delion, Jacques Schotte développe ses théories dans le chapitre « Esquisse phénoménologique de la rencontre ». Nous pouvons retenir que pour lui l'accueil précéderait la rencontre. Il permettrait en fait la mise en place de la base, du support de la rencontre.

L'accueil doit être à la fois solide, capable de supporter, de contenir :

Page 104 : « *tout cet espace que l'on essaye de créer a une certaine capacité de porter, tenir, de contenir [...] la dimension du support est à la base de toute psychothérapie [...] c'est par cette sphère de base qu'il faut commencer si l'on veut rencontrer le psychotique.* »

Mais aussi souple, ouvert, permettant une liberté :

« *Le rassemblement qui recueille, pour lequel il nous faut à la fois ouvrir et recueillir dans une espèce de contenant qui permette cette rencontre primordiale à réaliser.* »

Cet espace particulier, ni intérieur ni extérieur, paradoxal, contenant, permettant de développer une aire de créativité renvoie à « l'espace transitionnel » de Winnicott (90). L'accueil serait en effet un premier espace potentiel où les patients se voient offrir la possibilité de réaliser certaines expériences fondamentales.

« *La dialectique se fait par aller et venue, parce que c'est un monde où l'on va et vient sans qu'il y ait d'orientation programmée.* »

Pour Oury (85), l'accueil est un outil à part entière qui doit être pensé de manière active par le collectif. En d'autres termes il s'agit de créer collectivement une ambiance propice à développer les caractéristiques thérapeutiques des rencontres.

« *La forme de l'accueil est une sorte d'image projetée d'une structure profonde du collectif.* »

Accueil et ambiance paraissent étroitement liés. Effectivement, nous avons déjà probablement tous « pressenti » l'ambiance d'un lieu à l'accueil qui nous y a été fait.

Nous allons maintenant nous intéresser à la dimension de l'ambiance, fondamentale en psychiatrie institutionnelle.

#### d. Ambiance

A l'hôpital, l'ambiance doit être « hospitalière » c'est-à-dire « permettre de soigner » ou « pourvoir aux besoins » ou « être charitable et ouverte » (synonymes du dictionnaire académique français, ref internet 9).

Pour Delion (84), elle doit être portée par une préoccupation éthique de l'autre, alter égo souffrant.

Page 139 : « *cultiver une ambiance propice à l'émergence de ce qui est le plus meurtri et le plus fragile chez le patient pour faire connaissance avec lui* ».

Une telle ambiance devrait donc être suffisamment enveloppante, étayante, contenante pour permettre progressivement la levée de certaines des défenses psychiques du patient. Elle doit aussi être constante dans le temps, solide.

Comme nous l'avons déjà dit c'est le collectif qui doit créer cette ambiance en cherchant une certaine cohésion et harmonie dans son travail.

Nous en trouvons l'illustration dans le concept de « polyphonie » de Tosquelles. Il s'agissait pour lui d'une métaphore signifiant que « *chacun des membres du collectif, tout en chantant sa ligne mélodique non superposable à celle des autres, chante cependant la même partition* ».

Pour terminer sur l'ambiance, citons Pierre Delion (88), page 24:

« *La psychothérapie institutionnelle est le traitement des « quartiers d'agités » à partir de l'ambiance, c'est donc le traitement de l'ambiance.* »

#### e. Ambiance de l'accueil

La définition de « hospitalier » est très proche de celle de l'hospitalité et donc de l'accueil. L'accueil à l'hôpital est caractérisé par l'existence d'une souffrance chez l'accueilli. C'est donc la manière d'accueillir cette souffrance dont il va s'agir ici.

En psychiatrie institutionnelle, l'ambiance devra d'abord permettre un accueil non traumatisant.

Page 37, Oury écrit : « *L'hôpital devrait être hospitalier. L'hospitalité psychiatrique consistant à accueillir Autrui, même le plus insolite, d'une façon non traumatisante, en établissant constamment des rapports d'authenticité.* » (85)

Il semblerait que si « l'étape » de l'accueil ne se passe pas bien la rencontre ne puisse pas se faire ensuite. Or l'accueil est fait d'ambiance. Et c'est l'ambiance qui peut être ou ne pas être accueillante.

Page 39, Pierre Delion (84) écrit : « *Cette ambiance accueillante sera déterminante pour approcher le patient et faire avec lui un véritable travail diagnostique ; c'est-à-dire entrer en contact et faire connaissance avec lui dans le temps et dans l'espace, et ainsi, amorcer une relation transférentielle [...]* »

## 2. Collectif et lutte contre l'aliénation

### a. Hiérarchie intra hospitalière, place du psychiatre

Le psychiatre ne doit pas se résumer à sa fonction hiérarchique mais aussi, (et surtout) mettre en avant ses qualités subjectives. C'est grâce au Collectif que le psychiatre va perdre « la toute-puissance » que peut lui conférer sa fonction et qu'il paraîtra ainsi moins « dangereux » pour le malade.

Oury (85), page 27: « *Il nous semble que ce n'est que sur ce fond d'organisation que le médecin peut apparaître médecin, par moment, sans danger pour le malade.* »

Nous pouvons faire un parallèle avec la situation du patient, s'il se résume à sa maladie, il ne pourra pas évoluer dans sa vie d'humain car restera aliéné par sa pathologie.

### b. Hiérarchie intra hospitalière, relations au sein du collectif

Les tensions entre les différents groupes hiérarchiques sont fréquentes à l'hôpital.

Oury lutte contre « l'institutionnalisation de la dépendance », c'est-à-dire qu'il préconise de désarticuler rôle et fonction ; toute décision doit se penser en articulation avec les autres membres du collectif. Autrement dit, un soignant (« moniteur ») doit assumer une fonction

qui s'inscrit dans un projet du Collectif et qui correspond le mieux à ses compétences personnelles.

Page 41 (ref 85) : « *Le mode de relation qui existe entre le groupe des médecins et le groupe des infirmiers se transmet tel quel entre le groupe des infirmiers et le groupe des malades.* »

Oury cherche à éviter l'aliénation sociale des soignants qui reproduirait d'une certaine manière les limitations dans les relations sociales dont souffrent les patients à cause de leur maladie.

L'institution ne doit pas reproduire ce qui est pathologique chez le patient.

### c. Liberté et responsabilisation des soignants

La désaliénation renvoie à la dimension de liberté et l'institution doit en être d'une certaine manière un des vecteurs : « *liberté de circulation, liberté d'espace, liberté vis-à-vis des objets.* » (Page 30, ref 85)

Cependant cette liberté n'est possible pour Oury qu'au travers d'une grande maîtrise du cadre : « *c'est sur un fond de liberté structurée que le travail psychiatrique peut s'édifier.* » (Page 29, ref 85)

Nous verrons dans la partie suivante (B, 3) que ce « contrôle » est en partie possible grâce à la psychanalyse.

Pour Delion, la désaliénation sociale au sein d'un service hospitalier devrait permettre de plus développer les potentialités soignantes :

« *Il est incontournable que le soignant soit lui aussi respecté par sa hiérarchie comme un sujet et ainsi, ait un accès facilité à ses potentialités soignantes.* » (Ref 84, chapitre 5)

En psychiatrie institutionnelle, c'est bien l'organisation de l'institution en elle-même qui est soignante. Ainsi les espaces thérapeutiques, l'organisation temporelle et ici la liberté structurée doivent permettre de restaurer psychiquement le patient. Cette reconstruction repose sur l'idée que tout ce qui se passe dans l'environnement extérieur du patient doit permettre de réorganiser ce qui se passe intérieurement sur le même modèle.

### d. La double aliénation du patient

Nous venons de parler du niveau d'aliénation sociale en lien avec l'organisation d'un service. Concernant les patients, il existerait deux niveaux d'aliénation selon Delion.

En effet (chapitre 4, ref 84), l'auteur décrit une double aliénation : mentale (psychopathologique) et sociale. L'aliénation mentale correspond aux limitations quotidiennes en lien direct avec la pathologie psychiatrique et l'aliénation sociale au regard que la société porte sur la maladie psychiatrique.

Cet auteur insiste particulièrement sur l'importance de distinguer ces deux niveaux dans la stratégie thérapeutique générale pour un patient:

*« Savoir articuler autour de sa problématique personnelle les moyens de travailler son aliénation psychopathologique par les moyens psychothérapeutiques et ceux de son aliénation sociale par l'organisation des dispositifs institutionnels. »*

On retrouve le complémentarisme de Devereux (II, partie A, 1) qui pose pour méthode un double discours obligatoire entre la sphère subjective psychologique et la sphère sociale et culturelle.

Après cette présentation des systèmes de valeur sous tendant le fonctionnement institutionnel, nous allons voir quelles sont les fonctions de ce cadre.

### 3. Les fonctions symboliques du cadre

#### a. Introduction aux trois fonctions : phorique, sémaphorique, métaphorique

Pierre Delion (88) décrit trois fonctions que les soignants doivent apporter aux patients psychotiques : les fonctions phorique, sémaphorique et métaphorique. D'après lui, ce ne serait que par ces fonctions qu'une restauration psychique serait envisageable, « en articulation avec les forces vives déjà en présence autour de lui. »

La fonction phorique est « la scène sur laquelle le patient va pouvoir jouer sa problématique » (page 16), souvent sans s'en rendre compte au début.

La fonction sémaphorique est « le cadre qui servirait de réceptacle » à l'expression des signes de souffrance subjective du patient.

#### b. Définition de chaque fonction

Dans **la fonction phorique**, nous retrouvons l'accueil, le cadre de la thérapie, le portage, les clubs thérapeutiques, etc... J.Oury et P.Delion insistent sur la nécessité de « soutien psychique » des soignants pour assurer la pérennisation de cette fonction phorique.

**La fonction sémaphorique**, sorte de « contenant » psychique dans lequel les patients déposent et expriment leur souffrance, est étroitement liée à l'ambiance. Nous pouvons citer Oury : « *Comme disait Delion [...] il est judicieux de souligner l'importance de la fonction sémaphorique, porteuse de signes que, souvent, on ne voit pas. C'est ce qui est important dans l'ambiance, afin que se produisent des rencontres, plus ou moins aléatoires, c'est ce qui donne du sens. Et ce qui donne du sens, en effet, ce n'est pas le pur contenu du discours, ce ne sont pas des mots ou des phrases, mais bien plus les intonations, les scansions, les suspensions.* » (85)

A l'hôpital, cette fonction sémaphorique regrouperait donc la manière spécifique (clinique) dont les patients extérioriseraient leur souffrance au quotidien (Attitude, façon d'être, expression du corps dans les activités courantes par exemple.)

Page 17, Delion définit **la fonction métaphorique** ainsi : « *elle permet de travailler le sens des signes du patient psychotique par le repérage patient des invariants structuraux qu'il dépose à son insu tout au long de sa trajectoire transférentielle, tel un petit poucet qui ne sait pas.* » (85)

Cette fonction arriverait donc en troisième position ; premièrement mise en place de la scène où le patient pourra s'exprimer, deuxièmement accumulation des signes subjectifs psychopathologiques dans les réceptacles (sémaphores), et enfin récolte des signes (déposés dans les réceptacles). Cette récolte (cailloux du petit poucet) doit permettre de repérer les invariants pour faire sens.

Nous pourrions faire un parallèle entre ces fonctions et trois temps : l'accueil/ la vie quotidienne au travers des espaces thérapeutiques et des médiateurs /puis le temps (à froid) de l'analyse.

La fonction métaphorique de Delion rappelle la fonction « diacritique » d'Oury.

Selon Jean Oury, la fonction diacritique serait de tendre « au plus près du semblant » (Lacan 1971). Elle consisterait en une séparation des registres constitutifs de la réalité quotidienne « selon les ordres symbolique, réel et imaginaire »

### c. Parallèle avec Winnicott

Toutes ces notions sont très proches des théories sur les fonctions de la mère développées par Winnicott (89, 90).

Nous pensons spécifiquement à trois fonctions : *le handling* (portage), *le holding* (contenance) et *l'object presenting* (présenter et nommer les objets).

Le handling correspondrait à la fonction phorique. C'est la manière dont le bébé est porté, soigné par sa mère ; cette étape permet l'installation de la psyché dans le soma et l'habitation du corps. C'est donc un peu la scène sur laquelle le bébé est accueilli et joue son premier rôle. Le holding correspondrait à la fonction sémaphorique. Ce sont les moyens qui permettent de contenir le moi naissant. La contenance de la mère se fait au travers de la routine des soins quotidiens mais aussi par la protection contre les expériences angoissantes. Cela permet l'intégration du Moi en un tout unifié. Nous retrouvons donc la fonction sémaphorique dans ce qu'elle a de contenant, dans sa capacité à recevoir la souffrance subjective (les angoisses du bébé).

Enfin l'object presenting est le moment où le bébé commence à créer l'objet désiré en le désignant au travers du langage ; créer signifiant que la mère lui donne l'objet nommé.

Comme dans la fonction métaphorique, il doit y avoir apparition de sens.

Nous pourrions développer plus l'approche de Winnicott qui fait écho en de nombreux points au travail institutionnel mais cela déborderait le cadre de cette partie.

Dans tous les cas, le lien paraît net entre les fonctions symboliques du cadre institutionnel et les fonctions de la mère selon Winnicott.

Cela nous amène au paragraphe suivant qui a pour objet de décrire un outil plus théorique de la psychiatrie institutionnelle ; outil s'adressant aux patients mais aussi au Collectif.

## **B. L'outil psychanalytique au sein de l'institution, les constellations**

Selon Jean Oury (ref 85, page 56), une structure hospitalière traditionnelle aggraverait les « Pièges de la prestance » c'est-à-dire que le patient serait vu de manière superficielle et non dans son « essence ».

Ces pièges ne pourraient être déjoués qu'à travers l'analyse du transfert. Nous allons exposer dans un premier temps les caractéristiques du transfert dans la psychose, puis nous verrons quel type de rencontre il induit et enfin nous préciserons en quoi la psychanalyse confère cohésion et solidité à l'équipe soignante.

## 1. Caractéristiques du transfert psychotique

Nous avons déjà exposé les caractéristiques du transfert psychotique dans le cadre de la relation duelle patient/psychiatre. (Partie IV, C)

Nous allons ici présenter ses caractéristiques étendues à l'institution.

### a. Dissociation et transfert multi référentiel

Ce type de transfert psychotique a plusieurs noms : multi référentiel pour Tosquelle, dissocié pour Oury. Il est dans tous les cas massif, clivé entre idéalisation et persécution, et peu « tolérable » pour une seule personne. (Voir IV, C)

La première de ses caractéristiques est donc qu'il est dissocié, clivé en de multiples bouts. L'institution doit s'y adapter et le transfert se fera sur plusieurs soignants.

J.Oury écrit : *Mais qu'en est-il de l'accueil du schizophrène ? Dans sa dissociation il est bien souvent au-delà du « sans recours » [...] Il est dans la Spaltung. Dans la multiplicité disjointe de ses investissements transférentiels [...] Il est donc nécessaire d'envisager pour lui d'autres modèles d'accueil axés sur la multiplicité des personnes qui doivent le prendre en charge, ainsi que sur des rencontres matérielles, qui, quoique complémentaires, doivent être apparemment plus disjointes et plus légères. »* (ref 85, p. 196)

Le lien entre les soignants qui sont les objets de transferts très différents va permettre au patient de se rassembler psychiquement, d'accéder à l'ambivalence et de fonctionner autrement que sur des émotions extrêmes et monolithiques.

Nous citons Delion : « *La personne psychotique peut « instituer » d'une façon partielle, à l'instar des objets partiels, des investissements de divers ordres sur des personnes, des choses, des espaces. »*

L'institution permet l'incarnation et donc la prise de conscience du morcellement pour en venir à bout.

Pour Delion (page 18, ref 88) : « *les multiples formes que prend la psychopathologie institutionnelle de la vie quotidienne deviennent signifiantes dans la dynamique du transfert. »*

## b. Mouvements contre-transférentiels

Jacques Hochmann décrit les différents types de contre-transfert existant chez le psychotique. Ainsi il existerait des contre-transferts « latéraux » qui pourraient se faire sur l'équipe de soin mais aussi sur la famille et sur le cadre et la théorie qui le sous-tend.

Citons J.Hochmann : « *Parmi les contre-transfert latéraux, le plus important est le contre-transfert sur l'équipe. Pour le thérapeute du psychotique, l'équipe peut, elle aussi, être une alliée ou une ennemie.* » (Ref 88, page 85)

D'après le même auteur, le patient psychotique pourrait rejouer ses conflits familiaux sur l'équipe infirmière ce qui entraînerait parfois une scission entre le psychiatre et le reste de l'équipe ou même entre les infirmiers entre eux. L'institution va devoir être capable de diffracter ce transfert et d'en rejouer les rôles parentaux (une mère gratifiante, un père qui limite...) pour ne pas se morceler elle-même.

Nous pouvons donner un exemple très schématique pour illustrer.

*Lorsqu'un patient psychotique est hospitalisé, les soins en équipe permettent de « partager » un transfert qui serait sinon trop massif. Le patient peut par exemple détester une infirmière et en adorer une autre, ce qui est plus facile et moins persécutant pour lui que de ressentir les deux émotions pour la même personne. Les contre attitudes de ces deux infirmières auront alors logiquement tendance à être en miroir (contre transfert positif pour l'une, négatif pour l'autre) et risquent de cliver l'équipe. Mais si l'équipe « tient le coup » et fait corps cela permettra au patient de voir que les deux infirmières, même si elles ne sont pas d'accord, peuvent s'entendre et tenir une parole soignante cohérente. En étant spectateur, le patient va pouvoir accéder à un certain degré d'ambivalence et peut-être même apprendre progressivement à le tolérer.*

De manière générale dans une relation psychothérapique, prendre conscience des dynamiques transférentielles permettrait d'éviter les passages à l'acte contre-transférentiels. (Comme le déni, les conflits dans l'équipe, l'identification excessive au cadre, ou encore noyer le patient de médicaments)

En résumé ce qui serait thérapeutique ici et qui permettrait la rencontre serait donc avant tout d'identifier, de comprendre et de résoudre la scission produite par ces contre-transferts.

## 2. Rencontre en constellations

Conséquence directe de cette théorie, nous retrouvons la notion de « constellation transférentielle » de Tosquelles.

Le système des constellations en psychiatrie institutionnelle n'est pas comparable à « l'équipe référente » d'un patient en psychiatrie générale. En effet, ici il ne s'agit pas des personnes désignées par l'équipe de soins pour s'occuper préférentiellement d'un patient.

Il s'agit selon Delion (page 112) : *« de réunir ce qui a pu ou peut être l'objet d'un investissement partiel du sujet en question, que ce soit les soignants qu'il apprécie, mais aussi ceux qui le persécutent, de façon à approcher les différents niveaux qui constituent la réalité psychique projetée sur le patient sur son entourage. »*

Une constellation est donc composée de l'ensemble des personnes qui comptent dans l'institution pour un malade et ce sans aucun critère de hiérarchie. La constellation se réunit dans le but de « remuer le contre-transfert institutionnel » et « sa fonction sémaphorique ». Dans certains cas, ce travail collectif permettrait de préparer un terrain favorable pour poursuivre une psychothérapie individuelle par la suite.

Selon Delion, le travail thérapeutique du transfert doit se faire au niveau « de sa destinée, du retour de sa représentation et de son introjection ». (84)

Le principe théorique serait alors *« de mettre en place un « dit fondateur » entre les aboutissants du transfert (c'est-à-dire les référents multiples) pour que la personne psychotique y trouve un « axe transférentiel » sur lequel elle puisse s'appuyer pour avancer avec les soignants. »*

Autrement dit, il s'agirait de rendre une certaine cohésion (unicité) au transfert dissocié grâce au regroupement des différents membres de la constellation, chacun étant porteur d'une part du transfert du patient. Le patient et sa constellation auraient alors une sorte de matériau commun plus solide sur lequel s'appuyer pour le reste du travail.

Cela permettrait ensuite d'élaborer les dissensions contre-transférentielles puis de les résoudre pour les soignants et enfin pour les patients.

Après avoir abordé la psychanalyse comme outil de « compréhension » du patient, nous allons voir qu'elle permet de consolider et de maintenir la cohérence du collectif soignant.

### 3. Psychanalyse et collectif

Jean Oury (85), pose un a priori : « *le processus de désaliénation du groupe coïncide avec la travail analytique de chaque individu.* » (p.54)

Il pense, sans l'affirmer (parle de situation quasi « expérimentale » à la Borde), que l'analyse des soignants qui le désirent peut être menée à l'intérieur de la clinique où ils travaillent (par le directeur par exemple).

Pour Oury : « *prendre en analyse quelqu'un du personnel est utile au malade qui vient se faire soigner.* »

Cela lui serait utile dans le sens où ça renforcerait les liens entre l'inconscient du soignant et la structure institutionnelle qu'il porte avec les autres membres du collectif.

Nous pourrions ici nous demander jusqu'à quel point la frontière entre vie privée et travail est transparente ici ? Même si Oury défend la désaliénation sociale et remet en cause les « pouvoirs » hiérarchiques, n'y a-t-il pas un risque d'emprise (et justement d'aliénation ?) lorsque c'est le directeur de la clinique qui analyse un soignant ?

Nous sommes très sceptiques en ce qui concerne une analyse au sein même de l'institution, mais nous pensons que tous les autres types de supervisions en dehors du fonctionnement institutionnel habituel sont indispensables.

Elles permettent d'élaborer autour de la question du contre-transfert et de ses effets sur le collectif ; c'est la prise de conscience de ces enjeux transférentiels au cœur de la rencontre avec le patient qui va permettre le travail d'élaboration.

Cette partie sur la psychiatrie institutionnelle éclaire d'un nouveau regard les modalités de la rencontre avec un patient psychotique.

La psychiatrie institutionnelle comporte un message social puisqu'elle repose sur des principes de désaliénation et de lutte contre le système hiérarchique. Son fonctionnement est caractérisé par le travail du Collectif et la création d'espaces thérapeutiques multiples. Le cadre est ainsi adapté pour accueillir le transfert dissocié du psychotique.

La rencontre est donc multiple tant au niveau des lieux et des ambiances qui la favorisent que des soignants. Pour Jean Oury, le respect de l'éthique humaine est primordial mais n'exclue pas une intentionnalité dans la rencontre ni un grand contrôle des enjeux transférentiels.

Nous venons d'exposer différents regards (transculturel, scientifique, institutionnel...) et d'étudier différentes thématiques (l'intersubjectivité, l'intersubjectivité troublée dans la schizophrénie, les éléments qui ont une influence sur la rencontre duelle, les éléments institutionnels qui ont une influence sur le patient schizophrène...), nous revenons sur la situation clinique présentée en première partie.

A la lumière de ces différentes pistes de réflexion, cette rencontre a-t-elle été ou non thérapeutique ? A-t-elle vraiment eu lieu dans toutes ses dimensions ? Nous allons réfléchir à ce qui a été fait, ce qui ne pouvait pas être fait et ce qui aurait pu être fait différemment.

Puis nous nous attarderons plus particulièrement sur notre propre « passage » dans le parcours de cette patiente.

## VII. Retour sur la rencontre clinique

### A. Analyse de la situation clinique

Nous allons ici revenir sur la situation de Soibahati et réfléchir en nous appuyant sur les différents éléments théoriques présentés. Il s'agit dans cette partie d'une réflexion rétrospective et « à froid » basée sur le parcours de la patiente avant que nous ne l'ayons rencontrée.

#### 1. Ce qui a été fait

Comme nous l'avons vu en partie I, l'histoire « psychiatrique » de la patiente est longue ; l'objectif ici sera de mettre en avant les dispositions qui ont pu faciliter la rencontre et celles, qui, au contraire, ont été des freins.

##### a. Favorisant la rencontre

- Désir authentique de soin

En phénoménologie et en psychiatrie institutionnelle, nous avons vu que le regard porté sur la patiente par le psychiatre et les soignants en général est fondamental. (Partie V, B, 2)

Tout au long du suivi, qu'il soit ambulatoire ou hospitalier, nous avons perçu dans les observations écrites un comportement respectueux envers la patiente et bienveillant. Au fil des fluctuations cliniques, des difficultés institutionnelles ou des tensions avec la mère, il nous a semblé que tous les soignants restaient empathiques et sensibles à la terrible souffrance de la patiente. Même lors des hospitalisations plus prolongées, le désir de soin restait palpable.

- Un mouvement vers

Dans les premiers temps du soin, les soignants ont recherché les ressources encore accessibles de la patiente (S'appuyer sur le « positif » ; Voir partie V, B, 2) Il y a eu par exemple le projet de rescolarisation.

Avant le recours aux hospitalisations, les soignants ont développé tous les outils disponibles pour « aller chercher » la patiente. Patiente perdue « au pays de la psychose », soignants perdus par les spécificités culturelles. Il nous semble que dans ce cas particulier, aller chercher autrui « sur le terrain » pour tenter de mieux le comprendre est une des clés de la rencontre. Régis Airault (8,9) défendait très clairement le soin ambulatoire (et souvent au domicile, voir partie I, B, 1) pour éviter une stigmatisation des patients. Durant plusieurs mois, il y a donc eu

les visites à domicile, le passage d'infirmières, les sollicitations renouvelées pour le suivi ambulatoire...

Ce n'est que dans un deuxième temps que l'hospitalisation a été envisagée.

Hospitalisation qui, dans les débuts du suivi, a permis un temps de rupture indispensable à la mère et à la fille ; temps de reconstruction mais aussi temps mobilisateur d'enjeux familiaux et sociaux.

- Appel à la famille et aux fundis

Nous pouvons aussi mentionner les efforts qui ont été fait d'un point de vue culturel.

Premièrement, la société mahoraise fonctionnant sur un mode groupal, les tentatives pour impliquer dans les soins la famille élargie (le père, les frères voir même les voisins) ont été nombreuses. Hélas, le père se montra présent au début du suivi puis rapidement la famille paternelle ne fut plus accessible.

Nous avons aussi exposé la forte influence des croyances traditionnelles à Mayotte et l'importance de collaborer avec les fundis. (Voir partie II, E, 2 revue de la littérature, expérience de Collomb) Nous avons retrouvé dans les documents que la mère pouvait s'exprimer assez librement à ce sujet.

A la fin de la dernière hospitalisation, les fundis ont été invités à collaborer à plusieurs reprises. Ils ne se sont jamais présentés aux entretiens proposés mais deux sont venus à l'hôpital donner des traitements à la patiente. (Voir partie I, C, 4, d) Si nous invitons les soignants traditionnels à venir nous rencontrer, peut être fallait-il aussi aller vers eux ? Les rencontrer lors de cérémonies traditionnelles ? Nombreux étaient les traducteurs aides-soignants (mahorais) à y aller, moins nombreux étaient les psychiatres m'zungu...

- Dernière hospitalisation : vers plus de souplesse ?

En fin de la dernière hospitalisation, alors que l'EVASAN était envisagé, un assouplissement des règles du service a aussi pu être observé. (Permissions élargies pour les traitements traditionnels, ouverture quasiment totale du service à l'office des fundi...etc)

Nous pensons que le fait de moins chercher à tout contrôler, pouvait être une des clés pour une coopération réelle. De plus c'est aussi un facteur de meilleur pronostic que nous avons relevé dans la revue de la littérature. (Voir II, E, 2)

Dans tous les cas, ces tentatives manifestaient un désir de collaboration et d'ouverture.

- Chimio thérapie

Le dernier point non négligeable concerne les traitements médicamenteux. Ceux-ci-ont un impact sur les relations avec un patient schizophrène. Le premier rôle des médicaments est évidemment de diminuer la souffrance psychique de la personne. Puis, en atténuant l'angoisse, la désorganisation, les hallucinations, ils ont aussi un effet sur les troubles de l'intersubjectivité propres à la schizophrénie. Les possibilités chimiothérapeutiques ont toutes été exploitées pour soulager la patiente.

### b. Ne favorisant pas la rencontre

Quels sont les éléments qui ont pu être des obstacles à la rencontre de Soibahati ?

- Rigidité du cadre

(voir partie I, B, 4)

Lors des hospitalisations (sauf en fin de dernière), les soignants recherchaient le contrôle des symptômes et la compliance de la famille vis-à-vis des traitements prescrits. Les entorses aux règlements du service étaient rares : horaires fixes, interdiction pour la mère de dormir avec sa fille, entretiens médicaux dans le bureau...etc

On peut se demander ici si un surinvestissement du cadre et une surenchère médicamenteuse (psychiatrie institutionnelle Partie VI, B, 1) ne signaient alors pas un passage à l'acte contre-transférentiel. Défense envers une autre culture non comprise donc menaçante ? Défense contre le sentiment d'impuissance sur la pathologie de Soibahati ?

Nous renvoyons aussi le lecteur à l'expérience hospitalière de Collomb au Sénégal qui était au contraire particulièrement ouverte et créative. (II, E, 1)

D'autre part, dans notre raisonnement « psychiatrique occidental », l'évacuation sanitaire constituait la « meilleure » option mais ne risquions nous pas d'induire un nouveau traumatisme migratoire ? (Nathan 33, ref 93 p 244)

- Positionnement implicitement supérieur

Nous pensons aussi que, de façon probablement non consciente, le service plaçait ses traitements « au-dessus » de ceux de la médecine traditionnelle. Parmi les faits les plus explicites nous pouvons mentionner celui d'imposer des règles hospitalières calquées sur un fonctionnement occidental encore bien différent de la vie mahoraise (voir partie I, B, 4) ; ou

encore le fait de prioriser « nos » traitements ; de conseiller à la mère de ne pas forcer Soibahati à prendre les médicaments traditionnels « si elle ne veut pas. »...

- Organisation du service et ambiance

Le fonctionnement du service hospitalier a probablement aggravé ou entretenu le morcellement de la patiente. (Voir partie VI, A)

De manière schématique, le psychisme du patient doit pouvoir se réunifier sur le modèle de fonctionnement de l'institution d'accueil. Nous pouvons supposer que les tensions hiérarchiques, les tensions sociales et culturelles, l'absence de continuité médicale, l'absence de travail d'un Collectif, l'absence de mise en sens et de regroupement des contre-transferts ont empêché ce phénomène thérapeutique. Rencontrer une patiente morcelée signifie pour une équipe de soins de sans cesse se rassembler pour faire corps autour de celle-ci.

Par exemple, un risque important de clivage concernait la question de la distribution des traitements traditionnels au sein du service. Il n'y a pas eu de temps de réunion institutionnelle à ce sujet. Certains soignants donnaient ces traitements de manière officieuse, d'autres s'y refusaient plus clairement.

Dans ce contexte, (pressions du directeur de l'hôpital, manque de psychiatres), l'ambiance n'était pas toujours paisible ni les soignants disponibles. (Voir « accueil » partie VI, A, 1)

- Non rencontre de la mère

L'autre facteur ayant fortement entravé la rencontre est le bras de fer entre la mère (ses représentations traditionnelles de la maladie) et le service.

- Stigmatisation

La durée de la dernière hospitalisation a pu avoir l'effet de stigmatiser et de renforcer l'exclusion sociale de Soibahati et de sa mère. Peut-on prétendre rencontrer en excluant la personne de son milieu ? La mère parlait d'un sentiment de « honte » en ramenant sa fille à l'hôpital...

Nous pouvons rappeler ici l'expérience en Côte d'Ivoire (partie II, E, 2) de Tchetché où les « villages psychiatriques » permettaient d'éviter cette exclusion sociale.

## 2. Ce qui ne pouvait pas être fait

Nous voulons aborder ici les facteurs environnementaux compliquant les conditions de la rencontre et sur lesquels les soignants ne pouvaient pas agir.

Même s'ils évoluaient vite, les outils de soins disponibles à Mayotte étaient restreints et le service « jeune ».

A cela s'ajoutait un climat social difficile avec une population précaire et des tensions de plus en plus marquées entre les immigrants Comoriens (régulièrement renvoyés aux Comores en kwassa) et les Mahorais. Nous rappelons que la mère de Soibahati est d'origine Comorienne. Enfin, les patients hospitalisés faisaient très souvent partie de la « génération entre deux » que nous avons décrite. (Voir partie I, A, 4) Génération symbolisant le lien (et le fossé) entre les représentations « modernes » de la métropole et le mode de vie encore souvent traditionnel à Mayotte. Paradoxes de cette double contrainte jusqu'à en devenir fous?

Le fonctionnement hospitalier pouvait représenter ce dédoublement et réactiver de violents enjeux. (Traitement occidental donné par des infirmiers mahorais ou encore inégalités avec postes à plus haute responsabilité souvent occupés par les métropolitains).

Il était impossible d'agir sur ces « réalités de terrain », il fallait donc composer avec.

D'autres facteurs moins immuables mais difficilement modifiables rapidement peuvent être cités : les conflits avec la direction hospitalière (manque de postes, « remontrances » pour les fugues...), la politique sécuritaire générale (résistance préfectorale pour les sorties de patients hospitalisés après un trouble à l'ordre public)... Ces facteurs avaient un effet direct sur l'ambiance du service.

Concernant plus directement la patiente, il est évident que la coopération avec son entourage (familial, social) et avec les soignants traditionnels étaient indispensables. Cependant il est hors du rôle du psychiatre de contraindre les personnes concernées à s'impliquer. Que faire de plus pour atteindre la famille du père ou encore rencontrer et discuter avec les fundis ? Est-ce notre rôle d'aller aux Comores ou de fortement inciter la mère pour qu'elle parte à la recherche de sa famille ?

Et enfin, au milieu de tous ces nœuds, invariable obstacle à la rencontre, nous rappelons que la schizophrénie nous laisse bien souvent impuissants.

## **B. Ce qui aurait pu être fait**

Il est toujours plus simple de revenir sur une situation à posteriori. Le but de cet exercice n'est évidemment pas la critique stérile mais la réflexion sur ce qui pourrait se faire différemment avec les moyens existant pour mieux « rencontrer » des patients si « étrangers ».

## 1. Apport ethno psychiatrique

Tout d'abord, d'un point de vue anthropologique, quels sont les points à prendre en compte pour plus adapter les soins à Mayotte ?

### a. Hospitalisation ?

Commençons par cette remarque « complémentariste ». Si nous pensons, au travers de l'universalité de fonctionnement psychique, qu'une hospitalisation (« à l'occidentale ») est nécessaire à la patiente, il faut aussi réfléchir à l'impact social (« à Mayotte ») qu'elle occasionne.

Est-ce qu'en stigmatisant la patiente et en entraînant son rejet social, une hospitalisation trop longue n'est pas plus néfaste que bénéfique ? La question reste ouverte et il s'agit probablement de trouver un équilibre entre des troubles ingérables à domicile et l'exclusion du milieu familial et social.

A noter cependant l'absence de structures intermédiaires (pas d'hôpital de jour) à Mayotte ne facilitant pas un entre deux.

### b. Modalités des consultations

Nous avons vu l'intérêt en ethnopsychiatrie (II, D, 1) d'un dispositif métissé, ouvert et groupal. Nous aurions pu imaginer des consultations faisant intervenir différents soignants (infirmiers, psychologues, psychiatres, aide soignants, traducteurs, aide médico psychologique, secrétaire) rencontrés à différents moments du parcours de la patiente (consultations ambulatoires, visites à domicile) et d'origines culturelles diverses (Mahorais, Malgache, Métropolitain, Africains...). L'entourage de Soibahati était assez restreint mais en plus de la présence maternelle, certains patients avec qui elle avait tissé des liens auraient pu être inclus, ainsi que des voisins du village. Nous aurions réitéré l'invitation aux fundi et aux différents membres familiaux. Ces séances auraient été ouvertes à tous et n'auraient contenue aucun caractère d'obligation.

Il est évident que Soibahati aurait participé à ces séances en fonction de son état de santé.

### c. Ce qu'elles auraient ainsi pu permettre

Selon Marie Rose Moro, le métissage a pour but de matérialiser la notion d'altérité qui peut alors servir de levier thérapeutique. (« *Le rôle de ce groupe métissé est de potentialiser les*

*expériences des uns et des autres et surtout de permettre la pratique intime de l'altérité et du métissage.* » Voir partie II, D, 3) Cela aurait pu être intéressant dans la situation de la patiente soumise à des contraintes identitaires multiples (Mahoraise, Comorienne, métropolitaine) et contradictoires.

L'autre fonction de ce type de consultations est de réinscrire la pathologie culturellement et familialement. La mère de la patiente, en y livrant ses représentations de la maladie de sa fille, aurait donné matière à la réinscrire dans d'autres enjeux familiaux et traditionnels. (Voir partie II, A-1, D-2, D-3)

Nous pensons ici à certaines étiologies données par les fundi à la mère : « c'est la nouvelle femme du père de Soibahati qui serait responsable de la pathologie de Soibahati » (Partie I, C-4-b), « Soibahati ne peut pas guérir, sinon quelqu'un de la famille mourra », « c'est le shetwan ».

Dans un contexte clinique assez similaire (93, p249), M.R Tshisekedi s'était demandé si la famille de son patient vivait dans la « *panique par rapport au monde invisible. Tout le monde a peur et cherche à se protéger comme il peut.* » Est-ce la peur qui expliquerait en partie les clivages existants dans la famille de Soibahati ?

Dans tous les cas, les liens faits auraient peut-être permis d'accéder différemment aux tensions familiales qui étaient omniprésentes et qui verrouillaient tout processus thérapeutique. (La mère pense-t-elle que Soibahati est victime d'un sort jeté par la nouvelle femme du père de Soibahati ? pense-t-elle que ce sort lui était destiné ? quelle est sa représentation personnelle de la « massera » avec qui nous l'avons vu aucune alliance n'est possible ?)

#### d. La question des traitements

L'autre question au centre de tous les entretiens avec la mère de la patiente était celle des traitements. Nous pensons qu'un regard plus « complémentariste » et systémique aurait peut-être permis de désamorcer ce « bras de fer » qui faisait écran à tout le reste.

En l'évoquant lors d'une séance d'autres aspects auraient pu être mis à jour et ainsi modifier les perceptions des soignants. Les traitements sont-ils un des seuls liens restant entre la fille et la mère ? Symbolisent-ils un conflit qui permettrait de maintenir un lien entre les deux parents de la patiente ?

Quand Soibahati rejette le traitement traditionnel se rapproche-t-elle de son père dont elle semble en mal d'affiliation? (Voir exemple clinique, p243, ref 93).

En suscitant de nombreuses questions, le traitement ainsi instrumentalisé en séance groupale deviendrait levier culturel et donc thérapeutique.

### e. La question de la langue

Le dernier outil qui aurait pu être exploité dans ce type de consultation est la langue. Nous renvoyons ici le lecteur à l'approche de M .Rose Moro (partie II, D-3). Lorsqu'elle était très délirante, Soibahati mélangeait le Français et le Shimaoré et créait une langue totalement incompréhensible pour les métropolitains comme pour les Mahorais. Lors des consultations médicales avec sa mère, il était fréquent que la patiente s'exprime plutôt en français et qu'un traducteur traduise à la mère. Nous avons aussi vu qu'un fundi avait « reproché » à la patiente de ne parler qu'en Français à son retour de métropole (voir partie I, C-3). La langue Française, en plus de symboliser la métropole et la modernité (modernité versus traditionalisme), pouvait souligner l'opposition des parents : mère ne comprenant pas le Français, père ayant vécu plusieurs années à Lyon. Nous comprenons donc que la langue employée par Soibahati était au cœur de multiples enjeux. Nous sommes au cœur de la question identitaire de la patiente.

Dans la pratique de M.R.Moro, le thérapeute laisse le patient choisir librement sa langue ; cela permet ensuite d'élaborer autour des passages d'une langue à l'autre. (D'une identité culturelle à l'autre)

Enfin, la fonction de ces consultations ethno psychiatriques aurait pu être de rencontrer la mère pour mieux rencontrer la patiente.

## 2. Apport de l'approche institutionnelle

L'autre approche intéressante est celle de la psychiatrie institutionnelle qui aurait permis de composer différemment avec les tensions précédemment décrites.

L'objectif principal aurait été de lutter contre le morcellement de la patiente pour pouvoir la rencontrer dans sa globalité. Ceci aurait été possible à différents niveaux.

### a. A propos du conflit d'identités

Le premier nœud concerne la double origine de la patiente : père mahorais aisé et occidentalisé ayant été en métropole, mère Comorienne pauvre avec un mode de vie traditionnel. Double contrainte particulièrement intense chez la patiente car là encore au cœur des conflits parentaux mais aussi des tensions entre la mère et les soins occidentaux. (Partie I, C-3 : « Soibahati s'habitue aux coutumes des blancs », « habits de blancs »)

Or le personnel du service reproduisait ces inégalités. (Voir partie I, B-3-a : Psychiatres et deux tiers des infirmiers M'Zungu)

Le point d'impact institutionnel aurait alors pu être de lutter au maximum contre l'aliénation hiérarchique des soignants en favorisant un travail plus en lien avec leur personnalité qu'avec leur fonction. (Voir partie VI, A-2) Cette idée peut paraître « idéaliste » étant donnée les multiples contraintes que subissait le service mais nous pensons qu'un effort porté par le chef de service aurait pu y contribuer. Pour cela il aurait fallu qu'il « absorbe » plus les tensions intra hospitalières (conflit avec le directeur entre autres) pour que les soignants soient moins défensifs et puissent être libres de prendre plus d'initiatives.

Nous pensons particulièrement aux traducteurs et aux aides-soignants mahorais. S'ils s'étaient sentis plus libres de donner leur opinion (que les psychiatres M'zungus sollicitaient le plus souvent possible), ils auraient probablement enrichis une approche « trop occidentale » et éclairé certaines questions : Faut-il ou non donner les traitements traditionnels dans le service ? Comment plus impliquer les fundis ? Connaissent-ils la famille paternelle de la patiente ?

### b. Génération entre deux

Le contact avec la patiente aurait peut-être aussi pu être facilité en impliquant plus un psychologue d'origine Mahoraise et ayant fait ses études en métropole. Il aurait fallu pour cela lui en donner les moyens en lui libérant plus de temps de travail dans le service.

### c. Travail en Collectif

Après l'aliénation institutionnelle, le deuxième point aurait pu être de lutter contre le morcellement de l'équipe soignante. Nous pensons ici en terme de Collectif, dont nous avons expliqué la fonction en partie VI, A-2. Nous avons pu observer l'effet apaisant (pour les patients et les soignants) de la présence d'un psychiatre à plein temps sur le service.

Cependant, la réalité de Mayotte montre que cette situation est plus « un luxe » que le quotidien.

Dans la situation de Soibahati, il aurait pu être important de désigner un psychiatre (parmi ceux qui restent longtemps...) référent, qu'il soit ou non présent sur la structure. Celui-ci aurait eu pour fonction principale de coordonner le travail des différents membres du « collectif » et de porter un sens commun aux soins de la patiente. Nous rappelons qu'une des fonctions du collectif est de faire lien entre les multiples bouts de transferts d'un patient psychotique et de lutter contre toute forme de clivage dans l'équipe.

De plus, ce collectif métissé aurait aussi permis de moduler si nécessaire un comportement (inconscient) tout puissant du psychiatre ou plus généralement des soins occidentaux.

La réorganisation institutionnelle adresserait (schématiquement) le message suivant à la patiente : « malgré notre multiplicité, notre métissage, malgré les tensions auxquelles nous sommes soumis, nous pouvons fonctionner ensemble vers un objectif commun. »

### 3. Apport psychanalytique

Le regard psychanalytique nous a aussi permis de relever certains points au sujet des mouvements transférentiels propres à la psychose. Ceux-ci impactent directement sur la manière de rencontrer la patiente et de s'accorder à elle. Nous les avons déjà approfondis en partie V, D. Nous pensons qu'il pouvait être utile que les soignants en prennent conscience dans la situation de Soibahati : transfert morcelé et risque de clivage de l'équipe (notamment entre infirmiers/psychiatres et mahorais/métropolitains), sentiment de toute-puissance du psychiatre (prendrait la place de la mère omnipotente dans la théorie de l'identification projective. Voir partie IV, C-1), rejet inconscient de la mère de la patiente. Nous avons cependant constaté que l'équipe de soins restait, malgré l'absence de travail analytique, assez « unie » pour Soibahati. (Mais probablement plus clivée vis-à-vis de la mère et de la question des traitements traditionnels)

Travailler ces mouvements lors de réunions du Collectif aurait permis d'éviter les acting out et de mettre à jour des comportements inconscients.

#### 4. Adapter les objectifs

Autre point déjà évoqué, les capacités d'adaptation des soignants. Nous pensons ici particulièrement à l'adaptation des objectifs de soins inhérents à la rencontre de la patiente. Le traitement, dans le but de diminuer la souffrance de la patiente, est indispensable mais ne doit pas être le seul objectif. Or les relations entretenues avec la mère nous ramenaient sans cesse à cette dimension en occultant les autres. Nous pensons que l'énergie des soignants aurait pu aussi être (plus) dépensée pour :

- cultiver un rôle de « passeur entre deux cultures ». (Faire de notre différence culturelle une richesse)
- réinscrire la patiente dans une histoire : familiale, histoire des soins... (Par exemple au cours d'une séance ethno psychiatrique présenter devant la patiente un résumé de son parcours)
- imprimer dans le psychisme de Soibahati le modèle d'un fonctionnement possible (compromis possible) mélangeant les altérités culturelles.

#### 5. Phénoménologie, ambiance

Concernant l'abord phénoménologique, plus théorique, il nous a surtout permis de mieux comprendre les concepts institutionnels. Cependant si nous ne devons retenir ici qu'un seul point ce serait celui de l'ambiance. L'ambiance conditionne l'accueil et la rencontre. Nous ne pouvons pas repenser l'architecture de ce service (tout neuf !) mais lutter contre sa transformation progressive en prison. (Chaque nouvelle fugue avait pour conséquence l'augmentation de la hauteur des murs, le renforcement de la porte d'entrée...) A noter cependant que de nombreux membres de l'équipe étaient activement impliqués dans ce « combat » qui, hélas, ne dépendait pas que d'eux.

#### 6. Apport intégratif, scientifique

L'avant dernier point que nous souhaitons aborder est celui de l'approche intégrative et neuroscientifique.

Nous avons vu que la schizophrénie pouvait être considérée comme une pathologie de l'intersubjectivité avec pour certains un déficit en théorie de l'esprit. (Partie IV, D ; partie V, E) Nous n'avons pas trouvé suffisamment d'études testant des sujets schizophrènes mais nous pouvons garder certaines questions en tête en présence de la patiente.

Est-ce que Soibahati pouvait percevoir l'empathie qu'un soignant lui manifestait ?

Nous pensons que les schizophrènes y sont sensibles mais ne la perçoivent pas normalement. Dans cette hypothèse, il faudrait que le soignant en tienne compte et exprime son empathie de manière concrète avec un langage sans implicites (et en insistant lourdement si besoin). Par exemple : « Tu as l'air d'écouter quelqu'un qui te parle en même temps que moi. J'imagine combien ce doit être fatiguant et angoissant pour toi d'entendre deux personnes parler en même temps. »

En extrapolant ce que nous avons exposé dans la théorie de l'esprit (partie III, B-4), on pourrait même imaginer d'imiter certains comportements moteurs de la patiente (sorte d'effet caméléon conscient) pour fluidifier les échanges. Dans tous les cas, il s'agit de développer les moyens permettant à la patiente de comprendre que le thérapeute est empathique. L'empathie comprise est un vecteur d'alliance et donc de rencontre.

Toutes stratégies d'affiliation et de congruence doivent être au maximum développées en entretien.

Nous allons maintenant personnaliser la réflexion et parler de notre propre expérience clinique.

### C. Mon « passage », contexte et réflexions

Contrairement aux deux premières parties, nous retraçons ici notre propre vécu relationnel avec la patiente.

#### 1. Une période institutionnelle difficile

Je suis arrivée à Mayotte en novembre 2012. Soihabati était hospitalisé pour la quatrième fois depuis juillet 2012 et a été transférée (EVASAN) à la Réunion le 1<sup>er</sup> février 2013. J'ai donc pu voir la patiente pendant trois mois.

En 2007, la création du service de psychiatrie a été la cause de scissions au sein des soignants. Nous rappelons que le Docteur Airault, qui quitta Mayotte en 2006, était opposé à la création d'un tel service. (Voir partie I, B-1)

Sa capacité d'accueil doubla en octobre 2012. Pendant les quatre premières années, les psychiatres et les remplaçants (missions d'un à deux mois) se succédaient dans le service ;

parallèlement, l'équipe de soin (traducteurs, infirmiers, aides-soignants) devaient être formée à ce tout nouveau mode de fonctionnement.

A partir de décembre 2011 et durant 1 an, le service connu plus de stabilité avec l'arrivée du Dr Bernard.

Lorsque je suis arrivée, la capacité du service venait donc de doubler et Marine Bernard devait rentrer en métropole le mois suivant. Ajouté à cela, il existait des conflits importants entre le chef de la psychiatrie et le directeur de l'hôpital.

Le poste laissé vacant dans le service ne fut pas remplacé et les psychiatres (déjà trop occupés par les urgences, le CMP et les secteurs) durent organiser un planning de roulement. Pour ma part, j'étais dans le service les lundi, mardi matin et vendredi et ma position fixe me permettait autant que possible de faire lien entre les différents psychiatres.

L'absence de continuité médicale et le doublement de la charge de travail mis certains infirmiers à dure épreuve. Les psychiatres eux aussi surchargés de travail ne pouvaient souvent pas s'investir complètement et sereinement. L'ambiance de l'ancien « petit service » changea alors probablement beaucoup.

## 2. Rapidement une « mission »

Malgré ces conditions difficiles (qui sont fréquentes à Mayotte, pas seulement en psychiatrie), j'ai pu trouver un certain équilibre dans mes différentes fonctions : service, consultation de secteur et urgences.

Le plus difficile au début aura probablement été le choc culturel et la nécessité d'apprendre à se décentrer et d'une certaine manière à désapprendre.

A mon arrivée, Marine Bernard avait noué un lien avec Soibahati et a pu progressivement me la présenter avant son départ. Je me suis sentie investie assez rapidement dans les soins de cette patiente. Devant l'impasse chimiothérapique (traitement maximal essayé avec recours au Leponex non toléré. Voir partie I, C-4-d) et la souffrance de la patiente, il avait été décidé d'organiser une évacuation sanitaire à la Réunion pour réaliser des sismothérapies et réévaluer la possibilité d'un traitement par Leponex.

Traitement « ultime » proposée à une mère très seule et elle aussi en grande souffrance.

Moi-même perdue entre une clinique psychotique flamboyante et des enjeux culturels que je percevais mais saisisais difficilement, j'optais pour ce projet.

Je me suis donc « lancée » dans les démarches administratives (toujours complexes à Mayotte) et j'ai confirmé le projet à la mère de la patiente.

Cet entretien avec la mère de Soibahati était un de mes premiers entretiens avec un traducteur. L'enjeu émotionnel fut d'emblée lourd pour elle mais aussi probablement pour moi. Soucieuse de connaître son avis, ses croyances, je la sollicitais au sujet des fundis consultés. Elle m'en dit deux mots rapides. A l'instant de l'entretien, je ne savais pas que c'était un comportement inhabituel chez elle. Plus que les difficultés à m'adapter aux temporalités nouvelles de l'entretien « traduit », ce sont les regards échangés avec la mère qui ont imprimé ma mémoire. Des regards exprimant une grande lassitude, de la colère, de la peur. Elle ne s'opposa pas aux soins proposés.

Par la suite, je continuais à voir la patiente régulièrement lors d'instant informels : dans sa chambre, croisée dans la cours, lors des visites de sa mère.

### 3. Réflexions : y a-t-il eu rencontre ?

#### a. Un temps de rencontres

A cette question je vais distinguer la période où j'ai connue Soibahati des cinq années qui ont précédées notre rencontre.

Comme nous l'avons assez souligné, une des caractéristiques de la schizophrénie et tout particulièrement de la problématique de la patiente est le morcellement ; morcellement du transfert, morcellement identitaire, morcellement du temps et de l'espace...

Nous pensons donc qu'au cours de ces cinq années, des rencontres ont pu avoir lieu ; rencontres morcelées elles aussi dans le temps (à certains moments oui, à d'autres non), dans l'espace (lors des visites à domicile ou de consultations ambulatoires ou croisée dans la rue) et sur plusieurs personnes. De plus, au début du suivi, les contraintes institutionnelles étaient moindres, les hospitalisations plus courtes et l'état de la patiente (légèrement) moins préoccupant.

#### b. Une rencontre impossible

Nous allons maintenant réfléchir à la courte période que nous avons vécue avec la patiente.

- Un compromis impossible

La première des caractéristiques de cette période est que nous avons rencontré la patiente exclusivement en hospitalisation.

Nous nous sommes retrouvés d'emblée plongés dans un bras de fer entre la mère de la patiente et les soignants pour les traitements. Cette problématique pourtant ancienne n'avait jamais fait l'objet d'un questionnement « d'équipe à froid ». Or elle était très probablement liée à des défenses tant du côté maternel que du côté de l'équipe. (Contre-transfert culturel) Ces tensions, en s'aggravant et en se rigidifiant au cours du temps, constituaient un obstacle majeur à la rencontre de Soibahati au moment de notre arrivée dans le service.

Dans ce contexte, le projet d'EVASAN à la Réunion ne faisait que confirmer l'incrédulité de l'équipe vis-à-vis des traitements traditionnels.

Effectivement, de manière pragmatique, accompagner la patiente aux Comores pour qu'elle retrouve sa famille maternelle et reçoive les traitements traditionnels Comoriens aurait coûté beaucoup moins cher qu'organiser une évacuation et une hospitalisation à la Réunion. Pourquoi avoir choisi la Réunion ?

Témoignant de leur ambivalence, les soignants ont malgré tout tenté de solliciter les tradi thérapeutes à de multiples reprises. Ceux-ci n'ont jamais répondu présents.

En conséquence, une alliance avec la mère et un compromis thérapeutique furent impossibles à mettre en place. Or notre action ne pouvait devenir thérapeutique que si elle avait un sens culturellement admis. Ce n'est pas le choix du traitement qui est thérapeutique mais le sens culturel et symbolique qui lui est associé.

- Contexte de l'hospitalisation

Le deuxième point important est le contexte de notre rencontre.

Rencontrer Soibahati seule à l'hôpital, hors de ses attaches sociales, exclue du groupe diminuait aussi beaucoup les possibilités de rencontre et « d'accès à l'essence ».

Dans une société où l'interdépendance est la règle, comment comprendre une patiente ainsi isolée ?

Toujours en lien avec le contexte, l'aggravation des pressions institutionnelles inhibait les initiatives des soignants. Un travail réellement collectif pour accéder à la globalité de la patiente n'était alors pas possible. De plus, le risque de « toute puissance médicale » était alors plus important.

- Gravité clinique

Le troisième point est l'état clinique de la patiente lorsque nous l'avons rencontrée. Malgré un traitement médicamenteux très lourd, elle était extrêmement hallucinée et délirante. En

rencontre duelle, la recherche « d'accordage », de regard subjectif (intérieur) étaient alors impossibles. La patiente était partie trop loin « au pays de la psychose. »

- Arguments pour une « non rencontre »

En résumé, nous pensons que la rencontre avec Soibahati n'a pas pu se faire au moment de notre présence à Mayotte car :

- les pressions institutionnelles étaient trop importantes. (Aliénation hiérarchique)
- Position conflictuelle en lien avec des enjeux contre-transférentiels non résolus avec la mère. Un conflit est par essence anti rencontre et anti soins.
- Résistance du côté des fundi avec probablement les mêmes enjeux de rivalité.
- Résistance de la famille paternelle ; famille maternelle pas à Mayotte ; mère isolée.
- Symptomatologie clinique très grave troublant totalement l'intersubjectivité.

La rencontre en termes d'accordage culturel et affectif, d'accès à la globalité (familiale, culturelle) et à l'essence n'a pas pu avoir lieu.

Il était alors impossible d'associer le traitement à un sens culturellement admissible par tous.

Nous tenons cependant à insister sur le fait que dans cette situation extrêmement complexe et multifactorielle, les comportements analysés n'étaient pas conscients et témoignaient de l'ambivalence des soignants. L'équipe psychiatrique, tout comme la mère se sentaient démunis face à la détresse de la patiente et se défendaient (avec leurs armes) dans l'unique but de soulager Soibahati.

L'impuissance ressentie « de part et d'autre » a contribué à déplacer la lutte non plus contre la schizophrénie mais contre « l'autre ».

Après cette analyse de la rencontre au travers de différents regards, nous nous approchons de la conclusion.

Comme nous l'avons énoncé en introduction, le contexte transculturel du cas devait nous permettre de mettre en avant certains enjeux de manière plus « explicite ». Ceci n'ayant d'autre but que de faciliter notre réflexion sur une pratique psychiatrique « locale ».

Nous concluons donc notre travail en généralisant les outils présentés à l'exercice psychiatrique quotidien. En quoi cette expérience nous a amenée à adapter certains de nos outils pour mieux rencontrer le patient ?

## VIII. Conclusion : généralisation à la pratique psychiatrique quotidienne

### A. Quels éléments retenir pour rendre la rencontre avec un patient schizophrène possible ?

#### 1. Avant la rencontre

Nous allons énoncer quelques principes généraux.

L'accueil donnera le ton de la rencontre. (Voir partie VI, A, 1)

Il est important qu'elle se fasse dans un lieu où le psychiatre (et le patient !) se sente bien ; l'ambiance du bureau doit être dans la mesure du possible chaleureuse et personnalisée.

Ensuite, le psychiatre devra se recentrer en se posant les questions suivantes : suis-je pleinement disponible, à ce moment précis, pour rencontrer ce patient ? Si non, quels sont les éléments qui m'en empêchent ?

Puis recontextualiser la rencontre : est-elle imposée pour le patient ? Ais-je déjà entendu parler de ce patient avant ?

Enfin, de manière plus générale, le thérapeute doit avoir connaissance de l'existence de potentielles tensions institutionnelles car celles-ci impacteront obligatoirement sa façon d'appréhender la situation et pourront être des freins à la rencontre (Concept « d'aliénation institutionnelle » d'Oury). En effet, ce travail a permis de souligner l'importance fondamentale de l'entente au sein de l'équipe soignantes et plus généralement de la structure hospitalière.

#### 2. A l'instant T de la rencontre

La rencontre avec un patient schizophrène est d'un type très particulier puisque le trouble de l'intersubjectivité en est le centre. Il va donc s'agir de chercher à s'accorder au patient au maximum de ce qui est possible. (Voir partie III, B)

Pour cela, le psychiatre va devoir s'impliquer de manière authentique en travaillant avec sa propre personnalité et en ne se « cachant » pas derrière une fonction ou une théorie. (Voir partie V, C. Concept d'aliénation hiérarchique)

Le psychiatre va d'abord chercher une vue globale du patient en :

-commençant avec un regard « naïf » (Proche d'une technique d'affiliation, « mise en confiance »)

-puis en maintenant un regard sous tension qui alterne sans cesse entre universalité de fonctionnement psychique/spécificités culturelles (voir complémentarisme et décentration), objectivité/subjectivité, regard extérieur/regard intérieur.

-se décentrant.

Nous avons appliqué ce principe en situation de trans culturalité mais il est aussi très utile pour des patients qui nous sont totalement étrangers de par leur pathologie. (« Pays de la psychose »)

Saisir la globalité va permettre une meilleure adaptation du psychiatre et donc un meilleur accordage.

Tout au long de l'entretien, le psychiatre doit utiliser des outils pour fluidifier et consolider le contact (dans la mesure du possible) :

-en manifestant son empathie pour le patient de manière explicite.

-en appliquant toutes les techniques d'affiliation (congruence) qu'il connaît. (Essayer le mimicry par exemple ?)

De façon générale, la rencontre implique d'être créatif. Tout ce qui pourra permettre au patient de se confronter à l'altérité devra être favorisé par la forme de la consultation. Nous pensons ici pour les patients schizophrènes d'abord aux méthodes institutionnelles mais aussi à des dispositifs s'inspirant des consultations ethno psychiatriques groupales. (Consultation groupale, objets médiateurs ...etc) D'ailleurs, pour M.R.Moro, ces modalités de consultation ne devraient pas être réservées uniquement aux patients migrants.

Nous avons vu que la rencontre avec un patient schizophrène ne peut pas exister totalement en un temps et un lieu uniques et avec une seule personne.

### 3. Instants multiples et rencontres multiples

Nous renvoyons ici le lecteur à la partie VI de ce travail.

Un travail de désaliénation de l'institution et du cadre est indispensable pour favoriser de multiples lieux de rencontre.

Une ambiance accueillante devra être cultivée pour que la personne puisse livrer « des bouts de soi » dans différents lieux, avec différents interlocuteurs.

#### 4. Après ces rencontres

Toujours pour tenter de saisir la globalité d'un patient morcelé, il faudra :

- analyser les différents enjeux transférentiels.
- les rassembler dans un travail collectif.

En adaptant ces principes à chaque patient, il nous semble qu'il est possible, pour le psychiatre (et l'équipe soignante), de tendre vers une rencontre authentique du patient schizophrène. Il s'agit cependant d'un travail très complexe nécessitant une grande expérience.

### **B. Qu'est ce qui fait que cette rencontre est alors thérapeutique ?**

Nous pensons que si la rencontre a eu lieu au sens où nous l'avons définie dans ce travail (accordage, harmonie), elle est en soi thérapeutique.

En effet, dans la mesure où la schizophrénie est un trouble de la relation à l'autre, cette rencontre lui aura permis malgré tout de se confronter à l'altérité.

#### 1. Dualité

Voici les éléments qui augmentent, selon nous, l'effet thérapeutique de la rencontre duelle :

-le regard du psychiatre. Il doit être bienveillant et partir de ce qui existe de positif chez le patient. Il doit porter un projet thérapeutique adapté.

-l'adaptation maximale de la manière d'aborder le patient ; éviter l'application d'une méthode « préfabriquée » et être créatif.

-saisir et à manipuler les signifiants du patient. (Culturels, conception de la maladie...etc)

Enfin, pour appliquer ces principes, le psychiatre doit toujours être à l'écoute de ses propres sensations (savoir reconnaître des signes de désorganisation psychique par exemple. Voir partie V, D, 2) pour pouvoir répondre à la question : « jusqu'où suis-je capable d'aller pour ce patient (sans danger pour moi) ?

## 2. Collectif

Le travail du collectif est thérapeutique quand :

- il permet d'éviter les clivages d'équipes.
- en analysant et rassemblant les différents transferts, il leur rend une certaine cohérence.
- il permet de porter un projet commun, cohérent et adapté au patient et qui fait sens pour tous.
- il facilite la décentration.

## C. Retour sur la démarche d'exil

Comme nous l'avons dit en début de ce travail, nous nous sommes volontairement placés en situation de « perte de repères ».

Cette situation a été l'occasion:

- de questionner nos outils théoriques de manière plus aigüe.
- d'apprendre à nous décentrer.

Nous pensons que cette expérience a été bénéfique car elle nous a permis d'acquérir un regard se voulant plus « global » et pour cela, plus exigeant.

La contrainte de la différence culturelle n'a fait que souligner l'universalité de fonctionnement psychique et l'importance fondamentale de prendre l'environnement socio-culturel en compte dans la rencontre psychiatrique.

Une rencontre authentique est impossible si le patient est « décontextualisé ».

Elle n'est pas non plus possible si le psychiatre « étouffe » sa propre personnalité derrière la technique. Créativité et adaptation doivent alors aller de pair avec un regard « sous tension » faisant sans cesse des allers retours entre différentes dimensions. (Décentration, complémentarisme, objectivité versus subjectivité...)

Nous retenons que c'est la confrontation de deux altérités dans ce qu'elles ont de spécifique qui permettra une rencontre authentique et donc thérapeutique.

Quelle que soit sa culture, un patient schizophrène restera souvent « cet étranger perdu au pays de la psychose ».

Il s'agira alors de partir à sa recherche.

## Bibliographie

### Ouvrages et articles

1. : AUZIAS Dominique, LABOURDETTE Jean-Paul. Petit Futé Mayotte. [texte imprimé] 3<sup>ième</sup> éd. Paris : Nouvelles éditions de l'Université, 2011, 239 p
2. : BLANCHY-DAUREL Sophie. La vie quotidienne à Mayotte [texte imprimé]. Paris : l'Harmattan, 1993, 239 p. (Repère pour Madagascar et l'Océan Indien).
3. : LES MERCREDIS DE MAMOUDZOU (8<sup>ème</sup> ; 2003 ; Mamoudzou). Les djinns au quotidien. Conférence. BOUFFART Sophie, DAOU Echata, AIRAULT Régis.
4. : LES MERCREDIS DE MAMOUDZOU (1<sup>ère</sup> ; 2002 ; Mamoudzou). Thérapies traditionnelles et rites de possession à Mayotte. Conférence. BOUFFART Sophie.
5. : LES MERCREDIS DE MAMOUDZOU (1995 ; Mamoudzou). Le malade mental à Mayotte : comment il est perçu et pris en charge. Conférence. ABAINE, VEYRAT.
6. : LARTIGAU ROUSSIN Céline. Les représentations de la maladie et les recours thérapeutiques à Mayotte. 137 p. DEA : méthodologies et techniques en nouvelles en sciences humaines et sociales : université de Franche Comté, 2003.
7. : NGUIMFACK Léonard, CARON Rosa, BEAUNE Daniel, « Traditionnalité et modernité dans les familles contemporaines, un exemple africain ». *Psychothérapies*, Vol 30, 2010, n°1, p 25-35.
8. : AIRAULT Régis, Mayotte, terre d'asile sans asile. *Revue de l'Océan Indien de l'INALCO*, 2003, numéro spécial Mayotte.
9. : AIRAULT Régis, (1994 ; Mamoudzou). La position dialoguante et désaliéniste du psychiatre de secteur à l'hôpital général. Extrait de discours.
10. : BERNARD Marine. Problèmes posés par l'articulation des soins traditionnels dans le cas du traitement hospitalier des patients schizophrènes à Mayotte. 43 p. Mémoire pour le diplôme universitaire de clinique transculturelle, exil, rupture culturelle : université Paris 7 Denis Diderot : 2013.
11. : DEVEREUX Georges. *Essais d'ethnopsychiatrie générale* [texte imprimé]. 3<sup>ème</sup> édition. Saint Amand : Gallimard, 1977, 394 p.
12. : DEVEREUX Georges. *Ethnopsychanalyse complémentariste* [texte imprimé]. Paris : Champs Flammarion : 1972.

13. : DEVEREUX Georges. *Psychothérapie d'un indien des plaines : réalités et rêves*. [texte imprimé]. Fayard, 1951.
14. : ORTIGUES Marie Cécile, ORTIGUES Edmond. *Œdipe Africain*. [texte imprimé]. 3<sup>ème</sup> édition. Paris : L'Harmattan, 1984, 324 p.
15. : PIAGET Jean. *Epistémologie des sciences de l'homme*. [texte imprimé]. 1<sup>ère</sup> édition. Gallimard, 1972, 384 p.
16. : PIAGET Jean. *Biologie et connaissances*. [texte imprimé]. 1<sup>ère</sup> édition. Paris : Gallimard, 1967.
17. : MORO Marie Rose, BAUBET Thierry. *Psychopathologie transculturelle. De l'enfance à l'âge adulte*. [texte imprimé]. 1<sup>ère</sup> édition. Paris : Elsevier Masson, 2009, 294 p.
18. : NATHAN Tobie. *L'influence qui guérit*. [texte imprimé]. 1<sup>ère</sup> édition. Paris : Odile Jacob, 1994, 312 p.
19. : CHICOISNE Mathieu. *L'approche systémique en psychiatrie transculturelle*, 142 p. Thèse : Médecine : Lille 2 : 2011.
20. : ROUCHON Jeanne Flore. *La notion de contre transfert culturel : enjeux théoriques, cliniques, thérapeutiques*, 201 p. Thèse dirigée par M.R.Moro : Médecine : Nantes : 2007.
21. : BOUSSAT Stéphane, BOUSSAT Michel. À propos d'Henri Collomb (1913-1979). De la psychiatrie coloniale à une psychiatrie sans frontières. *L'autre. Cliniques, cultures et sociétés*, 2002, volume 3 n°3, p.411-424.
22. : DOUVILLE Olivier. « Robert Arnaud : la folie apprivoisée, l'approche unique du professeur Collomb pour traiter la folie. ». *Figures de la psychanalyse*, 2007/1, n°15, p 221-224.
23. : TCHETCHE Dimy Georges. *Psychiatrie en Afrique Noire et contexte socio culturel*. [texte imprimé] Paris : L'Harmattan, 1998, p 157-166.
24. : ZEMPLENI Andràs. « Nécrologie : Henri Collomb (1913-1979) et l'équipe de Fann ». *Soc.Sci et Med*, 1980, Vol 14B, p. 85-90.
25. : PETERSEN Inge, BHANA Arvin, CAMPBELL-HALL Victoria, *et al.* « Planning for district mental health services in South Africa : a situational analysis of a ural district site ». *Health Policy and Planning*, 2009, 24, p 140-150.
26. : ALEM Atalay, JACOBSSON Lars, HANLON Charlotte. « Community-based mental health care in Africa : mental health workers'views. *World Psychiatry*, 2008 ; 7 : p 54-57.

27. : SYLLA Aïda *et al.* « Une forme d'implication thérapeutique des familles en institution psychiatrique au Sénégal : l'admission d'un accompagnant du malade ». *Perspectives Psy*, 2008/1 Vol 47, p.47-51.
28. : ASMAL.L, MALL.S, KRITZINGER.J *et al.* « Family therapy for schizophrenia : cultural challenges and implementation barriers in the South African context ». *African Journal of Psychiatry*, 2011, 14, p. 367-371.
29. : MOUKOUTA S.C, PEWZNER-APELOIG.E, « Thérapies traditionnelles-thérapies modernes en milieu psychiatrique au Congo. Syncrétisme ou interférence ? ». *Annales médico psychologiques*, 2002, 160, p. 353-361.
30. : SORSDAHL.K, STEIN.DJ, FLISHER.AJ. « Predicting referral practices of traditional healers of their patients with a mental illness : an application of the Theory of Planned Behaviour. » *African Journal of Psychiatry*, 2011 ; 6 : p 35-40.
31. : SORSDAHL.K, STEIN.DJ, FLISHER.AJ *et al.* « Traditional healers in the treatment of common mental disorders in south Africa». *J Nerv Ment Dis.* 2009, 197(6), p 434-441.
32. : SORSDAHL.K, STEIN.DJ, FLISHER.AJ. « Traditional Healer Attitudes and Beliefs Regarding Referral of the Mentally Ill to Western Doctors in South Africa ». *Transcultural Psychiatry*, 2010, Vol 47(4), p 591-609.
33. : NATHAN Tobie. « Psychothérapie et politique. Les enjeux théoriques, institutionnels et politiques de l'ethnopsychiatrie ». *Genèses*, 2001/1 n°38, p 136-159.
34. : ROJAS. URREGO. A. « Le phénomène de la rencontre et la psychopathologie ». [texte imprimé] 1<sup>ère</sup> éd. Paris : Presse universitaires de France, 1991, 128 p.
35. : JASPERS Karl. « Psychopathologie générale ». [texte imprimé] traduit all, 3<sup>ème</sup> ed. Paris : librairie Félix Allan, 1928, 800 (?)p.
36. : MINKOWSKI Eugène. « Le temps vécu ». [texte imprimé] 3<sup>ème</sup> éd. Paris : Presses universitaires de France, 1994, XV-409 p.
37. : MINKOWSKI Eugène. « Traité de psychopathologie ». [texte imprimé] Nouv.ed. Le Plessis Robinson : institut synthélabo, 1999, 926 p. (Collection les empêcheurs de penser en rond).
38. : MINKOWSKI Eugène. « La schizophrénie ». [texte imprimé] 3<sup>ème</sup> ed. Paris : Petite bibliothèque Payot, 2002, 286 p.
39. : MINKOWSKI Eugène. « Ecrits cliniques, textes rassemblés par Bernard Granger ». [texte imprimé] 1<sup>ère</sup> ed. Paris : Erès, 2002, 271 p. (Collection des travaux et des jours).

40. : GIBEAULT Alain. « L'empathie psychanalytique de Stefano Bolognini », *Revue Française de psychanalyse* 4/2010 (Vol74), p.1189-1197.
41. : FREUD Sigmund. « Psychopathologie des masses et analyse du Moi. Essais de psychanalyse » [texte imprimé] Paris : Payot, 1964.
42. : FREUD Sigmund. « Totem et tabou ». [texte imprimé] Paris : Payot, 1968
43. : FREUD Sigmund. « L'avenir d'une illusion ». [texte imprimé] Paris : Flammarion, 2011, 126 p.
44. : BOLIGNINI Stefano. « L'empathie psychanalytique ». [texte imprimé] Paris : Erès, 2006, 240 p.
45. : SEARLES Harold. « L'effort pour rendre l'autre fou ». [texte imprimé] Paris : Gallimard, 1965, p 599-630. (collection Folio Essais)
46. : CHAMBON Olivier, CARDINE Michel Marie. « Les bases de la psychothérapie ; approche intégrative et éclectique ». [texte imprimé] 3<sup>ème</sup> ed. Paris : Dunod, 2014, 384 p. (collection Psychothérapies)
47. : GUIONNET Sophie. « Empathie à autrui ». [présentation power point] Paris, hôpital Pitié Salpêtrière, 2011, 64 diapositives. (Centre émotion CNRS USR-3246)
48. : GEORGIEFF Nicolas, SPERANZA Mario. « Psychopathologie de l'intersubjectivité. Cliniques et modèles ». [texte imprimé] Paris : Masson, 2013, 200 p. (collection les âges de la vie)
49. : CERMOLACCE.M, LAZERGES.P *et al.* « Theory of mind and schizophrenia. », *L'Encéphale*, 2011, vol 37 n°S2, p s117-s122.
50. : DECETY Jean. « Naturaliser l'empathie ». *L'Encéphale*, 2002, vol 38 n°S1.
51. : FRITH Uta, FRITH Christopher D. « Development and neurophysiology of mentalizing ». *Philosophical Transactions of the royal Society*, 2003, 358, p 459-473.
52. : FRITH Christopher D. « The role of metacognition in human social interaction ». [review] *Philosophical Transactions of the royal Society*, 2012, 367, p2213- 2223.
53. : SINGER Tania, SEYMOUR Ben, O'DOHERTY John *et al.* « Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain ». *Sciences*, 2004, Vol 303, p 1157- 1162.
54. : WICKER Bruno, KEYSERS Christian, PLAILLY Jane *et al.* « Both of us disgusted in my insula : the common neural basis of seeing and feeling disgust ». *Neuron*, 2003, Vol 40, p 655-664.

55. : RIZZOLATI.G, FADIGA.L, GALLESE.V *et al.* « Premotor cortex and the recognition of motor actions ». *Brain Res Cogn Brain Res*, 1996, Vol 3(2), p 131-141.
56. : MUKAMEL.R, EKSTROM AD, KAPLAN.J *et al.* « Single neuron responses in humans during execution and observation of actions ». *Current Biology*, 2010, Vol 20(8), p 750-756.
57. : DECETY Jean. « Mécanismes neurophysiologiques impliqués dans l'empathie et la sympathie ». *Rev Neuropsychol*, 2010, Vol 2(2), p 133-144.
58. : MONZEE Joël (dir). *Neurosciences et psychothérapie. Convergences ou divergences ? Empathie et moralité p 199* ed . par Jean DECETY [texte imprimé] Montréal : Liber Quebec, 2009, 255 p.
59. : MASTEN.CL, MORELLI.SA, EISENBERGER.NL. « An fMRI investigation of empathy for social pain and subsequent prosocial behavior ». *Neuroimage*, 2011, 55(1), p 381-388.
60. : EISENBERGER.N, LIEBERMAN.MD, WILLIAMS.KD. « Does rejection hurt ? An fMRI study of social exclusion ». *Science*, 2003, 302, p 290-2.
61. : CONGRES SOCIETY FOR NEUROSCIENCE (39 ; 2009 ; Chicago). The time course of brain potentials during the observation of pain in others. [presentation] ed by MICHON et al.
62. : SONNBY-BORGSTROM *et al.* « Models of self and models of others as related to facial muscle reactions at different levels of cognitive control ». *Scand.J.Psychol*, 2003, 44(2), p 141-51.
63. : EKMAN *et al.* « Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions ». *Science*, 1983, 221(4616), p 1208-10.
64. : CHARTRAND Tanya L, BARGH John A. « The Chameleon effect : the perception-behavior link and social interaction ». *Journal of personality and social psychology*, 1999, Vol 76, N°6, p 893-910.
65. : VAN BAAREN RB *et al.* « It takes two to mimic : behavioral consequences of self-construals ». *Journal of personality and social psychology*, 2003, Vol 84(5), p 1093-102.
66. : STEL Marielle, VONK Roos. « Mimicry in social interaction : benefits for mimickers, mimicked, and their interaction ». *British Journal of Psychology*, 2010, Vol 101, p 311-323.
67. : LAKIN J.L, JEFFERIS V.E, CHENG C.M *et al.* « The chameleon effect as social glue : evidence for the evolutionary significance of nonconscious mimicry ». *Journal of nonverbal behavior*, 2003, Vol 27(3), p145-162.

68. : KUHN Simone, MULLER Barbara C.N, VAN BAAREN Rick B *et al.* « Why do I like you when you behave like me ? Neural mechanisms mediating positive consequences of observing someone being imitated ». *Social Neuroscience*, 2010, *ifirst*, p 1-9.
69. : SINGER Tania, VIGNEMONT F. « The empathic brain : how, when and why ? ». *Trends in Cognitive Sciences*, 2006, Vol 10, n°10, p 435-441.
70. : ZAKI Jamil, WEBER Jochen *et al.* « The neural bases of empathic accuracy ». *PNAS*, 2009, Vol 106, n°27, p 11382-11387.
71. : OURY Jean, ROULOT Danielle. *Dialogues à La Borde. Psychopathologie et structure institutionnelle*. [texte imprimé]. Paris : Hermann, 2008, 296 p.
72. : KLEIN Mélanie. *La psychanalyse des enfants*. Paris: Presse Universitaire de France, "Quadrige", 2009.
73. : KLEIN Mélanie. *Les psychothérapies des psychoses*. Paris : Payot, 1968.
74. : ROSENFELD Herbert. Manifestations transférentielles et analyse du transfert d'un patient atteint de schizophrénie catatonique aigue. *Etats psychotiques*. [texte imprimé] Paris: PUF, 1976, p.133-150, 341 p. ("Le fil rouge")
75. : ABENSOUR Liliane. Transfert. *La tentation psychotique*. [texte imprimé] Paris : PUF, 2008, p 101-105. (« Petite bibliothèque de psychanalyse »)
76. : FEDERN Paul. *La psychologie du moi et les psychoses*. [texte imprimé] Paris : PUF, 1979.
77. : BENEDETTI Gaetano. *Psychothérapie de la schizophrénie : existence et transfert, la mort dans l'âme*. [texte imprimé] Paris : Erès, 2010, p. 317-383.
78. : RACAMIER Paul Claude. *Les schizophrènes*. [texte imprimé] Paris : Petite bibliothèque Payot, 1980, 256 p.
79. : GEORGIEFF Nicolas. Le morcellement in *Qu'est-ce que la schizophrénie ?* [texte imprimé] Paris : Dunod, 2004, p. 46, 128 p. (« Topos »)
80. : POLACK Jean Paul. *Epreuves de la folie*. [texte imprimé] Paris : Erès, 2006, p. 215.
81. : BRUSSET Bernard. *Psychanalyse du lien*. [Texte imprimé] Paris : PUF, 2005, 252 p. (« fil rouge »)
82. : ENTICOTT *et al.* « Reduced motor facilitation during action observation in schizophrenia : a mirror neuron deficit ? » *Schizophr Res*, 2008, Vol 102 (1-3), p 116-121.
83. : ROGERS Carl. « La relation thérapeutique, les bases de son efficacité ». *Bull de psychologies*, 1963, 17, p 1-9.

84. : DELION Pierre. *Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne ; introduction à la psychothérapie institutionnelle*. [texte imprimé] 2<sup>ème</sup> ed. Paris : *Dunod*, 2011, 333 p.
85. : OURY Jean. *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*. [texte imprimé] 2<sup>ème</sup> ed. Lecques : *Les éditions du champ social*, 2001, 301 p. (« Collection psychothérapie institutionnelle »)
- 85b : OURY Jean. *Transfert et espace du dire*. *L'information psychiatrique*, 1983, 3, n°59.
86. : SEARLES Harold. *Le contre-transfert*. [texte imprimé] 2<sup>ème</sup> ed. Paris : *Gallimard*, 2005, 352 p. (« Folio Essais »)
87. : FRANCK AF, GUNDERSON JG *et al.* « Psychotherapy of schizophrenia : an empirical investigation of the relationship of process to outcome ». *Am. J. Psychiatry*, 1989, Vol 146 (5), p. 603-608.
88. : DELION Pierre (dir). *Psychose, vie quotidienne et psychothérapie institutionnelle*. [texte imprimé] Paris : *Erès*, 1999, 256 p.
89. : WINNICOTT Donald Woods. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. [texte imprimé] Paris : *Payot*, 1989, 468 p.
90. : WINNICOTT Donald Woods. *La mère suffisamment bonne*. [texte imprimé] Paris : *Payot*, 2006, 128 p.
91. : AIRAULT Régis. *Les fous de l'Inde. Délires d'Occidentaux et sentiment océanique*. [texte imprimé] Paris : *Payot*, 2002.
92. : AIRAULT Régis. *Faire une pause dans sa vie*. [texte imprimé] Paris : *Payot*, 2006, 171 p.
93. : TSHISEKEDI-KALANGA M.R, LEGAULT G. « Analyse d'une intervention clinique en fonction des outils élaborés par l'approche ethnopsychiatrique de Devereux et Nathan ». *Santé mentale au Québec*, Vol 30, n°2, 2005, p 233-255.
94. : HATFIELD E, CACIOPPO J, RAPSON RL. « Emotionnal contagion. » New York : *Cambridge University Press*, 1994.
95. : Jabbi M, Bastiaansen J, Keysers C. « A common anterior insula representation of disgust observation, experience and imagination shows divergent functional connectivity pathways ». *PLoS One*, 2008, 3:e 29-39.
96. : Laird J.D. & Bresler, C. « The Process of emotional feeling: A self-perception theory. Reported In Margaret Clar (Ed.) ». *Emotion: Review Of Personality And Social Psychology*, 1992, 13, 213-234.

97. : Nadel-Brulfert J, Baudonniere PM. « The social function of reciprocal imitation in 2-year-old peers ». *Int J Behav Dev*, 1982, 5, p 89-105.
98. : CAMPBELL Anne. « Oxytocine and human social behavior. » *Pers soc Psychol Rev*, 2010, 14(3), p281-295.
99. : GASTON L. « The concept of the alliance and its role in psychotherapy : Theoretical and empirical consideration ». *Psychotherapy*, 1990, 27, p 143-153.
100. : COLLOT Edouard (dir). *L'alliance thérapeutique. Fondements et mise en œuvre*. [Texte imprimé] Paris : Dunod, 2011, 256p. (chapitre 3) (« Collection psychothérapies »).
101. : JABLEASKY A, SARTORIUS N. « Is schizophrenia universal ? ». *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 1998, 344, p 65-70.
102. : KULHARA P, CHAKRABARTI S. « Culture and schizophrenia and other psychotic disorders ». *Psychiatr Clin North Am*, 2001, 24 (3), p449-464.
103. : PONTALIS J.B, LAPLANCHE J, LAGACHE D. *Vocabulaire de la psychanalyse*. [texte imprimé] réédition. Paris : Presse universitaires de France, 2007 (collection « quadrige », n°249)
104. : SAUNAL Anne Marie. *Psy délivrez nous du mal ! Une analyste face à la souffrance et au pardon*. [texte imprimé] Paris, Ed de l'atelier, 2008, p114-116.
105. : GUELFY J.D (dir) et al. *Mini DSM-IV-TR. Critères diagnostics*. [Texte imprimé] Paris, Masson, 2004, 384 p.
106. : SZYMKOWIAK M (dir). *Autrui. Textes choisis et présentés*. [texte imprimé] Paris, Flammarion, 1999, 251 p.

## Sites internet

- 1- : <http://www.mayotte-tourisme.com/decouvrir-27.html>
- 2- : <http://www.fondationjeanpiaget.ch/fjp/site/biographie/>
- 3- : <http://www.ethnopsychiatrie.net/>
- 4- : [www.clinique-transculturelle.org/](http://www.clinique-transculturelle.org/) [www.marierosemoro.fr](http://www.marierosemoro.fr)
- 5- : <http://gezea.roheim.pageperso-orange.fr>
- 6- : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
- 7- : [http://www.academie-sciences.fr/academie/membre/Rizzolatti Giacomo.htm](http://www.academie-sciences.fr/academie/membre/Rizzolatti_Giacomo.htm)
- 8- : <http://fikiramayotte.wordpress.com/author/fikiramayotte/>
- 9- : <http://www.academie-francaise.fr/le-dictionnaire/la-9e-edition>

## Annexes

### Poème de Soibahati

Ecrit lors de la deuxième hospitalisation, le 9 juin 2009

« Pourquoi

Elle parle **toute seule** cette jeune fille

Elle vole mes livres. Mes arlequins.

Moi je me retrouve **enfermée en moi**

Tout mon **plaisir que mon père** il m'a offert

Pourquoi Djoumati, **moi je discute toute seule**

Pourquoi Djoumati me vole mes habits. Y'a pas que elle avec Nourdine (fille de Ali)

Nourdine et Djoumati me laissent pas tranquille

J'en ai marre la nuit, Djoumati sort des couteaux, des trucs, elle me tape les jambes mais je prends une clé et on voit pas

J'ai besoin de retrouver Djoumati pour que je la frappe

J'en ai marre. J'arrive pas à l'attraper la nuit. Il faut qu'on attrape Djoumati. Mon grand-père il est mort

Tous mes habits c'est Djoumati qui me les a volé. Elle a tout pris. Mon maquillage. Elle a pas de cœur.

Je veux jamais **voyager** avec elle

J'ai envie que Djoumati m'explique pourquoi elle me vole mes affaires

J'ai envie qu'elle vienne ici cette après-midi

Hier je suis tombée par terre. Y'avait plein de sang. Je suis tombée dans un coma

Son père Soibaha il a pris **les papiers** de mon père. C'est lui Soibaha. Dans toutes les écoles tout le monde en a marre

Ali il lance des bombes aux gens. Je vais tuer tous les Ali

Je regarde sa gueule comment il va être

[.....texte effacé...] papiers pour **aller à l'école**

A rencontré Djoumati à **l'hôpital**

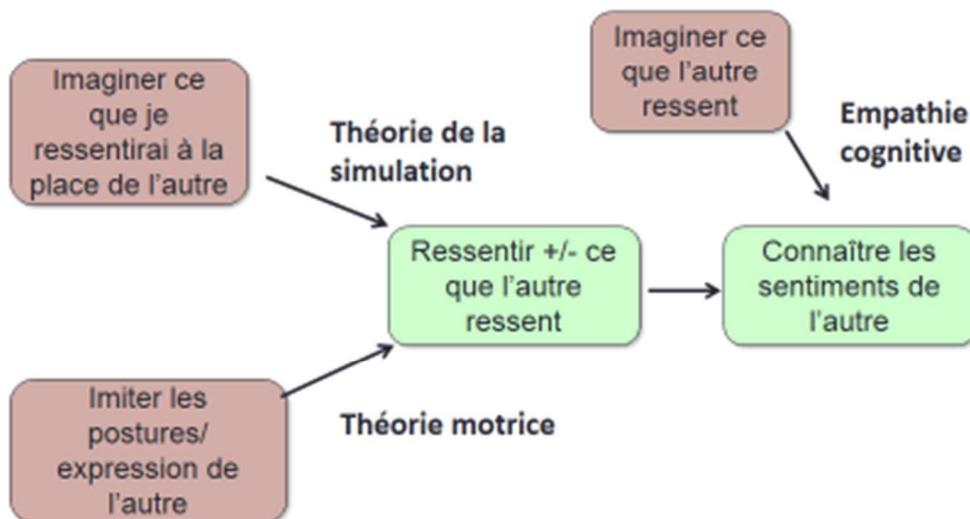
J'avais mal au cœur, Moi je me laisse draguer par des garçons, je suis belle »

## Schéma des différentes théories neuroscientifiques de l'empathie

Tiré de la présentation « empathie à autrui » du Dr Sophie Guionnet à la Pitié Salpêtrière.

(Centre émotion CNRS USR 3246)

Comment connaître les pensées et les sentiments d'une autre personne ?



# Table des matières

Remerciements

Sommaire

<u>INTRODUCTION</u> .....	15
I. Description d'une situation clinique à Mayotte.....	17
A. Contexte, culture propre à la société Mahoraise : .....	17
1. Carte géo-sociologique actuelle.....	17
a. Situation géographique (1).....	17
b. Population, langue, économie (1).....	17
2. Histoire du peuplement et de la situation administrative de Mayotte.....	18
a. Migrations et peuplement (1).....	18
b. Histoire des statuts géopolitiques (1).....	18
3. Codes culturels de la population mahoraise (1, 2) .....	19
a. Dans le village et entre les villages.....	19
b. Dans la famille .....	20
c. Religion et croyances (2, 3, 4).....	21
• Les djinns .....	21
• Djinns et folie.....	21
• Les fundis.....	22
• Mahorais et médecine occidentale .....	22
4. Génération « entre-deux » (1, 2, 7) .....	22
a. Description de cette génération.....	22
b. Des changements trop rapides ?.....	23
c. Une génération avec des aspirations nouvelles.....	24
B. La psychiatrie à Mayotte .....	24
1. Naissance et mise en place de la psychiatrie à Mayotte.....	24
2. Organisation institutionnelle actuelle .....	26
a. Présentation générale .....	26
b. L'activité de secteur .....	26
c. Le CMP.....	27

d.	« Aux urgences » .....	27
3.	Particularités Mahoraises .....	28
a.	Inégalités encore présentes .....	28
b.	Les traducteurs, les enjeux de la traduction .....	28
•	Les traducteurs .....	28
•	La traduction.....	29
4.	Le service de psychiatrie à Mayotte .....	29
a.	Des règles «occidentales» .....	29
b.	Rapport des mahorais avec le service (10).....	30
c.	Les premières questions.....	30
d.	Mouvements institutionnels, « équipes tournantes » .....	31
C.	Présentation d'une situation clinique : Soibahati .....	31
1.	Novembre 2012, je rencontre Soibahati .....	31
a.	Pourquoi choisir ce cas clinique ?.....	31
b.	Premières présentations dans le service.....	32
c.	Poursuite des rencontres .....	33
•	« les mauvais jours » .....	33
•	« les bons jours » .....	33
•	Description clinique.....	34
2.	Éléments biographiques et anamnestiques. De la naissance jusqu'à 18 ans.....	35
a.	Biographie, famille.....	35
b.	Entre sa mère et son père .....	36
•	De 2 ans à 14 ans ; chez sa mère à Mayotte .....	36
•	De 14 ans à 18 ans ; chez son père à Lyon .....	36
•	Début des troubles psychiatriques à Lyon .....	36
3.	Retour à Mayotte à 18 ans ; soins psychiatriques .....	37
a.	Le retour à Mayotte, chez sa mère .....	37
b.	Début du suivi psychiatrique .....	37
•	Première consultation .....	37
•	Suivi ambulatoire.....	37
c.	Déménagement chez son père.....	38
d.	Retour chez sa mère.....	39
4.	Hospitalisations.....	39
a.	Première hospitalisation, en médecine (2008) .....	39
•	Comportement dans le service .....	39

• Une sortie paradoxale .....	39
• Post hospitalisation .....	40
b. Deuxième hospitalisation, en psychiatrie (2009) .....	40
• Etat clinique et traitements.....	40
• Premiers contacts avec la mère de la patiente .....	41
• Le poème (Voir en annexe) .....	41
• Post hospitalisation .....	41
c. Troisième hospitalisation (2010).....	41
• Etat clinique et introduction du Leponex.....	42
• Rapport entre la mère de la patiente et l'équipe.....	42
• Rapports entre Soibahati et sa mère.....	43
• Entretien avec un demi-frère .....	43
• Post hospitalisation .....	44
d. Quatrième hospitalisation (2012) .....	44
• Etat clinique et historique des traitements.....	44
• Isolement social.....	45
• Proposition d'évacuation sanitaire à la Réunion ; réaction de la mère .....	45
• Ouverture de l'équipe aux soins traditionnels.....	45
• Evasan à la Réunion.....	46
II. La rencontre transculturelle.....	48
A. Notions de base développées par Devereux (11) : .....	48
1. Fondement théorique : principales notions développées par Devereux.....	48
a. Distinction de 3 situations de rencontre.....	48
b. Méthode : le complémentarisme (11, 12).....	48
• Sciences sociales et psychologie .....	49
• Equilibre.....	49
• Deux regards sur l'objet : double contrainte.....	50
• Un exemple.....	50
c. Dispositif technique : leviers culturels et psychanalyse .....	51
• Définition .....	51
• Exemple de levier pour Devereux .....	51
• Exemple de levier pour M.R.Moro .....	52
d. Universalité psychique, spécificité culturelle et diversité humaine.....	52
• Définitions, liens logiques.....	52
• Une Matrice culturelle commune et des expressions culturelles différentes .....	53

•	Tenir compte des spécificités d'expression culturelles.....	53
•	Universalité de fonctionnement psychique, des propos à nuancer ?.....	53
2.	Importance de la décentration dans la rencontre:.....	54
a.	L'origine du concept : la décentration selon Jean Piaget.....	54
b.	Le concept de décentration en ethnopsychiatrie .....	55
B.	Tobie Nathan : reprise et modification des concepts de Devereux et début d'une pratique ethno psychiatrique. Premières consultations à Bobigny.....	56
1.	Biographie de Tobie Nathan .....	56
2.	Particularités théoriques (18) .....	57
a.	Du <i>Moi peau</i> au contenant culturel .....	57
b.	Le traumatisme migratoire.....	57
c.	Plus polémique : la notion de clôture culturelle (33).....	57
d.	Deux processus essentiels du dispositif : traduction et changement de paradigme (33) .	58
e.	Contre transfert culturel.....	58
3.	Particularités techniques .....	58
C.	Marie Rose Moro : des consultations avec T.Nathan à l'autonomisation d'une théorie et d'une pratique spécifique .....	59
1.	Biographie de M.R.Moro.....	59
2.	Particularités théoriques (17).....	59
3.	Particularités techniques .....	60
D.	Description d'une consultation d'ethnopsychiatrie type :.....	61
1.	Cadre et règles de base :.....	61
a.	Historique .....	61
b.	Déroulement et cadre d'une séance .....	61
•	Premier temps : mise en place du cadre culturel.....	61
•	Deuxième temps : structuration et exploration du sens culturel des symptômes .....	62
2.	Spécificités de la pratique de Tobie Nathan .....	63
a.	Utilisation de la langue maternelle et situation de double contrainte .....	63
•	Utilisation de la langue maternelle .....	63
•	Le thérapeute principal .....	63
•	Le patient.....	63
b.	La place des invisibles.....	64
c.	La place des objets, des choses (33) .....	64
3.	Spécificités de la pratique de Marie Rose Moro.....	65
a.	Libre utilisation de la langue maternelle.....	65

b.	Dispositif tourné vers le métissage et l'altérité.....	66
c.	Dispositif favorisant les ponts/liens/échanges.....	67
d.	L'instrument psychanalytique .....	67
E.	Exemples Africains.....	69
1.	Collomb et l'école de Fann (Sénégal).....	69
a.	Éléments biographiques de Collomb.....	69
b.	Psychiatrie au Sénégal : approche théorique (22).....	70
•	Ecole de Fann.....	70
•	Entre ethnopsychiatrie et psychiatrie institutionnelle.....	70
•	Principes sous-tendant le fonctionnement du service psychiatrique .....	70
c.	Psychiatrie au Sénégal : approche pratique .....	71
•	Localisation, capacités d'accueil.....	71
•	Une communauté permissive .....	71
•	Les palabres villageoises.....	71
•	Autres réunions : pinch, réunions thérapeutiques.....	72
•	Obligation de présence d'un membre de la famille .....	72
•	Libre circulation des personnes et des biens .....	72
•	Séjours brefs, réadmissions fréquentes .....	72
•	Les villages psychiatriques.....	72
d.	Une approche de la psychiatrie critiquée .....	73
•	Regard des autres « blancs ».....	73
•	Un effacement des frontières occident/tradition africaine ? .....	73
2.	Revue de la littérature : .....	74
a.	Commentaires généraux .....	74
b.	Articles.....	74
•	Manque global de moyens .....	74
•	S'adapter à la génération entre deux/ création de médiateurs.....	75
•	Pronostic moins bon quand l'institution internalise et contrôle .....	75
•	Rôle des thérapies traditionnelles, société paradoxale .....	75
•	Articles sur les thérapeutes traditionnels .....	76
•	Conclusion .....	76
c.	Livre : une expérience en Côte d'Ivoire.....	77
•	Création de villages psychiatriques .....	77
•	Trois types de consultations pour rencontrer le malade .....	77
III.	Au-delà de la différence culturelle : la rencontre en psychiatrie .....	79

A.	Définitions générales.....	79
1.	Définitions de rencontre :.....	79
2.	Définitions de relation : .....	80
B.	Comment caractérise-t-on ce phénomène en psychiatrie ?.....	81
1.	Phénoménologie .....	81
a.	Conception de la rencontre chez K. Jaspers : un regard tendu vers la globalité .....	81
•	Double regard et double rôle .....	81
•	Tension objectivité/subjectivité .....	82
b.	Conception de la rencontre selon Minkowski.....	82
•	Un contact physique à l'autre .....	83
•	Ambiance et harmonie orchestrale.....	83
•	Autres notions intimement liées à l'ambiance.....	83
2.	Rencontre en psychanalyse .....	85
a.	Transfert .....	85
b.	Le contre-transfert .....	86
c.	L'empathie « psychanalytique ».....	86
3.	La rencontre en psychothérapie intégrative : relation, alliance, affiliation .....	87
4.	Approche neuroscientifique de la rencontre : empathie .....	88
a.	Introduction générale.....	88
•	Origine du concept .....	88
•	Définition .....	89
•	Origine évolutive .....	90
b.	Empathie cognitive.....	91
•	Définition .....	91
•	Données des études de neurosciences .....	91
c.	Empathie affective.....	92
•	Définition générale .....	92
•	Activation des aires cérébrales partagées.....	92
•	A un niveau neuronal : rôle de neurones miroirs ? .....	93
•	Distinction soi-autrui .....	94
d.	Vision intégrative de l'empathie .....	94
e.	L'empathie dans la relation de soin ?.....	95
5.	Psychologie scientifique et neurobiologie : autres mécanismes d'affiliation .....	96
a.	Introduction.....	96
b.	Imitation et théorie motrice de l'empathie ?.....	97

c.	Effet caméléon ? .....	98
d.	Comment ça fonctionne ? .....	98
IV.	Cas particulier de la rencontre avec un patient schizophrène .....	100
A.	Phénoménologie : Minkowski, rapport pathologique du schizophrène avec l'ambiance 100	
1.	Diagnostic par pénétration versus diagnostic par raison .....	100
2.	Ambiance et pathologie psychiatrique .....	101
a.	Normalement : recours à trois façons de se régler sur l'ambiance .....	101
b.	Pathologie : un recours unique pour se régler sur l'ambiance .....	101
3.	Schizophrénie : perte de contact vital avec la réalité .....	101
a.	Perturbation du contact avec l'ambiance .....	101
b.	Perturbation de la rencontre, perte de l'écho .....	102
c.	Affectivité rigide (ou affectivité discordante ou affectivité manquant de fond) .....	102
4.	Schizophrénie, perturbation du « moi ici maintenant » .....	103
a.	Perturbation du temps vécu .....	103
•	Perturbation de l'élan vital .....	103
•	Un temps mécanique .....	103
b.	Perturbation de la distance vécue .....	103
B.	Courant de psychiatrie institutionnelle .....	104
1.	Introduction à la psychiatrie institutionnelle .....	104
2.	Diagnostic négatif : étrangeté .....	105
3.	Diagnostic négatif : destruction du dire .....	106
C.	Psychanalyse .....	107
1.	De l'existence d'un transfert psychotique .....	107
a.	Introduction .....	107
b.	Deux pôles extrêmes .....	108
•	Pas de modulation du transfert .....	108
•	Transfert ambivalent .....	108
c.	Absence de limites soi/autrui, fantasme de fusion .....	108
•	Confusion soi/autrui .....	108
•	Fantasme de fusion symbiotique .....	109
d.	Transfert « inanitaire » .....	109
2.	Morcellement .....	109
D.	Réflexions intégratives .....	110
1.	Trouble de l'intersubjectivité .....	110

2.	Neurones miroirs et schizophrénie.....	111
3.	Empathie modifiée.....	111
V.	Rendre la rencontre possible : le thérapeute et son patient.....	113
A.	Introduction à la réflexion.....	113
1.	Retour sur la question générale du diagnostic.....	113
a.	Le diagnostic comme objectif de la rencontre ? .....	113
b.	Le diagnostic : un frein ou une aide pour la rencontre? .....	114
c.	Cas particulier : diagnostic et schizophrénie.....	114
2.	Retour sur les éléments inhérents à la schizophrénie qui perturbent la rencontre 115	
a.	Tenir compte de la perturbation de l'ambiance .....	115
b.	Déjouer un transfert massif et primitif .....	115
c.	Favoriser l'alliance malgré l'empathie modifiée et le déficit en théorie de l'esprit .....	116
B.	Phénoménologie .....	116
1.	Selon Jaspers.....	116
2.	Position et attitude du psychiatre selon Minkowski .....	117
a.	Un comportement éthique.....	117
•	Patient alter égo : .....	117
•	Un regard libre de tout préjugé :.....	117
•	S'adapter au patient et non l'inverse : .....	118
b.	Ce qu'il y a de thérapeutique dans la rencontre .....	118
•	Proche de l'acte pédagogique, partir de ce qui existe déjà : .....	118
•	Cible psychothérapique : les <i>complexes</i> du schizophrène .....	119
•	Importance du regard porté par le psychiatre : .....	119
C.	Courant de la psychiatrie institutionnelle : Attitude du psychiatre.....	120
1.	Pour une rencontre authentique et désaliénée .....	120
2.	Dès les premiers instants : tenir compte d'autrui .....	121
3.	Puis accéder à « l'instant de voir », pathique.....	122
4.	Poursuite de la relation.....	123
D.	Psychanalyse.....	124
1.	Neutralité bienveillante .....	124
2.	Mettre à jour les enjeux contre-transférentiels .....	125
a.	Liés à l'identification projective.....	125
•	Induction comportementale .....	125
•	Searles : « une lutte pour rendre l'autre fou ».....	125

•	Théorie de Racamier.....	125
b.	Contre-transfert et destruction du dire .....	126
E.	Réflexions intégratives .....	127
1.	Réflexions à partir des théories neurobiologiques.....	127
2.	Ajustement indispensable du thérapeute .....	128
3.	Approche centrée sur la personne .....	128
4.	Etablissement du contact, concept de congruence.....	128
VI.	Rendre la rencontre possible via le cadre, l'institution (psychiatrie institutionnelle)...	130
A.	Travail de désaliénation de l'institution et du cadre .....	130
1.	Un cadre favorisant les rencontres.....	130
a.	Spatialité : espaces thérapeutiques .....	130
•	L'espace comme moyen thérapeutique.....	130
•	Lier les différents espaces .....	131
b.	Temporalité, temps interstitiel.....	132
c.	L'accueil : au carrefour de la temporalité et de la spatialité.....	133
d.	Ambiance.....	134
e.	Ambiance de l'accueil.....	134
2.	Collectif et lutte contre l'aliénation .....	135
a.	Hiérarchie intra hospitalière, place du psychiatre .....	135
b.	Hiérarchie intra hospitalière, relations au sein du collectif .....	135
c.	Liberté et responsabilisation des soignants .....	136
d.	La double aliénation du patient .....	136
3.	Les fonctions symboliques du cadre.....	137
a.	Introduction aux trois fonctions : phorique, sémaphorique, métaphorique.....	137
b.	Définition de chaque fonction.....	137
c.	Parallèle avec Winnicott.....	138
B.	L'outil psychanalytique au sein de l'institution, les constellations.....	139
1.	Caractéristiques du transfert psychotique .....	140
a.	Dissociation et transfert multi référentiel.....	140
b.	Mouvements contre-transférentiels .....	141
2.	Rencontre en constellations .....	142
3.	Psychanalyse et collectif .....	143
VII.	Retour sur la rencontre clinique .....	145
A.	Analyse de la situation clinique.....	145
1.	Ce qui a été fait .....	145

a.	Favorisant la rencontre .....	145
•	Désir authentique de soin .....	145
•	Un mouvement vers .....	145
•	Appel à la famille et aux fundis .....	146
•	Dernière hospitalisation : vers plus de souplesse ? .....	146
•	Chimio thérapie .....	147
b.	Ne favorisant pas la rencontre .....	147
•	Rigidité du cadre .....	147
•	Positionnement implicitement supérieur .....	147
•	Organisation du service et ambiance .....	148
•	Non rencontre de la mère .....	148
•	Stigmatisation.....	148
2.	Ce qui ne pouvait pas être fait.....	148
B.	Ce qui aurait pu être fait .....	149
1.	Apport ethno psychiatrique.....	150
a.	Hospitalisation ? .....	150
b.	Modalités des consultations.....	150
c.	Ce qu'elles auraient ainsi pu permettre.....	150
d.	La question des traitements.....	151
e.	La question de la langue.....	152
2.	Apport de l'approche institutionnelle .....	152
a.	A propos du conflit d'identités.....	153
b.	Génération entre deux .....	153
c.	Travail en Collectif .....	153
3.	Apport psychanalytique .....	154
4.	Adapter les objectifs .....	155
5.	Phénoménologie, ambiance .....	155
6.	Apport intégratif, scientifique.....	155
C.	Mon « passage », contexte et réflexions .....	156
1.	Une période institutionnelle difficile.....	156
2.	Rapidement une « mission » .....	157
3.	Réflexions : y a-t-il eu rencontre ?.....	158
a.	Un temps de rencontres.....	158
b.	Une rencontre impossible .....	158
•	Un compromis impossible.....	158

• Contexte de l'hospitalisation.....	159
• Gravité clinique.....	159
• Arguments pour une « non rencontre » .....	160
VIII. Conclusion : généralisation à la pratique psychiatrique quotidienne .....	161
A. Quels éléments retenir pour rendre la rencontre avec un patient schizophrène possible ?.....	161
1. Avant la rencontre .....	161
2. A l'instant T de la rencontre.....	161
3. Instants multiples et rencontres multiples.....	162
4. Après ces rencontres .....	163
B. Qu'est ce qui fait que cette rencontre est alors thérapeutique ? .....	163
1. Dualité .....	163
2. Collectif .....	164
C. Retour sur la démarche d'exil .....	164
 <u>Bibliographie</u> .....	 167

Annexes

## Faculté de Médecine de TOURS

**BEYLARD Céline**

**Thèse n°**

187 pages

### **Résumé :**

La rencontre avec autrui est au cœur de l'expérience humaine. En psychiatrie elle doit répondre à certains critères pour avoir réellement lieu et permettre la mise en place du processus thérapeutique. Quels éléments permettent de rendre la rencontre thérapeutique et d'envisager l'autre dans sa globalité ? Nous centrons ce travail autour du cas d'une patiente schizophrène rencontrée à Mayotte. En première partie, nous décrivons cette situation clinique. Nous exposons ensuite les bases de la réflexion ethno psychiatrique et des exemples d'expériences hospitalières Africaines. Dans un deuxième temps, nous nous intéressons aux caractéristiques de la rencontre dans le domaine de la psychiatrie. Nous évoquons des concepts tels que l'ambiance, la théorie de l'esprit, l'empathie. Puis nous abordons le champ de la schizophrénie. Ce diagnostic perturbe les éléments de la rencontre. Comment la rendre malgré tout possible et thérapeutique ? Nous réfléchissons d'abord aux outils à mettre en place en relation duelle patient/thérapeute puis au travers de l'institution. Ainsi nous verrons l'importance de l'alliance thérapeutique mais aussi d'une institution « désaliénée ». Dans chacun des axes de réflexion cités, nous avons développé différents regards : phénoménologique, psychanalytique, institutionnel, neurobiologique. En dernière partie, nous revenons à la situation clinique. Cette situation de trans-culturalité a permis de mettre en avant des caractéristiques universelles de la rencontre avec un patient. Nous concluons par les éléments qui doivent favoriser, en pratique psychiatrique quotidienne, l'approche de l'altérité du patient de manière authentique et donc soignante.

### **Mots clés :**

- Schizophrénie
- Intersubjectivité
- Rencontre

### **Jury :**

**Président de Jury :** Monsieur le Professeur Philippe Gaillard

**Membres du jury :** Monsieur le Professeur Vincent Camus

Madame le Professeur Bénédicte Gohier

Madame le Docteur Marine Bernard

Madame le Docteur Sophie Guionnet

Monsieur Maël Lemoine

**Date de la soutenance :** 16 avril 2014