



## Une approche ethnopsychiatrique de la psychose

Isabelle RÉAL

Hanna COHEN

Chryssanthi KOUMENTAKI

Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-Denis, Bobigny, France

Marie Rose MORO

Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Paris, France

Ces travaux issus de l'ethnopsychanalyse ont montré depuis longtemps l'importance de la culture dans la formation des symptômes: on n'exprime pas sa souffrance de la même façon selon la culture à laquelle on appartient, il y a un codage culturel des symptômes. D'autre part, les symptômes se modifient selon les époques, de même que les traitements; ils sont inscrits dans le contexte qui les crée.

Cette variabilité des symptômes rend le travail plus ardu pour le clinicien qui travaille avec des patients qui ne sont pas issus de la même culture que lui et qui sont porteurs d'une expression du désordre et de la souffrance fort différente. La question du diagnostic peut s'avérer épineuse et souvent des erreurs sont faites à ce sujet, avec une sur-représentation d'hypothèse de psychose pour des patients qui ne le sont pas. C'est ce que montrent les études sur les « misdiagnostics », les erreurs de diagnostics (Baubet, 2003; Peetryna et Kleinman, 2001; Selod, 2001), c'est aussi ce que nous constatons dans nos consultations transculturelles. L'analyse de ces travaux épidémiologiques sur la question du diagnostic chez les migrants a montré des biais méthodologiques qui permettent de mieux comprendre la sur-représentation du diagnostic de psychose dans des populations dominées (Noires, Antillaises,

**Isabelle Réal** est psychologue clinicienne, psychanalyste, AP-HP, Hôpital Avicenne, Service de psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent, psychiatrie générale et addictologie spécialisée, Bobigny.  
Email: isareal@free.fr

**Hanna Cohen** est psychologue clinicienne, AP-HP, Hôpital Avicenne, Service de psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent, psychiatrie générale et addictologie spécialisée, Bobigny (93), Hôpital Robert Debré, Consultation de Médecine de l'Adolescent, Paris.  
Email: hanna.cohen@yahoo.fr

**Chryssanthi Koumen-taki** est psychiatre, AP-HP, Hôpital Avicenne, Service de psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent, psychiatrie générale et addictologie spécialisée, Bobigny. Trésorière de l'Association Internationale d'EthnoPsychanalyse (AIEP).  
Site : [www.clinique-transculturelle.org](http://www.clinique-transculturelle.org)  
Email : [koumentaki.c@wanadoo.fr](mailto:koumentaki.c@wanadoo.fr)

**Marie Rose Moro** est professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, INSERM U669, AP-HP, Hôpital Cochin, Chef de service de la Maison des Adolescents/ Maison de Solenn, Paris. Directrice de la revue *L'autre, Clinique, Cultures et Sociétés*. Présidente de l'Association Internationale d'EthnoPsychanalyse (AIEP).  
Site : [www.clinique-transculturelle.org](http://www.clinique-transculturelle.org)  
Email : [marie-rose.moro@cch.aphp.fr](mailto:marie-rose.moro@cch.aphp.fr)

Indiennes) dans des conjonctures socio-historiques et politiques comme le colonialisme, l'apartheid, le ségrégationnisme mais aussi les migrations actuelles. Ces biais concernent essentiellement la difficulté à repérer, comprendre et accepter les manières culturelles de dire le désordre. Devant le non-familier, l'étrange, on évoque plus facilement la psychose et on sous-estime la dépression et le trauma selon ces études.

La psychiatrie moderne, issue du XIXe siècle, a été marquée par l'exclusion de son champ des « forces invisibles » (Giraud, 2001). Forces, qui depuis toujours et en tout lieu ont structuré le rapport de l'homme à la maladie et au désordre. Cette rupture a contribué à une psychiatrisation des croyances (Swain, 1977) et influe profondément, encore aujourd'hui, sur le rapport entre le clinicien et un patient qui évoque ces forces (*jnouns*, esprits, incubes, etc.).

Les publications en psychiatrie transculturelle de ces dernières années parlent peu de la psychose, sans doute par prudence devant ce qui fait encore aujourd'hui force de loi : devant l'étrange, la folie est trop vite convoquée. Il n'en reste pas moins que dans notre clinique ethnopsychanalytique, nous rencontrons des patients psychotiques.

Notre méthodologie, celle du complémentarisme de Devereux (1940), nous permet de « travailler constamment sur les deux niveaux sans les confondre, le niveau culturel et le niveau individuel et sur les interactions nécessaires et parfois conflictuelles entre ces deux niveaux » (Baubet & al. 2003 : 39) et ainsi de ne pas amalgamer étiologies traditionnelles de la maladie et diagnostics. Les données issues du champ anthropologique et celles issues du champ psychanalytique nous offrent des possibles grilles de lectures à une élaboration psychopathologique. Les étiologies traditionnelles permettant une interprétation des désordres au travers de l'utilisation du matériel culturel par les patients. Nous tenterons d'en rendre compte à travers quelques vignettes cliniques concernant des patients psychotiques. Mais avant cela, faisons le point sur les travaux de psychiatrie transculturelle concernant la psychose.

### **Les travaux des ethnopsychiatres sur la psychose**

Devereux a abordé cette question de la psychose dans de nombreux écrits (1955, 1956, 1965, 1967, 1970). Nathan a publié quelques textes à ce sujet (1978a-1978b).

### **La question de l'universalité psychique et des variations culturelles**

Devereux remarque que « le milieu culturel intervient de façon décisive pour déterminer lesquels parmi les pulsions et les fantasmes seront actualisés par des moyens culturels, lesquels s'exprimeront indirectement et sous la forme de substituts qui ne seront actualisés que de façon subjectives et lesquels enfin demeureront généralement inconscients et tenus à l'écart sous forme de matériel refoulé, soit par les moyens fournis par la culture, soit par des moyens élaborés idiosyncrasiquement et privés de tout support culturel. » (1955). Par exemple, là où la psychanalyse découvre que les auto-reproches du mélancolique sont en fait des reproches inconscients adressés au mort (Freud, 1917), l'ethnologue Kennard observe que les Hopis giflent le cadavre en lui reprochant d'être mort pour les affliger (Nathan, 1978b).

On a là des *structures invariantes* (Devereux, 1955) présentes dans toutes les cultures mais sous formes différentes : conscientes ou inconscientes. « Si les ethnologues dressaient l'inventaire exhaustif de tous les types connus de comportement culturel, cette liste correspondrait point par point avec une liste également complète des pulsions, désirs, fantasmes, etc., obtenus par les psychanalystes en milieu clinique » (Devereux, 1955). Ceci démontre pour Devereux (1955) « l'unité psychique de l'humanité et la validité des interprétations psychanalytiques dans la cure. ».

Pour Nathan la culture est comme un double du psychisme. Elle est constituée des mêmes invariants que le psychisme : pulsions, fantasmes, mécanismes de défense. Elle est structurée par le même organisateur : le refoulement. Chaque culture produit « *un inconscient ethnique* » qui lui est propre (Devereux, 1956). Elle ne refoule pas les mêmes invariants que sa voisine (Nathan, 1978a).

### **Le travail de la psychose**

Selon Nathan, cet inconscient ethnique s'exprime à ciel ouvert dans la psychose, ce qui permet au psychotique de maintenir un lien entre son monde interne et le monde externe. Son conflit ne peut être interprété comme un conflit idiosyncrasique. En cela, la thèse de Nathan est congruente avec celle de Freud qui postule que le conflit du psychotique est un conflit entre le moi et le monde externe, une perturbation primaire de la relation libidinale à la réalité qui cherche par ses constructions délirantes notamment, à restaurer ses liens objectaux (Freud, 1924 b).

Pour Devereux (1965), le patient psychotique *déculture le matériel culturel*. Le patient psychotique qui utilise des éléments d'origine culturelle dans son délire, les inscrit dans un scénario qu'il vit subjectivement. Mais le matériel culturel n'en est pas moins *déculuré* dans la mesure où il perd la signification qu'il possédait dans le système culturel duquel il a été tiré : le groupe ne se reconnaît pas dans l'identité revendiquée par le psychotique. Il n'en reste pas moins que pour ce patient, cet item culturel a été personnalisé au point de devenir une identité de remplacement tout à fait fondamentale face au risque d'anéantissement subjectif (Devereux, 1967). Le psychotique extrait de la culture des figures (Mahomet, Jésus, Napoléon, etc.) qui lui tiennent lieu de prothèse imaginaire là où le névrosé fabrique des symptômes singuliers. Le patient psychotique a la certitude de ce qui lui arrive là où le névrosé se demande qu'est-ce qui lui arrive. En puisant dans le matériel culturel, le psychotique cherche « à coller une pièce là où initialement s'est produit une faille dans la relation du moi au monde extérieur » (Freud, 1924a) <sup>1</sup>. Par exemple le psychotique clamera être un sorcier là où les siens émettront des réserves quant à l'interprétation de ses troubles par une formulation du type « chez nous les sorciers ça existe, on en parle, on dit que quelqu'un peut être attaqué la nuit en rêve pour satisfaire la confrérie des sorciers de la nuit qui oblige la personne à des actes malveillants ». Tels sont les propos que l'on a pu entendre chez nombre de patients d'Afrique Noire. Evoquer la sorcellerie n'est donc pas en soi délirant. Ce sera l'utilisation singulière qui en est faite par rapport à la logique de cette matrice étiologique, qui aidera au diagnostic - si l'on se place sur le plan de la déculturation du matériel culturel.

En effet, clamer, dire soi-même qu'on est sorcier est suicidaire ou délirant quand on sait que :

dans la théorie sorcière, celui qui pourrait être identifié comme sorcier l'est avant tout par le groupe ; on ne s'auto-proclame jamais sorcier puisque dans la théorie sorcière, le sorcier encourt l'exclusion du groupe c'est à dire sa mort psychique.

La théorie implique la mise en place d'un procès en sorcellerie au cours duquel chacun sera contraint d'évoquer sa propre hostilité. Ce procédé, véritable psychodramatisation des pulsions agressives, visera *in fine* à détourner du sorcier désigné, les accusations de malveillance.

Très souvent, une problématique mélancolique grave se profile derrière celui qui s'auto-proclame sorcier. On retrouve ici la posture sacrificielle courante du psychotique (Nathan, 1978 a).

Devereux souligne que certaines modalités de soin d'inspiration religieuse ou d'accession à une position de leader, comme dans le chamanisme, peuvent

1 Cette remarque de Freud est tout à fait proche du concept de suppléance proposé par Lacan : « la figure du Pr Flechsig n'a pas réussi à suppléer au vide soudain aperçu (par Schreber) de la *Verwerfung* inaugurale » (Déc.1957-janv.1958, p. 60).

Le sujet peut compenser la dépossession primitive du signifiant « par une série d'identifications purement conformistes » (1955-56, p 231). Maleval fait le point sur la suppléance (Maleval, janv 2003) et note : « Le délire, dans ses formes les plus élaborées, paranoïaques et paraphréniques, constitue lui-même une suppléance à la suppléance défailante du Nom du Père » (p 17). Le terme de suppléance prend une extension chez Lacan dans le séminaire XXIII « *Le syntome* » (1975-76).

masquer éventuellement une schizophrénie, notamment pour l'élection au rôle de chaman suite à une maladie soudaine (1956). Selon Devereux, il n'est pas rare que les guérisseurs traditionnels soient des psychotiques stabilisés : leur accession à cette fonction est culturellement organisée et traitée en radicalisant leur altérité. « Une maladie psychiatrique grave peut se dissimuler par l'utilisation de traits culturels de façon adéquate quant à la forme, mais symptomatique quant à la fonction » (Devereux, 1965). Si la transe ou la possession ne doivent pas être d'emblée associées à un état délirant (Mc Cormick et Goff, 1992), « ces manifestations, comme plus généralement l'ensemble des syndromes liés à la culture, peuvent correspondre à différentes situations qui vont de situations non pathologiques à des troubles psychiatriques graves. » (Baubet, 2003). Ainsi par exemple, une femme guadeloupéenne entre en transe lors du décès de sa mère, chose banale lors des funérailles dans le contexte culturel antillais ; mais ce passage par la transe ne lui permet pas de se réorganiser rapidement et cette crise de possession inaugurerait une longue errance de thérapeute traditionnel en thérapeute traditionnel impuissants à la soigner. Transe, possession peuvent concerner la névrose comme la psychose.

### ***La question du complémentarisme et de sa mise en place***

L'ethnopsychanalyse avec sa méthode complémentariste a permis de repenser le cadre de la prise en charge thérapeutique de patients qui ne partagent pas la même culture que les thérapeutes (Nathan 1986, 1988). Elle a mis en évidence la dimension traumatique de la migration : la non-homologie entre le cadre culturel externe et le cadre culturel interne intériorisé induit une vulnérabilité de tout individu migrant (Nathan, 1988). Cette vulnérabilité psychique introduite par la migration est un élément complexe à prendre en compte dans le diagnostic différentiel de psychose.

Grâce à la divulgation des avancées théoriques de Devereux, mais aussi cliniques puisque les consultations de psychiatrie transculturelle se sont développées avec celles de Nathan à partir des années 79-80 puis celles de Moro à partir dans les années 1987 – d'autres consultations ont pu voir le jour en France<sup>2</sup>. Bien que certaines publications cliniques actuelles concernent des patients psychotiques, ces publications n'évoquent pas ou peu la question du diagnostic. Pourquoi ?

2 Cf. [www.clinique-transculturelle.org](http://www.clinique-transculturelle.org)

### ***L'altérité culturelle***

On peut faire ici l'hypothèse que dans les premiers temps du développement de la psychiatrie transculturelle, la sur-représentation du diagnostic de psychose ou tout du moins son hypothèse invoquée d'emblée quand une équipe non formée à l'ethnopsychanalyse adressait un patient à ces consultations spécialisées, a rendu les cliniciens prudents quant à ce diagnostic trop souvent inféré par excès.

On peut comprendre ces erreurs de diagnostic du fait de *l'altérité culturelle*. Le clinicien ignorant les us et coutumes d'un patient issu d'une culture non-occidentale aura tendance à ramener le non-connu à du connu. Il décrira ce qu'il perçoit en des termes de psychopathologie occidentale : il prendra la sorcellerie pour un délire de persécution, l'envoûtement ou le maraboutage pour un délire d'influence, la possession pour de l'hystérie (Nathan, 1988). Or une personne ensorcelée, envoûtée ou maraboutée n'est pas nécessairement délirante, pas plus qu'un possédé n'est nécessairement un hystérique.

En effet, les anthropologues ont permis de comprendre que les énoncés étiologiques<sup>3</sup> tels que sorcellerie, maraboutage, envoûtement, possession, et d'autres encore, ne sont pas des énoncés diagnostics ; ils sont solidaires d'un espace thérapeutique. Si l'on pense que quelqu'un est victime d'attaque en sorcellerie on fera un procès en sorcellerie, ou bien si l'on pense que quelqu'un

3 Pour une description des étiologies traditionnelles, de leurs multiples fonctions et de leurs dispositifs thérapeutiques dans les systèmes de thérapie traditionnelle et aussi dans le cadre de la consultation d'ethnopsychiatrie se cf. Nathan (1988). L'efficacité thérapeutique qu'elles recèlent y est également analysée.

souffre d'envoûtement on procédera à un désenvoûtement, de même qu'un maraboutage nécessitera l'aide d'un marabout, la possession-maladie une séance de possession-thérapie...

### Le problème méthodologique

Il y a là un problème méthodologique : celui qui consiste à vouloir comprendre ici un phénomène qui relève du champ anthropologique, par le biais du champ psychanalytique ou psychiatrique. Comprendre sorcellerie, maraboutage, envoûtement ou possession ne peut se faire qu'à partir de son champ d'étude : l'anthropologie de la maladie.

En situation transculturelle, ces matrices étiologiques qui appartiennent au champ de l'anthropologie sont avant tout des leviers thérapeutiques (Devereux, 1951). Ces leviers ont pour toute première fonction d'établir la relation thérapeutique. Ils permettent le transfert et le patient peut dérouler un récit (Nathan, 1988). Il y a alors possibilité d'accéder à son monde interne, à son fonctionnement psychique qui reste au cœur de l'intervention ethnopsychanalytique. La grille de lecture psychanalytique pourra éventuellement permettre de comprendre le fonctionnement psychodynamique, d'évoquer un diagnostic de structure.

L'approche anthropologique et l'approche psychanalytique sont dites « complémentaires » : chacune donne une lecture d'un même phénomène sans que l'une prédomine sur l'autre, sans que l'une soit réductible à l'autre. Elles permettent chacune de rendre compte de l'objet d'étude selon des éclairages différents. « Ainsi, lorsque l'explication sociologique d'un fait poussé au-delà de certaines limites de « rentabilité », ce qui survient n'est pas une réduction du psychologique au sociologique, mais une « disparition » de l'objet même du discours sociologique » (Devereux, 1972). Le complémentarisme tel que Devereux l'a proposé est ici précieux. Mais aussi pertinent soit-il, il s'avère qu'il n'est pas si simple à mettre en place car même un clinicien averti peut avoir tendance à ramener du non-connu à du connu : l'altérité est toujours difficile à penser pour l'homme ! La clinique métaculturelle (Devereux, 1978) nécessite que le thérapeute ait compris ce que Devereux nomme la Culture *en soi*, c'est à dire comment la culture intervient dans le processus d'humanisation, la psyché s'étayant sur l'enveloppe culturelle qui lui préexiste pour se constituer. Moro ajoute la nécessité pour le clinicien d'élaborer l'altérité *en soi*, c'est à dire sa capacité à percevoir sa propre altérité pour pouvoir percevoir celle de son patient (Moro, 2003).

L'ethnopsychiatrie clinique s'est donc essentiellement attelée à travailler sur ce point sensible : ne pas confondre étiologie traditionnelle et diagnostic psychopathologique et donc travailler avec les *logiques* thérapeutiques afférentes à chaque étiologie. L'anthropologue et médecin Claire Mestre montre comment, dans un service hospitalier malgache structuré par le modèle médical élaboré il y a plus d'un siècle, les soignants font glisser l'étiologie de la possession à l'hystérie, ce qui leur permet « d'exclure ce que le corps en transe porte d'implicite et d'intolérable pour l'hôpital, dans un désir de domination d'un corps, jugé obscène. » (Mestre, 2001), amputant pour la patiente et son entourage toute la dimension sociale et subversive contenue dans l'étiologie de *tromba*<sup>4</sup>. Le diagnostic d'hystérie au dépend de l'étiologie de *tromba*, est au service du contrôle social par l'institution médicale.

Les anthropologues Kleinman et Pretryna (2001) quant à eux, montrent comment la mondialisation de la psychiatrie est au service de la culture occidentale : la surimposition de nos catégories occidentales sur les catégories locales existantes sert l'industrie pharmaceutique, dépolitise l'expérience locale de la souffrance<sup>5</sup> et surtout conduit à des erreurs diagnostiques importantes du fait de la dévaluation des contextes locaux. « Kleinman dénonce ce qu'il appelle des *catégories fallacies* avec l'application de modèles culturels pour des sociétés où ils ne sont pas applicables. » (Selod, 2001). Selod, psychiatre, montre comment

4 La *tromba* désigne à la fois un état de possession, l'esprit qui possède et les manifestations rituelles qui l'entourent. Outre sa fonction thérapeutique, elle a une fonction de retour à l'homéostasie sociale (Ottino, 1965, Baré, 1977, 1983 Raison-Jourde, 1983, Althabe, 1969) ; la possession est une élection qui permet de renverser les rapports de force dans des groupes fortement hiérarchisés (Bastide, 1972, Estrade, 1985, Sharp, 1994). La présence d'un possédé dans un lignage modifie profondément les rapports de hiérarchie lignagière (Althabe, 1981).

5 Kleinman montre comment, par exemple, la surimposition de la catégorie occidentale de dépression sur une catégorie locale chinoise, - celle de la *neurasthénie* ou de *men* qui correspond à une sensation d'oppression interne, d'irritabilité et d'ennui - dépolitise cette catégorie associée à la violence politique de la Révolution Culturelle Chinoise.

les diagnostics psychiatriques, marqués par les contextes socio-politiques et historiques et les préjugés raciaux, du XXe siècle, portent un stigmate social sur les populations afro-américaines, indiennes, antillaises, noires d'Afrique du sud, qui sont sur-diagnostiquées psychotiques ou schizo-phrènes (Adebimpe, 1981, Swartz, 1987 Littlewood, 1992, Boussat, Collomb, Hanck, 1976). « Les psychiatres ne sont pas non plus extérieurs aux représentations sociales et aux préjugés admis et colportés par l'ensemble d'un groupe sur un autre (en l'occurrence du groupe dominant sur le groupe dominé, puisque le pouvoir de classer relève de l'autorité légitime). » (Selod, 2001). « On arrive finalement à universaliser les modèles occidentaux de la maladie, à affirmer qu'ils transcendent nos intentions, comme des données nécessaires et immuables » (Littlewood, 2001).

C'est parce que nous savons que les étiologies qui structurent le monde interne de nos patients s'inscrivent dans des espaces thérapeutiques singuliers qui possèdent le pouvoir de soigner que nos consultations transculturelles peuvent déboucher parfois sur la prise en charge du patient par un praticien traditionnel, spécialiste dans sa culture du traitement induit par l'évocation même de l'étiologie : une étiologie traditionnelle concerne toujours les interactions entre la personne souffrante et son entourage ; elle fait une interprétation sur les interactions dysharmonieuses entre le patient et les humains et/ou entre le monde visible et le monde invisible. La communauté est fortement impliquée et l'évocation d'une étiologie déclenche la mise en place d'espace thérapeutique qui ne vise pas seulement la personne souffrante. Nous l'avons vu dans le procès en sorcellerie.

Il y a donc nécessité à ce que les équipes soignantes se familiarisent avec l'anthropologie de la maladie pour en comprendre parfaitement les ressorts et pour pouvoir les utiliser pour ce qu'elles sont : des inducteurs de récit, des déclencheurs de transfert et d'organismes d'espace thérapeutique. Ce n'est donc pas à partir d'une étiologie traditionnelle de la maladie qu'on peut poser un diagnostic. Tout au plus, comme l'a souligné Devereux, pourra-t-on repérer une utilisation déformée du matériel culturel comme indice de psychose (1956).

### **La rupture épistémologique**

La psychiatrie moderne et sa nosographie du début du XIXe siècle est contemporaine d'une révolution culturelle et politique, qui fait vaciller les fondements surnaturels du pouvoir : la Révolution de 1789 retire à la figure royale son soubassement surnaturel. « Le pouvoir s'étant laïcisé, le statut de l'invisible a donc été remis en cause. Il s'absente de l'espace public. » (Giraud, 2001). Pour le sujet démocratique moderne, l'invisible n'existe pas. Il y a dichotomie entre réel et imaginaire alors que, par exemple, chez les Indiens *lengua* la distinction entre ces catégories est floue (Devereux, 1965). La psychiatrie propose une organisation du réel dans une hiérarchisation des perceptions de laquelle l'invisible est exclu au profit du *regard* triomphant. Avec l'avènement de la science, c'est dans l'organique et le modèle de l'anatomopathologie que se constitue le savoir psychiatrique. Toute référence à un au-delà du visible est disqualifiée. « L'hallucinatoire cesse de faire partie intégrante de la culture. » (Swain, 1977).

Avec l'effacement de l'invisible, la psychiatrie moderne a du mal à penser et à donner un statut autre qu'hallucinatoire à ces visions, apparitions et perceptions d'êtres invisibles tels que les *jnouns*, *dorlis*, *soukougnans*, *loas*, etc. Dans nos consultations transculturelles, les *invisibles* qui ont manifestement une forme de réalité pour ceux qui les énoncent, heurtent souvent les représentations culturelles des cliniciens occidentaux, qui restent héritiers des théories psychiatriques telles qu'elles se sont constituées dès leur origine. « La force et les caractères concrets de ces êtres invisibles touchent aux fondements mêmes de la démarche psychiatrique et psychopathologique, telle qu'elle a été élaborée dans notre culture. » (Giraud, 2001). La psychiatrie moderne a un regard péjoratif

sur un ensemble de perceptions, qui pourtant, avant l'avènement du modèle scientifique, a organisé le monde entre le visible et l'invisible. L'exclusion des réalités invisibles ouvre à une psychiatisation des croyances (Swain, 1977).

Avec Freud (1893), l'idée d'une lésion organique dans les pathologies fonctionnelles est récusée, la notion d'inconscient permet de rendre compte de ces désordres : les pathologies fonctionnelles sont le produit d'un conflit intrapsychique, rendu invisible par l'opération du refoulement. Nous voilà sorti du triomphe de l'organicisme de la maladie mentale. Par le rêve notamment, mais aussi par les lapsus et actes manqués<sup>6</sup>, l'accès à ce domaine invisible qu'est l'inconscient, permet une narration et l'écoute se substitue au regard de l'observation (Giraud, 2001).

Avec « La question de l'analyse laïque » (Freud, 1926), Freud remet en cause le savoir médical qui ne détient plus seul, le pouvoir de soigner. « Le pouvoir de soigner ne se définit plus prioritairement par un savoir sur le corps, mais par l'apprentissage de la culture. » (Giraud, 2001). Au même moment, grâce à l'ethnologie, des pratiques symboliques non-européennes confirment l'intérêt pour d'autres pratiques thérapeutiques. Freud étudie des textes d'ethnologues et son intérêt « pour la psychose est strictement contemporain de son intérêt pour l'ethnologie. » (Nathan, 1978b). Freud remarque que « les formations fantasmatiques de certains aliénés (*dementia proecox*) correspondaient de la manière la plus remarquable aux cosmogonies mythologiques des peuples anciens, dont les malades incultes, ne pouvaient en aucun cas avoir acquis une connaissance scientifique » (Freud, Jung, 1906-1914, p. 251).

D'une certaine façon, la rupture épistémologique opérée par la science et la psychiatrie moderne a volé en éclats avec la réévaluation freudienne. Néanmoins, nous restons souvent prisonniers de notre propre modèle culturel duquel l'invisible a été exclu. D'où notre difficulté à traiter avec les catégories du monde invisible qui structurent le monde interne et externe de patients pour lesquels cette rupture semble ne pas avoir touché leur cosmogonie. D'où notre trop grande propension à ramener de l'inconnu à du connu : la perception de *zombi* ou d'un esprit, l'apparition d'un Saint ou la croyance en la sorcellerie, à quelques hallucinations ou délires. Dès lors, nos catégories diagnostiques sont mises à mal.

Est-ce à dire qu'elles sont inutilisables quand nous sommes en situation transculturelle ? Certainement pas si nous utilisons la méthodologie complémentariste qui nous permet précisément de travailler *et/avec* les théories étiologiques de la maladie de nos patients *et/avec* notre propre cadre de pensée du désordre psychique : la psychanalyse. Cette double grille de lecture doit permettre d'éviter, entre autre, les erreurs diagnostiques encore trop fréquentes, erreurs liées comme nous l'avons vu, à l'épineuse question de l'altérité, toujours difficile à traiter du fait de la tendance fondamentalement ethnocentriste de l'être humain *et*, le clinicien n'échappe pas à cette tendance épistémologique « naturelle ».

Nous essaierons de rendre compte ici, par l'analyse de vignettes cliniques concernant des patients psychotiques<sup>7</sup>, de ces allers et retours constants entre matériel culturel et matériel idiosyncrasique. Double trame sur laquelle nous nous appuyons pour accompagner l'altérité de ces patients et les soigner.

### Georgette, la dormeuse

Aux Antilles, *une dormeuse*, du créole *downez*, est une voyante, guérisseuse traditionnelle, « qui exerce en s'endormant devant son client ; ensuite, et accessoirement une femme qui aime beaucoup dormir » (Confiant, 2007). Elle officie et prophétise dans une sorte d'hypnose à laquelle elle accède par la transe. Ses épaules frémissent, le timbre de sa voix devient soudain plus grave et son élocution plus lente. C'est un Saint qui parle à travers elle. La dormeuse

6 Si l'inconscient est une hypothèse et n'est accessible que par le retour du refoulé à travers les symptômes, actes manqués, lapsus et rêves, il en va de même dans les théories étiologiques : on ne voit pas un *djinn*, un *dorlis* ou un *soukougnan* : on en suppose l'existence par les effets singuliers dont on dit qu'ils en sont l'origine (sentiment de présence, corps courbaturé, boule de feu...).

7 Il va s'en dire que nous avons modifié ici certains éléments biographiques de ces patients dans un souci de préserver leur anonymat.

8 « *Avoir les yeux ouverts* » est une expression bien connue aux Antilles mais aussi en Afrique Noire (De Rosny, 1981). Elle est attribuée aux guérisseurs dont on dit « *qu'ils voient ce que les autres ne voient pas* » ou bien « *qu'ils ont le regard clair* » ou encore « *qu'ils ont la double vue, les quatre yeux* », c'est à dire qu'ils perçoivent le monde de l'invisible mais aussi toute l'horreur du monde, les méfaits commis par les humains, la violence permanente qui hante les relations humaines. Pour avoir les yeux ouverts, il faut avoir été initié, sinon l'insupportable d'un réel perçu sans voile risque de désorganiser le sujet.

9 *Gadéd zafé*, en créole, veut dire « *celui qui regarde dans les affaires des autres* », d'où ce nom donné aux guérisseurs antillais auxquels on attribue le pouvoir de voir les forces invisibles (sorcellerie, esprits de toutes sortes) qui habitent et désorganisent ceux qui viennent les consulter (Dorival, 1996). « *La gadéd zafé* opère par divination, ainsi du sommeil des dormeuses qui connaissent un état de conscience altérée après qu'on leur a apporté un linge de la personne malade » (Benoit, 200-2002). On appelle aussi *séancier* ces guérisseurs traditionnels qui ont la capacité de *lever un sort* et pratiquent la *magie blanche*. Les *quimboiseurs* eux, pratiqueraient davantage la *magie noire* en *jetant un sort*. Il est à noter cependant que chaque praticien, par le fait qu'il a le *pouvoir de faire le bien* (ou le mal), possède de ce fait le pouvoir inverse. La limite entre tous ces guérisseurs n'est donc pas si clairement définie.

10 « *Naitre coiffé* » concerne les bébés qui naissent avec la membrane de la poche des eaux sur la tête. C'est un signe d'élection et de destin singulier qui se concrétise souvent par la fonction de thérapeute.

est une fervente catholique, officiant avec un chapelet autour du cou ou entre les doigts. L'autel miniature orné d'une vierge, d'une lampe éternelle, d'un cierge et de fleurs atteste de sa foi (Migerel, 1987).

Georgette, « la dormeuse », originaire de Martinique, nous la connaissons depuis plusieurs années à la consultation transculturelle. C'est son psychiatre du Centre Médico-Psychologique (CMP) qui nous l'a adressée. La consultation transculturelle semble être un lieu à part pour elle : ici elle peut parler de ce qui lui arrive « sans qu'on la prenne pour une folle » dit-elle tout en pouvant dire à quel point elle est « malade ». Georgette a les *yeux ouverts*<sup>8</sup> : elle voit l'horreur du monde, « sa pourriture » même, « c'est affreux, poursuit-elle, de voire toute cette souffrance ». Elle se réfugie dans le sommeil et même à son travail, elle dort. Ce sommeil l'envahit subitement quand le monde alentour lui devient insupportable. Georgette témoigne : « Quand je vois l'état de mes collègues... C'est affreux ce qu'elles subissent. Moi je suis obligée de faire des choses qui me tuent. Le travail, c'est affreux pour moi ».

« Georgette *prend le mal sur elle* », lui fait remarquer la thérapeute de la consultation. Georgette acquiesce : « Ah oui ! Je ne sais pas faire barrage ! ». Comment alors l'aider à mettre un filtre entre elle et le monde ? La thérapeute poursuit : « Du fait de votre position singulière, quand on regarde dans les affaires des autres comme les *gadéd zafé*<sup>9</sup> le font, on prend une partie du mal des autres sur le dos ». Pour l'instant c'est au travail que Georgette « éponge encore trop souvent » comme elle dit. Elle poursuit : « Je ne suis pas où il faut quand il faut ».

### De l'initiation

Depuis longtemps nous parlons avec Georgette d'une initiation, comme celles qui sont mises en place aux Antilles dès lors qu'un enfant comme elle, présente un certain nombre de signes : *naitre coiffé*<sup>10</sup>, avoir des visions, sentir des présences... Pour Georgette, aucun doute : si elle était initiée, les forces qui la traversent, l'agitent et la font souffrir, trouveraient un canal pacifiant à travers la possibilité d'utiliser ses dons dans une posture de *dormeuse* assumée, celle de guérisseuse. Alors, de mois en mois, d'année en année, le groupe transculturel tisse et retisse avec elle le réseau imaginaire et symbolique sur lequel elle pourrait s'appuyer pour que son don qui la porte à investir le psychisme de l'autre, ne la laisse plus exsangue (« Je me vide en allant vers les autres », dit-elle). Voilà qu'elle semble à un tournant de la prise en charge : dès la salle d'attente, elle prévient la thérapeute qui l'accueille : « En venant à la consultation, le sommeil m'a prise dans la voiture, c'est la première fois que ça m'arrive ». Elle poursuit : « C'est peut-être l'esprit qui résiste... Plus je fuis, plus je souffre ». Ses paroles sont congruentes avec les témoignages des guérisseurs traditionnels quant à leur parcours thérapeutique/initiatique : refusant leur don, c'est-à-dire refusant de devenir guérisseur, leur don s'est retourné contre eux, les rendant malades ; obligés alors de se faire soigner, ils sont entrés par là même dans le processus initiatique un peu comme le psychanalyste commence par sa propre cure avant de devenir praticien.

### Du Dorlis

Georgette a alors une voix inhabituelle, une voix basse et grave qu'on ne lui connaît pas, voix qui témoigne qu'elle est probablement « *habitée* »<sup>11</sup> par cet esprit qui cherche à se faire entendre afin qu'on l'identifie et qu'on négocie avec lui pour qu'il ne désorganise plus son hôte mais devienne une force qu'elle utilisera à l'avenir à bon escient. C'est tout du moins l'hypothèse qui anime intérieurement les co-thérapeutes de la consultation.

Dans ses rêves, « c'est le combat, la rivalité entre ma mère et moi, c'est toujours la guerre ! » commente Georgette ; le rhum et des petites bananes que

sa mère lui a donné dernièrement en guise d'offrandes aux esprits qui l'agitent, n'ont pas permis une relation plus pacifiée. Georgette attribue cette guerre qui continue au fait « qu'elle ne se met pas au travail », c'est-à-dire qu'elle ne cherche pas encore à s'inscrire dans le processus qui l'amènerait à utiliser ses dons de façon structurante. Elle sait « qu'elle a quelque chose à faire aux Antilles mais pour l'instant, elle n'est pas prête ». Elle enchaîne : « Ma mère me tape toujours depuis le décès de son mari ». Elle évoque alors un rêve : « Le mari de ma mère voulait de moi. Je lui disais que s'il en avait marre d'attendre, il fallait qu'il aille voir ma sœur ». La thérapeute décide d'introduire de l'altérité dans ce rêve : « Est-ce que c'est vraiment de votre beau-père dont il s'agit ? ». Georgette a alors soudain envie de dormir. Elle explique que le sommeil la prend quand elle ressent « une violence extrême qui lui donne envie de tout faire péter ». Elle associe sur une avocate avec qui elle est en conflit, puis sur sa mère : « Depuis la dernière consultation je me suis dit : je ne vais pas rester tout le temps avec cette mère qui me pourrit la vie ! ». Georgette passe alors de sa mère à sa chef « qui angoisse tout le monde ». Sa mère, l'avocate, sa chef, autant de figures féminines avec qui elle est en conflit. Une co-thérapeute haïtienne, évoque le *poteau-mitan*<sup>12</sup> qui, dit-elle, représente chez elle, la femme qui prend sa place au milieu de la maison. *Poteau-mitan* qui doit être protégé par des offrandes aux esprits de la maison<sup>13</sup>. Georgette évoque les médailles que l'on porte avec le nom des enfants...

Une autre co-thérapeute parle des femmes, qui chez elle, portent un foulard blanc tout comme Georgette aujourd'hui : on consulte ces femmes au temple. Georgette est alors catégorique : « Aux Antilles, ça se passe chez moi », puis elle remarque « que ça se passe aussi à l'église ou dans un lieu de pèlerinage ». Fait-elle des offrandes à l'église ? Non, mais cette nuit, suite aux rêves, elle a sacrifié du rhum qu'elle a jeté sur le sol. La thérapeute interprète le sacrifice : « Je pense que le beau-père qui revient dans le rêve c'est l'esprit ». Georgette veut alors entendre ce qu'a à dire un co-thérapeute dont elle sait qu'il fait presque toujours des propositions qui comportent des éléments culturels. Effectivement ce thérapeute reprend l'étiologie qui vient d'être proposée en la précisant : pour lui il s'agit du *dorlis*<sup>14</sup>, d'ailleurs aujourd'hui Georgette est venue pour dormir : ce n'est pas la voix de Georgette aujourd'hui et « c'est la première fois que le *dorlis* parle ici » remarque-t-elle. Le co-thérapeute poursuit : « Dans le rêve, le *dorlis* dit à Georgette : « Tu choisis : soit tu prends ta place de femme, soit je vais voir ta sœur ». Depuis des années Georgette cherche un lieu pour le *dorlis*. Elle voudrait que ce lieu soit ici. Georgette s'étonne : « On a réussi à faire parler le *dorlis* ! ». Il lui est alors proposé de faire une offrande pour cet esprit, Georgette sourit et dit qu'elle se sent mieux.

La séance se clôture par une dernière proposition d'une co-thérapeute que Georgette sollicite : « Georgette est comme les femmes qui, chez moi, portent un foulard blanc : ces femmes nourrissent et portent les enfants. Georgette va créer sa tribu, une longue lignée d'héritiers. On peut planter des bananes et faire du rhum à l'infini ».

### Du mythe originel au mythe singulier

Cette proposition condense le mythe originel des Créoles : la fondatrice de ce peuple fécondée par un esprit, engendre une nouvelle lignée, un peuple métissé, les Créoles. Ce mythe est le fruit de l'imaginaire antillais par lequel les esclaves ont cherché à se réapproprier, par la figure du *dorlis*, ce que le maître blanc leur avait ôté en prenant possession du corps des femmes noires. Ernest Pépin analyse cette figure qui s'inscrit dans le cadre psycho-historique de l'esclavage : en séparant les hommes et les femmes, les enfants et les parents, le colon refuse à l'esclave la maîtrise de sa sexualité et de son lignage. La famille est disloquée, tant dans ses liens horizontaux que verticaux. La femme

11 « *Habité* » est le terme usuel pour évoquer la possession.

12 Le *poteau-mitan* est le pilier central qui soutient la maison antillaise. Il symbolise la force de la femme antillaise, « cette femme debout qui fait face aux intempéries et aux malchances, qui résiste aux mauvais coups de la vie, qui ne ploie pas sous le double coup de la tache parentale » (Gyssels, 1996). Lors d'un rituel vaudou pratiqué à Haïti, on fait, au pied du poteau mitan qui fait le lien entre les forces invisibles et les humains, des offrandes aux *loas*, esprits de ce culte.

13 Dans une consultation transculturelle, les co-thérapeutes peuvent utiliser des représentations culturelles qui viennent de leur pays d'origine ou d'ailleurs. En effet, on attend de cette multiplicité des représentations culturelles, de cette figurabilité de l'altérité que le patient puisse dire la sienne pour reconstituer sa propre enveloppe culturelle interne et externe mise à mal par la migration.

14 Le *dorlis* est un être culturel, un esprit bien connu à la Martinique. On dit de lui qu'il se manifeste la nuit et visite les femmes durant leur sommeil. Cet homme sans tête passe à travers les serrures et satisfait les désirs sexuels de ses victimes. Au réveil, elles se sentent courbaturées et portent la marque de griffures qui attestent de son passage. On peut s'en protéger en portant un sous-vêtement à l'envers ou en mettant dans la chambre un bol de sel. Le *dorlis* sera contraint d'en compter tout les grains de telle sorte que l'aurore le surprendra pour l'anéantir (Pépin, Lesne, 1990).

esclave est à la merci du désir du Maître, sa sexualité est niée : elle ne désire pas, elle est prise. L'homme esclave ne peut fonder une famille, il n'est qu'un géniteur furtif, nié dans sa fonction de père et de mari. C'est dans ce contexte que s'est construit le *dorlis*. Pépin (*ibid.*) analyse cette figure comme la répétition imaginaire du viol primitif sur le bateau négrier puis sur les plantations. Cependant ce *dorlis* a la capacité, par ses caractéristiques singulières, de permettre une réappropriation de la sexualité et du plaisir féminin : le *dorlis*, s'il est à l'image du déchainement sexuel du Maître puisque comme lui, il possède la femme par effraction, le *dorlis* procure cependant un plaisir qui exorcise le mal proféré et répété depuis le fantasme du viol originel. Le *dorlis* tente également de répondre à la question de la non-filiation puisque l'enfant né du viol de la femme esclave et du Maître, n'a pas de père. Le *dorlis*, être invisible, est une figure redondante du père esclave, caché, invisible, impossible. Il en va de même de ce mari absent du foyer, figure qui participe encore aujourd'hui de la structure matrifocale de la famille antillaise. C'est pourquoi aux Antilles la filiation ne peut qu'être sorcière ; l'homme antillais est absent du mythe originel (Rolle-Romana, 1999). On comprend que l'esclave, privé de tout pouvoir jusque dans sa sexualité et sa filiation, s'en soit référé à des puissances symboliques ou surnaturelles. Le *dorlis* en est une.

L'arrivée au monde de Georgette, le mythe qu'elle s'en est fait, est redondant avec le mythe originel antillais : sa mère lui aurait dit qu'un homme l'a forcée à coucher avec elle et lui a fait un enfant – Georgette – pour se venger d'un grand-père maternel volage. De cette union contrainte, Georgette dit : « Je suis une enfant de la honte et de la revanche. Mais dès que je suis née, mon grand-père s'est fixé auprès de sa femme. Il m'a prise sous son toit et a obligé ma mère à m'allaiter ». Georgette incarne à la fois la répétition du trauma collectif des esclaves et le point d'arrêt de cette répétition : elle permet à un homme, son grand-père, de se positionner comme mari et père.

### ***De la culture comme suppléance***

Au fond, que faisons-nous dans cette prise en charge longues de plusieurs années ? Nous accueillons ce vécu singulier que Georgette n'a pu déposer nulle part ailleurs du fait de l'inquiétude qu'il déclenche dans les institutions de soins peu familières avec les esprits, les sacrifices, les guérisseuses et les initiations. Cette capacité de la consultation transculturelle à retisser la toile de fond sur laquelle s'inscrivent les désordres de Georgette, leur donne un sens, une légitimité. Ces désordres, nous pouvons les lire à travers l'univers culturel antillais ; c'est ce que nous faisons dans le travail thérapeutique. Ils peuvent tout autant être référés à la sémiologie psychiatrique et il ne fait là aucun doute que Georgette perçoit un monde externe qui s'effondre à l'image de son monde interne qui est constamment sur le point de voler en éclats, dans une douleur mélancolique qui la laisse par moments exsangue. Les mouvements maniaques qui s'ensuivent, discrets mais certains, sont, tout autant que les mouvements mélancoliques, réordonnés par la matrice culturelle de l'initiation. Travail toujours à remettre sur le métier et qui permet – non pas « d'alimenter » le délire – mais de le contenir. Cette référence à un ordre culturel, apportée par Georgette et soutenue par le groupe, vient là comme suppléance, permettant à Georgette de poursuivre son chemin sans trop d'embûches. Au fil du temps, Georgette se pacifie et est capable de vivre et de se défendre contre ce qui l'agresse.

### ***Jeanne, l'évangéliste***

Jeanne, jeune-femme guadeloupéenne, vient à la consultation depuis plus d'un an, sur les indications du pédopsychiatre qui la connaît depuis les tous premiers mois de son premier enfant, Emmanuelle, âgée aujourd'hui de trois

ans. Actuellement encore, les interactions entre Jeanne et sa fille restent pré-occupantes, elles se jouent sur un mode très insécure pour Emmanuelle, la mère se montre extrêmement ambivalente avec sa fille. Cette dernière présente un retard global du développement. Au fil de ces consultations pédopsychiatriques, un matériel culturel singulier est apparu et l'indication de consultation transculturelle a été posée.

### ***Une conjugalité impossible***

Jeanne n'est-elle pas elle aussi touchée par un sort étendu à l'ensemble de ses sœurs ? Toutes mariées, aucune n'a pu rester avec son conjoint et chacune s'est vue contrainte de divorcer. Mariée, Jeanne vit toujours avec le père de son enfant. Mais le mariage « bat de l'aile » depuis la naissance d'Emmanuelle. Jeanne a un discours extrêmement disqualifiant vis à vis de son mari, un Indien, qu'elle a connu dans le cadre de son travail, lors d'une garde à vue. Plus tard elle l'a aidé dans ses démêlés administratifs et elle l'a épousé. Actuellement elle se plaint de cet homme qui « n'est pas un père, qui boit » et qu'elle a mis plusieurs fois à la porte du domicile conjugal. Elle dit le battre, elle n'hésitera pas, nous dit-elle, « à lui faire la peau s'il le faut ». Cet homme si tendre au début de leur relation aurait brutalement changé suite à un voyage dans sa famille en Inde. Elle est persuadée qu'il a été marabouté<sup>15</sup> par ses proches. Devant cette modification radicale de son conjoint, elle ne voit qu'une solution : le divorce. Ne suit-elle pas là la voie de ses sœurs toutes divorcées ?.. Qu'est-ce là que cette répétition ?..

Lors des premières consultations transculturelles Jeanne est très volubile. Elle fait valoir plus qu'il n'en faut et de façon inadéquate sa fonction professionnelle pour régenter l'ordre familial. Ses interactions avec Emmanuelle, prises dans un flot de paroles intarissables, sont toujours très insécures : elle la couvre de baisers, de mots tendres et émerveillés puis la rejette violemment dès qu'elle évoque cette enfant pleurnicharde, qui ne cesse de la réveiller la nuit, cette enfant turbulente, agitée, qui lui demande tant d'énergie.

Voilà un bref tableau de la situation qui nous permettra d'introduire quelques séquences de cette prise en charge transculturelle. La structure de Jeanne ne fait aucun doute, notamment par le clivage massif qui ordonne tant ses comportements que son discours. Son inadaptation professionnelle a entraîné une mise à pied et un long arrêt maladie ; une aide éducative a été mise en place par le juge, pour Emmanuelle. Ces séquences s'inscrivent un an après le début de la prise en charge. Entre temps le mari de Jeanne est venu une fois à la consultation. Nous avons été surpris par la douceur et la pondération de cet homme ; l'alcoolisme qui lui est imputé par sa femme paraît injustifié, sa démission paternelle également. Jeanne lui attribue de multiples carences et défauts depuis son voyage en Inde. Cet homme semble démuné face à la certitude de sa femme concernant son maraboutage et la malveillance de sa famille qui menace leur foyer.

### ***Le lignage menacé : à qui appartiennent les enfants de Jeanne ?***

Jeanne évoque ses rêves : « J'ai rêvé de ma sœur qui me déteste, en colère, en guerre. Je ne sais pas pourquoi je ne rêve jamais de mon mari. Je ne veux pas qu'il vienne ici... On attache l'enfant... j'avais peur de l'accouchement, je sentais le marabout toujours là. Mon mari voulait que je meure. Mon mari ne m'aime plus ! Il n'a pas de cœur ! ». La contiguïté qui va de la présence de la sœur à l'absence de son mari dans ses rêves permet à la thérapeute une interprétation qui décentre Jeanne de ses plaintes conjugales : « Il peut s'agir aussi des gens de votre entourage proche, la famille... ». Jeanne reprend alors l'étiologie de sorcellerie qui a touchée toutes ses sœurs : « Ça pourrait remonter à mes grands-pères, il y a plein de sorcellerie de leur côté... Un de mes grands-

<sup>15</sup> Le maraboutage est une théorie et une technique qui consiste à lier, ligoter l'autre.

16 De nombreuses ethnies ont participé au peuplement des Antilles : les amérindiens étaient là au tout début de la colonisation européenne ; les peuples d'Afrique arrivèrent avec la période de l'esclavage ; les planteurs eurent recours aux indiens de la côte de Pondichéry à partir de 1853, quand la main d'œuvre bon marché leur fit défaut à l'abolition de l'esclavage. Aujourd'hui encore, certains *séanciers* (guérisseurs) « invoquent des divinités hindoues comme Ganesha, Shiva, Bigma dans des rituels complexes » (Slama, 2003).

pères fait des sacrifices hindous à la Guadeloupe, dans les temples... Les Indiens n'aiment pas les gens plus foncés qu'eux. Chez nous quand on se marie à un Indien, on se marie avec sa famille... Je connais une femme mariée à un Indien ; quand elle est allée dans sa belle-famille, ils en ont fait une esclave. Ses enfants, je vous dis pas !.. ». L'angoisse de Jeanne est perceptible, elle est suscitée par l'évocation des Indiens - eux-mêmes constituants de la société aux Antilles<sup>16</sup> - qui pourraient s'approprier la descendance des femmes antillaises par la sorcellerie et faire d'elles des esclaves. Dans ce fantasme il y a à la fois une reprise et un glissement du trauma de la période esclavagiste : ce n'est plus le Maître blanc qui s'approprie la force de travail de la femme et celle de sa descendance ; c'est un groupe ethnique, les Indiens de Pondichéry, arrivés après l'abolition de l'esclavage, pour que le colon puisse se fournir en main d'œuvre bon marché. Curieusement, les pratiques de rituels hindous de ses grands-pères ne questionnent pas Jeanne sur un éventuel métissage entre Africains et Indiens dans ses antécédents familiaux. En épousant un Indien, sans qu'elle ne fasse aucun lien avec ses grands-pères, ne cherche-t-elle pas à son insu à dire l'indicible d'une histoire forclosée pour elle?..

Jeanne nous le dit de façon implicite, sa belle-famille cherche à s'approprier ses enfants. La thérapeute, suivant le fil associatif d'une descendance menacée, et cherchant à apaiser Jeanne, lui demande : « Qu'est-ce qu'on fait pour protéger les enfants ? ». Jeanne évoque la religion, les prières adressées à Dieu. Elle est évangéliste et sa rencontre avec cette église l'a sauvée, nous dit-elle aujourd'hui. Les prières et le soutien de sa communauté religieuse ont considérablement apaisé ses troubles. Elle ajoute : « Avant la naissance d'Emmanuelle je sentais une présence qui me poussait à me jeter sous le métro. Le médecin me disait que j'avais des crises de panique mais moi je connais la différence entre les crises de panique et la possession par les esprits. ». Apparaît ici pour la première fois la valence protectrice de son bébé : avec sa naissance, les esprits, certes toujours présents, ne l'attaquent plus...

### ***L'enfant qui mange sa mère***

C'est autour du récit de la naissance d'Emmanuelle que Jeanne va pouvoir, dans la consultation transculturelle, réordonner peu à peu les éléments importants qui ont émaillé sa vie et les troubles qui l'ont accompagnée. L'accouchement au cours duquel le pronostic vital de la mère comme du bébé a été engagé, s'est accompagné pour Jeanne d'un vécu très inquiétant d'autant qu'elle en avait une lecture que le corps médical ne pouvait comprendre. Jeanne sentait que son bébé ne voulait pas descendre, elle avait la certitude qu'il ne descendrait pas, quoique fassent les médecins. Elle sentait « des mauvais esprits avec elle ». Elle a pensé que le bébé voulait la tuer : il était « attaché »<sup>17</sup> dans son ventre, preuve d'un acte sorcier à son égard. Elle ajoute : « J'ai cru qu'il allait me bouffer de l'intérieur. Les médecins disaient qu'il fallait attendre : le bébé allait descendre. Mais moi je savais que non. J'ai pensé que j'allais le vomir par la bouche ».

Les actes médicaux n'ont en effet rien changé et une césarienne a été faite en urgence. Une hémorragie s'en est suivie, sa tension n'arrêtait pas de monter et son diabète s'est déstabilisé. Autant de preuves pour Jeanne, des forces invisibles qui l'entouraient. L'état psychique de Jeanne, suite à cette naissance singulière, a nécessité une hospitalisation en unité mère-bébé.

### ***Les forces invisibles***

Ces forces invisibles, Jeanne les connaît depuis longtemps. Elle se souvient qu'à douze ans, alors que sa mère a eu une poussée de tension, Jeanne « voit des voisins se transformer en *soukougans* ». Le thérapeute de la consultation, surpris par cette évocation peu habituelle - le *soukougan* est l'esprit d'un

17 Quand Jeanne dit que son bébé était « attaché » dans son ventre, elle utilise une expression qui renvoie au maraboutage dont on a vu plus haut qu'il consistait à « *lier* », « *ligoter* ».

mort qui revient parmi les vivants à travers des manifestations telles que des boules de feu, des lucioles, des bruits insolites... - demande à Jeanne des précisions. Jeanne en est certaine : les *soukougans* sont *des vivants* qui se transforment en animaux tels que des araignées à sept ou neuf pattes, des mille pattes géants, des crapauds géants<sup>18</sup>. Plusieurs fois, ils se sont manifestés dans la maison de ses parents, laissant derrière eux des traces de sang qui allaient jusqu'au cimetière. La thérapeute s'étonne à nouveau : « C'était bien des esprits de morts puisqu'ils repartaient au cimetière ! ». Jeanne est catégorique : « Dans mon église, les esprits des morts n'existent pas ! ». Elle poursuit : « Depuis que je suis chrétienne, les mauvais esprits ne m'attaquent plus même s'ils sont toujours là ».

Cette conversion au sein de l'église évangélique lui permet manifestement de tenir à distance ces forces invisibles qui l'inquiètent et qu'elle cherche à rejeter en se soutenant des préceptes de cette église qui nient l'existence des esprits des morts. Cependant, dans sa narration, Jeanne montre que les soubassements de son monde interne sont toujours structurés par des théories antillaises du malheur et de la maladie : les esprits des morts peuvent hanter les vivants. Ainsi elle certifiera un peu plus tard, qu'à quinze ans, au décès de sa mère, « l'esprit de ma mère s'est mis à habiter dans mon corps. Pendant plus d'un an, je n'ai pas dormi ». Son père et son frère n'auront de cesse alors de s'occuper de Jeanne devenue si malade, l'emmenant de lieu de soin en lieu de soin – chez des moines, dans des rituels vaudous... Jeanne tout comme sa mère s'est mise à avoir des poussées de tension. Mais elle ajoute que ce n'est pas la tension qui a tué sa mère. On a soupçonné alors une voisine, celle qu'on appelait « Timord ». Tout le monde avait peur d'elle. Elle faisait des *grigris*, de la sorcellerie.

Jeanne interprète son accouchement difficile comme le signe d'un acte de sorcellerie qui la menace par l'intermédiaire de son bébé qui pourrait attenter à sa vie. Tout comme sa mère a été touchée en sorcellerie, la vie de Jeanne est menacée. Mais l'épreuve traversée lors de son accouchement montre à quel point Jeanne est « *blindée* »<sup>19</sup> contre les attaques sorcières. Contrairement à sa mère qui y a succombées.

### Un défaut dans le lien mère-fille

Cette configuration singulière dans laquelle la mère est atteinte par une action maléfique, doit recourir toute notre attention : habituellement aux Antilles, la fille protège sa mère des attaques sorcières. Les travaux de Viviane Rolle-Romana (1999) montrent à quel point les Antillaises ensorcelées sont toujours des filles et des femmes, victimes de l'agression sorcière adressée à leur mère. Les mères sont protégées par les dons de voyance de leur fille « *nées coiffées* ». Remarquons que dans ce système, les mères ont été elles-mêmes des filles porteuses d'un don, don qui les a rendues vulnérables car elles pouvaient alors être elles-mêmes victimes d'attaques de sorcellerie visant à leur subtiliser ce don ; les filles deviendront un jour des mères « *blindées* », c'est-à-dire ayant su surmonter les attaques de « *vol de don* ». Il y a donc toujours une répétition transgénérationnelle de cette agression sorcière dans laquelle les mères sont invincibles et les filles sont, un temps, vulnérables. Car si les mères sont invincibles, alors l'attaque sorcière retombe sur leur fille d'où l'étiologie énoncée généralement à une mère devant sa fille malade : « on vous a fait du mal et c'est sur votre enfant que c'est tombé ».

Jeanne est cette fille vulnérable mais son don n'a pas permis la protection de sa mère. Pas étonnant qu'elle décompense à son décès. Cependant, sa singularité est repérable dès son enfance quand elle voit des voisins se transformer en *soukougans*. En effet, dans la théorie sorcière et dans le discours

18 La thérapeute qui dirige la consultation, a étudié les *soukougans* il y a fort longtemps mais elle n'a gardé en mémoire qu'un segment de la théorie : celle des *soukougans*, esprits de mort, se manifestant dans le monde des humains, sous forme de boules de feu, lucioles ou bruits insolites (Lesne, 1990). Ce qui n'est pas faux mais incomplet. Les stagiaires psychologues de la consultation, Katia Locatelli, Ying Huang, ont travaillé sur cette étiologie : on dit que le *soukougan* est un sorcier qui a la faculté de se dépouiller de sa peau pour se transformer en vampire volant, loup-garou ou *soukougan* (Léti, 2001, Corré, 1890, Jourdain, 1886, Félix, 1848). Il peut apparaître également sous forme d'animaux singuliers tels que des araignées à 7 ou 9 pattes, des mille pattes ou des crapauds géants. Quand le *soukougan* est une femme sorcière, elle vole à l'aide de ses seins ailés (Césaire, 2004). Le but du *soukougan* est toujours de vaquer à des actes malveillants, souvent pour se venger de quelqu'un qui l'a contrarié. La nuit, il s'introduit chez ses ennemis, les espionne, leur dérobe un objet pour leur jeter un sort. Il peut aussi sucer le sang de sa victime pour en prendre l'énergie ; elle aura des plaies incurables et une perte de force conséquente qui peut aller jusqu'à la mort (Léti, 2001). Le *soukougan* ne doit jamais perdre sa peau, il la cache et il faut impérativement qu'il la réintègre avant le lever du soleil. Pour se venger de lui, il suffit de trouver sa peau, de la remplir de sel ou de pigment : le *soukougan* ne pourra plus réinvestir sa peau humaine et il mourra (Jourdain, 1886). Pour se protéger d'un *soukougan*, pour éviter de le rencontrer, on trace

une croix sur les murs de la maison, dans la terre ; la nuit, on ferme portes et fenêtres. Pour le piéger, on utilise des croix en bois d'acacia bien fourni en épines, l'acacia étant appelé *arbre de vie* car il est imputrescible (Kréyol, 2008). Etre pointé par la communauté comme *soukougnan* est lourd de conséquences : suspecté d'être sorcier, la personne encourt l'exclusion de la communauté (Coré, 1890). Le fromager, appelé *arbre à soukougnan*, est leur arbre privilégié (Léti, 2001) ; ils y accrochent leur peau avant de partir dans la communauté humaine accomplir leurs méfaits. Cette croyance s'inscrit dans l'histoire esclavagiste des Antilles : les maîtres blancs attachaient les esclaves récalcitrants au tronc épineux des fromagers avec des ceintures de cuir mouillées ; en séchant, elles se rétrécissaient, les épines du fromager transperçaient alors de part en part la peau des esclaves rebelles.

19 *Etre blindé* est l'expression usuellement utilisée pour dire que le patient est *protégé* des attaques sorcières qui le visent. Il n'en reste pas moins alors que les attaques risquent de tomber sur ses proches.

commun concernant cette théorie du désordre, *on ne voit pas la métamorphose elle-même* ; on infère le changement de nature d'un vivant à la modification de son comportement vis à vis de la communauté dont il se tient à distance. Le fait que Jeanne certifie qu'elle a *vu la métamorphose elle-même*, atteste qu'enfant déjà elle était aux prises à des phénomènes hallucinatoires ou qu'elle a reconstruit les faits de manière hallucinatoire.

C'est là que l'ethnopsychiatrie peut être fort utile pour poser un diagnostic différentiel : parler des *soukougnan*s, inférer leur existence à partir du discours commun qui lui-même les admet devant le constat de manifestations courantes mais inquiétantes (boules de feu, lucioles, bruits insolites, etc) ou bien devant le comportement peu social d'un humain (suspecté d'être un sorcier), ce n'est pas la même chose que de voir des *soukougnan*s « en chair et en os », ni encore moins de voir un humain se métamorphoser en cet être surnaturel !

### **Une filiation secrète : la sorcellerie**

Aux Antilles, dès qu'une femme se marie, une autre femme, ancienne maîtresse de son mari, va voir un quimboiseur, guérisseur traditionnel, pour lui jeter un sort. Là encore surgit l'idée d'une conjugalité impossible (Rolle-Romana, 1999). Pour Jeanne, la rivale s'actualise sous la figure de sa belle-famille indienne qui veut lui ravir, outre son enfant, son mari.

Nous avons vu qu'aux Antilles, du fait de l'esclavage qui a cherché à détruire les structures de la famille, l'homme a été exclu du lien conjugal et procréateur. Dès lors la filiation s'incarne dans la théorie sorcière qui structure le lien mère-enfant et dont l'homme est absent. Jeanne, utilise cette matrice pour engager tant bien que mal son lien à sa fille. Mais c'est un lien fragile : au cours de l'accouchement le bébé est perçu comme « sorcier », puis l'épreuve traversée, Emmanuelle peut, de temps à autre, être vécue par sa mère comme « protectrice » (en atteste à sa naissance l'abondance de ses cheveux, cheveux qui sont tombés par deux fois et qui ont repoussé, phénomène que Jeanne interprète comme « un sacrifice aux esprits ».). Mais chez Jeanne ces représentations du bébé restent clivées et rendent le lien d'attachement profondément insécure. Travailler avec les invisibles qui habitent Jeanne depuis l'enfance lui permet d'exprimer sa problématique singulière. Elle évoquera alors le fait que son père a fait l'objet d'un rituel de « *blindage* » - un *quimboiseur* a fait couler du plomb sur son dos - rituel tellement puissant que les forces maléfiques qui lui étaient adressées sont retombées sur ses proches. Voilà pourquoi sa mère est décédée de sorcellerie, voilà pourquoi ses sœurs et peut-être Jeanne elle-même, sont attaquées dans leurs liens conjugaux. Le grand-père lui-même, praticien traditionnel, travaillant avec les rites hindous n'a pas su protéger les femmes de la famille. Dans ce lignage le pouvoir est passé du côté des hommes et les femmes cherchent à le récupérer. Jeanne a d'ailleurs des projets pour Emmanuelle : plus tard elle deviendra, comme elle, évangéliste afin d'aller convertir le continent indien... Une autre filiation est trouvée pour sa descendance : celle de l'église évangéliste moins menaçante que la filiation sorcière qui n'a pas permis à Jeanne de protéger sa mère. Mais son monde interne reste profondément structuré par la sorcellerie, les esprits, les *soukougnan*s et le don, même si elle s'en défend.

Au fur et à mesure du travail thérapeutique, nous devons l'accompagner dans les passages qu'elle fait entre sorcellerie et évangélisme. Deux pôles qui lui permettent de suppléer au défaut symbolique et qui soutiennent ses identifications imaginaires.

### **En conclusion**

L'analyse de ces deux situations cliniques met en lumière les tenants et aboutissants du processus thérapeutique de la psychose en consultation transculturelle.

turelle auprès de deux patientes originaires des Antilles. Si la question du diagnostic de psychose chez les patients en situation transculturelle mérite une attention particulière du fait de la variabilité des symptômes et de leur modalité d'expression selon les cultures, c'est aussi en raison d'une sur-représentation d'hypothèse diagnostique de psychose auprès des populations migrantes. Dans ces cas, il est souvent imputé aux thérapeutes une méconnaissance de l'anthropologie de la maladie et par conséquent des logiques thérapeutiques afférentes à chaque étiologie traditionnelle. Prendre en considération que la psyché s'étaye à partir d'enveloppes culturelles préexistantes et faire l'expérience du décentrage de ses propres perceptions et méthodes d'évaluations participe à reconnaître l'altérité en son patient comme en soi. Ces considérations et expériences de l'altérité culturelle tendent à écarter une vision ethnocentrée de la maladie. Néanmoins, il demeure difficile de ne pas ramener les données à son propre système de référence. Au sein de la consultation transculturelle, la méthode complémentariste permet d'effectuer des allers retours entre matériel culturel et matériel idiosyncrasique et ainsi percevoir de quelle manière les patients s'approprient leur culture et s'y réfèrent.

Au travers du processus thérapeutique de Georgette et de Jeanne, nous avons pu introduire de l'altérité notamment à travers le discours des patientes et leur proposer des théories étiologiques afin de créer une alliance thérapeutique et relancer le processus associatif. Le groupe, faisant fonction de communauté thérapeutique, a permis d'accueillir la singularité de Georgette et plus particulièrement son don de guérisseuse. Ce don qui longtemps s'était retourné contre elle, venant témoigner d'une déliaison entre son monde interne et le monde externe, avait pu progressivement être inscrit dans l'univers culturel antillais et conférer à Georgette une posture de *dormeuse* qu'elle a été par la suite en capacité d'assumer.

Le travail du groupe auprès de Jeanne et notamment concernant le monde invisible qui l'habite depuis son enfance lui a permis d'exprimer sa problématique singulière; celle de la filiation sorcière qui structure le lien mère-enfant. Avec sa propre fille, Jeanne s'est référée à un défaut du lien mère-fille, participant à des représentations clivées de sa fille. Bien que son monde interne demeure organisé par la sorcellerie, la filiation sorcière étant pour elle menaçante, Jeanne trouve dans l'évangélisme un apaisement à ses troubles, lui permettant de tenir à distance les forces invisibles.

Pour Jeanne et Georgette, la prise en charge thérapeutique dans le groupe transculturel se poursuit actuellement. Bien que leur fonctionnement psychique relève de la psychose, mais soit néanmoins structuré par les étiologies traditionnelles, celles-ci peuvent être accueillies et élaborées dans l'espace de la consultation transculturelle. Progressivement, Georgette et Jeanne ont composé différemment avec leur singularité et ont permis des relations plus harmonieuses entre monde interne et externe, visible et invisible. Dans ces consultations transculturelles, le groupe tend à agir comme une machine à retisser des liens entre le dehors (culture) et le dedans (psychisme). S'il contribue à lire les désordres des patients à travers leur univers culturel, il n'alimente pas les manifestations délirantes mais tend à les contenir dans un espace porteur de sens. ●

## ■ Bibliographie

- Adebimpe VR. Overview : Whitenorms and psychiatric diagnosis of black patients. *Am J Psychiatry* 1981; 138 (3): 279-285.
- Althabe G. *Oppression et libération dans l'imaginaire. Les communautés villageoises de la côte orientale de Madagascar*. Paris: Maspéro; 1969.
- Baubet T. Le diagnostic psychiatrique en situation transculturelle. In: Baubet T, Moro MR, *Psychiatrie et migration*. Paris: Masson; 2003. p. 61-74.
- Baré JF. *Pouvoirs des vivants, langage des morts, idéo-logiques sakalave*. Paris:

- Maspéro; 1977.
- Bastide R. *Le rêve, la transe et la folie*. Paris: Flammarion; 1972.
- Benoit C. *Corps, jardins, mémoires: anthropologie du corps et de l'espace à la Guadeloupe*. Paris: CNRS éditions; 2000-2002. p. 266.
- Boussat M, Collomb H, Hanck C. Dépressions masquées psychotiques ou masque noir de la dépression. *Acta Psychiaria Belgica* 1976; 76: 26-44.
- Cesaire I, Laurent J. La sorcière volante. *Contes de mort et de vie aux Antilles*. (Eds) Nubia; 2004. p. 84-95.
- Confiant R. *Dictionnaire créole martiniquais-français*. Paris: Ibis Rouge; 2007. p. 32.
- Corre A. *Nos Créoles*. Paris: A. Savine; 1890.
- De Rosny E. *Les yeux de ma chèvre, sur les pas de la nuit en pays douala*. Paris: Plon; 1981.
- Devereux G. Logical Status and Methodological Problems of Research in Clinical Psychiatry. *Psychiatry* 1951; 14: 327-330.
- Devereux G. (1951) *Psychothérapie d'un Indien des plaines*. Paris: Fayard; 1998.
- Devereux G. (1940) *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris: Gallimard; 1970.
- Devereux G. (1955) Culture et inconscient. In: *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris: Flammarion; 1972. p. 65-84.
- Devereux G. (1956) Normal et anormal. In: *Essai d'ethnopsychiatrie générale*. Paris: Gallimard; 1970. p. 1-83.
- Devereux G. (1965) La schizophrénie, psychose ethnique ou la schizophrénie sans larmes. In: *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris: Gallimard; 1970. p. 248-274.
- Devereux G. La renonciation à l'identité: défense contre l'anéantissement. *Revue française de psychanalyse* 1967; XXXI: 101-142.
- Devereux G. L'ethnopsychiatrie (présentation de la revue *Ethnopsychiatria*). *Ethnopsychiatria* 1978; 1 (1): 7-13.
- Devereux G. *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris; Flammarion; 1980 [1967 pour l'édition originale en anglais] Aubier Montaigne; 1998.
- Dorival G. *Yo garéï, Interprétation des désordres dans la pensée créole de l'Arc Caraïbe et analyse des techniques thérapeutiques traditionnelles*. Paris: L'Harmattan; 1996.
- Estrade JM. *Un culte de possession à Madagascar: Le tromba*. Paris: L'Harmattan; 1985.
- Felix L. *Voyage à la Guadeloupe*. Le Mans: Monnoyer; 1848.
- Freud S, Jung G. (1906-1914), *Correspondance*. Paris: Gallimard; 1975.
- Freud S. Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques (1893a). In: *Résultats, idées, problèmes*. Paris: PUF; 1984. p. 45-59.
- Freud S. (1917) *Deuil et mélancolie*. In: *Métapsychologie*. Paris: Gallimard; 1969. p. 145-171.
- Freud S. (1924a) Névrose et psychose. In: *Névrose, psychose et perversion*. Paris: PUF; 1973. p. 283-286.
- Freud S. (1924b) La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose. In: *Névrose, psychose et perversion*. Paris: PUF; 1973. p. 299-303.
- Freud S. (1926) La question de l'analyse laïque » traduit sous le titre de « Psychanalyse et médecine ». In: *Ma vie et la psychanalyse*. Paris: Gallimard; 1950.
- Giraud F. L'invisible: psychiatrie, histoire et pratique de l'altérité ». *L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés* 2001; 2 (3): 431-440.
- Gyssels K. *Filles de solitude: essai sur l'identité antillaise dans les autobiographies fictives de Simone et André Swartz-Bart*. Paris: L'Harmattan; 1996.
- Jourdain L. Croisière aux Antilles et en Amérique du Sud. *Bulletin de la Société de géographie de Lille*. Lille: Société de géographie; 1886.
- Kleinman A. *Social origins of Distress and Disease: Depression, Neurasthenia, and Pain in Modern China*. New Haven: Yale University Press; 1986.
- Kréyol M. *Les aventures de Damida la petite créole. La recette magique: comment faire soucougnan* (2008): site web: <http://www.montraykrejol.org/spip.php?article>.
- Lacan J. (1955-1956) Les psychoses. *Séminaire III*. Paris: Seuil, Champ Freudien; 1981. p. 323-325.
- Lacan J. (déc.1957 - janv.1958) D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose. *Ecrits II*. Paris: Seuil; 1999. p. 9-61.
- Lacan J. (1975-1976) Le sinthome. *Séminaire XXIII*. Paris: Seuil, Coll. « Champ Freudien »; 2005.
- Lesne C. *Cinq essais d'ethnopsychiatrie antillaise*. Paris: L'Harmattan; 1990.

- Léti G. *L'univers magique-religieux antillaise : l'ABC des croyances et superstitions d'hier et d'aujourd'hui*. Paris : L'Harmattan ; 2001.
- Littlewood R. Psychiatric diagnosis and racial bias: empirical and interpretative approaches. *Soc Sci Med* 1992 ; 34 (2) : 141-149.
- Littlewood R. Nosologie et classifications psychiatriques selon les cultures : les « syndromes liés à la culture ». *L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés* 2001 ; 2(3) : 441-466.
- Mc Cormick S, Goof DC. Possession states : approaches to clinical evaluation and classification. *Behavioural Neurology* 1992 ; 5 : 161-167.
- Maleval JC. Éléments pour une appréhension clinique de la psychose ordinaire. In : *Séminaire de la découverte Freudienne* ; 18-19 janvier 2003.
- Migerel H. *La migration des zombis : Survivance de la magie antillaise en France*. Paris : L'Harmattan ; 1987.
- Mestre C. De la possession à l'hystérie : conversion médicale dans un hôpital malgache. *L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés* 2001 ; 2(3) : 495-508.
- Moro M. Les débats autour de la question culturelle en clinique : une spécificité française ? *Psychiatrie et migration*. Paris : Masson ; 2003.
- Nathan T. Considérations ethnopsychiatriques sur le traitement analytique des psychoses. *Ethnopsychiatria* 1978a ; 1 (1) : 15-42.
- Nathan T. Ethnopsychanalyse des psychoses, une introduction. *Ethnopsychiatria* 1978b ; 1 (2) : 213-241.
- Nathan T. *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris : Dunod ; 1986.
- Nathan T. *Le sperme du diable*. Paris : PUF ; 1988.
- Ottino P. Le tromba (Madagascar). *L'Homme* 1965 ; 5 (1) : 84-93.
- Ottino P. *Les champs de l'ancestralité à Madagascar, parenté, alliance et patrimoine*. Paris : Kathala/Orstom ; 1998.
- Pépin E. *Conférence sur le dorlis*, Potomitan, site de promotions des cultures et des langues créoles : [www.potomitan.info/sommaire.php](http://www.potomitan.info/sommaire.php).
- Petryna A, Kleinman A. La mondialisation des catégories : la dépression à l'épreuve de l'universel. *L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés* 2001 ; 2 (3) : 467-480.
- Raison-Jourde F. *Les souverains de Madagascar, l'histoire royale et ses résurgences contemporaines*. Paris : Karthala ; 1983.
- Rolle-Romana V. *Psychothérapies d'antillaises ensorcelées. Thèse de doctorat en psychologie sous la direction de Tobie Nathan*, Université de Paris 8 ; 1999.
- Selod S. Relations interethniques et classifications : de l'emploi des diagnostics dans la littérature psychiatrique au XX<sup>e</sup> siècle. *L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés* 2001 ; 2 (3) : 481-494.
- Sharp LA. Exorcists, psychiatrists, and the problems of possession in Northwest Madagascar. *Soc Sci Med* 1994 ; 38 (4) : 524-542.
- Slama R, Gillet C, William R, Longuefosse JL, Brunod R. Histoire de la folie à la Martinique : les origines et leur évolution actuelle. *L'Information psychiatrique* 2003 ; 79 (6) : 493-499.
- Swain G. *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*. Toulouse : Privat ; 1977.
- Swartz L. Transcultural Psychiatry in South Africa (Part II). *Transcultural Psychiatric Research Review* 1987 ; 24 : 5-30.

## ■ Résumé

### Une approche ethnopsychiatrique de la psychose

Y a-t-il une modalité thérapeutique spécifique dans le traitement de la psychose dans nos consultations transculturelles ? Devereux apporte des éléments de réflexions théoriques, méthodologiques et cliniques précieux pour le thérapeute. Si le psychotique dé-culture le matériel culturel, ce matériel n'en reste pas moins utile pour poser un diagnostic et accompagner le patient. Le matériel culturel vient là comme suppléance à la défaillance symbolique. Les thérapeutes doivent se familiariser avec les théories étiologiques traditionnelles pour éviter de sur-diagnostiquer des psychoses, dont de nombreuses études montrent la sur-représentation pour les populations minoritaires ou migrantes.

**Mots-clés :** *ethnopsychanalyse, psychose, symptôme, culture, ethnopsychiatrie, Antilles, étiologie, théorie étiologique, déculturation.*

**■ Abstract****An ethnopsychiatry approach of the psychosis**

Should we apply a specific therapy to the treatment of psychosis in our transcultural consultations? Devereux provides the therapist significant inputs in an attempt to address this issue, on the theoretical, methodological and clinical levels. About cultural material for instance, which is subject to deculturation by the psychotic patient. Despite a loss of cultural identity, these representations remain useful to make a diagnosis and heal the patient. Indeed, the cultural material helps characterize the symbolic failure of a psychotic patient. Besides, therapists need to become more familiar with traditional etiologic theories in order to make an appropriate diagnosis. Some studies underpin this idea, showing that patients who belong to minority or migrant populations are too often misdiagnosed with psychosis.

**Keywords:** *deculturation, traditional etiologic theories, substitute, ethno-psychoanalysis, psychoses, misdiagnosis.*

**■ Resumen****Un abordaje etnopsiquiátrico de la psicosis**

Existe una modalidad terapéutica específica en el tratamiento de la psicosis en nuestras consultas transculturales? Devereux propone algunos elementos para la reflexión teórica, metodológica y clínica, útiles para el terapeuta. Si el psicótico desculturiza el material cultural, este material sigue siendo útil para establecer un diagnóstico y para acompañar al paciente. El material cultural actúa como un supletorio de la pobreza simbólica. Los terapeutas deben familiarizarse con las teorías etiológicas tradicionales para evitar un sobre-diagnóstico de las psicosis. Son numerosos los estudios que muestran una sobre-representación de las psicosis en las poblaciones minoritarias o migrantes.

**Palabras claves:** *etnopsicoanálisis, psicosis, síntoma, cultura, etnopsiquiatría, Antillas, etiología, teoría etiológica, desculturización.*