

Actes du Colloque "Approcher le monde professionnel de la santé par ses marges" © 2024 par Antoine Rosignol et Jean-Luc Bédard est mis à disposition selon les termes de la licence Attribution-ShareAlike 4.0 International

La place de l'anthropologue en consultation de clinique transculturelle : une chercheuse intégrée dans un dispositif de soin psychothérapeutique à la marge. (p45-58)

Catherine Thomas, anthropologue de la santé, consultante et co-thérapeute en clinique transculturelle. ATER à l'université de Lorient, membre du LABERS

En tant qu'anthropologue, je travaille au sein d'une association de clinique transculturelle composée de professionnels de santé bénévoles proposant un accompagnement psychothérapeutique gratuit à des personnes fragilisées par l'exil et ayant subi des traumatismes.

En dehors de quelques équipes bénéficiant d'un soutien institutionnel, hospitalier ou universitaire comme c'est le cas notamment à Paris<sup>1</sup> ou à Bordeaux<sup>2</sup>, la clinique transculturelle, malgré un important étayage théorique, demeure en France mal connue des professionnels de santé, des institutions et tend à demeurer à la marge des soins conventionnels.

Georges Devereux, anthropologue et psychanalyste est reconnu comme le père de l'ethnopsychiatrie, dont la base théorique fut amorcée par Géza Róheim<sup>3</sup>, pour en avoir décrit et défini les contours méthodologiques<sup>4</sup>. En s'intéressant aux relations entre psychisme et culture, entre normes sociales et désordres de l'esprit, il a cherché à mettre en évidence la prédominance « ethnique » de certaines pathologies dont les symptômes seraient fournis par la culture environnante. Par son intérêt pour la psychiatrie comparée, « discipline imaginée par Emile Kraepelin à la fin du XIXe siècle<sup>5</sup>», il invite d'une part à observer de façon pluridisciplinaire les phénomènes comportementaux, d'autre part à reconnaître et étudier l'angoisse et les émotions contre-transférentielles de l'observateur vis-à-vis de son objet ou sujet d'étude.

---

<sup>1</sup> A l'hôpital Avicenne à Bobigny et Cochin à Paris sous la tutelle de l'APHP et de l'université Paris Descartes.

<sup>2</sup> La consultation transculturelle est intégrée au CHU de Bordeaux.

<sup>3</sup> Róheim G, 1967, *Psychanalyse et anthropologie*, Gallimard, Paris

<sup>4</sup> Devereux G, 1983, *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Gallimard, Paris

<sup>5</sup> Georges Bloch, Les origines culturelles de Georges Devereux et la naissance de l'ethnopsychiatrie, mémoire de DEA soutenu en 2020 à Paris 8

Sa démarche psychanalytique a été développée et concrétisée par la suite par Tobie Nathan au travers de la création du centre Georges Devereux à l'université Paris 8, proposant les premières consultations groupales, accueillant principalement des personnes immigrées de la première génération et alliant clinique et recherche.

L'hospitalité et l'accueil de la parole de l'autre sont le soubassement de ces consultations. Ils permettent de penser l'expérience de la migration, quelle qu'en soit la raison ainsi que la transformation qu'elle produit. Dans un mouvement continu entre la théorie et la pratique, les rencontres, les échanges viennent enrichir les savoir-faire cliniques.

La méthode ethnopsychanalytique est basée sur l'attention portée à l'expérience des gens qui viennent d'ailleurs, à leur considération en tant que sachants (et non ignorants face aux professionnels sachants), en tant qu'experts de leur propre culture et de l'expérience de la migration. On la nomme également ethnopsychiatrie<sup>6</sup>, dans le sens d'une ethnoscience ayant pour objet d'étude les théories, les nosographies et les dispositifs spécifiques des sociétés autres.

Le modèle de consultation groupal, multiculturel, pluriprofessionnel, a été repris et revisité entre autres par Marie-Rose Moro<sup>7</sup>, travaillant principalement avec des familles et leurs enfants ayant bien souvent grandi entre deux cultures, dans une approche clinique dite « transculturelle ».

Les travaux issus de ces années de pratique d'accompagnement psychothérapeutique ont élargi le champ de la clinique psychanalytique à l'expérience de l'exil, à la transmission intergénérationnelles de l'histoire migratoire, des traumatismes, aux problématiques de filiation et d'affiliation des enfants amenés à grandir dans un monde différent de ceux de leurs parents. Parallèlement, il s'est agi d'expérimenter et de penser le dispositif clinique éloigné des pratiques habituelles. Selon les termes de Marie-Rose Moro, cette clinique met en évidence

« L'importance de l'élaboration de l'altérité culturelle, de la co-construction d'un sens avec la famille, l'impact de l'exploration des niveaux ontologiques, étiologiques et thérapeutiques pour chaque situation [...] Loin d'être des obstacles, la langue des patients, leurs représentations culturelles, les logiques culturelles qui les imprègnent, deviennent alors des éléments du cadre thérapeutique et des sources de créativité aussi bien pour les thérapeutes que pour les patients. <sup>8</sup>»

---

<sup>6</sup> Au sujet de l'ethnopsychiatrie et du dispositif proposé au centre G Devereux, Tobie Nathan écrit : « Si pour ma part, j'ai créé un dispositif clinique inspiré des principes qu'enseignait Devereux pour prendre en charge la psychopathologie des patients migrants, j'ai toujours considéré que l'ethnopsychiatrie ne pouvait être une profession, seulement la mise en œuvre de principes, une éthique caractérisée par l'obligation d'être à l'école des autres mondes. Quels que soient les acquis, l'ethnopsychiatrie telle que je la pratique ne peut jamais être qu'un champ d'investigation, le lieu d'où les mondes autres viennent fracasser les certitudes du mien. »

<sup>7</sup> Moro MR. *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*. Paris : Dunod ; 1998 (coll. Therapies). Deuxième et troisième éditions sous le titre *Psychothérapie transculturelle des enfants et des adolescents* (2000, 2004). Quatrième édition sous le titre *Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent* (2011).

<sup>8</sup> Moro MR. *Comprendre et soigner. La consultation d'Avicenne : un dispositif métissé et cosmopolite*. Bobigny : Association Internationale d'EthnoPsychanalyse ; 2016. Available from :

C'est de ce cadre clinique que s'inspire l'association de professionnels dans laquelle je m'inscris, à la différence que contrairement à la diversité culturelle des thérapeutes disponibles en région parisienne et qui permet une « matérialisation de l'altérité <sup>9</sup>», la diversité des regards est pluriprofessionnelle plus que pluriculturelle.

A partir des données recueillies de 2017 à 2022, concernant le suivi d'une cinquantaine de patients, reçus en consultation une fois par mois sur une durée de 6 mois à 3 ans, il s'agit ici d'analyser les tenants et aboutissants de cette offre de soin à la marge et la façon dont l'anthropologue, en tant que chercheur et co-thérapeute, y participe. Tout d'abord en questionnant l'apport de l'interdisciplinarité à la pratique clinique, ensuite en explorant comment l'anthropologue peut, par sa présence, faciliter la communication en prêtant attention aux risques d'incompréhension d'ordre culturel, enfin en analysant, dans une démarche d'observation participante, les bénéfices de cette pratique.

### ***L'association pluriprofessionnelle ACSSIT***

L'association Accsit (Association comprendre et soigner en situation transculturelle), située en Vendée, est née de la rencontre entre une psychologue et une médecin généraliste, toutes deux préoccupées par la grande vulnérabilité des personnes migrantes reçues en consultation. Observant que bon nombre d'entre elles présentaient des plaintes somatiques sans explication physique et souffraient de psychotraumatismes, ces professionnelles se sont formées à l'approche transculturelle et ont créé une association à but non lucratif leur permettant de proposer un dispositif thérapeutique adapté à leurs patients venus d'ailleurs.

Préconisée en seconde intention après un traitement somatique ou psychiatrique non concluant, cette offre de soin vise un public allophone, majoritairement primo-arrivant, écarté des parcours de soins classiques en raison du manque d'interprètes, des difficultés d'accès aux droits et de sa grande précarité.

Les patients sont orientés par des travailleurs sociaux du Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile, de centres d'hébergement, des professionnels de santé (médecins traitants, Centre Médico Psychologique), des personnels de centres médico-sociaux.

Les consultations, sont menées par des groupes où se croisent les regards de médecins, psychologues, psychiatres, éducateurs, orthophonistes, infirmiers et anthropologues, toujours en présence d'un interprète. Plus précisément, le patient est accueilli par un soignant identifié comme son thérapeute principal et entouré de co-thérapeutes.

La grande majorité des patients que nous recevons ont connu des évènements traumatiques

comme la guerre, des enlèvements, des tortures, des menaces de mort. Ils ont traversé des frontières pour fuir l'innommable ou trouver une vie plus sûre.

Dans un état de grande vulnérabilité, séparées des leurs, ces personnes que nous accueillons souffrent d'isolement social et présentent une désorganisation psychique.

L'objectif du soin étant la reprise de l'autonomie psychique, nous tentons, en créant du lien, de réorganiser la pensée et de rétablir le nécessaire sentiment de sécurité interne.

### ***L'apport de l'interdisciplinarité à la pratique clinique***

L'interdisciplinarité concerne en premier lieu le cadre thérapeutique. Le mode groupal, peu commun pour les thérapeutes habitués au colloque singulier, renforce le cadre thérapeutique. Il offre au patient un espace d'accueil contenant suite aux actes destructeurs dont il a pu être victime et atténue la violence de certains récits pour le thérapeute principal. Après avoir été l'objet de violences intentionnelles, le partage avec un groupe bienveillant offre une reconnaissance en tant que sujet. Bien entendu, ce dispositif n'est pas imposé au patient et celui-ci peut interrompre les consultations à tout moment si le cadre ne lui convient pas, ce qui demeure rare.

L'accueil de Maaryam, dans un état de sidération et de mutisme suite à un événement traumatique, illustre ce rôle rassurant et soutenant du groupe. Avec cette patiente, la mise en récit de la souffrance, intrinsèque au travail thérapeutique ne pouvant pas se faire, c'est l'inscription dans le groupe qui a permis un apaisement et une reprise progressive de la parole<sup>10</sup>. Les consultations nous semblaient être de simples moments de présence, ponctués d'échanges de regards bienveillants et de quelques mots sur le quotidien de la vie au pays et en France. Ils révélaient cependant, la place du collectif dans la reconstruction psychique et les difficultés de la vie en exil caractérisée par l'isolement, l'absence de l'entourage.

Comme nous avons pu le constater à plusieurs reprises le groupe vient parfois « compléter » ou tout du moins rappeler la famille, jouer le rôle des « proches » ou des « commères », dans le sens d'être « mères avec »<sup>11</sup>, lorsque ceux-ci et celles-ci sont absents en raison de la migration.

En second lieu, sur le modèle du traitement collectif de la maladie et du malheur dans certaines sociétés, le groupe amène une circulation des interprétations, une co-construction du sens avec le patient. Il évite la dualité et place tous ces membres, qu'ils soient soignants ou patients, au même niveau. La présence de témoins garantit ce qui est dit et fait. Comme c'est souvent le cas

---

<sup>10</sup> Thomas C, 2019, « Le groupe en clinique transculturelle », *Pratiques* n°86, Juillet 2019.

<sup>11</sup> Moro MR, Radjack R, 2016, « Grossesse, naissance et petite enfance, une approche transculturelle », *Vocation sage-femme*, Vol 15, n°122.

dans les prises en charge traditionnelles, l'éthique du témoin remplace l'éthique de la confidentialité<sup>12</sup>.

S'appuyant sur le modèle complémentariste théorisé par Georges Devereux, les équipes pluridisciplinaires considèrent conjointement leurs grilles de lectures et l'approche anthropologique. Elles offrent aux patients un cadre propre à s'exprimer, dans leurs langues, sur leurs interprétations étiologiques, leurs quêtes de sens face à la maladie ou au malheur qui les frappent. Cette méthode engendre une négociation des savoirs dans la perspective commune du soin<sup>13</sup>.

La pluridisciplinarité de l'équipe permet de croiser plusieurs regards sur une situation, de laisser la possibilité d'une voix discordante, d'une parole critique au sein du dispositif clinique. Le patient se sent ainsi libre de dire s'il adhère ou non à telle ou telle interprétation qui est proposée concernant sa problématique, sa situation.

En dehors des temps de consultations, les membres d'un même groupe échangent sur leur ressentis, leurs interprétations du récit. S'enclenche alors un travail proche de celui de la constellation transférentielle chère aux adeptes de la psychiatrie institutionnelle, où chaque écoutant ou interlocuteur du patient peut partager ses impressions, « la nature de son lien avec le patient ». « Dépassant son point de vue personnel [...] chacun fait l'expérience qu'il ne détient pas la vérité du patient, mais que cette vérité est plurielle, variable en fonction de chaque personne qui la raconte<sup>14</sup> ».

Face à un jeune mineur isolé comme Ousmane, le positionnement de l'éducatrice spécialisée par exemple se distinguera par des propositions et des questionnements concrets en termes de projets de vie, d'envie de formation professionnelle, de recherche d'autonomie alors que la psychologue tentera elle d'évaluer le risque dépressif. Pour ma part, j'essaierai de déceler dans son attitude et ses propos, la part de désenchantement face au déroulement de la vie ici et les éléments auxquels il pourrait se raccrocher. La confrontation ou plus justement l'entente de chaque point de vue amènera à un ajustement des éléments de discussion proposé à la séance suivante et ainsi de suite.

A propos de l'efficacité de la constellation transférentielle, Pierre Delion ajoute que « ce dispositif a des effets de formation du personnel soignant, puisqu'il soumet chacun à l'examen de sa position subjective et à l'observation de ses ressentis dans la relation. <sup>15</sup>»

---

<sup>12</sup> Salmi H, 2004, *Ethnopsychiatrie. Cultures et thérapies*, éd. Vuibert.

<sup>13</sup> Strauss A, 1992, *La trame de la négociation*, L'Harmattan, Paris.

<sup>14</sup> Delion P, 2015, « Clivage(s), psychopathologie et institutions », In *Le Carnet PSY* 2015/5 (N° 190), pages 49 à 51, Éditions Le Carnet PSY

<sup>15</sup> *Ibid.*

Il en va de même en ce qui concerne notre cadre thérapeutique. J'ajouterais même que le patient lui-même, par son récit et le regard qu'il pose sur chacun de nous, nous accompagne dans cet exercice réflexif.

En effet, le discours, du point de vue de l'anthropologue nous en apprend autant sur le locuteur que sur nous-même. « Celui qui parle ne nous intéresse, d'un point de vue épistémologique, que dans la mesure où ce qu'il peut nous dire de sa posture personnelle est nécessaire à la compréhension de ce qu'il nous dit des autres » nous rappelle Jean-Pierre Olivier de Sardan<sup>16</sup>. Bien qu'il soit présent à chaque consultation alors que rien de l'y oblige, Ousmane nous surprend toujours par son attitude nonchalante et son apparent désintéret envers les suggestions qui lui sont faites lors de la consultation. Il agit malgré nous, malgré lui, par les questionnements et les interprétations qu'il suscite, comme un révélateur de nos positionnements professionnels. Dans certains cas, l'anthropologue, peut rediriger les questionnements des autres thérapeutes vers le contexte particulier du pays d'origine du jeune. Comment se dessine le parcours d'un adolescent à Kinshasa ? Comment peut se configurer le quotidien d'un jeune livré à lui-même dans cette situation ? Au-delà du désir d'une vie meilleure en France, quelles ressources mobiliser en fonction de son éducation, de ses références culturelles et sociales ?

L'anthropologue peut également jouer le rôle d'un tiers neutre, dans le sens où il ne s'inscrit pas totalement dans le paradigme du soin mais se concentre principalement sur un rapport émique à la parole de l'autre.

Lorsque nous le recevons, Ahmed est arrivé depuis quelques semaines, il a une vingtaine d'années. Au pays, il travaillait pour son père, ancien militaire de l'armée française s'étant reconverti dans « *le business* » après l'indépendance. Ayant des doutes sur la nature de ses activités, il cherche à en savoir plus et se trouve rapidement confronté à de sérieuses menaces. Sentant sa vie en danger, il prend le premier avion vers l'Europe.

Ahmed est extrêmement stressé, il exprime sa méfiance envers les professionnels qu'il croise pour ses démarches de demande d'asile ou pour sa santé et qui « *ne savent pas tenir leur langue* ». Avec nous, il semble également sur la défensive. Il évoque les nombreuses altercations qu'il a eu depuis qu'il est en France : le repas à base de porc qu'on lui a servi à l'hôpital alors qu'il est musulman, le vigile qui est entré dans sa chambre sans se déchausser, la salle d'eau commune inaccessible pour faire ses ablutions, les propos irrespectueux entendus à proximité de la mosquée.

Lorsque sa thérapeute principale lui demande ce qu'il ressent face à ces événements, Ahmed évoque l'intervention de « *Satan, qui tente même les bons musulmans à faire de mauvaises choses* ». Il parle de la difficulté de « *regagner des points* » dans un contexte qui le malmène sans cesse.

---

<sup>16</sup> Olivier De Sardan JP, 2016, *La rigueur du qualitatif*, éd Academia-Bruylant, p.21

Certains co-thérapeutes sont un peu décontenancés, « *de quels points parlez-vous ?* », Ahmed s'agace « *ah, vous n'y croyez pas, ça vous fait sourire hein, mais à chaque action que vous faites les bons et les mauvais points sont comptés* ». Si l'incompréhension se lit sur un visage, c'est une porte qui se ferme.

Entre deux consultations, sont évoqués le sentiment de persécution, la paranoïa voire l'agressivité.

Recentrer l'écoute sur le discours, c'est entendre la difficulté de pratiquer sa religion au quotidien dans les conditions qui sont les siennes en France, c'est entendre le besoin de protection, divine, à défaut de celle humaine, le besoin de racheter les fautes commises à son insu. C'est percevoir « les codes sous-jacents », « la grammaire culturelle générant les discours et représentations <sup>17</sup> »

### ***Faciliter la communication en prêtant attention aux risques d'incompréhension d'ordre culturel.***

De manière générale, « les réactions de contre-transfert culturel se situent sur un axe rejet/fascination, autrement dit sur un axe déni/réification de la différence. Lorsque les réactions de contre-transfert culturel ne sont ni identifiées ni explicitées, elles tendent à séparer patients et thérapeutes en augmentant la distance réelle et/ou fantasmée qui existe entre eux <sup>18</sup> ».

Pour identifier et expliciter son contre-transfert culturel, il faut introduire dans la triangulation d'autres disciplines : l'anthropologie en premier lieu, mais aussi la sociologie, l'histoire, la politique.

Comprendre la situation d'un enfant chassé du domicile parental après des accusations de sorcellerie nécessite de prendre en considération à la fois la situation singulière, familiale du jeune et les dimensions collectives, sociales et politiques caractéristiques de ce type d'accusation, relativement fréquente en Afrique centrale. Une bonne connaissance des études sur ce sujet<sup>19</sup> est indispensable, pour les professionnels de santé ou du social, à un accompagnement adapté, surtout en cas d'adhésion de la personne aux accusations.

Les biais contre-transférentiels concernent également la culturelle professionnelle. L'enfermement dans une grille de lecture disciplinaire, souvent ethnocentrée, peut conduire à

---

<sup>17</sup> *Ibid.* p117

<sup>18</sup> Rouchon, Jeanne-Flore, et al. « L'utilisation de la notion de contre-transfert culturel en clinique », *L'Autre*, vol. 10, no. 1, 2009, pp. 80-89.

<sup>19</sup> Cf entres autres : Degorge V., « Les enfants dits « sorciers » dans les rues congolaises », *Le Journal des psychologues* 2010/1 (n° 274), p. 36-39 ; Ballet J., et al., « Enfants sorciers à Kinshasa (RD Congo) et développement des Églises du Réveil », *Mondes en développement* 2009/2 (n° 146), p. 47-58 ; Cimpric A., 2010, *Etude anthropologique des pratiques contemporaines relatives aux enfants en Afrique*, UNICEF Bureau Afrique de l'ouest et du centre (BRAOC), Dakar

des impasses thérapeutiques. Les travaux en cliniques transculturelle attestent des risques d'erreur de diagnostic ou de réponse thérapeutique ou médicamenteuse inadaptée.

Après un suivi psychiatrique d'une dizaine d'années, ponctué de période d'hospitalisations, une année de consultations au sein de l'association nous a permis de constater un net changement chez Amélie<sup>20</sup> « harcelée par un djinn » qui « la touche, lui parle sans cesse, la harcèle » et la pousse à des actes violents. Elle souhaite interrompre les consultations avec le psychiatre de l'hôpital qui ne la croit pas et lui « donne des médicaments contre les hallucinations » « qui ne marchent pas ». Elle trouve auprès du groupe de co-thérapeutes une écoute qui lui permet, petit à petit, d'élaborer un rapport plus apaisé à cet « esprit malfaisant ».

L'approche clinique transculturelle, complémentariste, a permis une co-construction du sens avec la patiente. Sans écarter une possible interprétation des symptômes par la psychose, les thérapeutes ont su restés vigilants aux risques de surinterprétations et ont accueilli l'énoncé étiologique de la possession par un djinn sans préjugés. Le sens donné par la patiente à son malheur devient alors un levier thérapeutique permettant d'établir la relation et d'accéder à son monde interne<sup>21</sup>. Petit à petit les agressions nocturnes ont laissé la place à des rêves d'avenir sereins. Amélie se dit « libérée », diminue ses traitements et envisage de nouveaux des projets de vie.

La complémentarité entre les professionnels présents en consultation touche également à leur posture. La « juste distance » avec le patient, comme repère déontologique du soignant ne concerne pas directement l'anthropologue. Ce dernier, pratiquant la méthode qualitative, « afin de comprendre le plus finement possible les logiques de représentation, de perception ou d'actions de ses interlocuteurs », doit d'une part « prendre au sérieux tout ce qui est dit, se mettre en phase avec celui qui parle », d'autre part, quand il le considère opportun, peut opter pour « un mode communicationnel familier »<sup>22</sup>.

Pour les professionnels soignants c'est cette marge de manœuvre propre au positionnement de l'anthropologue, cette inventivité parfois, en décalage avec leurs pratiques de soins habituelles qui favorise ce « pas de côté » propre à l'approche transculturelle.

Isam est saoudien. Il a fui son pays à la suite du massacre de plusieurs membres de sa famille. Tuerie à laquelle il a échappé parce qu'il était chargé de surveiller le bétail dans des pâturages éloignés du village. Il souffre de maux d'estomac, de désordres œsophagiens et surtout d'une mauvaise odeur buccale dont il ne peut se débarrasser et qui l'isole de tout contact social, « quand j'ai un RDV j'espère toujours que ça va être annulé, parce que j'ai trop honte ». C'est

---

<sup>20</sup> La situation d'Amélie a fait l'objet d'un article : Thomas C., 2021, « Mon problème, c'est spirituel », *Pratiques*, n°94, Juillet 2021.

<sup>21</sup> Réal, Cohen, Koumentaki, Moro, 2014, « Une approche ethnopsychiatrique de la psychose », in *L'autre, clinique, cultures et sociétés*, vol.15, n° 3, PP 328-345.

<sup>22</sup> Olivier De Sardan JP., *opus cit.*

ce dernier point qui pour lui est le plus handicapant. Cependant en dehors de lui, personne ne perçoit cette odeur. Il reste persuadé que c'est par politesse ou incompetence que les médecins qu'il a consulté pour ses problèmes lui assurent qu'il n'y a aucune pathologie identifiable et surtout aucune odeur inconvenante.

Lorsque son thérapeute principal lui demande s'il peut décrire cette odeur, Isam répond « *vous voyez l'odeur d'un cadavre en décomposition ? et bien c'est exactement ça* ». Selon Isam, la cause pourrait être l'excès de tabac et de produits psychotropes qu'on lui donnait dans la prison libyenne où il a été détenu plusieurs semaines. Pour le thérapeute principal, psychologue, il y a peu de doute, cette odeur, inscrite dans sa mémoire, est le marqueur de son traumatisme dont il ne peut se défaire. Il tente, d'amener Isam vers cette idée afin qu'il puisse mettre en récit sa douleur et trouver ainsi une issue. Mais ce dernier exprime son désaccord et son irritation à ne pas se sentir compris dans sa plainte somatique.

Je demande alors à l'équipe s'ils m'autorisent à proposer une boisson de ma composition – avec des ingrédients que l'on trouve facilement chez nous et que Isam connaît certainement. A la consultation suivante, j'amène un litre d'une infusion à base de bissap, de tamarin et de gingembre et un sachet en plastique avec une bonne quantité de chacun de ces ingrédients, de quoi en faire plusieurs autres litres. J'apporte également des gobelets afin de partager cette boisson tous ensemble pour que Isam soit assuré de sa qualité.

Ma démarche est claire, je m'appuie sur des connaissances profanes, vernaculaires sans intentions de me substituer aux discours et traitements médicaux. Je tente ici de mobiliser et valoriser ses savoirs transmis et empiriques et recentrer les échanges sur l'aspect somatique de sa souffrance. L'équipe est ouverte à ma proposition.

Je lui explique le choix des fleurs d'hibiscus<sup>23</sup> (*Hibiscus sabdariffa*), pour leur propriétés digestives et diurétiques, du gingembre (*Zingiber officinale*) pour ses vertus antinauséuses et tonifiantes et du tamarin pour ses effets antiparasitaires et ses bénéfices contre les brûlures d'estomac.

Isam est très réceptif. Nous partageons nos savoirs respectifs sur la façon de préparer et de consommer chacune de ces plantes. Nous échangeons également sur l'utilisation de l'hibiscus au Soudan et sur les différences entre le tamarin tel que je le connais (*Tamarindus indica*) – présent à l'île de La Réunion et celui que l'on trouve majoritairement au Soudan (*Dialium guineense*) autrement appelé « tamarinier noir » qui n'a pas les mêmes propriétés. Je précise que la tisane n'est pas incompatible avec les médicaments, qu'elle est complémentaire (et aussi qu'il y a comme effet secondaire, un risque de diarrhée si elle est consommée en trop grande quantité).

Isam semble satisfait de ses riches échanges et me remercie, « *c'est très bien, ça va me nettoyer. Ailleurs personne ne cherche de solution à mon problème, ici c'est différent* ».

---

<sup>23</sup> Utilisées pour le bissap.

La consultation se poursuit autour de ses propres connaissances phytothérapeutiques. A la séance suivante, Isam nous montre des photos de paysages verdoyants de chez lui sur son téléphone et nous décrit son bétail, chameaux, vaches, brebis, nous parle de son amour de la terre. La relation se renoue...

### ***Observer les bénéfices de cette pratique à la marge.***

Dans la grande majorité des institutions, « la dimension interculturelle reste méconnue, notamment dans les principes théoriques qui la caractérisent et les enjeux qui l'accompagnent. <sup>24</sup>»

En Province, comme c'est le cas à La Roche-sur-Yon où se situe l'association Accsit, la consultation transculturelle est bien souvent la seule option pour bénéficier de soins psychiques en présence d'un interprète. Les Centres médicaux psychologiques (CMP) de leur côté, en plus d'être bien souvent saturés, ne sont en mesure d'accueillir un interprète que pour une ou deux consultations.

Pour les médecins généralistes qui reçoivent des patients ayant subi des violences ou connu des parcours migratoires complexes, lorsque les examens somatiques n'apportent pas de résultats probants ou lorsque les traitements médicamenteux n'arrivent pas à bout des douleurs ou de l'angoisse, l'orientation vers la consultation transculturelle est un appui non négligeable.

Pour les psychologues et psychiatres notamment, travailler en présence d'interprètes et plus encore en présence de co-thérapeutes est un exercice nouveau, difficile à appréhender pour certains. Mais très vite, l'expression des émotions dans la langue maternelle, le travail sur la sémantique, sur les images, les associations, les représentations, d'une langue à l'autre, d'un monde à l'autre, mais aussi l'appui du groupe comme rempart à la transmission d'un récit traumatique, révèlent toute leur richesse et nourrissent la pratique clinique.

En tant qu'anthropologue de la santé, l'intégration dans les consultations comme co-thérapeute offre un terrain d'observation de l'interaction entre soignants et patients, de la démarche psychothérapeutique, de l'appropriation de ce moment d'écoute et de travail psychique par les personnes en souffrance. Je demande l'autorisation aux patients de prendre des notes pendant la consultation. D'une part cela me permet de retravailler sur les échanges entre patients et thérapeutes, d'analyser plus finement, avec recul, les données recueillies, d'autre part le thérapeute principal, à qui je les transmets peut s'appuyer dessus pour la consultation suivante. Cette configuration de soins me permet d'être dans une posture d'observation participante, à la fois actrice et chercheuse, dans une démarche anthropologique appliquée où chaque hypothèse

---

<sup>24</sup> Tessier S., Kotobi L., Boussouar M., (dossier coordonné par), 2017, Interculturalité, médiation, interprétariat et santé, déc 2017, édité par santé publique France.

de travail, élaborée au cas par cas, est directement confrontée au réel, confirmée ou contredite par le patient lui-même.

L'expérience clinique se révèle comme lieu d'application et de construction du savoir-faire thérapeutique et méthodologique où les professionnels de la santé peuvent s'appuyer sur le regard extérieur de l'anthropologue pour se décentrer et où celui-ci s'appuie sur la pratique clinique pour comprendre la transculturalité dans le soin. Parfois, la posture et la réflexion anthropologique sur une situation amène à la conception de leviers thérapeutiques inédits. La présentation d'un objet, l'évocation d'une pratique, d'une recette, d'un proverbe ouvre la voie au récit de soi. Retisser du lien, de la continuité, de la cohérence avec sa propre histoire bien souvent fracturée, déchirée, trouée, participe à la reconstruction psychique. Ce faisant, la relation à l'autre, en consultation et au-dehors, se consolide. Il ne s'agit pas ici d'intégration, d'adaptation mais bien d'une reconnaissance de part et d'autre, de l'autre comme soi-même ou de soi-même comme un autre<sup>25</sup>.

Les patients pour leur part, expriment bien souvent leur reconnaissance envers ce lieu singulier. Malgré les difficultés du quotidien, la précarité, la perte de repère parfois, dans l'espace et le temps, due à leurs souffrances psychiques, ils sont au rendez-vous. Certains « disparaissent » du jour au lendemain, repartis sur la route de la migration mais nombreux sont ceux qui bénéficient de cet accompagnement au long cours, jusqu'à l'apaisement des symptômes.

Ainsi la consultation transculturelle se présente comme un lieu de « travail vivant »<sup>26</sup>, où se déroule la mise en œuvre d'habiletés originales, d'un savoir-faire sans cesse enrichi là où précisément les pratiques conventionnelles s'avèrent insuffisantes.

---

<sup>25</sup> Ricoeur P., 1990, *Soi-même comme un autre*, éd du Seuil.

<sup>26</sup> Dejours C., Gernet I., 2012, « Travail, subjectivité et confiance », Dans *Nouvelle revue de psychosociologie* 2012/1 (n° 13), pages 75 à 91. Éditions Érès

## Bibliographie :

- Delion P, 2015, « Clivage(s), psychopathologie et institutions », In *Le Carnet PSY* 2015/5 (N° 190), pages 49 à 51, Éditions Le Carnet PSY
- Dejours C., Gernet I., 2012, « Travail, subjectivité et confiance », Dans *Nouvelle revue de psychosociologie* 2012/1 (n° 13), pages 75 à 91. Éditions Érès
- Devereux G, 1983, *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Gallimard, Paris
- Douville O, 2013, « Histoire et situations contemporaines de l'anthropologie clinique », *Cahiers de psychologie clinique* n°40
- Hudelson, 2002, « Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine ? », *Médecine et Hygiène* n°2407, d'octobre 2002.
- Moro MR. *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*. Paris : Dunod ; 1998 (coll. Therapies). Deuxième et troisième éditions sous le titre *Psychothérapie transculturelle des enfants et des adolescents* (2000, 2004). Quatrième édition sous le titre *Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent* (2011).
- Moro M, 1992, « Principes théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychiatrie : L'exemple du travail avec les enfants de migrants et leurs familles ». *Santé mentale au Québec*, 17(2), 71– 98.
- Moro MR, Radjack R, 2016, « Grossesse, naissance et petite enfance, une approche transculturelle », *Vocation sage-femme*, Vol 15, n°122.
- Moro M-R, Baubet T., 2013, *Psychopathologie transculturelle*, Elsevier Masson
- Nathan T, 2013, *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Dunod
- Olivier De Sardan JP, 2016, *La rigueur du qualitatif*, éd Academia-Bruylant, p.21
- Réal, Cohen, Koumentaki, Moro, 2014, « Une approche ethnopsychiatrique de la psychose », in *L'autre, clinique, cultures et sociétés*, vol.15, n° 3, PP 328-345.
- Ricoeur P., 1990, *Soi-même comme un autre*, éd du Seuil.
- Roheim G, 1967, *Psychoanalyse et anthropologie*, Gallimard, Paris :
- Rouchon, Jeanne-Flore, et al. « L'utilisation de la notion de contre-transfert culturel en clinique », *L'Autre*, vol. 10, no. 1, 2009, pp. 80-89.
- Strauss A, 1992, *La trame de la négociation*, L'Harmattan, Paris.
- Tessier S., Kotobi L., Boussouar M., (dossier coordonné par), 2017, *Interculturalité, médiation, interprétariat et santé*, déc 2017, édité par santé publique France.
- Thomas C, 2021, « *Mon problème, c'est spirituel* », *Pratiques*, n°94, Juillet 2021.
- Thomas C, 2019, « Le groupe en clinique transculturelle », *Pratiques* n°86, Juillet 2019
- Salmi H, 2004, *Ethnopsychiatrie. Cultures et thérapies*, éd. Vuibert.