

LA FOLIE DES AUTRES

Tobie Nathan

LA FOLIE DES AUTRES

Traité d'ethnopsychiatrie clinique

DUNOD
POCHE

Mise en pages : Kepler

NOUS NOUS ENGAGEONS EN FAVEUR DE L'ENVIRONNEMENT :



Nos livres sont imprimés sur des papiers certifiés pour réduire notre impact sur l'environnement.



Le format de nos ouvrages est pensé afin d'optimiser l'utilisation du papier.



Depuis plus de 30 ans, nous imprimons 70 % de nos livres en France et 25 % en Europe et nous mettons tout en œuvre pour augmenter cet engagement auprès des imprimeurs français.



Nous limitons l'utilisation du plastique sur nos ouvrages (film sur les couvertures et les livres).

PRÉFACE À LA 2^E ÉDITION :
VINGT ANS APRÈS
DÉVELOPPEMENT
DE L'ETHNOPSCHIATRIE CLINIQUE
EN FRANCE : ESPOIRS ET EMBÛCHES

Il n'est jamais facile de reprendre un texte ancien ; un texte dont on pensait l'existence désormais indépendante. On éprouve une gêne, comme une trouble interdiction d'y toucher. N'a-t-il pas vécu indépendant jusqu'alors ? On se retrouve comme devant un enfant qui aurait conquis son autonomie et qui nous demanderait à nouveau notre aide. Est-il possible de corriger après coup les erreurs commises durant son éducation ? Il est clair que n'importe qui rechignerait devant la tâche. C'est néanmoins sur l'insistance de mon éditeur que j'ai accepté, à l'occasion d'une nouvelle édition, de relire et de remettre à jour cet ouvrage qui date maintenant de quinze ans. Mais le chemin parcouru par la discipline est tel (renouvellement des problématiques, reconstruction du paradigme, totale modification du paysage social) qu'il m'a semblé absurde de corriger le contenu du texte initial. J'ai donc préféré laisser le corps de l'ouvrage intact et y adjoindre une préface tentant de faire le point, tant sur l'ethnopsychiatrie telle qu'elle se présente aujourd'hui, que sur l'évolution de ma pensée et de celle du groupe de chercheurs et de cliniciens qui travaillent avec moi, à l'Université de Paris 8.

UN CERTAIN CONTEXTE

Georges Devereux est arrivé en France en 1963¹. Il venait des États-Unis où il avait été ethnologue, psychanalyste et enseignant dans différentes universités. Déçu par ce pays dont il trouvait la morale rigide, les habitudes universitaires contraignantes et qui n'avait pas accordé à ses écrits l'écoute qu'ils méritaient, il s'était laissé tenter par la proposition conjointe de Claude Lévi-Strauss et de Roger Bastide de rejoindre la sixième section de l'École Pratique des Hautes Études. Il y a aussitôt créé un enseignement qu'il a intitulé *Ethnopsychiatrie*.

Lorsque j'ai commencé à suivre cet enseignement au tout début des années 1970, dans le cadre de la préparation de mon doctorat de troisième cycle en psychologie, la France était en train de changer. Les travailleurs immigrés, à ce moment originaires surtout du Maghreb et du Portugal étaient de plus en plus nombreux, notamment dans les grands centres urbains. Mais surtout, la France s'était dotée d'institutions modernes et commençait à appliquer une forme de ce qu'ailleurs on appelait « psychiatrie communautaire » : la « psychiatrie de secteur ». Jeune psychologue, j'ai fait partie de cette première fournée de cliniciens recrutés pour mettre en œuvre la nouvelle politique de santé mentale. Sortant de Mai 68, nous étions pour la plupart d'extrême gauche, passionnés par les idées nouvelles, persuadés que ce qui était là pouvait – devait ! – être changé. D'abord nous avons lu Freud – et Sartre peu

1. Il faudrait dire « revenu en France » puisqu'il avait poursuivi à Paris des études de physique avec Marie Curie et des études d'ethnologie avec Marcel Mauss et Paul Rivet dans les années 1930. Parti passer son doctorat avec Kroeber aux États-Unis, il a fait la guerre dans la marine américaine. En 1946, il a tenté un nouveau retour en France, mais n'a pu obtenir un poste de chercheur ou d'enseignant. Lorsqu'il est revenu en 1963, il semble qu'il accomplissait enfin un vieux rêve : celui de vivre et d'enseigner en France. Pour des données biographiques sur G. Devereux, se reporter aux textes recensés dans la rubrique bibliographique à la suite de cette préface.

de temps auparavant –, et les avions lus jeunes, et même très jeunes. À vingt ans, nous connaissions par cœur de grands extraits des textes freudiens et enragions que la psychanalyse ne s'enseigne pas à l'université. Et puis nous cherchions plus loin : Wilhelm Reich, Herbert Marcuse, Deleuze et Guattari, Jean-François Lyotard... et ailleurs, aussi : Ronald Laing, David Cooper, et Mary Barnhes, cette Antonin Artaud ressuscité en femme... et Gregory Bateson... et nous savions que l'ethnologie aurait pu offrir une alternative aux raideurs de la pensée politique... Je me souviens de cette monographie de Verrier Elwin : *Maison des jeunes chez les Muria*, dont la lecture était à la mode parmi nous – les Muria qui, d'après l'anthropologue, éduquaient leurs enfants en les incitant à avoir des relations sexuelles avec tout partenaire de leur âge, afin sans doute de les vacciner contre la jalousie sexuelle... Et nous pensions qu'il était possible de vivre sans jalousie ! Et nous lisions aussi Basaglia..., et nous voulions conquérir le droit de bâtir une psychiatrie publique, sociale... Et Foucault..., et nous savions alors que les mots n'étaient pas les choses – surtout lorsqu'ils étaient prononcés par des « mandarins ». Nous pensions « psychanalyse pour tous », « avec ou sans divan », accusions l'univers concentrationnaire de l'asile, la perte de mémoire que provoquent les électrochocs, les désastres des camisoles textiles, chimiques, familiales, politiques. Nous nourrissions des rêves impossibles : changer l'homme, marier marxisme et psychanalyse, vivre en communautés...²

Aujourd'hui, tout cela peut paraître naïf ; nous étions les enfants de l'après-guerre, une génération de la régénération à qui, d'une certaine manière, « tout était permis ». Mais

2. J'ai précisément rédigé ma thèse de doctorat sous la direction de Georges Devereux sur les communautés sexuelles ; thèse publiée sous le titre *Idéologie sexuelle et névrose. Essai de clinique ethnopsychanalytique* (Nathan, 1977).

croire ainsi que « tout était possible »³ nous avait conduits à postuler que la folie était affaire de tous ; que la réflexion sur la folie permettrait de penser la liberté, que le degré de liberté d'une société pouvait se mesurer au degré de bien-être dans lequel vivaient ses fous. La psychiatrie, la psychanalyse, la psychologie, ainsi placées au centre du débat public produisaient sans cesse de nouvelles propositions, de nouveaux textes, de nouveaux courants. Partageant pour une grande part les idées développées alors par le courant « maoïste », je pensais, « politiquement » si on peut dire, que les nouveaux développements, probablement décisifs dans le champ de la santé mentale, proviendraient des populations et non des « lettrés », des intellectuels ; que « le peuple » recelait dans ses entrailles des savoirs qu'il fallait mettre en valeur, dont il fallait empêcher la confiscation au bénéfice des nantis. Ce sont de telles idées, auxquelles d'une manière bien plus nuancée qu'autrefois, j'adhère encore, qui m'ont conduit jusqu'à Georges Devereux. J'étais âgé de 21 ans. Je l'avais lu ; j'imaginai qu'il pourrait m'introduire à la connaissance des richesses cachées des peuples et j'avais élaboré l'hypothèse qu'une des plus grandes richesses résidait précisément dans leurs dispositifs thérapeutiques. Le premier jour que nous nous sommes rencontrés, il me demanda où je me « situais politiquement » et je lui répondis « à gauche de la gauche ». Il éclata de rire : « comme on pourrait me situer à droite de la droite, nous pourrions sans doute nous trouver... ».

Nous avons la soif d'apprendre, lisons tous les nouveaux livres, discussions beaucoup, et de toutes les idées. Au séminaire d'ethnopsychiatrie de l'École des Hautes Études, nous étions alors peut-être une vingtaine de jeunes cliniciens (psychiatres et psychologues) qui commençons à avoir une pratique publique. Les patients que nous rencontrions

3. « Tout est possible. Tout est permis » tel était le refrain que chantait alors Georges Moustaki. Cf. Ricard, 1992.

dans les dispensaires, dans les hôpitaux psychiatriques étaient souvent démunis ; et migrants, de plus en plus. Nous attendions de Devereux qu'il nous indique des voies, qu'il nous fournisse des outils, afin non pas qu'il nous enseigne notre métier mais qu'il nous permette de réaliser nos rêves théoriques.

Je ne me rendais pas vraiment compte alors qu'il existait quelques malentendus. D'abord, Georges Devereux, comme beaucoup de personnes originaires d'Europe de l'Est⁴, détestait viscéralement le marxisme et tout ce qui y touchait de près ou de loin. Et nous étions pour la plupart gauchistes, super-marxistes, pour ainsi dire. Il ne manquait pas une occasion de condamner les militants, qui croyaient faire de la politique et étaient seulement agités par une angoisse personnelle – il partageait les opinions (je n'ose pas dire « les analyses » développées dans *l'Univers conte stationnaire*⁵ qu'il nous invitait à lire) ; il était obsédé par la possibilité que le communisme s'étende à l'Ouest et traquait les manifestations de pensées antisociales jusque dans les textes les plus inattendus... Il n'aimait pas *Les Bacchantes* d'Euripide, par exemple, et traitait de lâche le roi Penthée, qui avait finalement laissé faire la révolte, autorisant l'institution du culte de Dionysos dans sa cité⁶ – pour lui, l'équivalent des Mencheviks de 1905, ou à peu près ; il considérait même que les prophètes de la Bible, Ezechiel, Osée, et même Elie, étaient des « trublions gauchistes ». Ce n'était pourtant pas

4. Georges Devereux est né en 1908 à Lugós, ville hongroise devenue roumaine en 1918.

5. Livre interprétant le mouvement de Mai 68 comme la manifestation du déni de l'angoisse de castration, publié sous le pseudonyme d'André Stéphane (1969) mais que tout le monde savait être l'œuvre de deux psychanalystes de l'Institut de psychanalyse de la rue Saint Jacques.

6. Il a néanmoins très vivement encouragé Michel Bourlet dans ses recherches sur Dionysos qui ont donné le superbe « L'orgie sur la montagne » (1983).

un homme de droite. Il vivait très simplement dans un petit appartement de banlieue, ne fréquentait pas la *nomenclatura*, était profondément réfractaire à toute règle institutionnelle. Pour ma part, et quoiqu'il en ait dit, je le pensais anarchiste⁷.

Par ailleurs, Georges Devereux avait appris la psychanalyse aux États-Unis et nous en France. Je n'en étais pas alors conscient, mais il ne s'agissait pas tout à fait de la même pensée. Il citait volontiers les auteurs qu'il avait étudiés durant son apprentissage, dans les années 1950, tels que Kubie, Hartman, Kris, Fromm-Reichman, Hitschmann, Opler... Il avait des antipathies que je ne comprenais pas, héritées de sa formation américaine : il n'aimait pas l'école culturaliste⁸, mais respectait Margaret Mead ; il critiquait très violemment Abraham Kardiner, mais avait adopté nombre de concepts élaborés par Linton. Quoique très original dans ses idées personnelles et très ouvert aux innovations théoriques, pour lui, une psychanalyse devait parvenir à « renforcer le Moi », pour nous, elle devait libérer les ressources opprimées de l'individu, comme la révolution prolétarienne les forces sociales assujetties. Pour nous, la psychanalyse était une révolution politique vécue dans l'individu, pour lui, il s'agissait d'une pédagogie enfin intelligente⁹.

7. C'est de cette opinion que j'ai tenté de rendre compte dans la préface de la traduction de son livre le plus important : « Devereux, un hébreu anarchiste » préface à *Ethnopsychiatrie des Indiens Mohaves* (1969, 1996).

8. Il ne l'aimait pas, non pas parce qu'elle accordait trop d'importance à la culture, mais parce qu'elle cantonnait ses intérêts à la période précœdipienne du développement. Roger Bastide, dans sa préface aux *Essais d'ethnopsychiatrie général*, l'avait fort bien compris : « Ce que les culturalistes avaient en effet surtout retenu de l'enseignement de Freud, c'était l'importance des premières années de l'enfant pour la formation de la personnalité de l'adulte. À partir de là, ils se sont particulièrement attachés à décrire longuement l'éducation première, le sevrage ou la discipline anale... alors que – comme Freud l'a démontré – c'est la période œdipienne qui est cruciale... » (Bastide, 1970, p. XIII).

9. L'un de ses livres s'intitule précisément *Therapeutic Education*

Un autre malentendu était que lorsque nous parlions de populations « non-occidentales », nous avions à l'esprit nos patients maghrébins, de religion musulmane et parfois, déjà, quelques Africains alors que lui pensait à partir des « autres » qu'il avait connus : les *Sedang, Moi* du Vietnam, chez lesquels il avait séjourné près de deux ans au début des années 1930 et surtout les Indiens d'Amérique du Nord. Captivés comme nous l'étions par les théorisations générales sur l'humain qu'il nous proposait, sur la culture, sur la psychothérapie, nous ne nous rendions pas compte de la différence de perception.

Enfin, dernier malentendu, Georges Devereux quoique très intuitif dans la perception des pensées intimes d'autrui et fort adroit dans la pratique de l'interprétation, était avant tout préoccupé par la construction d'une théorie générale de l'être humain. C'est ainsi, au fond, que je pourrais lire aujourd'hui l'ensemble de son œuvre : un humanisme tenant compte des découvertes et des errances du vingtième siècle en matière de sciences humaines. Sa théorie se construisait en rassemblant des éléments provenant des grands cadres de la psychiatrie, des observations issues de son expérience psychanalytique, des concepts originellement psychanalytiques réinterprétés au regard de son érudition (considérable), des exemples pris dans la description anthropologique des rites, des coutumes, dans les récits de mythes de populations lointaines ou disparues. Il affirmait que tous ces éléments qu'il avait patiemment rassemblés, provenant de champs distincts, étaient constitutifs d'une même réalité : l'être humain. Il l'affirmait certes, mais surtout il l'incarnait, puisqu'il avait été successivement, et de manière professionnelle, pianiste virtuose, physicien, ethnologue, psychanalyste et, enfin, à la fin de sa vie, surtout helléniste. Lorsqu'en 1972, année de la publication de *Ethnopsychanalyse complémentariste*, il a consacré son séminaire à la théorie

générale et nous a exposé de très longs développements sur la comparaison des méthodologies de recherche en physique et en psychanalyse, le malentendu allait devenir criant. Il cherchait à construire une théorie, nous cherchions à inventer une clinique. D'ailleurs son ouvrage princeps sur le complémentarisme, *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* (1967, tr. fr. 1980), devenu un modèle pour l'analyse du contre-transfert en psychologie, traite essentiellement du contre-transfert du chercheur, de celui qui veut connaître, qui ne sait décider si sa perception provient de l'objet observé ou de ses propres raideurs, de ses *a priori* ou de ses fantasmes. Mais comment construire un dispositif permettant de mettre en œuvre une compréhension ethnopsychiatrique dans la prise en charge de personnes en souffrance – telle était mon interrogation.

Pour ce qui était du « comment faire », donc, nous ne recevions aucune indication¹⁰. D'ailleurs, Devereux avait interrompu toute pratique clinique dès son arrivée en France, en 1963. Quoique membre adhérent de la *Société Psychanalytique de Paris*, régulièrement inscrit sur la liste, il ne se rendait à peu près jamais aux réunions, ne participait pas à des séminaires, n'a donné qu'un nombre infime de conférences¹¹. Il était, me semble-t-il, le seul universitaire, psychanalyste, sans pratique psychanalytique. Ce qui donnait

10. Il faut dire que Georges Devereux n'a pas pu – ou pas voulu ? – développer non plus des propositions méthodologiques pour mener des enquêtes de terrain de type anthropologique en ethnopsychiatrie. Il a produit des textes majeurs dans les deux directions, en clinique (1954) et en anthropologie (1969), mais n'a pas cherché à formaliser l'une ou l'autre pratique, formalisation qui aurait pu être une sorte de « manuel d'ethnopsychiatrie », comme Marcel Mauss avait autrefois donné son *Manuel d'ethnographie*.

11. Sauf une brève tentative d'enseignement de l'ethnopsychiatrie dans le cadre de la *SPP*, en 1973-74 qui, du fait du très petit nombre d'étudiants inscrits, tourna court. Il faut dire que là aussi, comme pour le reste de ses activités et de ses engagements, il s'était une nouvelle fois montré réfractaire à l'institution.

une garantie à ses élèves de ne pas se faire rapter en cure, avec lui, ou un de ses proches ; mais il faut dire que cela nous importait bien peu à l'époque¹² ! Nous aurions préféré, au contraire, plus d'investissement dans le mouvement psychanalytique, une part plus active dans les conflits qui flambaient entre les membres de *VIPA*¹³ et les adeptes de Lacan dont le mouvement était alors en pleine expansion.

Dans mon souvenir, nous voulions faire de la clinique, lui construire une théorie générale de l'humain ; nous voulions parler de nos patients migrants, lui se référait à ses Indiens et à ses Grecs anciens ; nous voulions débattre des enjeux de la psychanalyse en France, alors très conflictuelle, lui la pensait définitivement établie, prospère, sereine, comme il l'avait connue naguère aux États-Unis. Nous voulions « faire la révolution », enfin, et lui, protéger l'Europe occidentale de la menace des armées communistes...

L'ENVIRONNEMENT THÉORIQUE

L'arrivée massive d'émigrants dans les années d'immédiat après-guerre avait vu se développer aux États-Unis une discipline qui hésitait à trouver son nom. Héritière tout à la fois de l'école « culture et personnalité » développée par Ralph Linton, Ruth Benedict, Margaret Mead et de la psychanalyse américaine dynamisée par l'apport des intellectuels allemands et européens fraîchement arrivés, cette discipline voulait « comprendre la psychologie des autres » pour toutes sortes de raisons : pour les aider, sans doute¹⁴, mais aussi pour bâtir une

12. À considérer ce qui se passait alors, je peux dire aujourd'hui, et à la lumière de l'histoire des groupes psychanalytiques en France, qu'il a garanti notre liberté, peut-être même tenté de ne pas nous paralyser dans des relations très difficiles à dénouer.

13. *International Psychoanalytical Association*, à laquelle sont rattachées les sociétés de psychanalyse que l'on nomme parfois « orthodoxes » par opposition aux « lacaniens ».

14. C'est ce courant qui a donné sa version « psychiatrique », pour-

psychologie véritablement universelle¹⁵ ; pour les comprendre, aussi, dans le but de commercer avec eux ou même pour leur faire la guerre¹⁶. Nous devons remarquer que ce type de courant théorique, comme ses applications techniques, ne prend véritablement place dans les institutions universitaires et sociales qu'environ dix à vingt ans après la première vague d'émigration. Il y a sans doute une explication psychologique à ce phénomène. Au cours de mes propres observations, j'ai remarqué que les pathologies que l'on pourrait dire « liées à la migration »¹⁷ n'apparaissent chez les individus qu'après un temps de latence assez long – entre dix à quinze ans après leur émigration. Je prendrai l'exemple de ce qu'il faudrait, à mon sens, continuer à appeler « névrose traumatique »¹⁸.

Lorsque j'animais la consultation d'ethnopsychiatrie dans le service de psychopathologie de l'hôpital Avicenne, à Bobigny¹⁹, il m'a été donné de m'occuper de dizaines de cas de patients, alors majoritairement originaires du Maghreb²⁰, qui avaient subi un accident de travail, un accident de la route ou même une intervention chirurgicale et qui, quoique n'ayant gardé aucune séquelle physique, présentaient ensuite des

rait-on dire : « Ethnopsychiatrie », *Cross Cultural Psychiatry, Transcultural Psychiatry...*

15. Courant qui s'est plus particulièrement développé, surtout aux États-Unis, sous le nom d'*Ethnopsychology*.

16. La première étude de Ruth Benedict sur les Japonais lui avait été commandée par les services de renseignement américains, préoccupés par la possibilité d'une guerre avec le Japon.

17. Comme le DSM IV évoque l'existence de « syndromes liés à la culture » – les fameux *Culture Bound Syndroms* – nous pourrions alors parler de véritables *Migration Bound Syndroms*.

18. Et non pas, comme le préconise ce même DSM IV, *Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)*, « désordre posttraumatique du stress ».

19. Service alors dirigé par le Professeur Serge Lebovici.

20. Une décennie plus tôt, c'étaient des personnes provenant d'Italie ou du Portugal, de nos jours, plutôt des Maliens et des Sénégalais – ce qui laisse penser que la culture d'origine n'est pas un facteur significatif dans la constitution de ces troubles, plutôt donc la seule migration.

douleurs inaccessibles à tout traitement. On voyait donc survenir dans la vie de ces patients un événement qui fracturait le cours du temps y imprimant une sorte d'instant « 0 » à partir duquel le reste de la vie de la personne s'organisait de fait. C'est pour rendre compte de ce phénomène que je pense indispensable de conserver la notion de « névrose traumatique », au sens de *névrose s'organisant selon la logique du traumatisme* et non pas de syndrome venant seulement succéder à un choc (*PTSD*). Il était évident que le choc le plus grave qu'avaient subi ces personnes n'était pas tant leur chute, que la douleur la plus intense n'était pas tant physique, mais bien la migration proprement dite²¹. Or, il semble bien que les migrants ne réalisent pas immédiatement toutes les conséquences de leur migration ; qu'ils vivent durant les premières années comme s'ils pourront préserver l'essentiel : la nature de leur être et l'espoir du retour. Je pense que c'est précisément lorsqu'ils renoncent à l'illusion de demeurer intacts malgré la migration que certaines personnes développent une « névrose traumatique ».

Le décalage que l'on observe entre la survenue des vagues migratoires et l'élaboration de dispositifs cliniques « ethnopsy » pourrait bien précisément résulter de ce temps de latence – les populations récemment arrivées ne posant pas encore un problème d'adaptation de nos outils thérapeutiques. C'est sans doute pour cette raison que la *Transcultural Psychiatry* nord-américaine n'a pris son essor qu'au début des années 1970, et des disciplines semblables en France au courant des années 1980. Dans le même ordre d'idées, on voit se développer de nos jours des discussions autour de la naissance de

21. Cf. dans cet ouvrage, le cas Mahmoud au chapitre 2. Depuis, une thèse de psychologie a été réalisée sur ce sujet, sous ma direction, à partir de 95 de ces cas (Biznar Chahraoui, 1991).

paradigmes semblables en Belgique²², en Italie²³, en Suisse²⁴, en Allemagne²⁵.

Qu'est-ce que désignent, en général, des termes comme « ethnopsychiatrie » ou « psychiatrie transculturelle », quelle extension couvre le champ de pratiques qu'ils sous-tendent ? Pour faire bref, et de manière schématique, on pourrait dire que ce champ désigne trois types de pratiques :

- 1) Des recherches de type anthropologique sur la nature et sur la forme des désordres psychologiques rencontrés dans les populations qui intéressent habituellement les ethnologues, ainsi que sur les dispositifs de soins développés dans ces espaces – il s'agit plus précisément alors d'*anthropologie psychiatrique*.
- 2) Des réflexions sur la forme et sur la nature des désordres psychologiques présentés par les populations migrantes dans les pays occidentaux, ainsi que des propositions techniques pour mieux les comprendre et mieux les prendre en charge – il s'agit alors de *psychiatrie des minorités*, une certaine forme, si l'on veut, de ce que Kraepelin appelait en 1904 « psychiatrie comparée ».
- 3) Des études de type épidémiologique cherchant à établir des corrélations entre l'appartenance culturelle et la prévalence de tel ou tel syndrome psychiatrique²⁶. De telles études ont constitué l'armature des développements anthropologiques du récent DSM IV²⁷, notamment dans sa dernière partie.

22. Pierre, 1999.

23. Beneducce, Collignon, 1995 ; Inglese, Peccarisi, 1997.

24. Overbeck, 1998, 1999.

25. Andritzky, 1993 ; Pedrina, Saller, Weiss, Würigler, 1999.

26. Par exemple, pour la schizophrénie, cf. Sartorius, Jablensky, Korten, Ernberg, 1986.

27. American Psychiatric Association, *Dsm IV*, tr. fr. 1996. Voir la dis-

Cette classification, je le répète assez grossière, ne rend pas compte du fait que de très nombreuses recherches pourraient être classées dans deux ou même dans les trois catégories. Elle ne tient pas non plus compte d'une spécificité française, une sorte « d'exception culturelle ». Car si l'on peut imaginer que les mêmes causes produisent les mêmes effets, il convient de remarquer également que souvent l'ambiance, la « façon » d'un pays, impriment un regard spécifique à la discipline. En France du fait du développement particulier de la psychanalyse²⁸, du fait aussi de l'hégémonie du structuralisme en anthropologie, on a attaché beaucoup d'importance à une dimension très peu présente dans les pays anglo-saxons : la confirmation au travers des études anthropologiques et ethnopsychiatriques de la théorie psychanalytique du complexe d'Œdipe et de la théorie anthropologique de l'universalité de la prohibition de l'inceste. C'est pourquoi un grand nombre de travaux français se situent, encore aujourd'hui, dans la lignée de certains textes psychanalytiques anciens – travaux autrefois qualifiés de psychanalyse appliquée : *Totem et Tabou* de Freud (1913), *Le Mythe de la naissance du héros* d'Otto Rank (1909), *Le Rituel* de Theodor Reik (1923) ou « le symbolisme » de Ernest Jones (1926) qui avaient tous comme objectif d'assigner un champ de recherche, de le désigner comme « propriété potentielle » de la psychanalyse, bref d'annoncer une annexion sur le point d'advenir.

La parution en 1966 en France d'un livre célèbre, *Œdipe africain* de Marie-Cécile et Edmond Ortigues allait à la fois marquer un territoire et déclencher discussions et propositions techniques. D'autant que ce texte, l'un des premiers fruits d'une recherche collective se déroulant à Dakar dès le début

cussion des concepts adoptés dans les DSM IV par différents auteurs dans un numéro entièrement consacré à cela *Transcultural Psychiatry*, septembre 1998, vol 35, 3.

28. Dont Shirley Turkle, (1978, tr. fr. 1982), a donné une assez bonne photographie.

des années 1960 annonçait également l'existence d'un courant de pensée que l'on désigne parfois sous le nom « d'École de Dakar ». À l'issue de l'indépendance, un psychiatre français, Henri Collomb, avait été chargé, dans le cadre de la coopération scientifique, de développer une psychiatrie sénégalaise. Très dynamique et ouvert aux innovations, et plutôt que d'exporter telle quelle la pratique française, Collomb avait constitué une équipe de psychiatres et d'anthropologues qui travaillaient ensemble à proposer un modèle plus adapté à la situation locale. L'originalité de l'équipe de Dakar a été d'intégrer à la réflexion plus proprement clinique, des recherches de terrain de type anthropologique sur ce que l'on appellerait aujourd'hui les « ressources thérapeutiques locales » – c'est-à-dire l'existence de guérisseurs et l'importance, voire l'efficacité de leur activité dans une population déterminée. Cette équipe qui a travaillé durant les années 1960 et une partie des années 1970 publiait les résultats de ses recherches dans une revue créée à Dakar par la même équipe : *Psychopathologie africaine*²⁹. L'impact d'une réflexion qui envisageait en quelque sorte une modulation du type de psychiatrie proposée en fonction de la spécificité de la population à laquelle elle était destinée avait un impact considérable dans une ambiance où la critique de la psychiatrie classique, la psychiatrie institutionnelle et même l'antipsychiatrie occupaient le devant de la scène. Mais en France, critique de la psychiatrie, et même antipsychiatrie, se sont très vite vues englobées comme une partie du courant psychanalytique. Les antipsychiatres ne se rendaient pas compte alors que la psychanalyse, dans ses formulations universalistes s'appuyait sur des postulats très semblables à ceux de la psychiatrie et ont perdu leur ferment critique au fur et à mesure qu'ils rentraient dans les rangs de l'orthodoxie psychanalytique³⁰.

29. Cette revue existe toujours, animée par René Collignon, et publie régulièrement des textes de « psychopathologie africaine ».

30. Nous avons déjà discuté ce problème au sujet de la schizophrénie

Pourtant un texte a fait date, jamais publié, circulant sous forme de photocopies, il dessinait les contours d'une ethnopsychiatrie à la fois anthropologique et méthodologique, n'ignorant ni les problèmes cliniques, ni les problèmes institutionnels. Il s'agit de la thèse de doctorat de András Zempleni rédigée en 1968 sur la psychopathologie des *Wolofs* et des *Lébous* du Sénégal. Dans son introduction, l'auteur explique sa démarche de la manière suivante :

« Le problème qu'en premier lieu nous nous posons est le suivant : comment la culture *wolof-lébou* décrit et construit, utilise et explique les unités psychopathologiques par le moyen de ses propres signifiants ?... Refus d'une part du système nosographique de la psychiatrie occidentale. Nous ne cherchons pas à *identifier* de manière immédiate les troubles mentaux observés et décrits par nos informateurs... Bref nous optons pour la conceptualisation wolof-lébou... Nous ne cherchons pas à expliquer les troubles observés ou décrits en termes psychiatriques, psycho-sociologiques, psychanalytiques ou psychologiques courants, mais nous laissons la parole aux interprétations wolof-lébou. Le système que celles-ci forment, ses principes organisateurs et sa structure constituent l'objectif final de notre recherche. » (p. 49)

Cette perspective pouvait être considérée comme l'application à une autre population de la méthode utilisée par Devereux dans sa recherche sur les *Mohave* ; ce que Zempleni reconnaît d'ailleurs explicitement :

« Ce type d'approche n'est pas entièrement nouveau en ethnopsychiatrie. La voie a été, à notre connaissance, ouverte par G. Devereux dans son livre *Mohave Ethnopsychiatry and Suicide. The psychiatric Knowledge*

*and the Psychic disturbances of an Indian Tribe*³¹... »
(p. 50)

Et Zempleni commente de la manière suivante la méthode de Devereux, qu'il adopte à son tour :

« ...nous retiendrons de cette étude le principe méthodologique qui lui a servi de point de départ. Il s'agit d'interroger la culture elle-même sur l'image qu'elle se donne du désordre mental, sur les catégories pathologiques qu'elle distingue, sur l'étiologie qu'elle avance, sur les liens qu'elle établit entre les phénomènes de pathologie mentale et les systèmes magico-religieux, l'organisation sociale, les types d'activité, les situations qu'elle estime traumatisantes... Bref, il s'agit de montrer ce qu'est la maladie et sa thérapie *pour la culture* en cause. » (p. 50)

András Zempleni faisait partie de l'équipe constituée par Collomb³². L'impulsion théorique qu'il a donnée au mouvement, l'utilisation qui a été faite de ses observations anthropologiques devrait même nous inciter à le considérer comme l'un des fondateurs. Ayant vite remarqué qu'une grande partie des soins dont bénéficiait la population sénégalaise se déroulait auprès des guérisseurs³³, Zempleni, à l'exemple de Devereux, a entrepris de classer leurs catégories, de restituer la cohérence de leur pensée, fournissant à l'équipe

31. Première version éditée en 1961 de l'ouvrage de G. Devereux sur les *Mohaves*.

32. Cette équipe comportait au début Norbert Le Guérinel, Paul Martino, Marie-Thérèse Montagnier, Marie-Cécile et Edmond Ortigues, Mireille Petit, Jacqueline Rabain, Danielle Storper-Perez, Simone Valantin, Jacques Zwingelstein, pour ne citer que les plus connus. Cf. Zempleni, 1984 ; Zempleni, Collomb, 1968 ; Rabain, Zempleni, Ortigues E. et M. C., 1968.

33. Les *borom kham-khams* (« maîtres du savoir »), les *jabarkat*, les *bilejo*, les *ndöpkat*. Cf. Zempleni, 1966, 1967 ; Zempleni, Diop, Martino, 1966.

clinique avec laquelle il collaborait alors jusqu'à la possibilité de recourir à leurs services. Plusieurs tentatives ont d'ailleurs été tentées dans ce sens sous l'impulsion d'Henri Collomb³⁴ : adresser des malades à des thérapeutes traditionnels, inviter – quoiqu'exceptionnellement – des guérisseurs à travailler avec les médecins, s'inspirer des conceptions traditionnelles dans la mise en place des dispositifs de soins originaux comme les villages thérapeutiques ou les groupes de discussion (*pintch*). L'ensemble des travaux de cette équipe a déclenché un courant de pensée qui a oscillé dix ans entre deux attirances : celle de l'antipsychiatrie d'un côté et celle de la psychanalyse (en général lacanienne) de l'autre³⁵. Ce courant a cessé de produire de nouvelles hypothèses cliniques au moment où les chercheurs ont quitté Dakar. Car ce qui caractérisait l'École de Dakar – c'était 1) qu'il s'agissait d'une équipe et non d'un chercheur isolé, et qui plus est pluridisciplinaire ; 2) que les connaissances acquises n'étaient pas « gratuites », mais intéressées, destinées à enrichir les dispositifs cliniques qui, 3) étaient adressés à une population spécifique³⁶.

Dans le background d'idées qui nous enveloppaient à cette époque, il y avait donc, en partie héritées de l'expérience de Dakar : psychiatrie spécifique pour population spécifique, intérêt des élaborations « traditionnelles » en matière de psychopathologie, intérêt des techniques thérapeutiques des guérisseurs – autant d'idées dont la clinique ethnopsychiatrique à peine naissante allait s'emparer et réélaborer à sa manière.

L'exception culturelle française que l'on pourrait qualifier de « passionnément psychanalyticophile » allait également générer une série de travaux qui se reconnaîtraient, je pense, dans la formule « *psychanalyse et anthropologie* », comme il a autrefois

34. Collomb, 1965, 1966 ; Zempleni, 1973.

35. Ortigues M.C. et E., 1966.

36. Voir ce même souci chez un chercheur s'étant consacré aux problèmes psychopathologiques en Inde du Nord (Kakar, 1982).

existé un courant américain « culture et personnalité ». Ces travaux, d'abord œuvre de psychanalystes comme André Green (1977, 1992) ou Jean-Paul Valabrega (1980), ont ensuite été repris par des anthropologues, avec ce même souci d'une théorisation générale³⁷ donnant une large place aux conceptualisations psychanalytiques. Cette mouvance faisait aussi partie de l'environnement d'idées et mon ouvrage de 1986, *La Folie des autres*, se situait nécessairement aussi par rapport à elle.

Alors que le courant « ethnopsy » commençant à naître en France se voyait immédiatement placé au sein des conflits idéologiques, notamment psychanalytiques, la psychiatrie transculturelle nord américaine, d'orientation plus pragmatique, cherchait au contraire à classer et à proposer des catégories pour le diagnostic et pour la prise en charge. Murphy et Ellenberger au Canada³⁸, Kleinman et Good à Harvard³⁹, Littlewood à Londres⁴⁰, commençaient à publier tant des recherches de terrain que le récit de tentatives de mises en forme cliniques telle que celle, qui se voulait générale, de Westermeyer (1989). Un courant incluant explicitement l'ethnopsychiatrie prenait naissance au Québec avec la naissance du GIRAME (groupe interdisciplinaire de recherche en anthropologie médicale et en ethnopsychiatrie) et produisait les travaux d'intérêt général de Michel Toussignant, de Gilles Bibeau et de Ellen Corin⁴¹.

37. Une livraison récente de la revue *L'Homme* a précisément consacré son dossier à ce thème (*L'Homme*, 1999), avec des contributions des principaux chercheurs préoccupés par ces questions : Patrice Bidou, Jacques Galinier, Bernard Jullerat, Charles Henry Pradelles de Latour – auxquels il conviendrait d'ajouter Nicole Belmont.

38. Ellenberger, 1968 ; Murphy, 1973, 1982, 1987. Cf. aussi Kirmayer, 1991, 1997.

39. Kleinman, 1980, 1987 ; Good, 1977, 1988 ; Good et del Vecchio, 1993.

40. Cf. le récit de la décade 1980 : Littlewood, 1990. Cf. aussi Good, 1998.

41. Bibeau, 1987.

Mais en France, l'ethnopsychiatrie, du fait même de l'orientation théorique exigeante que lui avait imprimée Devereux, tentait de se définir non pas comme une sous-discipline de l'anthropologie, de la psychiatrie ou de la psychanalyse, mais comme un champ propre qui n'a d'intérêt que s'il remet au travail les concepts de base de l'ethnologie et de la psychiatrie ; pour la psychiatrie le couple normal/anormal ; pour l'anthropologie, la notion de culture.

« En tant que science interdisciplinaire, l'ethnopsychiatrie se doit de considérer conjointement les concepts clefs et les problèmes de base de l'ethnologie et de la psychiatrie. Elle ne saurait se contenter d'emprunter les techniques d'exploration et d'explication de l'une et l'autre de ces sciences. Il y a, en effet, une différence méthodologique fondamentale entre l'emprunt pur et simple des techniques et la fécondation réciproque des concepts. Les sciences véritablement interdisciplinaires sont les produits d'une fécondation réciproque des concepts clefs qui soutiennent chacune des sciences constitutives. En tant que science autonome, l'ethnopsychiatrie – c'est-à-dire l'ethnologie psychiatrique ou la psychiatrie ethnologique (l'étiquette étant fonction de l'usage qui est fait de cette science interdisciplinaire « pure ») – s'efforcera de confronter et de coordonner le concept de « culture » avec le couple conceptuel de « normalité-anormalité. »⁴²

42. Devereux, 1970, p. 3-4. Définition assez floue du domaine, le mot « ethnopsychanalyse », quoique présent chez Devereux dès les années 1960, apparaît davantage dans les années 1970 pour désigner une méthodologie [le complémentarisme] plutôt qu'un champ de recherche ou d'intervention clinique. De nos jours, certains pensent qu'en excluant le mot « psychiatrie », en utilisant le terme ethnopsychanalyse, ils pourront éviter le conflit avec la psychiatrie instituée. On attribue parfois à Devereux le souhait de nommer ainsi le domaine, alors que jusqu'à la fin de sa vie, il a continué à le désigner par « ethnopsychiatrie ». Il lui arrivait de dire : « Il ne faut pas abandonner le « iatrie » – c'est à dire « le soin » – aux seuls

L'ethnopsychiatrie clinique qui s'annonçait lors de la parution de mon texte, en 1986, n'était ni une psychiatrie spécifique pour migrants ni une poursuite de la recherche d'invariants venant conforter les positions institutionnelles de la psychiatrie officielle ou de la psychanalyse. Elle se voulait déjà démarche spécifique essayant de tirer les conséquences pour les sciences humaines de ce que la présence des migrants obligeait un psychologue à repenser pour faire tout de même son métier.

Et elle cherchait avant tout à contraindre les cliniciens à tenir compte de faits qu'ils négligeaient ou auxquels ils n'attachaient *a priori* aucune importance. Par exemple : on peut lire le désordre psychologique d'un patient à partir de déterminants culturels ; et de manière tout aussi fondée, qu'à partir de déterminants psychologiques singuliers. Autrement dit : l'énoncé

- (1) : [B, fils de A, lui-même chef d'un lignage fon d'Abomey, au Bénin, a été rendu fou par les *vodûns* car il a refusé d'assumer la charge rituelle qui lui incombait depuis la mort de son père] est *aussi vrai* que l'énoncé
- (2) : [B a été saisi d'une profonde détresse mélancolique à la suite du décès de son père, A, auquel il était profondément attaché par des liens aussi profonds qu'ambivalents].

Cette première question qu'a posée la pratique de l'ethnopsychiatrie n'a toujours pas été métabolisée par la clinique psychothérapique qui, jusqu'alors, n'a toujours pas su en tenir techniquement compte, essayant sans cesse de se débarrasser du premier énoncé⁴³.

médecins. » Aujourd'hui, on désigne parfois par ethnopsychanalyse, un courant qui serait exclusivement psychanalytique et pas du tout psychiatrique. C'est pourquoi il arrive que l'on classe G. Rôheim à l'intérieur de ce courant – ce qui est un total anachronisme.

43. J'ai récemment développé ce point de vue dans « L'héritage du rebelle... » (Nathan, 2000a).

Cette première question, présente dans toute l'œuvre de Devereux, implique donc que le point de vue d'un « psy » formé dans les universités d'Occident n'a aucune raison d'être *a priori* plus vrai que celui d'un guérisseur formé auprès de ses maîtres, en brousse. La conséquence en est évidente : le clinicien *construit* le « matériel clinique », *le cas*, qu'il traite techniquement ensuite. C'est dans cette perspective que, pour Georges Devereux, même la psychanalyse crée le phénomène qu'elle observe.

« Non seulement l'expérience psychanalytique provoque le comportement qu'elle étudie, mais de fait, le crée – tout comme les adversaires de la psychanalyse n'ont jamais cessé de le répéter au psychanalyste qui refusait de les écouter. »⁴⁴

Charge donc au psychanalyste, en toute logique, non seulement d'écouter, d'entendre, d'être « empathique », mais aussi de toujours créer une expérience féconde, susceptible de productions nouvelles, de création, de vie. Dans cette perception de la psychanalyse, tout comme le biologiste est capable de mettre au point des expériences qui, poussées trop loin, détruisent l'objet même de son expérience, la vie⁴⁵, un psychanalyste est toujours en risque de créer une situation clinique qui transforme son patient en légume.

« Le comportement ainsi produit comprend également les réponses spécifiques du patient à l'existence du thérapeute ainsi qu'au cadre matériel et formel de l'analyse. Par-dessus tout, ce comportement comprend les réactions à l'expérience (vécue) d'être analysé, et c'est

44. Devereux, 1980, p. 412.

45. « Bohr et Jordan ont prouvé de façon décisive que, si on veut déterminer complètement les fonctions de la vie, on est obligé de pénétrer si loin dans l'organisme – de perturber si radicalement son état essentiel – que l'on abolit de ce fait précisément le phénomène que l'on cherche à étudier : la vie. » (*Ibid.*).

cette expérience qui est unique et tout à fait différente des expériences de la vie courante. Il est même probable que c'est elle qui déclenche le transfert. »⁴⁶

Ainsi, dès 1966, Devereux était-il parvenu à des formulations méthodologiques cruciales sur la psychanalyse⁴⁷ – formulations dans lesquelles il attribuait l'ensemble de la responsabilité du processus au psychanalyste qui provoque, qui déclenche, qui crée, qui fabrique et interprète *in fine* ses propres productions. C'est dire aussi la responsabilité du thérapeute et les impasses intellectuelles dans lesquelles s'engluent toujours l'interprétation des éventuelles faillites thérapeutiques.

DE QUELQUES PROBLÈMES

C'est donc à l'intérieur d'un tel champ de forces que paraissait en 1986 *La Folie des autres*, nécessairement pris dans le réseau des tensions actives au sein de la psychiatrie et de l'anthropologie. Ses propositions méthodologiques étaient particulièrement claires. Ce texte se voulait avant tout mise en forme des principes techniques permettant d'appliquer cliniquement les connaissances en ethnopsychiatrie acquises durant les dix années d'apprentissage auprès de Georges Devereux. Car nous avons poursuivi notre rêve initial et avons réussi à instituer dès 1979, d'abord un enseignement spécifique à l'UFR de médecine de l'Université de Paris 13 Bobigny⁴⁸, puis une véritable consultation d'ethnopsychiatrie⁴⁹. Ce livre voulait à la fois montrer quels aménagements étaient, d'après nous,

46. *Ibid.*, p. 413.

47. Formulations que l'on trouve déjà chez Ferenczi sous forme d'hypothèses. Cf. Ferenczi, *Journal clinique*, œuvre posthume datée de 1932 et publiée chez Payot en 1985.

48. Avec le concours d'Albert Ifrah et de Claude Ifrah-Le Vot et la bienveillante tutelle de J.-P. Lauzel.

49. Au service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, alors dirigé par Serge Lebovici. Je ne saurais trop remercier cet homme éner-

nécessaires pour rendre cette clinique réalisable ; mais il voulait aussi rediscuter un certain nombre de concepts psychanalytiques que nous pensions difficilement compatibles avec le travail de type psychothérapique avec les patients migrants : la place octroyée par Freud au « primitif », le concept de « pensée magique », la pratique de l'association d'idées, le type de relation que l'on établit avec le patient, la construction de l'espace thérapeutique. Le lecteur constatera par lui-même jusqu'à quel point nous avons réussi à poser le problème.

L'originalité de notre position d'alors était d'avoir d'emblée situé la question sur le versant psychothérapique et non pas seulement théorique (recherches du type « psychanalyse et anthropologie ») ou seulement psychiatrique (élaborations anglo-saxonnes sur la psychiatrie transculturelle) – bref d'avoir été pragmatique. Les questions débattues me semblent toujours d'actualité : quelle théorie ? Comment faire un diagnostic en ethnopsychiatrie ? Comment penser l'efficacité thérapeutique dans un contexte transculturel ? Comment manier l'interprétation ?... Mais les lacunes me paraissent aujourd'hui criantes : l'absence d'une véritable remise en cause de certains dogmes psychanalytiques⁵⁰, mais aussi l'absence d'une discussion politique de la pratique que nous préconisons, la légèreté pourrait-on dire, de la vision d'avenir des questions que l'existence d'une telle pratique n'allait pas manquer de poser, tant au sein des disciplines concernées que dans la société globale.

Tout de suite, les exigences de ce type de consultations se sont révélées techniques. Comment par exemple apporter des solutions au problème posé par les langues de patients ? Je rappellerai un constat qui est d'une grande banalité. Toutes les préciosités verbales parlant d'« empathie », de

gique et inventif d'avoir accueilli avec tant de gentillesse et durant dix ans les sauvages du vendredi que nous étions alors.

50. Discussion que j'ai largement entamée depuis (Nathan, 1994).

compréhension intuitive ou « infra-verbale » ne peuvent rien changer à la donnée d'évidence : lorsqu'on ne parle pas la même langue, l'incompréhension est totale – d'autant plus lorsqu'il s'agit de relation clinique. Au début, nous pensions que les patients vivant en France, s'y déplaçant, y travaillant, sauraient d'une manière ou d'une autre se faire comprendre. Mais lorsqu'il s'agit d'exprimer des pensées sur soi, sur les autres, sur Dieu et sur le monde, la différence de langue devient un obstacle insurmontable. En clinique, *le plus grand obstacle à la compréhension, c'est justement l'impression qu'on comprend* et lorsque, de plus, on est censé être un spécialiste de l'empathie, il est rare que l'on admette ne pas comprendre. Mais les remèdes à cette difficulté sont loin d'être univoques. Lorsque nous avons introduit la pratique de la traduction au sein des consultations, au lieu de faciliter les échanges, cette innovation a multiplié les complications. La première difficulté, pour nous cliniciens, et en particulier pour ceux qui avaient reçu une formation psychanalytique (ce qui était le cas de tous les membres de la première équipe d'ethno-psychiatrie), provenait de notre formation à *l'écoute*. Car pour un psychanalyste, « écouter » signifie ne pas se laisser prendre au sens immédiat de la parole. Pour écouter ce qui est derrière la parole, il faut qu'il n'y ait aucun obstacle à la compréhension immédiate de cette parole. La traduction nous a considérablement fait perdre en « fluidité d'écoute », mais nous a fait gagner en multiplication de lieux d'écoute. Nous nous sommes rendu compte que la médiation laissait apparaître des points de focalisation du discours que nous ne connaissions pas auparavant. Du « qui des deux a raison », implicite de la relation duelle, nous passions à un autre implicite : « sur quelle base parviendrons-nous à nous mettre d'accord ? » Se mettre d'accord, non pas nécessairement sur le contenu du discours, mais sur le discours lui-même. Car les traductions débouchent souvent sur des questions du type : « Est-ce ainsi que l'on dit ce genre de choses ? »

L'idée d'introduire le médiateur⁵¹ pour faciliter la communication, a radicalement modifié la nature de la communication. Mais cette modification ne s'est pas limitée aux formulations, elle a contaminé la totalité de la relation thérapeutique. Progressivement, les discussions sur la langue sont devenues un modèle. En nous demandant ce qui nous permettrait de nous mettre d'accord sur la signification des mots, nous avons également pris l'habitude de nous mettre d'accord sur les autres enjeux de la relation thérapeutique. Certes, les usages des mots sont multiples, mais ils tiennent très peu à la subjectivité du locuteur. En effet, si l'on discute suffisamment, il est toujours possible – du moins en théorie – de parcourir l'ensemble des significations disponibles dans une langue, et sans que cela ne dépende à aucun moment de la personnalité du locuteur. Nous avons ensuite glissé de l'usage qu'on fait de la langue à l'usage des objets qui circulent dans le monde du patient et à l'usage de ce qui nous importait plus que tout : les pensées et les objets propres aux techniques thérapeutiques.

Exemple : Un patient sénégalais, de langue maternelle mandingue, me racontait au cours d'une consultation qu'il était le dixième d'une famille de treize enfants. Les neuf premiers étaient morts. Il me dit :

- Le prochain, ce sera moi car je sais que mon père a « donné » tous ses enfants pour obtenir du pouvoir. Il les a tous vendus, et moi, je ne veux pas mourir ainsi... je ne veux pas mourir bêtement...
- Pourquoi votre père a-t-il donné tous ses enfants ?
- Pour obtenir tout ce qu'il voulait, reprend le patient. Je me tourne alors vers le médiateur et lui demande :

51. Nous avons pris l'habitude d'appeler « médiateur » un collaborateur, en général psychologue ou travailleur social ayant obtenu ses diplômes en France, mais originaire de la même région que la famille que nous recevons, parlant sa langue et au fait des habitudes thérapeutiques locales.

- Pourquoi le père a-t-il agi de cette manière ? Et le traducteur me répond :
- C'est fréquent dans notre région...

Le médiateur ne pouvait évidemment pas dire : « c'est vrai que son père a « donné » ses enfants pour obtenir le pouvoir », car au fond, il n'en pouvait rien savoir ; il pouvait seulement valider qu'il s'agissait d'un énoncé correct : « c'est fréquent dans notre région ». Ce qui signifie à la fois « il est fréquent que l'on prononce de tels énoncés », et « il est fréquent que les pères vendent en sorcellerie leurs enfants », dans notre région. Si j'avais été seul avec le patient, je lui aurais peut-être demandé : « Pourquoi croyez-vous que votre père vous a vendu ? » Je me serais peut-être interrogé sur la force des sentiments agressifs qu'il nourrissait contre son père. Il se serait opposé à cette idée. Je ne l'aurais d'ailleurs probablement pas formulée aussi explicitement, mais simplement cherché à lui la faire « entendre »... En parlant dans la même langue, le colloque *duel* aurait nécessairement tourné au *duel* ; avec la traduction, il trouve une issue naturelle dans la réponse à la question : « quelle est la bonne façon de formuler ce genre de faits ? » – énoncé que l'ensemble des locuteurs de la langue reconnaît comme valide.

La possibilité de se mettre d'accord introduit simultanément un autre phénomène : la personne la plus compétente dans cette discussion n'est évidemment pas le thérapeute, le plus souvent ignorant dans la langue, pas le médiateur non plus qui peut ne pas immédiatement saisir l'usage que le patient ou sa famille font de cette langue – non ! Du coup, l'expert est le patient lui-même. L'introduction de la traduction inverse donc les phénomènes d'expertise⁵².

52. J'ai longuement développé ce point de vue dans « Psychothérapie et politique. Les enjeux théoriques, institutionnels et politiques de l'ethno-psychiatrie » (Nathan, 2000 *b*).