2014 Volume 4 Numéro 2

alterstice
Revue Internationale de la Recherche Interculturelle
المجلة الدولية للبحوث ما بين الثقافات
Revista International de la Investigacion Intercultural
Revista Internacional de Pesquisa Intercultural
International Journal of Intercultural Research

Santé mentale et sociétés plurielles

Éditeurs invités : **Betty Goguikian Ratcliff et Ilario Rossi**

1-2 Éditorial : Un lectorat en hausse constante
Y. Leanza

3-12 Santé mentale et sociétés plurielles
B. Goguikian Ratcliff et I. Rossi

13-24 Le paradigme du métissage : déclinaisons et combinaisons d'une donne aux pensers multiples
P. Chanson

25-38 Métissage et hiérarchisation des cultures : les soubassements idéologiques de l'essentialisation des différences
M. Moisseeff

39-48 Penser la diversité par les transitions de la santé mentale
I. Rossi

49-62 Santé mentale et politiques du relationnel. Vers de nouvelles configurations
L. Demailly

63-76 Déqualification des femmes migrantes en Suisse : mécanismes sous-jacents et effets psychologiques
B. Goguikian Ratcliff, C. Bolzman et T.-O. Gakuba

77-84 Réponses institutionnelles à la souffrance psychique des personnes requérantes d'asile : l'expérience genevoise
J. Bartolomei, R. Baeryswil-Cottin et N. Premand

Article hors thème

85-98 Les représentations filmiques de la santé mentale des migrants : pistes réflexives
M. Boukala

Alterstice est publiée avec le soutien de l'Association internationale pour la Recherche Interculturelle (ARIC), l'équipe de recherche Migration et Ethnicité dans les Interventions en Santé et en Service social (METISS, Montréal) et le Centre interuniversitaire d'Études sur les Langues, les Arts et les Traditions (CÉLAT).

Alterstice est publiée uniquement en ligne : **www.alterstice.org**

La revue est gratuite.

Alterstice
c/o Yvan Leanza
Professeur agrégé
École de psychologie
Université Laval
2325, rue des Bibliothèques
Québec (Qc)
G1V 0A6
Canada

Directeur : Yvan Leanza
alterstice@gmail.com

Responsable de la révision et de la mise en pages : Anna Olivier (Athéna Rédaction)
anna.olivier@athenaredaction.com

ISSN : 1923-919X

© Alterstice, 2014. Toute reproduction du texte doit mentionner la source de l'article.

alterstice
Revue Internationale de la Recherche Interculturelle
المجلة الدولية للبحوث ما بين الثقافات
Revista Internacional de la Investigacion Intercultural
Revista Internacional de Pesquisa Intercultural
International Journal of Intercultural Research

ÉDITORIAL

Un lectorat en hausse constante

Yvan Leanza [1]

Sans donner aux chiffres de pouvoirs magiques absolus, il est nécessaire, aujourd'hui, pour un comité d'édition, de connaître quelques faits sur le lectorat de sa revue. Nous avons effectué l'exercice récemment et je profite de cet éditorial pour en partager les points les plus saillants. Les analyses sont faites à partir des données du site de la revue recueillies avec Webalizer 2.01. Elles ont été possibles grâce à l'assistance éclairée de François René de Cotret, étudiant au doctorat en psychologie à l'Université Laval (Québec). Merci à lui! En bref, la revue est lue, voire très lue!

Alterstice a vu son nombre de lecteurs augmenter graduellement depuis son lancement. Alors que le site Internet attirait quelque 1 000 visiteurs mensuels en décembre 2011, date de la mise en ligne du premier numéro, ils ont été plus de 8 000 à s'y rendre en décembre 2014.

La parution d'un nouveau numéro de la revue s'accompagne d'une recrudescence immédiate du lectorat. La montée en flèche du nombre de visites depuis la parution du dernier numéro, en septembre 2014, est particulièrement remarquable : en août 2014, environ 36 000 pages ont été visitées, alors que ce sont près de 62 000 qui l'ont été le mois suivant, et, depuis, la moyenne est d'environ 50 000 pages par mois. Avec une centaine de publications, dont 57 articles évalués par les pairs et 8 numéros complets, le nombre total de publications disponibles semble être une base suffisante pour attirer régulièrement de nouveaux lecteurs. En effet, bien que les articles les plus récents soient parmi les plus consultés par les visiteurs du site, les anciens numéros demeurent populaires. Chaque article évalué par les pairs est téléchargé en moyenne 1,4 fois par jour, 4,5 fois par jour en tenant compte du téléchargement de chaque numéro intégral.

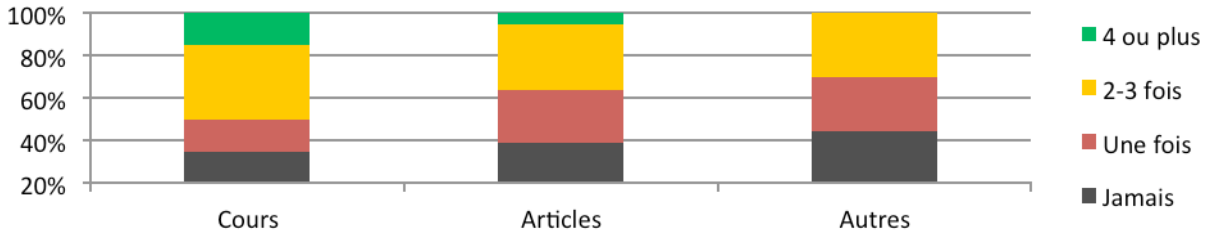
Non seulement les publications d'*Alterstice* attirent de plus en plus de lecteurs, mais ceux-ci proviennent de pays de plus en plus variés. De 31 pays en décembre 2011, le trafic d'*Alterstice* était représenté par 59 pays en décembre 2014.

Ces articles sont lus, certes, mais sont-ils cités ou employés? Google Scholar permet une première analyse : selon cette source, le tiers des articles d'*Alterstice* sont cités. Par ailleurs, l'accès libre et immédiat suscite un phénomène intéressant : plusieurs sites académiques rendent disponibles les articles d'*Alterstice* en format PDF ou renvoient directement au lien de téléchargement sur *Alterstice*. Une recherche effectuée sur le moteur de recherche Google permet de constater que ce phénomène touche la majorité des articles publiés, à l'exception du numéro le plus récent.

Afin de bonifier cette analyse, une invitation à participer à un sondage a été envoyée aux 367 « abonnés » d'*Alterstice* le 5 mai 2014 : 76 personnes, provenant de 14 pays, ont répondu. Les deux tiers (65 %) des répondants affirment avoir utilisé certains articles révisés par les pairs dans le cadre de leur enseignement au moins une fois au cours des deux dernières années (figure 1). Les commentaires des répondants montrent que le tiers restant n'enseigne pas et ne fait pas non plus de recherche, mais est dans la pratique. Ces personnes lisent la revue pour se tenir à jour. En outre, 61 % des répondants disent avoir cité au moins un article d'*Alterstice* dans leurs propres

articles soumis à des revues savantes au cours des deux dernières années. Enfin, la majorité des répondants (56 %) auraient utilisé les articles d'*Alterstice* à d'autres fins, par exemple en tant que références dans un ouvrage ou une activité de transfert de connaissance.

Figure 1 : Fréquence d'utilisation des articles revus par les pairs par les abonnés d'Alterstice



En résumé, *Alterstice*, avec des moyens modestes, réussit à atteindre un public international. Le format de libre accès immédiat rend la revue disponible non seulement pour des chercheurs, mais aussi pour des enseignants et des praticiens de régions du monde moins favorisées, ce qui est conforme au principe énoncé lors de sa création.

Avant les chiffres, il y a des contenus et des humains… La revue ne pourrait exister sans les nombreuses personnes, expertes de leur champ, qui donnent de leur temps pour évaluer les articles soumis. Qu'elles en soient ici chaleureusement remerciées! Au cours des deux dernières années, ont ainsi contribué grandement à la qualité des articles publiés :

Azzam Amin; Claire Autan-Dorier; Anne-Marie Bellemare; Alexandra Boilard; Isabelle Boisclair; Olivier-Serge Candau; Nicole Carignan; Nilima Changkakoti; Geneviève Cloutier; Beate Collet; Viviane Cretton; Patrick Dramé; Khadiyatoulah Fall; Jacques Forget; Sarah Fraser; Séverine Garnier; François Gauthier; Betty Goguikian; Aline Gohard; Zohra Guerraoui; Ghayda Hassan; Félicia Heidenreich Dutray; Audrey Heine; André Jacob; Estibaliz Jimenez; Yasser Khazaal; Mondher Kilani; Julia Krane; Jean Lafontant; Myrna Lashley; Josianne Le Gall; Annabel Levesque; Sue-Ann MacDonald; Alexis Martig; Lucienne Martins Borges; Raymond Massé; Toby Measham; Abdelwahed Mekki-Berrada; Claire Mestre; Thomas Michaud Labonté; René Mokounkolo; Lise Montminy; Vrinda Narain; Garine Papazian; Michèle Poitras; Maryse Potvin; Lilyane Rachédi; Jean Ramdé; Élodie Razy; Rhéa Rocque; Jules Rocque; Ilario Rossi; Cécile Rousseau; Andrew Ryder; Colette Sabatier; Sara Skandrani; Pascal Tisserant; Marcel Trudel; Daniel Turcotte; Michèle Vatz Laaroussi; Bilkis Vissandjee; Bob White; Margareth Zanchetta.

***

On peut souhaiter que le présent numéro ait autant de succès que les précédents. Le thème est d'importance : santé mentale et sociétés plurielles. Betty Goguikian (Université de Genève, Suisse) et Ilario Rossi (Université de Lausanne, Suisse) ont réuni autour de ce thème des experts de disciplines multiples, ce qui permet une lecture interculturelle originale et critique.

Bonne lecture!

Rattachement de l'auteur

[1] Université Laval, Québec (Québec), Canada

Correspondance

alterstice@gmail.com

Pour citer cet article

Leanza, Y. (2014). Un lectorat en hausse constante [Éditorial]. *Alterstice, 4*(2), 1-2.

alterstice
Revue Internationale de la Recherche Interculturelle
المجلة الدولية للبحوث ما بين الثقافات
Revista International de la Investigacion Intercultural
Revista Internacional de Pesquisa Intercultural
International Journal of Intercultural Research

INTRODUCTION THÉMATIQUE

Santé mentale et sociétés plurielles

Betty Goguikian Ratcliff [1] et Ilario Rossi [2]

Résumé

L'émergence de sociétés plurielles s'inscrit dans une mouvance historique et culturelle irréversible. Elle s'exprime notamment par la mobilité croissante des personnes, des savoirs, des pratiques et des techniques. Qu'elle soit politique, sociale, économique, culturelle, religieuse ou sexuelle, la diversité apparaît dès lors comme une exigence avec laquelle les équilibres de la démocratie, les enjeux de la société civile, les politiques publiques et les pratiques professionnelles doivent désormais composer. Cette situation engendre de nouvelles problématiques en matière de santé, et lance de nouveaux défis, notamment dans le domaine de la santé mentale. Ainsi, à une vision relativiste se limitant au respect des différences culturelles, se substitue progressivement un paradigme nouveau prônant une approche interculturelle, ou transculturelle. Celle-ci est davantage axée sur les trajectoires de vie, les processus dynamiques, les interactions et la mise en place de dispositifs cliniques allant dans le sens de l'ouverture de l'espace thérapeutique aux aspects de confrontation, de médiation et de métissage. Dans cette optique, la diversité, ainsi que les notions de culture, d'identité et d'hybridation qui s'y rattachent, sont incarnées et élaborées au sein même de la rencontre clinique, d'où émergent de nouveaux positionnements. Il s'agit de dépasser la centration sur la différence culturelle, notion qui, bien souvent, essentialise les différences et génère un sentiment de fossé infranchissable entre personnes de cultures différentes. À l'inverse, saisir les mutations en cours et reconnaître la diversité qui caractérise nos sociétés contemporaines permet de prendre en compte, dans le champ d'observation et d'analyse, l'éventail de nos propres acteurs et dispositifs. Sont ainsi esquissées quelques pistes de réflexion et d'analyse pour élucider les différents registres qui construisent et conditionnent la compréhension et l'utilisation du concept de diversité dans le domaine de la santé mentale. Il s'agit de cerner moins la relation entre santé et migration que le contexte au sein duquel les chercheurs et praticiens du champ de la santé mentale appréhendent la diversité et renouvellent leur propre culture professionnelle.

Rattachement des auteurs

[1] Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université de Genève, Suisse; [2] Institut des sciences sociales, Université de Lausanne, Suisse

Correspondance

betty.goguikian@unige.ch et ilario.rossi@unil.ch

Mots clés

migration; santé mentale; sociétés plurielles; différence culturelle; métissage; diversité; relation de soin

Pour citer cet article

Goguikian Ratcliff, B. et Rossi, I. (2014). Santé mentale et sociétés plurielles. *Alterstice, 4*(2), 3-12.

Ce numéro d'Alterstice convie des auteurs de disciplines différentes (médecine, psychiatrie, psychologie, sociologie, anthropologie, travail social) à avoir une réflexion commune à l'interface de deux notions d'actualité, santé mentale et sociétés plurielles[1]. Bien sûr, l'une et l'autre de ces notions renvoient à des référentiels sémantiques distincts, et elles paraissent de prime abord fort éloignées, ne recoupant ni les mêmes niveaux d'analyse, ni les mêmes implications politiques et sociales. Mais, force est de constater qu'elles participent du même espace d'interdépendances et d'interconnexions, constitué de lieux, d'outils et de forces de mobilisation transnationales, dans lequel toute société pense et agit à des échelles plurielles (Abélès, 2008). Leurs relations se modifient en conséquence, et ce sont justement ces relations et leurs multiples angles de vue qui constituent le thème central de cette réflexion. Les raisons d'une telle posture sont multiples. Nous en avancerons ici deux, dont la valeur heuristique est transversale aux différentes perspectives et disciplines.

La première tient compte du contexte mondial, qui tend à se modifier avec rapidité. Il n'est pas besoin de rappeler que l'on a désormais affaire à ce que l'on pourrait qualifier de nouvelle réalité planétaire (Hugo, 2005). La mondialisation des flux migratoires prend des proportions jamais atteintes auparavant, impliquant un nombre de plus en plus considérable de personnes, de familles et de diasporas en déplacement, que ce soit pour permettre des recompositions familiales, pour répondre à des demandes du marché du travail, ou encore en vue d'améliorer son sort, de trouver un lieu où s'établir et de vivre des socialisations renouvelées. Cette nouvelle donne mondiale en est à ses débuts et, avec ses problèmes et ses ressources, ses contradictions et ses opportunités, ce nouveau monde constitue autant un imaginaire qu'une réalité tangible (Laïdi, 2004). Certes, il n'a jamais existé de société figée dans l'Histoire, mais l'émergence des sociétés plurielles, notamment en Occident, s'exprime par une mobilité généralisée des personnes, des savoirs, des pratiques et des techniques, d'ici et d'ailleurs, ici et ailleurs. Ces assemblages créent des relations, des dépendances et des opportunités entre les individus, les communautés, les sociétés, les États et les continents (Collier et Ong, 2005). Ce qui paraît nouveau de nos jours, c'est le renforcement de cette mobilité à mesure que se poursuivent les transformations liées à la mondialisation : entre l'effacement progressif des frontières et la condition diasporique, une adéquation nouvelle se fait jour, celle des sociétés plurielles (Guillebaud, 2008). Bien évidemment, le mouvement des populations et des collectivités est un effet constant dans l'histoire de l'Occident, mais il présente aujourd'hui des caractéristiques particulières : l'émergence de la pluralité dans les sociétés et de la diversité des individus qui la composent, loin de s'estomper avec la modernité, pose des défis nouveaux en termes de vivre ensemble et invite à revoir les fondements des relations entre identités, altérités et pluralités (Rossi, 2003).

La seconde raison repose sur le constat que, dans notre monde contemporain, s'il est « une norme, une valeur et une aspiration universelle aujourd'hui c'est bien celle de la santé qui, en quelques décennies, a touché les populations de tous les continents, les riches comme les moins aisés » (Hours, 2004). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le concept de santé désigne un état de bien-être physique, psychologique et social et représente donc davantage que l'absence de troubles, de maladies ou encore de handicaps. Bien entendu, cet état constitue un idéal à atteindre et intègre le concept de qualité de vie. Au-delà de l'universalité évoquée, cette vision cache en fait une complexité souvent ignorée. Dans son acception moderne, la santé renvoie aux systèmes de prévention, de traitement et de gestion du malheur, compris simultanément comme des systèmes culturels et des systèmes sociaux, qui donnent au corps, à la santé et à la maladie leur sens, leurs formes et leurs évolutions (Saillant et Genest, 2006). C'est donc à la santé au sens large – non seulement individuelle, mais aussi publique et collective – que l'on se référera.

Les déterminants de la santé d'une personne, à un moment donné, sont aussi bien endogènes (psychologiques et biologiques) qu'exogènes (facteurs sociaux, économiques, culturels, politiques). Concernant ces derniers, des pressions socioéconomiques persistantes sont des facteurs de risque reconnus pour la santé mentale des individus et des collectivités. Les données factuelles qui l'attestent le mieux sont les indicateurs de pauvreté, et en particulier, les faibles niveaux d'éducation (Marmot, 2006). Par conséquent, la promotion de la santé passe non seulement par l'accès à des traitements individuels, mais aussi et d'abord par des actions d'ordre politique, économique et social tendant à promouvoir des conditions de vie et un environnement favorisant un mode de vie

[1] À la suite d'un colloque interfacultaire du même titre qui s'est tenu à l'Université de Genève (UNIGE) et à l'Université de Lausanne (UNIL), respectivement les 13 et 14 novembre 2013.

sain et diminuant les facteurs de risque. Ainsi, un contexte garantissant le respect et la protection des droits civils, politiques, socioéconomiques et culturels fondamentaux est indissociable de mesures politiques visant à favoriser la santé. Il s'agit notamment d'intégrer la promotion de la santé aux politiques et aux programmes des secteurs public et non gouvernemental, mais aussi au niveau des pratiques professionnelles. La promotion de la santé repose pour une large part sur des stratégies intersectorielles, c'est-à-dire mettant en lien le secteur de la santé avec un autre secteur, afin d'intervenir indirectement sur un problème de santé. Dans cette approche transversale et globale, il convient d'associer au secteur de la santé les secteurs suivants : éducation, emploi, justice, transports, environnement, logement et protection sociale (McMichael et Beaglehole, 2000). Par exemple, améliorer le logement, l'urbanisme, l'alimentation, l'accès à l'eau potable, l'agriculture ou l'éducation peut avoir un impact indirect sur l'incidence des pathologies (OMS, 1997).

Dans son acception publique, la santé requiert donc une gouvernance collective qui distingue ce qui relève de la maladie individuelle de ce qui favorise la gestion sanitaire des collectivités et des populations. Elle témoigne de l'importance de l'économie et des responsabilités du politique – au niveau global, continental, régional, national – dans l'élaboration de stratégies, dans l'organisation des institutions de soins et dans la formation des professionnels. Dès lors, elle se définit comme une construction sociale et politique dont les limites sont constamment redéfinies. Dans cette perspective constructiviste, la santé devient un objet socialement élaboré, historiquement construit, dont les limites mouvantes sont elles-mêmes régulièrement débattues (Fassin, 2000). La notion de santé est donc un outil heuristique, un levier de compréhension des enjeux politiques, économiques et culturels des sociétés, dépassant les limites de la maladie et des soins.

La notion de santé mentale se renouvelle également. Longtemps marquée par l'idée d'un fonctionnement optimal du psychisme, par une vision qui opposait normal et pathologique et par une institutionnalisation psychiatrique (Otero, 2003), elle se complexifie et ne peut désormais plus faire l'économie de considérations d'ordre bio-psycho-social et systémique. Les modèles actuels sont multifactoriels et mettent en jeu corps, patrimoine génétique, psychisme, émotions, environnement social, culturel, économique et écologique ou encore habitudes, comportements et qualité de vie, accès aux soins et qualité des soins. Dans la perspective décrite plus haut, la santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa collectivité (OMS, 2014). En ce sens positif, la santé mentale est le fondement à la fois du bien-être individuel et du bon fonctionnement social. Cela sous-entend que santé et social sont indissociables et qu'une qualité de vie minimale est indispensable au bon fonctionnement psychique. D'ailleurs, un numéro spécial de *l'International Review of Psychiatry* paru fin 2014, intitulé *Globalization, culture and mental health*, souligne dans ses différentes contributions à quel point les problèmes de santé mentale sont associés aux éléments suivants : changement social rapide, conditions de travail éprouvantes, discriminations, exclusion sociale, mode de vie malsain, environnements violents, mauvaise santé physique et violations des droits de l'Homme (Tribe, 2014). La santé mentale se situe ainsi à la croisée de différents champs disciplinaires – psychiatrie, psychologie, sociologie, économie, travail social – et les stratégies à mettre en œuvre pour l'analyser sont largement intersectionnelles.

La portée majeure de ce renouveau conceptuel concerne cependant la relation de soins, dans laquelle personnes concernées et problématiques sont de plus en plus diversifiées et plurielles, étant donné les profondes mutations culturelles et sociales résultant de la mobilité. Repenser les relations de soins dans un contexte de transformations et de diversification sociales est la posture selon laquelle se déploie ce numéro interdisciplinaire.

Santé mentale et sociétés plurielles deviennent ainsi des notions concordantes et convergentes : elles partagent en toile de fond une même « modernité métisse » (Guillebaud, 2008), qui refuse l'opposition des dualismes – nous et les autres – et trouve ses marques en élaborant les tensions ou les contradictions que ces échanges suscitent. Cette modernité rencontre aujourd'hui une pertinence certaine, sans doute parce qu'elle signale « la confrontation à des réalités que nous ne faisons pour l'instant que pressentir […] » (Bonniol, 2011, p. 14). Il s'agit donc de renforcer la lecture qui affranchit la différence culturelle des représentations qui lui sont généralement associées, notamment en termes d'essentialisation des identités et des différences, pour en saisir les dynamiques et en percevoir les potentialités. Il nous semble important de reprendre le postulat de Leanza (1999) selon lequel la notion de culture doit se penser de nos jours en fonction de trois caractéristiques : l'hétérogénéité, la perméabilité et le métissage.

Hétérogénéité : Contrairement à une idée reçue, une culture ou une société est tout sauf homogène. Au sein de chaque groupe culturel, il existe une variété de classes d'âge, de classes sociales, de classes professionnelles, de groupes politiques ou religieux, de situations familiales, etc., et tous ces groupes sociaux participent à la même culture globale (Cuche, 1996, p. 50), qui est la résultante des contacts et interactions entre ces différents groupes sociaux. Tout membre d'une culture a des liens avec plusieurs sous-groupes socioculturels.

Perméabilité : le propre d'une culture est de se reproduire pour assurer la survie du groupe culturel et de définir des limites pour se différencier des autres groupes culturels. Aucun système culturel ne vit pour autant en vase clos : il doit se repenser, se renouveler, se régénérer en laissant la possibilité à des individus – y compris des non-membres – d'y accéder et de l'influencer de l'intérieur.

Métissage : dans une optique dynamique, interactionniste et subjectiviste de la culture, celle-ci n'est pas une donnée figée sur laquelle les individus n'ont aucun pouvoir. Au contraire, l'accent est mis sur les échanges entre individus et entre groupes culturels qui s'approprient la culture, empruntent, rejettent et interprètent tel ou tel aspect à leur manière. Ainsi, la culture évolue et se métisse en permanence, tout en gardant, aux yeux de ses membres, le sens d'une identité.

Hétérogénéité, perméabilité et métissage caractérisent donc à nos yeux la « culture contemporaine » et ses déclinaisons plurielles de la diversité, de ses enjeux et de ses usages. En effet, la conception d'une culture ou d'une identité culturelle statique, sous-jacente au discours sur les différences culturelles, est vivement critiquée par les tenants de l'approche transnationale et postcoloniale (Bhatia, 2007; Glick-Schiller, Basch et Szanton-Blanc, 1995; Hermans et Kempen, 1998). Ces auteurs dénoncent la fréquente assimilation de la culture à une nation, et une vision de l'identité hors du temps et de l'espace. À l'inverse, ils soulignent sa nature dynamique, en perpétuel remaniement, et inscrivent les questions identitaires dans un monde aux interconnexions multiples et mouvantes, caractérisées de plus en plus par les interactions entre niveau local et global. Les concepts de *self dialogique* (Bhatia et Ram, 2001; Hermans, 2001) et de métissage (Chanson, 2011); Laplantine et Nouss, 2007) qui en résultent mettent l'accent sur le fait que la bi- ou multi-culturalité impliquent l'idée de l'acceptation de l'autre en soi, ou l'internalisation de la voix des autres, tout comme elle présuppose, en situation transculturelle, l'idée de transformation de pratiques et de significations culturelles, de métamorphose, de tensions voire de conflits sociocognitifs à élaborer et à dépasser (Skandrani, 2013).

Toutefois, nous constatons que la différence culturelle est encore trop fréquemment invoquée par les intervenants médico-psycho-sociaux ou par ceux travaillant dans les milieux de l'éducation comme un facteur explicatif de nos impasses et de nos difficultés. La mise en avant de la différence culturelle génère à la fois un sentiment d'impuissance et de frustration et peut provoquer des réactions défensives chez les professionnels (Cohen-Emerique et Hohl, 2004). Les conflits et tensions découlant des contacts interculturels font, au mieux, appel à des pratiques de médiation, qui sont tantôt conçues comme un arbitrage mou, tantôt au contraire comme la nouvelle utopie d'une société libérée de ses conflits (Younès, 2002).

Un nécessaire changement de paradigme : de la différence culturelle à la diversité. L'exemple de la Suisse

Les enjeux interculturels et les débats politiques et sociétaux engendrés par la présence de migrants dans nos sociétés occidentales ont évolué dans le temps. Grâce à une approche sociohistorique, Sane (2013) montre comment la notion de différence culturelle « problématique » et sa gestion est un construit qui reflète le regard que nous portons sur les étrangers et non une conséquence *naturelle* de la diversité ou de l'altérité culturelle. Retraçant l'histoire de l'immigration au 20^{e} siècle en Suisse, Piguet (2004) montre comment, à partir des années 1980, le rapport entre les émigrés et la société d'accueil se modifie avec l'immigration de longue durée, alors qu'auparavant ceux-ci étaient « invisibles » et non « problématiques » car ils disposaient d'un statut temporaire.

L'arrivée des femmes et des enfants donne lieu à l'émergence d'une nouvelle problématique, celle de la distance entre les caractéristiques sociales et culturelles des familles migrantes et les valeurs dominantes de la société de résidence. L'accroissement de leur visibilité en tant qu'usagers des institutions sociales (écoles, crèches,

maternités, services de la jeunesse, hôpitaux, filières de formation, etc.) va engendrer des interrogations quant à leur intégration et à la compatibilité de leurs pratiques culturelles avec les idéaux de laïcité ou d'égalité et de liberté de la société de résidence, notamment en matière de structure familiale, de rapports entre les sexes et de rôles parentaux. Dès lors vont émerger des tensions et des problèmes liés à la différence culturelle en lien avec la reproduction par les migrants de certaines pratiques comme la polygamie, l'excision et, ultérieurement, le mariage forcé, le port du voile ou les châtiments corporels des enfants. L'attitude jusque-là tolérante envers ces pratiques au nom du relativisme culturel va se transformer en un rejet, un « choc » envers ce qui apparaît dès lors comme des pratiques déviantes. Dans un contexte d'essor de la victimisation, des associations féministes dénoncent ce qui est thématisé comme des violences intrafamiliales insupportables, inacceptables, et demandent que soient respectés les droits des plus faibles, à savoir les femmes et les enfants. C'est par le prisme de la violence exercée sur les femmes que seront dénoncées et portées sur le devant de la scène publique des pratiques culturelles jugées dégradantes à leur égard. Ces thèmes seront repris par des discours politiques visant des enjeux, non plus d'intégration et du vivre ensemble, mais de fermeture des frontières.

Depuis le début des années 1990, à l'instar d'autres pays occidentaux, la Suisse est en outre concernée par l'arrivée d'un nombre croissant de requérants d'asile et de travailleurs européens, qualifiés comme non qualifiés. En effet, après dix ans de négociations, la Suisse a signé avec l'Union européenne des accords bilatéraux l'associant à l'espace Schengen de libre circulation et permettant aux ressortissants des pays européens de s'établir sur son territoire. De fait, à l'exception des droits politiques, les immigrants européens ont désormais les mêmes droits que les nationaux et *vice versa*. Nous assistons donc à la désagrégation du lien entre secteur économique et immigration d'une part, et à la diversification des motifs d'immigration d'autre part. Dorénavant, la participation de la Suisse au système international la soumet aux exigences de l'unification européenne et du droit humanitaire et la force à s'aligner sur la politique de ses voisins. Les ralentissements conjoncturels et les récessions économiques ne peuvent plus être amortis par la fermeture des frontières aux travailleurs immigrés européens. Toutefois, cette tentation demeure présente, comme le montrent les résultats d'une récente votation populaire au niveau national intitulée « Contre l'immigration de masse ».

En résumé, avec le développement de l'immigration familiale et d'asile, les migrants sont devenus des usagers des institutions suisses. Leur « culture », c'est-à-dire leurs us et coutumes, qui avait fait jusqu'alors l'objet de peu d'intérêt de la part des autochtones, devient dès lors « visible » par les professionnels de ces institutions, qui se retrouvent en première ligne, souvent sans formation pour penser et agir en situation d'interculturalité. Certaines pratiques « problématiques » génèrent des tensions autour de la question de la compatibilité de ces pratiques avec les cadres de référence, valeurs et idéaux des sociétés d'accueil, repris sous le terme d'intégration.

Qu'en est-il des effets de la stabilisation des permis de séjour sur l'intégration des migrants? Alors que la pierre d'achoppement du débat se situe autour des questions de l'accueil et de l'intégration, les études montrent que les immigrants, et surtout leurs descendants, ont remarquablement trouvé une place au sein de la société helvétique (Bolzman, Fibbi et Vial, 2003). On observe une convergence des niveaux de formation par rapport aux autochtones ainsi qu'une bonne distribution dans le monde du travail et une maîtrise de la langue. Il existe toutefois des ombres au tableau : les statistiques font état d'une surreprésentation des étrangers parmi les auteurs d'infractions et les personnes condamnées pénalement (Kuhn, 2012) et, de même, une surreprésentation des étrangers parmi les personnes présentant des problèmes de santé (Enquête suisse sur la santé) et certains troubles psychiques (Gabadinho, Wanner et Dahinden, 2007). On constate également une surreprésentation d'élèves d'origine étrangère parmi les enfants qui redoublent ou qui sont orientés vers des filières d'éducation spécialisée (Coradi Vellacott et Wolter, 2005; PISA, 2013) et des femmes migrantes parmi les personnes en recherche d'emploi (OCDE, 2012). Ces phénomènes, constatés de manière récurrente dans différents pays occidentaux, ont des origines complexes et multifactorielles qui laissent une large place aux inégalités sociales. La plupart des auteurs soulignent que l'intégration sociale et économique et la réussite scolaire sont rendues plus ardues par la discrimination — en particulier en termes de formation et d'emploi — et l'absence d'égalité des chances, obstacles qui peuvent susciter, chez certains, des mécanismes de marginalisation ou d'auto-exclusion (Furtos, 2008).

En ce début de 21^{e} siècle, dans un contexte de mondialisation économique et de climat de durcissement des politiques migratoires et de fermeture des frontières, les enjeux autour de la diversité, en particulier culturelle, se

sont complexifiés et amplifiés. Compte tenu des mutations contemporaines, bien que le « fait migratoire » ne soit pas nouveau, le discours politique sur ce phénomène a évolué, tout comme la valence qui y est associée. La notion de diversité succède à celle de différence culturelle. Contrairement à cette dernière, qui véhicule souvent l'idée d'un fossé voire d'une menace d'affaiblissement de l'identité nationale supposée homogène, la notion de diversité est considérée dans le discours institutionnel et politique progressiste comme un atout, découlant à la fois de la pluralité interne de nos sociétés modernes et de la reconnaissance du caractère pluriel du Sujet social. Cette reconnaissance et cette valorisation de la diversité sont en même temps au fondement d'un discours politique visant à renforcer la cohésion sociale par l'idéologie du vivre ensemble et de l'égalité des chances, qui sont censés faire reculer les inégalités et les discriminations. Dans cette optique, la « gestion de la diversité » renvoie essentiellement au domaine du politique, autour des concepts d'intégration et de respect du droit des groupes minoritaires (femmes, homosexuels, handicapés, étrangers) dans leur rapport au groupe dominant représenté par les instances étatiques. Mais cette question se pose aussi, nous l'avons vu, dans certaines situations concrètes, parfois difficiles, que les acteurs de terrain peuvent rencontrer. Il nous semble, comme le soulignent Licata et Heine (2012), que l'attitude adéquate lors d'une intervention interculturelle consiste moins à critiquer les positions de l'Autre, ou à renoncer à ses propres valeurs, qu'à trouver le moyen de les traduire en actes qui tiennent compte de la différence culturelle entre soi et l'Autre. Le recours à un interprète peut constituer l'un de ces actes, permettant à la rencontre interculturelle de devenir un espace où le « fossé culturel » peut être approché, visité et parcouru par le discours et la pensée des uns et des autres, faisant de l'expérience de la différence culturelle et de l'altérité des contenus élaborables, sans risque de s'y perdre (Goguikian Ratcliff, 2010).

Différence culturelle, santé mentale et diversité : quels paradigmes de recherche?

Au cours des trois dernières décennies, les sciences sociales, humaines et médicales se sont nourries d'une distinction, mise en avant par des anthropologues de la santé, entre trois mots anglais qui désignent la maladie : *disease*, la pathologie définie par la médecine, *illness*, l'expérience subjective du patient, et *sickness*, le phénomène social qui définit le rôle du malade et les attentes de la société (Kleinman, Eisenberg et Good, 2006; Zempleni, 1985). L'analyse de ces trois dimensions fondamentales de la maladie est pertinente pour mettre en relief une approche à la fois scientifique et médicale rendant compte d'un problème de santé biologique ou psychique et constructiviste, témoignant du rôle des agents sociaux à faire exister un problème de santé et à y répondre. Ainsi comprise, la santé publique s'inscrit dans un double franchissement, celui qui distingue le social du médical et celui qui sépare le domaine du privé de la sphère publique (Dozon et Fassin, 2001). Si la maladie (*illness*) est individuelle, nous comprenons donc bien que la santé, elle, est collective : le statut, la place et l'expérience de l'humain face à la santé et à la maladie, les modes de réponses sociales et institutionnelles se reconfigurent dans une logique de l'offre et de la demande, fortement influencée par les transformations sociales et culturelles contemporaines.

La santé mentale, prise comme objet d'étude, permet d'accéder aux pratiques et aux discours des agents sociaux, incluant les interrelations entre usagers et professionnels et les politiques à l'œuvre dans les structures hospitalières. Son étude requiert donc une approche multifactorielle, voire pluridisciplinaire. Face à la complexité de la problématique, les chercheurs tentent d'élaborer, de décrire, voire de mesurer les processus qui entourent et construisent ces réalités à la fois interpersonnelles et sociales. Il est frappant de constater la variété sémantique, épistémologique et méthodologique qui se dégage des travaux effectués dans le domaine des approches dites interculturelles. Pour Vatz Laaroussi, Riard, Gélinas et Jovelin (2013), la question se pose de savoir si les notions de diversité culturelle ou d'interculturalisme sont des concepts-valises qui se diluent dans la multitude de facettes ou de variables confondantes qui les composent ou s'ils contribuent à de nouvelles configurations théoriques et méthodologiques en émergence. Ces auteurs proposent de ramener les travaux dans le domaine de la recherche interculturelle, en dépit de leur variété, à trois grands paradigmes, qui à notre avis vont du plus « neutre » au plus « engagé ». Le premier, plutôt positiviste et fonctionnaliste, se réfère à la diversité comme à une donnée factuelle qu'il faut gérer et canaliser, et avec laquelle il faut composer. C'est le cas des études faites de manière descriptive ou comparative sur l'état de santé de différentes populations consultantes en institution. Le deuxième, interactionniste, constructiviste et subjectiviste, met en avant les processus de reconnaissance, de participation et de construction réciproques des acteurs en présence et la mise en place d'un vivre ensemble harmonieux. C'est le cas, par exemple, des travaux sur l'acculturation et les stratégies identitaires, ou sur le travail psychothérapeutique avec des interprètes. Le troisième, sociocritique, aborde la diversité par les rapports sociaux de domination et

associe les relations interculturelles aux mécanismes d'inégalité sociale et aux dynamiques de racisme et de discrimination. Nous retrouvons ici le cadre de la psychologie sociale ou encore les travaux sur l'intersectionnalité avec une approche genrée. Chacun de ces paradigmes a une légitimité, une validité intrinsèque et une valeur heuristique dans la description et la compréhension des phénomènes liés à la diversité et à l'interculturalité, pour autant qu'il ne s'érige pas comme vision unique.

Au sein de la relation soignante, la question du rapport à l'Autre se pose en termes de pouvoir et de reconnaissance, de prescriptions et de négociations. Face au patient, le professionnel incarne l'institution et, au-delà, les valeurs dominantes de la société. Comment reconnaît-il la diversité des usagers et interagit-il en fonction d'elle? Dans un contexte de mondialisation, il nous semble important d'accorder une attention particulière aux processus de transition, de transmission, de transformation, de créativité, d'emprunts, de co-construction, de métissage. Cela revient à étudier la construction de l'interculturalité en situation d'interaction sociale, c'est-à-dire les rapports entre individus, ceux entre groupes de population dominants et minoritaires ou encore ceux entre usagers et professionnels lorsque ceux-ci ne se réfèrent pas aux mêmes normes et valeurs socioculturelles.

***

Nous proposons dans ce numéro un regard pluriel sur la diversité, que ce soit au niveau des concepts, des modèles, des politiques mises en place ou des pratiques observées dans nos sociétés plurielles, et ce, avec des auteurs appartenant à des disciplines différentes. Cette ouverture repose sur un double questionnement, éthique d'une part – face à l'émergence des sociétés plurielles, comment conceptualiser, globaliser et problématiser le concept de diversité dans le domaine de la santé mentale? – et scientifique d'autre part – cette notion spécifique peut-elle aujourd'hui être déterminante pour l'élaboration d'un savoir critique et autocritique en santé mentale?

Philippe Chanson, anthropologue, décline les généalogies théoriques et les métaphores successives du concept de métissage en sciences humaines : il nous montre la variabilité sémantique d'une notion et, par là même, le sens qu'elle assume en fonction des filières scientifiques et des contextes sociaux pluriels. Procédant par analogies, sa perspective permet de figurer et de complexifier la notion, et de poser les jalons d'une pensée contemporaine du métissage.

Marika Moisseeff, anthropologue et psychiatre, adopte une perspective sociohistorique pour souligner la nécessité de se détacher d'une posture qui inscrit la différence culturelle dans une hiérarchisation des races sous-tendue par une pensée évolutionniste. Par l'analyse des dérives d'une telle tentative, elle illustre *a contrario* la nécessité de penser la diversité à travers le prisme de l'égalité, notion dont elle est indissociable, et conclut par quelques pistes concernant la relation de soin.

Ilario Rossi, anthropologue, nous invite à une réflexion contextualisée de la relation de soin en santé mentale. Il propose une lecture systémique des interfaces entre économie, technologie, science et clinique; il souligne ainsi le risque du primat d'uniformité, de standardisation et d'efficience sur la nécessité de penser la diversité comme subjectivité et corporéité.

Lise Demailly, sociologue, axe son propos sur la précarisation grandissante de nos sociétés occidentales contemporaines et sur l'enchevêtrement entre immigration et exclusion sociale et économique. Elle déconstruit et dénonce les logiques sous-jacentes à l'uniformisation des politiques de santé et celles qui régissent la gestion du relationnel.

Betty Goguikian Ratcliff, Claudio Bolzman et **Théogène Gakuba,** psychologues (1 et 3) et sociologue (2), se penchent sur la situation des femmes dans la migration internationale. Ils montrent que celles-ci, lors de leurs tentatives d'insertion professionnelle dans le pays d'accueil, subissent des discriminations multiples liées à la fois au genre et au statut d'immigrée, qui débouchent parfois sur un phénomène de déqualification touchant plus particulièrement les migrantes originaires de pays extra-européens. Ils soulignent les conséquences psychologiques de ces difficultés d'insertion.

Javier Bartolomei, **Rachel Baeryswil-Cottin** et **Natacha Premand**, psychiatres (1 et 3) et psychologue (2), montrent la nécessité de la part des professionnels et des institutions de la santé mentale d'adapter les connaissances psychopathologiques et scientifiques à une nouvelle réalité, de manière à développer des modèles de soin aptes à considérer simultanément les tableaux cliniques, les souffrances psychiques, les trajectoires de migration et la variabilité culturelle.

Références

Abélès, M. (2008). *Anthropologie de la globalisation*. Paris : Payot.

Bhatia, S. (2007). Rethinking Culture and Identity in Psychology: Towards a Transnational Cultural Psychology. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology, 27-28*(2-1), 301-321.

Bhatia, S. et Ram, A. (2001). Rethinking "acculturation" in relation to diasporic cultures and postcolonial identities. *Human Development*, *44*, 1-17.

Bolzman, C., Fibbi, R. et Vial, M. (2003). Que sont-ils devenus ? Le processus d'insertion des adultes issus de la migration. In H.R. Wicker, R. Fibbi et W. Haug (dir.), *Les migrations et la Suisse* (p. 79-100). Zurich : Seismo.

Bonniol, J.-L. (2011). Préface. Dans P. Chanson, *Variations métisses. Dix métaphores pour penser le métissage* (p. 13-21). Louvain-la-Neuve : Bruylant-Academia.

Chanson, P. (2011). *Variations métisses. Dix métaphores pour penser le métissage*. Louvain-la-Neuve : Bruylant-Academia.

Cohen-Emerique, M. et Hohl, J. (2004). Les réactions défensives à la menace identitaire chez les professionnels en situations interculturelles. *Les Cahiers internationaux de psychologie sociale*, *61*, 21-34.

Collier, S. et Ong, A. (dir.). (2005). *Global assemblages : Technology, politics, and ethics as anthropological problems*. Malden, MA : Blackwell.

Coradi Vellacott, M. et Wolter, S. (2005). *L'égalité des chances dans le système éducatif suisse* [en ligne]. Aarau : Centre suisse de coordination pour la recherche en éducation. http://www.skbf-csre.ch/fileadmin/files/pdf/publikationen/tb9_fr.pdf

Cuche, D. (1996). *La notion de culture dans les sciences sociales*. Paris : La Découverte.

Dozon, J.-P. et Fassin, D. (dir.). (2001). *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris : Balland.

Fassin, D. (2000). Entre politiques du vivant et politiques de la vie. *Anthropologie et sociétés, 24*(1), 95-116.

Furtos, J. (2008). *Les cliniques de la précarité : contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Paris : Masson.

Gabadinho, A., Wanner, P. et Dahinden, J. (2007). *La santé des populations migrantes en Suisse : une analyse des données du GMM : le rôle du profil sociéconomique, sociodémographique et migratoire sur l'état de santé, les comportements et le recours aux services de santé*. Neuchâtel : Forum suisse des migrations.

Glick-Schiller, N., Basch, L. et Szanton-Blanc, C. (1995). From immigrant to transmigrant: Theorizing transnational migration. *Anthropological Quarterly*, *68*, 48-63.

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

Guillebaud, J.-C. (2008). Le commencement d'un monde. Vers une modernité métisse. Paris : Seuil.

Hermans, H. (2001). The dialogical self: toward a theory of personal and cultural positionning. *Culture and Psychology*, *16*, 89-130.

Hermans, H. et Kempen, H. (1998). Moving cultures: The perilous problems of cultural dichotomies in a globalizing society. *American Psychologist, 53*, 1111-1120.

Hours, B. (2004). Trois objets-étapes de la globalisation de la norme de santé. *Autrepart* (1), 135-144.

Hugo, G. (2005). *Migrants in society: diversity and cohesion*. Genève : Commission mondiale sur les migrations internationales.

Kleinman, A., Eisenberg, L. et Good, B. (2006). Culture, Illness and Care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Focus, 4*, 140-149.

Kuhn, A. (2012). Comment s'explique la surreprésentation des étrangers dans la criminalité? [en ligne]. Genève : Vivre ensemble, Service d'information et de documentation sur le droit d'asile. http://www.asile.ch/vivre-ensemble/2012/10/06

Laïdi, Z. (2004). *La grande perturbation*. Paris : Flammarion.

Laplantine, F. et Nouss, A. (1997). *Le métissage.* Paris : Flammarion.

Leanza, Y. (1999). *Situations interculturelles dans le monde de la santé : quelles approches pour quel rapport à l'Autre ?* Poster présenté au VII[e] congrès de l'Association pour la Recherche InterCulturelle, Paris.

Licata, L. et Heine, A. (2012). *Introduction à la psychologie interculturelle.* Bruxelles : De Boeck.

Maier, T., Schmidt, M. et Mueller, J. (2010). Mental health and healthcare utilization in adult asylum seekers. *Swiss Medical Weekly, 140*, w13110.

Marmot, M. (2006). Health in an unequal world. *The Lancet, 368*, 2081-2094.

McMichael, A. et Beaglehole, R. (2000) The changing global context of public health. *The Lancet*, *356*, 495-499.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (2012). *Perspectives des migrations internationales*. Paris : OCDE. doi:10.1787/migr_outlook-2012-fr

Organisation mondiale de la santé (OMS). (1997). Intersectoral action for health. Conférence Halifax. OMS.

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2014). *La santé mentale : renforcer notre action* [en ligne]. OMS (aide-mémoire n° 220). http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/

Otero, M. (2003). *Les règles de l'individualité contemporaines. Santé mentale et société.* Québec : Presses de l'Université Laval.

Piguet, E. (2004). *L'immigration en Suisse. Cinquante ans d'entrouverture.* Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes.

PISA (2013). *Premiers résultats tirés de PISA 2012* [en ligne]. Berne : SEFRI/CDIP et Neuchâtel : Consortium PISA.ch. http ://www.edudoc.ch/static/web/ak- tuell/medienmitt/ergebnisse_pisa2012_f.pdf

Rossi, I. (2003). Mondialisation et sociétés plurielles ou comment penser la relation entre santé et migration. *Médecine et Hygiène*, *2455*, 2039-2044.

Saillant, F. et Genest S. (dir.) (2006). *Medical Anthropology. Regional perspectives and shared Concerns.* Malden, Oxford : Blackwell Publishing.

Sane, A. (2013). De la diversité aux problèmes interculturels : l'évolution des enjeux politiques et sociétaux de l'immigration africaine en France. Dans M. Vatz Laaroussi, E.-H. Riard, C. Gélinas et E. Jovelin (dir.), *Les défis de la diversité : enjeux épistémologiques, méthodologiques et pratiques* (p. 91-102). Paris : L'Harmattan.

Skandrani, S. (2013). L'identité en question. Critiques et nouvelles approches de l'identité en contexte transnational. Dans M. Vatz Laaroussi, E.-H. Riard, C. Gélinas et E. Jovelin (dir.), *Les défis de la diversité : enjeux épistémologiques, méthodologiques et pratiques* (p. 65-80). Paris : L'Harmattan.

Tribe, R. (2014). Globalization, culture and mental health. *International Review of psychiatry*, *26*(5), 535-537.

Vatz Laaroussi, M., Riard, E-H., Gélinas, C. et Jovelin, E. (2013). Introduction. Dans M. Vatz Laaroussi, E.-H. Riard, C. Gélinas et E. Jovelin (dir.), *Les défis de la diversité : enjeux épistémologiques, méthodologiques et pratiques* (p. 11-19). Paris : L'Harmattan.

Younès, C. (2002). Introduction. Dans C. Younès et E. Le Roy (dir.), *Médiation et diversité culturelle, pour quelle société ?* (p. 7-15). Paris : Karthala.

Zempleni, A. (1985). La "maladie" et ses "causes". *L'ethnographie, 81*(2-3), 13-44.

alterstice
Revue Internationale de la Recherche Interculturelle | المجلة الدولية للبحوث ما بين الثقافات | Revista Internacional de la Investigacion Intercultural | Revista Internacional de Pesquisa Intercultural | International Journal of Intercultural Research

ARTICLE THÉMATIQUE

Le paradigme du métissage : déclinaisons et combinaisons d'une donne aux pensers multiples

Philippe Chanson [1]

Résumé

Cette contribution explore dans une perspective anthropologique la question du métissage et les outils épistémologiques permettant d'en penser le processus. Elle tente cette exploration en se préoccupant des cliniciens de la santé mentale cherchant à dépasser le culturalisme et les essentialismes que noue la trop grande attention portée sur les différences culturelles et, de fait, en recherche d'outillage devant les imbroglios que présente aujourd'hui l'épiphénomène du métissage. Elle le fera en suivant explicitement les termes employés dans son intitulé : soit en traitant successivement du métissage en tant que paradigme, en mettant l'accent sur le fait que c'est systématiquement l'outil-clé de la métaphore qui est toujours privilégié pour l'aborder et le penser; puis, dans cette trace et par l'intermédiaire des meilleurs penseurs de la notion, en exposant cinq façons possibles de le décliner à l'aide de métaphores aussi différentes que celles de la mosaïque avancée par Roger Bastide, du rhizome développée par Gilles Deleuze et Félix Guattari, de l'identité narrative proposée par Paul Ricœur, du branchement retenue par Jean-Loup Amselle et de l'oscillation privilégiée par François Laplantine épaulé par Alexis Nouss – tout en avançant de surcroît qu'il est plus profitable encore d'enrichir notre approche du métissage d'un même sujet/objet métis/métissé en combinant ces différentes déclinaisons métaphoriques, même antagonistes, plutôt que d'en privilégier une seule (ce qui est proprement métisse). Enfin, seront tirés quelques fils d'ouverture dénouant notamment les liens peu évidents pouvant être établis entre métissage et diversité.

Rattachement de l'auteur

[1] Université de Louvain, Laboratoire d'anthropologie prospective (LAAP), Belgique

Correspondance

philippe.chanson@unige.ch

Mots clés

combinaison; différence; diversité; métaphore; métissage; outil-clé.

Pour citer cet article

Chanson, P. (2014). Le paradigme du métissage : déclinaisons et combinaisons d'une donne aux pensers multiples. *Alterstice, 4*(2), 13-24.

Avant-propos

Qu'est-ce finalement que ce concept devenu paradigmatique et dénommé « métissage »? Peut-on le définir et plus encore le penser? Que peut-on bien en faire dans une perspective clinique et avec quels outils de réflexion, quelles mises en œuvre possibles? Pourrait-il être une voie potentielle permettant de dépasser ces centrations beaucoup trop majorées sur les différences culturelles qui ont pour avatar de les essentialiser au point de générer ce sentiment de barrières infranchissables entre les personnes provenant de cultures fort diverses? Et quels sont les liens ou les distinctions pouvant être établis entre métissage et diversité? Il est entendu ici que la notion de métissage, ne pouvant plus être pensée dans les vieilles catégories raciologiques et de dégénérescences classificatoires, ne se réduit plus aux seules dimensions de productions générées par la rencontre sexuelle des corps, mais qu'elle recouvre un nombre de niveaux multiples, sociétal, géographique, économique, religieux, alimentaire, etc.

Telles sont les interpellations complexes posées par le colloque « Santé mentale et sociétés plurielles » aux anthropologues. Des interpellations auxquelles il n'est pas sûr que nous puissions répondre de façon satisfaisante, même en nous appuyant sur notre série d'études parues en 2011 sous le titre *Variations métisses*. Dans cet ouvrage, nous avions pourtant déjà tenté d'explorer quelques-unes de ces interrogations en présentant dix importants auteurs qui, parmi beaucoup d'autres, nous sont apparus les plus pertinents dans leur façon d'explorer et d'aborder comment penser le métissage. Nous disons bien penser *le métissage*, c'est-à-dire le concept en soi en tant que processus bien plutôt que les sujets métis/métissés en tant que personnes. Une nuance qui nous paraît appréciable et dont il nous faudra vérifier la pertinence.

Du paradigme

Mais tirons donc tout d'abord quelques grandes lignes sur le métissage en tant que paradigme, en insistant d'entrée sur le fait que si son « penser » peut participer à laminer la notion trop statique et trop investie de différence culturelle, c'est que le métissage n'est jamais un état, mais bien un *processus continu* (on *n'est pas* métis, mais toujours *en train* de le devenir) aussi flottant qu'erratique, imprédictible et immaîtrisable. En somme, un phénomène « en perpétuel devenir » qui « jamais ne se devine » (Laplantine et Nouss, 1997, p. 113-114). Ce qui induit pour tous les chercheurs au moins trois conséquences épistémologiques : la première (qui nous déjante de ces vérités bien trop assurées!) est que nous ne pouvons aucunement établir une définition du métissage (car définir toujours enclôt), si ce n'est éventuellement le *prédéfinir* très globalement – soit en tant qu'ébauche lexicale d'une première compréhension de la notion – tel un « mouvement de transformation né de la rencontre de l'autre » (Laplantine et Nouss, 2001, notice « Bricolage », p. 128), la deuxième est que le métissage nous convoque assurément à penser *dans* et *par* le métissage plutôt que d'établir une connaissance très improbable de la nature même *du* métissage (préface, p. 10) et la troisième est que le métissage nous oblige à trouver une forme de pensée « non saisissante » pour pouvoir malgré tout le penser, ce que la totalité des auteurs que nous avons étudiés ont résolu et appliqué en privilégiant de façon systématique l'outil-clé majeur qu'est la *métaphore* – un outil sur lequel a particulièrement insisté Paul Ricœur (1997).

Pourquoi donc la métaphore? Précisément parce que la métaphore ne décrit ni ne définit avec exactitude, mais toujours déplace, entraîne, déporte, suggère, transpose, transporte (*forein*) « au-delà de » (*méta*), voire suspend l'image, l'idée, le discours, le sujet exploré jusqu'à démultiplier les sens exprimés. Ainsi que l'a relevé Laplantine (Laplantine et Nouss, 2001, notice « Métaphore », p. 415), sa valeur instrumentale n'est pas d'offrir seulement « un sens caché sous le sens apparent […] mais un sens à côté du sens, un autre sens dans le sens, bref plusieurs sens entremêlés, mais qui ne sont pas néanmoins confondus ». Autrement dit, c'est parce que la métaphore offre un mode de connaissance *pluriel* et *indirect* réorganisant sans cesse toujours *autrement* la réalité énoncée – l'ouvrant donc à toute une série de possibles – qu'elle est reconnue par les intellectuels comme l'outil épistémologique par excellence du penser de la réalité si complexe et mouvante du métissage. Une notion qui, si elle reste de l'ordre de l'indéfinissable, n'est donc pas (grâce à cet outil) inénarrable. Ce que la palette des métaphores employées que nous pouvons recenser confirme et illustre à loisir, avec celles du mélange, du bricolage, du bris-collage, de la mosaïque, du nuage, du rhizome, de l'Arlequin, du branchement, de l'oscillation, du divers, du désordre, de la

reliance, du butinage, de la narration, de l'ajout, de l'opacité[1], etc., qui, à chaque fois, présentent une autre modalité, une autre approche, une autre logique à l'œuvre et donc toute une série de déclinaisons, parfois d'ailleurs tout à fait antagonistes, envers un même sujet/objet métis/métissé et sans pour autant l'épuiser.

Des déclinaisons

Tout ceci brièvement dit et pour le vérifier, esquissons maintenant plus spécifiquement quelques-unes de ces diverses façons de décliner le métissage à l'aide de cinq métaphores choisies et l'appui de leur auteur respectif[2], tout en montrant de surcroît qu'à chacun de ces « pensers »[3] correspond une modalité et une logique propre permettant d'approcher diversement cet épiphénomène à entrées multiples – des métaphores fort différentes qui nous apparaissent être conceptuellement les plus utiles pour des cliniciens.

La métaphore du syncrétisme en mosaïque de Roger Bastide : le métissage comme juxtaposition par principe de coupure

Prenons en premier lieu la métaphore de la mosaïque, plus précisément dite du « syncrétisme en mosaïque », développée dans les années 1953-1967 par Roger Bastide dans différentes contributions dont, en particulier, son célèbre livre de 1958 sur *Le candomblé de Bahia*[4]. Bastide, qui est un ethno-sociologue néo-structuraliste, spécialiste des dites « Amériques Noires », est l'un des premiers à avoir marqué notre domaine. Il s'agissait pour lui de trouver une analogie systémique opératoire touchant la question concrète des éléments de composition et d'interpénétration observés dans le domaine du religieux.

Que nous dit-il en substance? En étudiant l'organisation des cérémonies du candomblé, Bastide constate que cette religion afro-brésilienne, loin d'être bricolée n'importe comment à la manière d'un grand mélange syncrétique classique d'éléments fusionnés, comme on le croit souvent, a au contraire été élaborée selon une structure religieuse de base résolument africaine – il parle carrément de « morceau d'Afrique transporté d'un côté de l'Océan à l'autre » par les esclaves (2000, p. 107) – sur laquelle ont pu alors s'ajouter et s'ajuster de façon réfléchie, intelligente et tout à fait pragmatique, des morceaux de religions chrétiennes ou autres choisis en tant que relevant d'une double prémisse : celle d'*étanchéité* et celle de *fonctionnalité* propres à chacun des morceaux. Ce qui veut dire, pour lui, que tous ces morceaux du religieux ont été tout simplement *juxtaposés*, sans mélange, exactement à la manière des pièces d'une mosaïque. Un résultat rendu possible, selon Bastide, parce que nous avons affaire, à chaque fois, non seulement, comme l'avait établi Lévi-Strauss (2006, p. 30 et suivantes), à des pièces *précontraintes* par leur utilisation antérieure – qu'il n'est donc pas possible de bricoler et d'utiliser n'importe comment –, mais surtout à un *principe de coupure* permettant en un même temps, dans les esprits, la préservation des morceaux rapatriés comme leur combinatoire (Cuche, 1994). Mais c'est aussi possible parce qu'à chaque pièce pouvant ainsi représenter – par analogie – un système religieux, répond encore un *principe de participation* propre à ce système qui, encore doublé d'un jeu de *pensées coupantes* et de *pensées liantes* activé par les *correspondances symboliques*

[1] Respectivement déployé par : Serge Gruzinski (1999), Claude Lévi-Strauss (2006), André Mary (1994), Roger Bastide (2000), Karl Popper repris par Georges Balandier (1988), Gilles Deleuze et Félix Guattari (1976 et 1980), Michel Serres (1994), Jean-Loup Amselle (2001), François Laplantine épaulé d'Alexis Nouss (1997 et 2001), Victor Segalen (1978), George Balandier (1988), Edgar Morin (2004), Edio Soares (2009), Paul Ricœur (1988 et 1996), René Depestre (1998) et Édouard Glissant (1990). Nous indiquons dans le texte de cet article les dates des éditions consultées, et nous renvoyons le lecteur aux notices bibliographiques pour les dates de première parution.

[2] Le cadre de cet article ne nous permettant que d'ébaucher en quelques lignes l'étude des métaphores ici exposées, nous nous permettons de renvoyer à notre ouvrage *Variations métisses* (Chanson, 2011) qui consacre un chapitre entier à chacune d'entre elles comme à leur auteur.

[3] Nous entendons « le penser » ou « les pensers » selon la forme nominalisée proposée par Ricœur (1996, p. 12), soit comme la résultante de la mise en œuvre intellectuelle globale de la pensée/des pensées (leur somme en quelque sorte) concernant tout ce qui peut être pensé ou a été pensé, par un auteur, à propos d'un objet/sujet singulier.

[4] Outre celui-ci (cité ici dans sa réédition de 2000), on lira donc aussi de Bastide la série de travaux affinant ce concept : 1953, 1993 (réédition de 1955), 1995 (réédition de 1960), 1996 (réédition de 1967).

que l'on peut trouver entre les pièces[5] (faisant en somme office de ciment entre les morceaux, soit ce qui à la fois très concrètement les sépare et les soude), permet aux individus de passer d'une pièce religieuse à l'autre de façon harmonieuse et sans souci de mélange.

C'est ce que Bastide nomme donc expressément (1996, p. 159) « le syncrétisme *en mosaïque* ». Une métaphore qui a d'autant fait fortune en anthropologie qu'appliquée aux individus, elle nous offre singulièrement de comprendre non seulement comment on peut vivre son être métis en passant de case en case de ces différents *composants* de provenances (soit, suivant sa mixité, par exemple tantôt dans ses ascendances noires, ou blanches, ou amérindiennes), mais aussi comment un même sujet peut donc partager sereinement plusieurs appartenances religieuses et en assumer les alternances, soit, selon le bon proverbe afro-américain aux multiples variantes : être un fidèle catholique le matin, fréquenter une communauté pentecôtiste l'après-midi et s'afficher fervent adepte d'une cérémonie du candomblé le soir!

La métaphore du rhizome de Gilles Deleuze et Félix Guattari : le métissage comme antigénéalogie, soit comme entrées et sorties multiples

Deuxième métaphore, celle du rhizome déployée en 1976 par le philosophe Gilles Deleuze et le psychanalyste Félix Guattari dans l'ouvrage éponyme, *Rhizome*, qui sera repris plus tard en chapitre introductif de leurs *Mille plateaux* (1980). Ici, c'est à une perspective diamétralement opposée au néo-structuralisme bastidien à laquelle nous avons affaire : il s'agit d'une pensée déconstructiviste déclarée d'emblée « antigénéalogique **»**[6] et carrément a-topique en tant que pensée à déplacement, à étalement et à circulation tous azimuts, en un mot *erratique*. Une analogie végétale qui a pour objectif, pour ses auteurs, de penser l'existence de toutes choses et de toutes natures comme une mise en connexion folle des milles strates, réseaux et tissages infinis du réel.

Qu'est-ce qu'un rhizome? Totalement *hors structure*, le rhizome se présente en effet tel un bulbe végétal à tiges, tigelles et tubercules pouvant se ramifier et proliférer à l'infini et qui, coupés, bouturés n'importe où, ont la capacité de repartir de plus belle dans des directions multiples, imprévisibles, inattendues et littéralement « in-sensées » en se modifiant sans cesse. Ce qui fait du rhizome un ensemble qui n'a plus, en somme, ni entrée ni sortie générique principale. Une excellente illustration nous en est donnée par l'image typiquement rhizomique d'une mangrove (exploitée par ailleurs par les écrivains créoles antillais pour parler de leur identité[7]), cet inextricable fouillis de tiges aériennes, terriennes, souterraines et aquatiques qui s'accrochent en plusieurs endroits sur les quelques troncs incertains de l'ensemble qu'elles participent à alimenter. C'est une métaphore qui s'oppose de fait à celle de l'arbre qui s'enracine dans la verticalité et qui dépend d'une filiation unique, à l'instar de nos arbres généalogiques où tout part d'un tronc puis s'étale en branches diverses – alors qu'avec le rhizome, dont la modalité est précisément déclarée « antigénéalogique », c'est l'arbre à l'envers! Tout part d'abord de multiples échappées *transversales* de branches-tiges, qui ensuite s'amalgament en quelques troncs possibles. Ce qui, dans notre optique, pose aujourd'hui toute la question de l'identité du sujet bien plutôt en termes *d'affiliations* (au sens d'appartenances multiples) qu'en termes de *filiation* « ensouchant » ce même sujet sur un tronc unique.

Dans la même lignée, signalons que Deleuze et Guattari, dans la suite de leur texte, activent encore d'autres analogies rhizomiques ayant la même portée, notamment celle de l'objet-livre (1980, p. 9-13 et 18-19) qui, tel un dictionnaire à entrées et à sorties multiples, renvoie de manière infinie chacun des mots expliqués à tous les autres. Ou, mieux encore, celle d'une carte géographique (p. 19-23) qui présente un fouillis de signes, de villes-bulbes, de rues-tigelles, de routes-tiges, grandes, petites ou sans issues, de tunnels en pointillés, de chemins de traverse

[5] Des correspondances symboliques par exemple entre les dieux africains et les saints chrétiens dont on utilise les représentations iconographiques. Ainsi, au Brésil, la déesse-mère d'origine yoruba, Yemanja, assimilée à Marie, ou encore Oxalá, la divinité de la vie et de la pureté associée au Christ.

[6] « Le rhizome est une antigénéalogie. […] un rhizome n'est justifiable d'aucun modèle structural ou génératif. Il est étranger à toute idée d'axe génétique, comme de structure profonde » (Deleuze et Guattari, 1980, p. 18-19). Par quoi nos auteurs n'entendent pas tant, subtilement, une pensée a-généalogique que pan-généalogique au sens où le rhizome entraîne à penser que tout est finalement généré par tout, ce qui induit que nous sommes mis clairement en face d'une pensée a-topique, à de la fluctuation comme à de la modification continues, et donc à du non-mesurable.

[7] Voir en particulier Édouard Glissant (1990 et 1996), dont nous traitons par ailleurs (Chanson, 2002).

bouturés, de branchements suturés, de croisements-tubercules, etc., et qui, là encore sans axe directif, fourmille d'entrées et de sorties multiples – car peu importe finalement par où l'on y entre et où l'on aboutit.

La métaphore de l'identité narrative de Paul Ricœur : le métissage comme récit-texte à la fois autobiographique et biographique

Avec Paul Ricœur maintenant, philosophe, herméneute et éthicien des théories anthropologiques et sociales, c'est encore d'un tout autre registre de déclinaisons dont il s'agit : celui mis en œuvre par la métaphore de la narration. Déjà esquissée dans une contribution de 1988 précisément intitulée « L'identité narrative », elle est prolongée dans le maître-livre de 1996, *Soi-même comme un autre*, où il cherche à savoir comment, philosophiquement, décoder la compréhension du *soi* de l'identité. C'est une pensée très complexe que nous résumerons en disant ceci : dans le fond, l'appréhension du sujet, chez Ricœur, c'est un double exercice *de traduction* et *d'interprétation* à la fois *interne* de soi-même et *externe* sur son soi-même conjugué par l'autre, ceci *via* tout un métissage de narrations multiples.

L'exercice de Ricœur est en effet de comparer notre existence personnelle à un vaste récit composé de textes pluriels jamais achevés, des narrations qui peuvent être tour à tour productions ou émanations historiques, romanesques et fictives, entrecroisant tout à la fois des *biographies* que les autres produisent sur nous, c'est-à-dire sur notre *personnage* (le Soi réfléchi dans le temps, en « Il »), et des *autobiographies* que nous produisons de nous, sur nous, de ce que nous croyons être ou voulons être, c'est-à-dire de notre *personne* (le Soi réfléchi dans l'instant, en « Je »). C'est ce que le philosophe nomme une « identité *narrative* ».

Notre identité, c'est cette grande narration dialectique de récits combinés, croisés, métissés, interprétés et traduits autant par moi (ce que je me raconte) que par ce que les autres disent et racontent de moi, sur moi (ce que je « re-présente » devant l'autre et pour l'autre), ce qui, au total, *me réfléchit* au propre comme au figuré en ce sens que toutes les facettes de ce grand ensemble de narrations multi-référentielles me portent, tel un miroir, *à (me) réfléchir autant sur moi-même que sur autrui*. Ce qui fonde mon éthique, puisque c'est précisément ce « réfléchissement » qui me porte à m'« in-fléchir » vers une pensée, une réflexion et une finalité morales. Une manière, pour Ricœur, d'inscrire l'existence humaine à la fois dans sa dimension *singulière* et dans sa dimension *universelle*, soi en tant qu'être *unique* et *divers*, tout en induisant clairement que toute existence *oblige de passer par autrui, par l'altérité*, c'est-à-dire par ce qui est extérieur à soi, pour pouvoir revenir à soi – explication du fameux « soi-même comme un autre ».

La métaphore du branchement de Jean-Loup Amselle : le métissage comme lieu déterritorialisé et à géométrie variable dont il faut remonter les fils

Une quatrième déclinaison du métissage qui peut nous être profitable est celle avancée par l'anthropologue africaniste Jean-Loup Amselle. Avec lui, on quitte le champ traditionnel des recherches métisses attachées aux identités pour entrer dans celui de l'appréhension universelle des cultures. C'est un pas qu'Amselle a franchi à la suite d'un premier livre à succès intitulé *Logiques métisses* (1999, paru en 1990) où il avait défendu l'idée que puisque tous les sujets et les objets créés répondent inévitablement, depuis leur genèse, à des logiques fondamentalement métisses, c'est-à-dire totalement *continuistes*, le métissage n'était à tout dire qu'une notion moderne tout à fait anachronique[8]. Or, dans un autre ouvrage, *Branchements. Anthropologie de l'universalité des cultures* (2001), Amselle revient une douzaine d'années plus tard sur la question par un autre biais. Il propose en lieu et place la mise en chantier de la métaphore du branchement (annoncée dans son titre), une analogie qui tourne autour de la question de savoir comment effectivement appréhender, dans un monde désormais globalisé, l'universelle connexion continue des cultures entre elles.

[8] Du point de vue de la génétique moderne, au fond, les mots de « métis » et « métissage », identiquement à celui de « race », n'ont effectivement plus vraiment et logiquement de sens. Si tout un chacun est dit « métis », la notion même est de fait aussi caduque que celle de « race » en ce qu'elle devient le synonyme « d'homme », « d'humain »! Selon Amselle, la notion de « métissage » ne garde ainsi un intérêt que « comme *antidote* à celle [aussi péjorative et absconse] de race » ([1999, p. vi, c'est nous qui soulignons). Il reste que « métis » et « métissage » deviendront peut-être bientôt des anachronismes au même titre que l'expression curieuse de « mariage mixte ».

Prenant donc appui sur sa métaphore électrique, Amselle entrevoit dès lors le fait métis comme un branchement en continu sur toute une série de réseaux de signifiants planétaires qui peuvent être alors tour à tour débranchés, dérivés ou permutés, de leur passé le plus lointain jusqu'à aujourd'hui, et ceci dans n'importe quel registre : anthropologique, sociétal, linguistique, religieux, etc. De fait, il s'ensuit que si l'on tend à savoir quelque chose à propos d'un de ces registres, il faut tâcher de remonter les fils de tous les branchements, en faire donc l'anamnèse, sans oublier de voir, par la même occasion, où il y a eu débranchements, reconnexions ou permutations.

Pour être plus concret et prendre un exemple avancé parmi tant d'autres, c'est avec ce genre d'outil qu'Amselle (2001, p. 15) en est arrivé à revoir tout le concept « Afrique » qu'il n'entrevoit plus du tout sous la seule forme immuable du continent africain, mais telle une entité « à géométrie variable ». Car selon son épistémologie, l'Afrique contemporaine appartient finalement tout aussi bien aux villages africains d'Afrique qu'aux banlieues noires françaises, aux ghettos afro-américains ou aux favelas du Brésil noir de Bahia, c'est-à-dire partout où elle s'est rebranchée. Ce qui veut aussi dire, *a contrario*, qu'il peut tout à fait y avoir – par processus identique –, des pans entiers de territoires africains qui, totalement investis par une culture autre, acculturés, ne sont plus du tout africains.

Une métaphore donc *stratégique* pour son auteur en ce qu'elle lui permet – nous dit-il – de « rebattre les cartes et d'effectuer une nouvelle donne » (p. 9) en déconstruisant, pour les remettre à plat, nombres de présupposés et d'imaginaires, voire de fantasmes, souvent faussement portés, pour ne pas dire dangereusement radicalisés, sur l'origine des civilisations, des objets ou des idées. Un outil qui lui permet ainsi de contrer toute idée de culture en circuit fermé, d'éviter donc les isolats et de défier toute idée de pureté originelle. Et bien plus encore puisque, au total et par report analogique, cette approche « déterritorialiste » peut concerner les individus : à savoir que de mon passé le plus lointain à l'instant où j'en parle, je suis quelqu'un de branché en continu sur toute une série de réseaux identitaires qui peuvent, au gré des rencontres, des humeurs et des circonstances, être tour à tour débranchés, rebranchés, dérivés, permutés, autrement dit aussi « à géométrie variable ».

La métaphore de l'oscillation de François Laplantine (épaulé par Alexis Nouss) : le métissage comme tension et travail sur « l'entre »

Enfin, nous traiterons de François Laplantine, anthropologue et formé en psychanalyse. Il a puisé dans le terrain de l'Amérique latine et en particulier dans celui du Brésil comme dans un gros travail philosophique et scriptural, épaulé parfois par le linguiste Alexis Nouss avec lequel il a publié, en 1997, *Le métissage. Un exposé pour comprendre. Un essai pour réfléchir*, de même que le tout premier dictionnaire sur le sujet intitulé : *Métissages, de Arcimboldo à Zombi* (2001). Sa perspective est extraordinairement riche, maturée, malaxée, foisonnante (plus de 1 500 pages de contributions consacrées au métissage[9] en sus des travaux écrits avec Nouss), presque fébrile et d'autant jamais aboutie qu'elle s'absorbe volontairement dans la pensée de l'oscillation, oscillation non binaire et métronomique mais multipolaire, agitée tous azimuts. Une métaphore donc plutôt « spatiale », privilégiée parmi les nombreuses de son cru, mais à partir de laquelle Laplantine tente paradoxalement d'appréhender *concrètement* et même *pathologiquement* le vivre métis tout en renonçant épistémologiquement parlant à toute idée de maîtrise. Oscillation non seulement parce que le métissage touche pour lui aux choses de l'esprit (là où se vit le tragique), mais aussi parce que dans la mesure où il est composé constamment en alternance entre deux, trois, quatre, dix (ou plus) pôles divers eux-mêmes agités en tous sens, le métissage ressemble à quelque chose qui peut s'assimiler à du tremblement : soit à un état, vécu, où le sujet se retrouve forcément en tension, dans la position toujours indéterminée de « l'entre ».

Comme nous y entraîne encore Laplantine (Laplantine et Nouss, 2001, notice « Clair-obscur », p. 157-163), il faut en effet nous imaginer l'oscillation comme une position « d'entre » toujours changeante, jamais stabilisée, au sens d'un « entre » par graduation, par intensité ou en dégradé, tel le passage du clair à l'obscur à la nuit tombante. Ce qui induit pour lui que le métissage n'est jamais un processus de simultanéité mais bien de *successivité*, et donc que le métis n'est jamais vraiment lui-même en totalité en ce qu'il n'est toujours qu'*une* part de ses parts qui le métissent. Aussi, aboutit-il à dire que loin d'être un individu mélangé, ce métis (qui est notre condition commune)

[9] Il faut résolument lire, de Laplantine, pour le moins : 1994, 1995, 1999, 2002, 2003.

est bien au contraire, et ceci… *et puis* cela… *et puis* encore ceci… *et puis* encore cela…, mais jamais en même temps ni en forme d'addition, parce que toujours *en oscillation*, en alternance, en « entre-deux », et de fait, toujours en tension temporelle à l'intérieur de lui-même : *entre* ceci *et puis* cela… et encore *entre* ceci *et puis* cela, au gré des circonstances de sa vie. Une tension permanente – immanquablement avec ses zones d'inconfort – que Laplantine explicite du reste de façon particulièrement intéressante tout simplement à partir du mot même : « métissage ». Ainsi fait-il remarquer (2005, p. 12) que ce terme est constitué de deux composés que sont « mé » et « tissage ». Le terme « tissage » nous rappelant positivement le mouvement d'aller-retour continuel de la navette – l'activité de tressage produite par oscillation –, alors que le préfixe « mé » signale négativement une tension puisqu'il est toujours utilisé pour exprimer un caractère de manque, d'absence ou d'incomplétude tel : mé/sentente, mé/connaisance, mé/prise, mé/fiance, mé/disance, mé/contentement, mé/diocrité, etc. Raison pour laquelle la modalité du métissage, chez Laplantine, n'exprime ni une valeur, ni une panacée salvatrice, ni une fascination imaginaire qui porte à idéaliser une supra-unité en devenir pouvant aboutir à cette jouissance solaire que l'on peut prêter candidement au phénomène.

Ce qui reste donc important à retenir ici, c'est que le métissage chez Laplantine, perçu en tant qu'échange continu et oscillatoire de relations toujours tendues, en mode alternatif et nomade jamais stabilisé[10], c'est finalement la métaphore usuelle *du cheminement de vie* de tout un chacun, un cheminement qui consiste – selon ses termes – « à habiter son "moi" à plusieurs » (2001, p. 15). C'est pourquoi il en résulte, pour l'analyste-clinicien, à patiemment explorer ces charnières, ces carrefours, ces intersections, ces intervalles, ces marges, ces plis en creux, ces interstices, ces moindres failles, ce qu'il appelle « ces toutes petites liaisons », « ces tout petits états intermédiaires » (2003, p. 12 et 59) que sont toutes ces manières *tendues* de se tenir à chaque fois « entre », d'être « entre », qui définissent tous les composés métis. Un travail qui seul permet de « dé-couvrir » tant soit peu comment l'ensemble fonctionne et où peuvent se situer les zones de flottement et d'incertitude[11].

Des combinaisons

Au bout de ce modeste tour d'horizon qui ne concerne pourtant *que* cinq façons de penser le métissage, on se retrouve néanmoins déjà pourvu d'une sorte de caisse à outils du penser métis dont l'utilisation peut indubitablement permettre de travailler – nous semble-t-il – des approches réflexives fort diverses en perspective clinique – pour peu bien sûr que nous soyons curieux, ouverts, novateurs et créatifs lorsque nous prenons ces outils en main. Nous disons bien *ces* outils, tant nous savons bien que lorsque nous nous mettons à bricoler, nous activons pratiquement toujours *plusieurs* outils nous permettant d'aboutir à ce que nous avons mis en œuvre. Or, lorsqu'il s'agit d'aborder un sujet anthropologique ou clinique, on constate que le réflexe « classique », dans les deux disciplines (comme dans bien d'autres d'ailleurs), est de très souvent privilégier finalement très naturellement *une seule* modalité d'approche, ou ce que nous considérons être *la* modalité d'approche idoine et donc l'outil qui nous paraît le plus approprié. Pourtant, dans la trace de ce que nous avons mis à jour, on mesure rapidement que cette méthodologie est en fait singulièrement restrictive. Il peut être en réalité fort probant et enrichissant de décloisonner les frontières de nos choix limitatifs en utilisant bien plutôt *plusieurs* outils pour décrypter *un seul et même* objet ou sujet métis/métissé – autrement dit, en activant diverses façons de le penser.

[10] Il est clair que l'expérience d'une telle pensée oscillatoire s'ouvre de façon presque trop crûment réaliste, chez Laplantine, sur le gouffre sans fond des incertitudes et des tensions de l'existence. On remarquera néanmoins que c'est parce qu'elle s'ouvre chez lui vers un espace infini de novations par le fait de réfléchir sur les « entre », que cette voie permet d'aider à mieux penser, vivre et gérer les crises et problèmes de nos existences et de notre monde. Précisément parce que ces crises et problèmes sont toujours l'effet de tensions « entre ».

[11] Laplantine (2003, p. 375-377) en donne comme illustration fort parlante « la vie du bus » tirée des *Nouveaux contes froids* de Virgilio Piñera (1979/1999) : le monde métis serait semblable à une vie de bus, fait de va et vient continuels, dans lequel les passagers ne cessent de monter et de descendre (les oscillations) et où les relations sont faites de frottements, de flottements, de regards, d'affects, d'allusions, d'imaginaires et d'illusions (les tensions) où viennent et continueront de venir, sans cesse, se briser toutes les questions de l'esprit humain : Qui est-ce? Que fait-il? Où vit-il? À quoi pense-t-il? Où va-t-il? Etc. Or, ce ne sont pas ces questions-là, sans réponse, qui doivent être travaillées pour Laplantine, mais bien les articulations, ces petits riens « entre » qui relient ces éléments et composants métis.

Pour l'illustrer de façon palpable, prenons le terrain religieux créole des Antilles françaises sur lequel nous avons travaillé plusieurs années, terrain fortement marqué par le métissage. Pendant longtemps nous avons cherché à mettre en œuvre *la* métaphore du penser métisse qui nous semblait la plus apte à expliquer le *turnover* des individus circulant entre les différentes niches religieuses disponibles. Mais alors que nous avions pensé trouver, dans la métaphore bastidienne du syncrétisme en mosaïque abordée plus haut – soit dans la juxtaposition sans mélange des différentes pièces à disposition sur le marché local du religieux –, *la* clé herméneutique adéquate et donc *la* bonne déclinaison nous permettant de décrypter les cheminements thérapeutico-spirituels des individus, nous nous sommes rapidement rendu compte, par la suite, que, bien plus encore, une activation concomitante de *plusieurs* métaphores, *même (et surtout!) antagonistes*, pour observer ce *même et seul* sujet métis/métissé, était une voie encore plus féconde et surtout plus objective à explorer. Ne serait-ce que parce qu'elle nous offrait cette possibilité de regarder un *même* objet anthropologique sous *plusieurs* angles ou facettes. Une perspective devenue particulièrement claire lorsque nous avons eu l'occasion d'enquêter sur le culte votif rendu à la divinité Nagourmira sollicitée au sein de l'hindouisme créole antillais généré au lendemain de l'Abolition par les immigrants tamouls du Sud indien engagés pour remplacer la main-d'œuvre servile désertant les plantations (Chanson, 2009, p. 38-41 et 2010, p. 448-456), un culte dont la particularité étonnante est que, en réalité d'origine musulmane (L'Étang, 2001), il est également régulièrement suivi par de nombreux catholiques!

Ce que nous avions remarqué là – pour reprendre les métaphores exposées –, c'est qu'activer la métaphore de l'identité narrative de Ricœur permettait de compiler une claire *narratologie* permettant de croiser et de décroiser tout un lot de matériaux littéraires et de sources orales attachées à Nagourmira; qu'activer la métaphore du rhizome avancée par Deleuze et Guattari permettait d'établir, en appui, une sorte de *cartographie* d'appréhension aérienne, en surplomb, révélant tous les lieux étendus de provenances ayant participé à produire et à véhiculer, des Inde aux Antilles, le culte rendu à ce Saint; qu'activer la métaphore du branchement d'Amselle permettait de dresser une *topographie* de chacun des lieux déterritorialisés attachés à ce culte lorsqu'on en observait ses branchements et ses débranchements; qu'activer la métaphore du syncrétisme en mosaïque de Bastide permettait d'obtenir en sus une *radiographie* autorisant une appréhension beaucoup plus endogène de ce même culte analysé cette fois du côté de l'observé composant avec d'autres niches religieuses et qu'enfin activer la métaphore de l'oscillation avancée par Laplantine et Nouss permettait alors de sonder par *échographie*, par « résonance magnétique » en quelque sorte, l'appréhension plus pathogène, entrevue d'affects, des individus choisissant pour telle ou telle raison d'assumer les coûts d'un service votif adressé à cette déité.

Il est clair que nous n'avons pas loisir de développer ici ce qui précède. Mais il s'avérait en tous les cas, au total, que cette mise en œuvre d'outillage métaphorique diversifié pour penser comment se présentait le métissage touchant Nagourmira offrait de nombreux avantages. En croisant des optiques synchroniques, spatiales, topiques, diachroniques et vibratoires, elle nous permettait de mieux dénouer les imbroglios phénoménologiques, épistémologiques, heuristiques et théologiques attachés à cette forme de culte fort métissé dévolu à une divinité hindoue antillaise d'origine musulmane et sollicitée – comme nous l'avons évoqué – par de nombreux catholiques. Elle nous dictait aussi de sortir des creusets d'une anthropologie trop classificatoire et hégémonique. Elle nous incitait également à ne jamais conclure ni enclore. Et, surtout, elle nous permettait de pallier les risques de *surinterprétations* et de *mésinterprétations* inhérents à toute observation.

Si on applique ici ce même processus (pas loin d'être holistique) de déclinaison et de combinaison des pensers du métissage dans le cadre d'une analyse clinique, nous sommes quasiment assurés – encore une fois pour peu que nous soyons ouverts, curieux, novateurs et créatifs lorsque nous exploitons ce type d'outil – de pouvoir aboutir à des résultats semblables. En tous les cas et pour le moins, devant la complexité comme devant la diversité des situations qui se présentent, il nous semble que cette approche heuristique pourrait encourager les cliniciens à travailler sur de nouveaux positionnements pluriels pouvant soit remettre en question soit dédoubler la validité des modèles thérapeutiques et cliniques aujourd'hui en usage. Une optique qui inciterait non seulement à varier les perspectives, mais aussi à aborder en fin de compte de façon diverse ce que produit la diversité elle-même. Et d'autant si nous cherchons précisément – comme le proposait le colloque « Santé mentale et sociétés plurielles » – à contrer les dangers de radicalisation des différences que nous établissons si fréquemment entre les individus (et donc les pièges de sectorialisation, de marginalisation, de hiérarchisation voire d'exclusion qui nous guettent).

En ouverture

Dans la foulée de ce que nous venons d'explorer, disons justement encore un mot sur ces rapports entre métissage et diversité qui questionnent le thème de la santé mentale mis au défi de nos sociétés plurielles.

D'un point de vue anthropologique, il nous semble que nous sommes amenés finalement à entendre que le métissage fait de la diversité un ensemble indifférencié de différents *composants* (culturels ou autres) qui, à chaque fois diversement amalgamés, métissent différemment chaque individu en tant que *composé*. Ce qui veut bien dire, selon cette façon de voir, que l'avatar essentialiste de la différence culturelle marquant et distinguant les sujets entre eux par centration culturaliste (de celle donc qui assimile finalement l'individu à sa culture, comme étant façonné et quasi produit, créé par sa culture) s'efface devant cette diversité ainsi perçue bien plutôt en tant qu'ensemble de *composés* qu'en tant qu'ensemble de *composants*. Une nuance subtile, mais particulièrement importante tant au niveau épistémologique qu'au niveau herméneutique mis en œuvre face aux patients. Donc ne pas penser l'individu comme un composant – forcément métis! – mais plutôt penser le composé interculturel ou transculturel qui le métisse. En d'autres termes, passer de cette fameuse centration portée sur les sujets culturels eux-mêmes, que l'on a que trop tendance à enfermer dans leurs différences, *à différentes manières de penser la donne métisse elle-même*, et s'ouvrir ainsi à l'infiniment diversifié qui fonde la diversité elle-même!

Raisons pour lesquelles, pour aller encore un peu plus loin, nous pourrions tout à fait dire que chaque individu représente *une* des facettes de la diversité pouvant participer à produire ce que Bernabé, Chamoiseau et Confiant, auteurs martiniquais du manifeste *Éloge de la Créolité* (1989), aiguisés au creuset d'une mémoire blessée par la traite et l'esclavage, ont qualifié très finement de « *Diversalité* ». Un sorte de post-processus (ou de « post-penser ») du métissage précisément avancé pour chercher à déborder toutes ces filiations racialistes et autres maléfices coloristes (Bonniol, 1992) dont s'est nourri le colonialisme historique. Ces auteurs sont fort en avance sur les questions de métissage, dont ils sont, en tant que *créoles* (de *creare*, créer) la résultante anthropologique surprise et toujours mouvante totalement impensée par le « père » colonial – et ceci aux carrefours de l'Europe, de l'Afrique, de l'Asie, du Moyen-Orient et des Amériques! Par cet heureux néologisme, ils ont cherché à exprimer que la diversité était non seulement toujours plurielle (ce qui n'est pas une tautologie, ils parlent d'ailleurs *des* diversités), mais surtout que ces diversités ne pouvaient jamais se penser en terme homogénéisant d'universalité mais bien, nuance, en tant qu'harmonisation consciente à préserver au sein même de l'universel – ce que veut précisément dire *Diversalité*[12].

Bibliographie

Amselle, J.-L. (1999). *Logiques métisses. Anthropologie de l'identité en Afrique et ailleurs*. Paris : Payot. (1e éd. 1990).

Amselle, J.-L. (2000). Le métissage : une notion piège. *Sciences Humaines*, *110*, 50-51.

Amselle, J.-L. (2001). *Branchements. Anthropologie de l'universalité des cultures*. Paris : Flammarion.

Balandier, G. (1988). *Le désordre. Éloge du mouvement*. Paris : Fayard.

Bastide, R. (1953). Contribution à l'étude de la participation. *Cahiers internationaux de sociologie*, *14*, 130-140.

Bastide, R. (1993). Le principe de coupure et le comportement afro-brésilien. *Bastidiana*, 4, 75-83. (originellement publié en 1955 dans *Anais do XXXI congresso internacional de Americanista*, vol. I. Sao Paulo, 493-503).

Bastide, R. (2000). *Le candomblé de Bahia. Transe et possession du rite du candomblé*. Paris : Plon. (1e éd. 1958).

Bastide, R. (1995). *Les religions africaines au Brésil. Contribution à une sociologie des interpénétrations de civilisation*. Paris : Presses Universitaires de France. (1e éd. 1960).

[12] On notera que ce néologisme, où l'on retrouve en filigrane les mots « divers », « diversité » et « universalité », est écrit en lettres majuscules à la toute fin de leur manifeste (Bernabé, Chamoiseau et Confiant, 1989, p. 55). La définition qu'ils en donnent est « l'harmonisation consciente des diversités préservées » ou encore, selon Chamoiseau (1997, p. 297), « cette dynamique de l'Unité qui se fait en Divers » ou « ce Divers en partage » (p. 268).

Bastide, R. (1996). *Les Amériques Noires. Les civilisations africaines dans le nouveau monde* (3e éd.). Paris : L'Harmattan. (1e éd. 1967).

Bernabé, J., Chamoiseau, P. et Confiant, R. (1989). *Éloge de la Créolité*. Paris : Gallimard.

Bonniol, J.-L. (1992). *La couleur comme maléfice. Une illustration créole de la généalogie des Blancs et des Noirs*. Paris : Albin Michel.

Chamoiseau, P. (1997). *Écrire en pays dominé*. Paris : Gallimard.

Chanson, P. (2002). *La Créolité antillaise, avènement de la Parole métisse*. Louvain-la-Neuve : Université catholique de Louvain, Laboratoire d'Anthropologie Prospective.

Chanson, P. (2009). Le magico-religieux créole comme expression du métissage thérapeutique et culturel aux Antilles françaises. *Histoire et Missions Chrétiennes*, 12, 27-51.

Chanson, P. (2010). *Dieu en tracées créoles. Guyane-Antilles, 1985-2009, une ethnographie* (thèse de doctorat non publiée). Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgique.

Chanson, P. (2011). *Variations métisses. Dix métaphores pour penser le métissage*. Louvain-la-Neuve : Academia Bruylant.

Cuche, D. (1994). Le concept de « principe de coupure » et son évolution dans la pensée de Roger Bastide. Dans P. Laburthe-Tolra (dir.), *Roger Bastide ou le réjouissement de l'abîme* (p. 69-83). Paris : L'Harmattan.

Deleuze, G. et Guattari, F. (1976). *Rhizome*. Paris : Minuit.

Deleuze, G. et Guattari, F. (1980). *Capitalisme et schizophrénie,* vol. 2*., Mille plateaux*. Paris : Minuit.

Depestre, R. (1998). *Le métier à métisser*. Paris : Stock.

Glissant, É. (1990). *Poétique de la Relation*. Paris : Gallimard.

Glissant, É. (1996). *Introduction à une Poétique du Divers*. Paris : Gallimard.

Gruzinski, S. (1999). *La pensée métisse*. Paris : Fayard.

Laplantine, F. (1994). *Transatlantique. Entre Europe et Amériques latines*. Paris : Payot.

Laplantine, F. (1995). Écrire la différence. Dans J. Guibal et I. Lazier (dir.), *La différence* (p. 25-39). Grenoble : Musée Dauphinois.

Laplantine, F. (1999). *Je, nous et les autres. Être humain au-delà des appartenances*. Paris : Éditions Le Pommier.

Laplantine, F. (2002). L'anthropologie genre métis. Dans C. Ghasarian (dir.), *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive. Nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux*. (p. 143-152). Paris : Armand Colin.

Laplantine, F. (2003). *De tout petits liens*. Paris : Minuit.

Laplantine, F. (2005). Préface. Dans R. de Villanova et G. Vermès (dir.), *Le métissage interculturel. Créativité dans les relations inégalitaires* (p. 9-13). Paris : L'Harmattan.

Laplantine, F. et Nouss, A. (1997). *Le métissage. Un exposé pour comprendre. Un essai pour réfléchir*. Paris : Flammarion.

Laplantine, F. et Nouss, A. (2001). *Métissages, de Arcimboldo à Zombi*. Paris : Pauvert.

L'Étang, G. (2001). Nagoumila : une figure islamique dans l'hindouisme tamoul de la Caraïbe. Dans J.-L. Bonniol (dir.), *Paradoxes du métissage* (p. 127-131). Paris : Éditions du CTHS.

Lévi-Strauss, C. (1973). *Anthropologie structurale 2*. Paris : Plon.

Lévi-Strauss, C. (1974). *Anthropologie structurale*. Paris : Plon. (1e éd. 1958).

Lévi-Strauss, C. (2006). *La pensée sauvage*. Paris : Plon. (1e éd. 1962).

Mary, A. (1994). Bricolage afro-brésilien et bris-collage postmoderne. Dans P. Laburthe-Tolra (dir.), *Roger Bastide ou le réjouissement de l'abîme*. (p. 86-104). Paris : L'Harmattan.

Morin, E. (2004). *La méthode 6. Éthique*. Paris : Seuil.

Piñera, V. (1999). *Nouveaux Contes froids* (trad. de Liliane Hasson). Paris : Métailié. (Ouvrage original publié en 1979 sous le titre *Cuentos*).

Ricœur, P. (1988). L'identité narrative. Dans P. Bühler et J.-F. Habermacher (dir.), *La narration. Quand le récit devient communication*. (p. 287-300). Genève : Labor et Fides.

Ricœur, P. (1996). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil. (1e éd. 1990).

Ricœur, P. (1997). *La métaphore vive*. Paris : Seuil. (1e éd. 1975).

Segalen, V. (1978). *Essai sur l'Exotisme, une esthétique du Divers (1904-1918)*. Montpellier : Fata Morgana.

Serres, M. (1994). *Le Tiers-Instruit*. Paris : Gallimard. (1e éd. 1991).

Soares, E. (2009). *Le butinage religieux. Pratiques et pratiquants au Brésil*. Genève/Paris : The Graduate Institute Publications / Karthala.

alterstice
Revue Internationale de la Recherche Interculturelle
المجلة الدولية للبحوث ما بين الثقافات
Revista International de la Investigacion Intercultural
Revista Internacional de Pesquisa Intercultural
International Journal of Intercultural Research

ARTICLE THÉMATIQUE

Métissage et hiérarchisation des cultures : les soubassements idéologiques de l'essentialisation des différences

Marika Moisseeff [1]

Résumé

La discrimination des minorités visibles se fonde sur l'idéologie hiérarchisante qui conduit à appréhender leurs caractéristiques physiques en termes biologiques permettant de les situer à un palier inférieur sur l'échelle de l'évolution. Pour illustrer les répercussions tragiques de cette appréhension des différences, l'auteure prend pour exemple le sort qui a été réservé, en Australie, aux métis issus des relations entre les Aborigènes et leurs colonisateurs.

Rattachement de l'auteure

[1] CNRS Paris/Laboratoire d'anthropologie sociale, Paris, France

Correspondance

marika.moisseeff@college-de-france.fr

Mots clés

Hiérarchisation des cultures; minorités visibles; Aborigènes australiens; métis; néoténie; évolutionnisme; théorie des climats; thérapie interculturelle

Pour citer cet article

Moisseeff, M. (2014). Métissage et hiérarchisation des cultures : les soubassements idéologiques de l'essentialisation des différences. *Alterstice, 4*(2), 25-38.

Introduction

Dans leur présentation pour le colloque « Santé mentale et sociétés plurielles : de la différence culturelle à la diversité », Betty Goguikian Ratcliff et Ilario Rossi ont suggéré que, par contraste avec les approches transculturelles, l'importance conférée aux différences culturelles risque de participer à leur essentialisation en générant « un sentiment de fossé infranchissable entre personnes de cultures différentes ». Certes, ce risque existe dès qu'il est question de décrire des faits ethnographiques mettant en évidence des distinctions fondamentales entre les représentations du monde et les modes de sociabilité occidentaux et ceux se rapportant à d'autres aires culturelles. Et cependant, ce sont bien ces distinctions, une fois documentées et explicitées dans toutes leurs complexités, qui permettront de rendre compte des mécompréhensions surgissant lors de certaines rencontres interculturelles. Or c'est précisément parce qu'il est très difficile de rendre compte des processus complexes de différenciation socioculturelle sans adopter une perspective comparative rigoureuse exigeant des descriptions ethnographiques minutieuses que la réduction des distinctions à des stéréotypes exotisants, tels que ceux véhiculés par les média, a le pouvoir de diffusion et la prégnance qu'on lui connaît. Mais si ces stéréotypes peuvent, de prime abord, sembler anodins, leurs conséquences ne le sont nullement, comme nous allons le voir. Dans cet article, j'irai même plus loin en suggérant que la prise en compte de leurs effets et de leurs fondements est parfois indispensable à la mise en place d'un cadre thérapeutique, dans la mesure où ils participent du ressenti relationnel lors d'une rencontre interculturelle (Moisseeff, 1999b).

Pour ce faire, plutôt que de m'attacher à décrire la spécificité d'une culture non occidentale ou d'une pratique thérapeutique particulière, je vais m'intéresser à l'idéologie occidentale qui sous-tend le processus de simplification de l'appréhension des différences et à quelques-unes de ses conséquences, actuelles et passées. Pour que l'on comprenne mieux ma démarche – c'est-à-dire la perspective décalée et volontairement généralisante pour laquelle on m'avait conviée à intervenir dans le colloque – il me paraît important de préciser quel en est le point de départ[1]. Je suis psychiatre et ethnologue. Mais la réflexion que je vais proposer ici est avant tout anthropologique. Elle se fonde sur la recherche que je poursuis depuis plus de trente ans sur les processus de constitution des identités, personnelles et collectives, notamment à partir d'un travail de terrain au long cours dans une communauté aborigène du sud de l'Australie (depuis 1992, voir Moisseeff 1997, 1999a, 2011b et 2014), mené parallèlement au développement d'une perspective culturelle comparative sur les représentations de la différence entre les sexes. Mon travail avec les Aborigènes australiens m'a conduit à être directement témoin d'actes racistes et à recueillir de nombreux récits s'y référant. Et ce, d'autant plus que les Aborigènes avec qui je travaille ont toujours eu à cœur de me les faire partager et qu'ils souhaitent que ces informations soient connues à l'extérieur de l'Australie. Par ailleurs, ma pratique clinique – distincte de celle de mes travaux universitaires en ethnologie – m'a amenée à exercer comme psychiatre et formateur en thérapie familiale systémique dans des départements et territoires français d'outre-mer (DOM et TOM) et des pays anciennement colonisés par la France. Les suggestions que je vais faire concernant la façon de poser un cadre thérapeutique lors d'une rencontre interculturelle, bien qu'elles ne constituent pas le cœur de mon propos, découlent de cette double pratique de chercheur en ethnologie et de clinicienne. Sur un plan plus théorique, elle me permet aussi de rapporter le processus d'essentialisation moins aux différences culturelles en tant que telles qu'à l'idéologie hiérarchisante occidentale ayant tendance à situer les populations à des niveaux distincts sur l'échelle de l'évolution. Mon analyse portera sur cet aspect précis de la culture occidentale. Elle est donc à la fois réflexive et, de ce point de vue, pleinement généralisante de façon assumée.

Une anecdote va me permettre d'introduire la problématique dont il va être question par la suite. Il y a quelques années, alors que je mentionnais la visite, en France, d'amis aborigènes avec qui j'avais travaillé en Australie, une jeune femme me fit la réflexion cinglante suivante : « Quoi?! Vous les avez fait venir en France! Vous êtes des criminels! » Elle sous-entendait par là qu'en transplantant, ne serait-ce que pour quelques semaines, de supposés primitifs de l'âge de pierre dans « la civilisation », mon mari et moi allions contribuer à les souiller, les transformer, leur ôter leur innocence originelle de bons sauvages. Dis-moi qui tu es, je te dirai où tu dois être et où tu dois demeurer pour que je puisse t'admirer comme je souhaite te rêver. Cette anecdote permet de repérer le racisme

[1] Je suis reconnaissante envers le lecteur anonyme qui m'a incitée à clarifier ma démarche.

implicite qui sous-tend le mythe persistant du bon sauvage corrompu par la civilisation introduit par Rousseau au 18e siècle, c'est-à-dire à la suite de la découverte des Amériques et de l'Océanie et de la confrontation avec les populations qui y vivaient à l'écart de l'Europe jusqu'à leur colonisation. De fait, comme le rappelle Taylor, l'évolutionnisme anthropologique de la deuxième moitié du 19e siècle emprunte à la pensée des philosophes du 18e siècle « le postulat central d'une histoire universelle embrassant dans un même mouvement, orienté et non réversible, l'ensemble de l'humanité. Les sauvages sont alors convertis en primitifs, et leurs cultures deviennent des incarnations ou des figurations du passé des sociétés "civilisés" » (1991, p. 270-271). Cependant, il « se démarque des philosophies historicistes des Lumières par le poids qu'il assigne aux facteurs biologiques » et, par là à l'inégalité des « races », ce qui va ainsi permettre de « rendre compte de la stagnation culturelle des populations non occidentales » : « certaines sociétés ont progressé, tandis que d'autres paraissent figées dans une irrémédiable primitivité. » (p. 271). En effet, entre-temps l'évolutionnisme biologique a progressé, notamment en raison de la portée de la perspective darwinienne qui se diffuse dès la parution de *L'Origine des espèces* en 1859. Il confère à la hiérarchisation historique des populations héritée des Lumières une dimension biologique qui a conduit, au cours du 19e siècle, à aborder les différences physiques à l'exemple des différences morphologiques permettant de classifier les espèces tout en leur assignant une place sur l'échelle de l'évolution (Moisseeff, 1999b). Les anthropologues ont depuis longtemps abandonné cette perspective, mais elle demeure encore très vivace dans les représentations populaires.

Je vais tenter de montrer que le racisme dont font l'objet les personnes ayant des traits physiques permettant de les repérer comme différentes de ceux des membres de la culture dominante occidentale dans laquelle elles vivent se fonde non sur leurs différences culturelles, mais sur le fait de les percevoir immédiatement comme inférieures parce qu'elles appartiendraient à un groupe humain censé être plus proche de l'animalité que ne le seraient les « vrais civilisés » qui, eux, se seraient éloignés de leur nature animale grâce à une intelligence supérieure leur ayant permis de contrôler la nature en développant leur technologie. Les Noirs, par exemple, tendent encore à être représentés comme le chaînon manquant entre le singe et l'homme, ce qu'illustrent les propos ignominieux dont sont la cible, aujourd'hui encore, les personnes de couleur ayant des postes éminents dans nos contrées occidentales.

L'animalisation des minorités visibles

En avril 2011, aux États-Unis, une responsable républicaine a fait circuler sur internet un montage photographique dans lequel le visage du président Obama avait été apposé sur la photo d'un petit chimpanzé (Clavel, 2013) de façon à le dépeindre comme l'enfant de deux chimpanzés adultes, ajoutant comme légende à ce photomontage « Maintenant vous savez pourquoi il n'a pas de certificat de naissance ». En dépit de la révocation de cette politicienne, ce genre de photomontages animalisant le président américain et sa femme n'a cessé depuis lors de se multiplier sur la Toile. En Italie, en juillet 2013, un sénateur de la Ligue du Nord a dit de la ministre de l'Intégration, originaire de la République démocratique du Congo, Cécile Kyenge : « Quand je vois les images de Kyenge, je ne peux m'empêcher de penser à des ressemblances avec un orang-outan », tandis qu'un spectateur lui a lancé des bananes alors qu'elle prononçait un discours (cité par Clavel, 2013). En France, la ministre noire de la Justice, Christiane Taubira, a été à plusieurs reprises publiquement comparée à un singe tandis qu'un prêtre défilant contre le mariage homosexuel a crié dans un porte-voix « Y'a bon Banania, y'a pas bon Taubira » (cité par Huertas, 2013). Il en va de même sur Internet : « On dit que l'homme descend du singe, mais dans le cas de cette guenon ce doit être très récent », a écrit, par exemple, une internaute (cité par Ndala, 2013). Dans un reportage diffusé le jeudi 17 octobre 2013 sur France 2, une candidate du Front national, invitée à commenter le photomontage comparant la ministre française à un singe qu'elle a diffusé sur son compte Facebook, a qualifié celle-ci de « sauvage », rajoutant devant les caméras : « Je préfère la voir dans un arbre après les branches [sic] que de la voir au gouvernement » (Huffington Post, 2013). Des propos sur lesquels est revenu le présentateur noir français Harry Roselmack dans *Le Monde* du 4 novembre 2013 :

> Ce qui me chagrine, c'est le fond de racisme qui résiste au temps et aux mots d'ordre, pas seulement au sein du FN, mais au plus profond de la société française. C'est un héritage des temps anciens, une justification pour une domination suprême et criminelle : l'esclavage et la colonisation. […] Combien de fois ai-je dû expliquer à un restaurateur ou même à un camarade que les vieilles affiches "Y'a bon Banania" qu'ils accrochent à leurs murs ne peuvent pas être regardées qu'avec amusement

ou nostalgie. Comme certains albums de bande dessinée qui ont égayé notre enfance, elles laissent des empreintes d'un autre temps dans nos imaginaires.

Tout le monde « sait » que le racisme existe, et les professionnels de la psychothérapie interculturelle sont, a priori, particulièrement bien placés pour le savoir. Si j'ai choisi de citer cet ensemble de données, au risque de lasser et de générer du malaise, c'est pour insister sur le fait que l'essentialisation renvoie non seulement à des représentations qui s'attachent à l'apparence physique en l'attaquant tout en lui donnant corps, mais plus profondément encore qu'elle engendre un vécu émotionnel lui aussi très incarné, celui précisément évoqué par Harry Roselmack. Pour être des thérapeutes compétents, c'est-à-dire pour paraphraser Winnicott, suffisamment bons, il nous faut, j'en suis convaincue, être à même en certaines circonstances de faire l'expérience de ce malaise (et non simplement d'en être conscients) et en prendre acte. Cela n'est certes pas suffisant pour être efficace mais peut, de mon point de vue, en être la condition indispensable, en permettant l'établissement d'une relation de confiance et d'intercompréhension lorsque le contexte interculturel en jeu est pipé par des relations éminemment asymétriques. L'attrait pour l'exotisme et le désir de connaissance qu'il est susceptible d'inspirer est souvent à l'origine légitime des vocations des ethnologues et de certains ethnopsychiatres. Il m'est cependant arrivé de rencontrer des cliniciens chez qui la fascination pour l'anthropologie tendait malheureusement à prendre le pas sur leur capacité à reconnaître l'importance de la discrimination dont leurs patients étaient l'objet et qui participait pourtant de la souffrance de ces derniers à voir leur culture ou celle de leurs parents dévalorisée. Il ne s'agit pas, bien entendu, de prétendre occuper la place de nos patients mais de prendre celle de témoin, car au-delà du savoir distancié sur la culture de l'autre, ce qui importe véritablement dans certaines thérapies interculturelles, c'est d'accepter d'être affecté. C'est peut-être le tout petit prix à payer pour faire un pas vers le ressenti intérieur des victimes du racisme[2]. Eux, n'ont, en effet, pas le luxe de mettre à distance le miroir déformant qu'on leur tend quotidiennement.

Je reprendrai, pour illustrer cette proposition, l'exemple de la visite, en France, de mes amis aborigènes australiens. Alors qu'ils étaient installés à la terrasse d'un café parisien, ils nous firent part avec un grand émoi du confort qu'ils ressentaient à faire enfin l'expérience de l'invisibilité, invisibilité qui ne leur est jamais accordée en Australie. Là-bas, leur apparence physique les désigne d'emblée comme Aborigènes pour les Blancs, et métis pour les Aborigènes, ce qui surdétermine leurs relations aux autres en leur imposant une vigilance, une conscience de soi particulièrement contraignante. En revanche, dans une grande capitale européenne cosmopolite comme Paris, nul ne pouvait préjuger avec certitude de leur origine et personne d'ailleurs n'y prêtait attention, ce qui leur conférait une immunité ethnique temporaire qu'ils appréciaient énormément et qu'ils ressentaient comme une véritable libération.

De fait, dans la plupart des pays européens, être blanc confère une invisibilité confortable dont les Blancs sont en général peu conscients. En dehors des circonstances où ils choisissent de se plonger volontairement dans un bain exotique coloré, par exemple lors de voyages touristiques outremer, l'anonymat est un luxe qui leur est réservé. Ce privilège est, au contraire, communément refusé aux membres des minorités ethniques lorsqu'ils vivent au sein d'une société où ils sont repérés comme migrants, descendants d'immigrés ou d'esclaves, indigènes ou métis.

Des divers exemples que je viens d'évoquer, il ressort que le racisme dont sont la cible les minorités visibles se fonde moins sur la réalité de la particularité de leur culture que sur l'association de leur apparence à une infériorité fondamentale renvoyant à une asymétrie des relations entre ex-colonisateurs et ex-colonisés. La dépréciation de leur culture est aisément mise au compte de leur phénotype, c'est-à-dire d'un type racial distinct, ostentatoire et immédiatement rapporté à une infériorité biologique : ils sont censés renvoyer au passé des peuples civilisés dont le paradigme est la société occidentale et, plus spécifiquement aujourd'hui, la société nord-américaine. Soyons clairs : si les traits physiques interviennent comme facteurs de hiérarchisation entre cultures, c'est qu'ils ont été investis par la pensée évolutionniste occidentale du 19e siècle qui les a rattachés à des différences biologiques et, par là, à une nature immuable. De fait, une géographie imaginaire particulièrement prégnante situe l'avant-garde de l'évolution humaine et socioculturelle au Nord et à l'Ouest.

[2] Les Aborigènes expriment volontiers ce souhait que les Blancs – les Aborigènes sont noirs de peau et désignés comme tels, « *black fellows* » – prennent conscience de l'expérience du racisme qu'ils leur font subir.

Les points cardinaux de l'évolutionnisme

L'Est est le lieu imaginaire d'où sont censées être venues les hordes de Barbares dont les Occidentaux seraient les descendants lointains. L'axe Est-Ouest tend donc à renvoyer au passage de la barbarie à la civilisation. L'Ouest, c'est le point de l'horizon qui désigne une société à la fois démocratique et technologiquement prométhéenne. L'axe Nord-Sud, quant à lui, renvoie au passage progressif de l'animal à l'humain, c'est l'axe de l'humanisation rattachée au blanchiment progressif de l'humanité (Moisseeff, 2010). La noirceur de la peau est, comme nous venons de le voir, aisément assimilée à la substitution du pelage recouvrant les primates qui nous ont précédés, et à la « sauvagerie » des cultures du Sud – africaines et latines. On a donc affaire à une géographie symbolique dessinant les lignes « évolutives » de populations physiquement et, de manière corrélative, « mentalement » distinguées, ce qui permet de hiérarchiser automatiquement leurs cultures respectives.

Ainsi le généticien américain James Watson, prix Nobel de médecine en 1962 en tant que codécouvreur de la structure de l'ADN, a déclaré dans une entrevue publiée le 14 octobre 2007 dans le *Sunday Times* qu'il était « profondément pessimiste quant à l'avenir de l'Afrique » car « toutes nos politiques sociales se fondent sur le fait que leur intelligence est la même que la nôtre [Occidentaux blancs], alors [...] que toutes les recherches concluent que ce n'est pas vraiment le cas ». Il a ajouté que, bien qu'il soit naturel de désirer que tous les êtres humains soient égaux, « ceux qui ont affaire à des employés noirs savent que ce n'est pas vrai » (cité par Milmo, 2007).

Dans les médias, l'opposition entre le Nord et le Sud, l'Est et l'Ouest expriment les distinctions que nous établissons quasi naturellement entre sociétés « développées », « en voie de développement » ou « sous-développées », ou encore « du tiers-monde ». Convenons que ces appellations masquent avec plus ou moins d'efficacité la perpétuation d'une hiérarchisation des cultures. De fait, cette géographie symbolique poursuit le processus idéologique d'essentialisation des groupes humains qui, de l'Antiquité à nos jours, en passant par des penseurs aussi éminents qu'Aristote ou Montesquieu, repose sur la théorie des climats qui, comme l'ont montré Gourou (1963) et Bourdieu (1980), continue, à notre insu le plus souvent, à œuvrer de nos jours. Selon cette théorie, le climat froid et rude des régions septentrionales opposé à celui chaud et humide des régions méridionales permet de rendre compte de la supériorité des « races » nordiques, rationnelles, dures et « naturellement » dominatrices et, à l'inverse, de l'infériorité des « races » méridionales, émotionnellement chaudes et molles et, par là, vouées à l'asservissement.

Cette vieille théorie des climats a été par la suite subrepticement intégrée à une perspective évolutionniste de l'histoire humaine, elle-même calquée sur l'évolution des espèces proposée par Darwin, et selon laquelle toutes les sociétés humaines passeraient par les mêmes stades – sauvagerie, barbarie et civilisation –, certaines étant perçues comme bloquées à un stade antérieur (Moisseeff, 1999a). L'idéologie racialiste, en intégrant la perspective évolutionniste à la théorie des climats, va permettre de légitimer l'articulation entre l'apparence physique des membres de certains groupes humains et leur degré d'évolution tout en la faisant correspondre à la géographie symbolique extrêmement prégnante que je viens d'évoquer : les « races » supérieures, situées au Nord, sont blanches, les « races » inférieures du Sud sont brunes, voire noires, une pigmentation foncée associée, comme nous l'avons vu, au pelage de l'espèce animale, simiesque, qui les précéderait immédiatement sur l'échelle de l'évolution et dont les races nordiques se seraient, elles, morphologiquement et sociologiquement éloignées depuis longtemps.

Cette association, sur le plan des représentations socioculturelles occidentales, entre la noirceur de la peau et le pelage animal doit être, selon moi, mise sur le compte d'une autre théorie qui infiltre l'idéologie raciale contemporaine. Il s'agit de la théorie de la fœtalisation de l'espèce humaine proposée, dans les années 1920, par Bolk (1926/1961), plus connue sous l'appellation de théorie de la néoténie. Pour Bolk, la particularité de la morphologie du corps humain – dépigmentation, absence de pelage, boîte crânienne ovoïde contenant un gros cerveau, visage d'aspect juvénile par réduction de la taille des mâchoires, des dents, des arcades sourcilières et de la projection nasale – serait la résultante de l'apparition, chez l'homme, d'un facteur inhibant la différenciation des structures morphologiques en sorte qu'elles n'évoluent pas vers un stade adulte achevé comme chez les autres mammifères. D'une part, l'homme naîtrait néotène, c'est-à-dire avant terme, et la fermeture tardive consécutive des jointures des os de son crâne, des fontanelles, aurait permis la poursuite de son développement cérébral et de

ses capacités intellectuelles afférentes bien au-delà de celui des autres primates. D'autre part, il conserverait, une fois devenu adulte, les caractéristiques physiques propres aux fœtus des primates.

La spécificité de l'aspect physique de l'être humain va donc pouvoir être rattachée à sa supériorité vis-à-vis des autres espèces, ce qui l'aurait conduit à dominer la nature et à se hisser à la cime de l'échelle de l'évolution grâce à l'essor constant de sa technologie. Dans cette perspective, « les caractéristiques juvéniles [humaines] sont un réservoir d'adaptations potentielles » (Gould 1977/1997, p. 70; voir aussi Moisseeff, 2008b). Comme nous allons le voir, la cohérence de ce schème explicatif associant supériorité ou infériorité de certaines espèces, et corrélativement leur plus ou moins grande « ancienneté », au degré de fœtalisation de leur morphologie va permettre de l'appliquer à la classification des « races ».

Remarquons tout d'abord combien la proposition selon laquelle le maintien d'une virtualité adaptative extrême, grâce à l'absence de différenciation et à la conservation de caractéristiques quasi « embryologiques », rejoint le discours actuel sur les cellules souches : moins un organisme ou un de ses éléments est différencié, plus il est perçu comme porteur d'un devenir infiniment démultiplié. Cette idée a sans doute conduit à dépeindre les espèces ou « races » censées dépasser l'homme sur le plan de l'intelligence comme des fœtus : les extra-terrestres voyageant d'une galaxie à l'autre ont fréquemment une grosse tête ovoïde, de grands yeux et un corps petit ou longiligne, à l'instar de E.T., l'extraterrestre de Spielberg, ou des Asgards de la série américaine Stargate.

Et effectivement, le fait que nous puissions nous représenter « les formes infantiles de nos ancêtres » devait, selon Bolk, nous aider à concevoir la structure formelle de l'espèce qui nous succéderait. Mais, demande-t-il alors, « Qui s'aventurera à esquisser, partant des traits d'un nourrisson, le portrait futur de l'adulte ? » (1926/1961, p. 278-279). J'ai tenté de montrer ailleurs (Moisseeff, 2010) que les maîtres d'œuvres de la science-fiction contemporaine s'y étaient justement appliqués. Ils nous conduisent à imaginer les enfants de la nouvelle espèce comme des enfants blancs, blonds aux yeux bleus, dotés d'une intelligence extraordinaire bien supérieure à celle des humains actuels[3]. Il est clair que ce qui sous-tend l'apparence donnée à ces enfants procède de l'intégration de la théorie de la néoténie à la mythologie occidentale contemporaine (Moisseeff, 2005b). En effet, selon Bolk, la forme des espèces qui se succèdent au cours de l'évolution acquiert un aspect fœtal toujours plus affirmé (1926/1961, p. 249). Nous pouvons maintenant comprendre l'apparence donnée aux enfants de la nouvelle espèce humaine par les auteurs et réalisateurs de science-fiction : elle renvoie au renforcement de leur fœtalisation qui s'exprime par la dépigmentation marquée de leur peau, de leurs cheveux et de leurs yeux que les races nordiques auraient été, selon le père de la néoténie, les premières à revêtir.

Par ailleurs, la fœtalisation de l'homme aurait aussi, selon Bolk, fortement retardé l'âge auquel il accède à sa fonction reproductrice : l'accession à la reproduction ne constitue plus la raison d'être première de la maturation des individus, comme c'est habituellement le cas dans les autres espèces inférieures, qui sont beaucoup plus prolifiques que lui. Et la science-fiction décrit effectivement, avec une certaine constance, la nouvelle espèce humaine censée succéder à *Homo sapiens sapiens*, comme hypofertile ou stérile (Moisseeff, 2008b, 2010 et 2011a). Darwin, dans son autobiographie (Darwin et Barlow, 1958), reconnaît sa dette envers Malthus. Or, selon un point de vue malthusien simplifié, les populations jugées inférieures, qu'il s'agisse de classes sociales ou de races, sont censées être plus prolifiques que les catégories supérieures. Bolk, pour sa part, comme je l'ai dit, rend compte de la diminution de la fertilité de l'espèce humaine par le processus de sa fœtalisation qui freinerait son accession à la fonction reproductrice tout en lui permettant de la réprimer fortement au profit d'autres activités sociales. Mais, comme nous allons le voir, il ne pense pas que toutes les populations humaines aient atteint un égal degré d'évolution. Sa perspective va ainsi pouvoir venir conforter l'idée néo-malthusienne selon laquelle les populations les plus prolifiques seraient également les plus ancrées dans l'animalité (Moisseeff, 2000, 2004 et 2008a).

Dans l'Occident contemporain, l'appréhension des différences culturelles est sous-tendue par l'ensemble des théories que je viens d'évoquer et qui, toutes, convergent dans le même sens : les populations du Sud et de l'Est

[3] Sur le thème de l'apparition d'enfants appartenant à une espèce humaine supérieure à l'espèce *homo sapiens sapiens* actuelle, on se reportera, par exemple, pour les livres, à Wyndham (1957), Cook (1989), Rice (1993/1995, 1994/1996), Bear (1999/2001, 2003), pour les films, *Le village des damnés* (Rilla, 1960; Carpenter, 1995), *Godsend* (Beaumont, 1980).

dont sont issus les migrants les plus pauvres sont censées être restées, à l'instar des animaux, inféodées aux nécessités de la reproduction, ce qui rendrait compte de leur fort taux de fécondité, aux dépens de la valeur accordée à l'érotisme et à la libération des femmes, toutes choses qu'ont pu promouvoir les sociétés plus évoluées du Nord et de l'Ouest grâce à l'essor de la technologie qu'elles ont su impulser et qui leur a permis de maîtriser leur reproduction.

Mais c'est bien la théorie de la néoténie qui va permettre d'articuler cette appréhension des différences culturelles à la discrimination raciale fondée sur le phénotype. Selon Bolk, en effet, la « race noire » ne se serait pas encore pleinement dégagée de la morphologie animale de l'espèce qui l'a précédée, ce qui rendrait compte de son infériorité exprimée dans son apparence :

> Que je sois, sur la base de ma théorie, un partisan convaincu de l'inégalité des races, cela est facile à comprendre. Toutes les races n'ont pas avec le même degré progressé sur le chemin de l'évolution humaine. […] Si maintenant dans l'avenir, chez la race nègre la fœtalisation et le retardement [de la maturité] s'affirment de façon progressive, alors la voie lui est ouverte pour atteindre le degré d'évolution et de structure des plus hautes races. (Bolk, 1926-1961, p. 273-274)

Selon Bolk, donc, les races blanches, blondes et aux yeux bleus ont atteint le stade le plus achevé de l'évolution biologique actuelle de l'espèce humaine. Et c'est sans doute une perspective analogue qui a incité le généticien James Watson à proférer les propos scandaleux cités plus haut.

L'affirmation politiquement correcte actuelle selon laquelle les races n'existent pas, aussi humaniste et scientifiquement fondée qu'elle soit, tend à nier les répercussions de la stigmatisation des individus fondée sur l'appréhension de leur particularité morphologique[4]. Le nier participe, bien qu'involontairement le plus souvent, à la dénégation des traumatismes qu'ils vivent de façon répétée au quotidien. La hiérarchisation des cultures reste sous-tendue par une hiérarchisation racialisante sociocuturellement construite des différences d'apparence physique d'autant plus insidieuse qu'elle est réfutée par ceux qui ne sont pas susceptibles d'en souffrir et qui pourtant en sont les instruments, comme nous le rappelle Roselmack. Cette réfutation systématique conduit à la méconnaissance des drames que génère la hiérarchisation, ce dont témoigne particulièrement bien la problématique de ceux qui sont qualifiés de métis. Ce terme est, en effet, appliqué, en général, non pas à l'ensemble des individus ayant des ascendants affiliés à des cultures distinctes, mais uniquement à ceux dont les « cultures » renvoient à des populations aux phénotypes caractéristiques. Le corps apparaît alors comme un indicateur ineffaçable de discrimination que l'on rapportera immédiatement à l'essence intrinsèque des individus concernés. Et quand il existe une relation hiérarchique entre cultures, tout se passe comme s'il était impossible de vivre paisiblement son métissage. On est sommé de choisir entre ses deux communautés d'appartenance, et ce choix nécessaire confine au sentiment de perte (Moisseeff, 2005a et 2013). Une amie australienne non aborigène qui avait eu des enfants avec un Aborigène me dit un jour : je les laisserai choisir. Comme s'il fallait effectivement choisir l'une ou l'autre plutôt que l'une et l'autre de ses affiliations.

L'idéologie racialiste dont je viens de brosser à gros traits l'histoire des soubassements a, en effet, une incidence tout à fait patente sur ce qu'ont à vivre aujourd'hui encore les ressortissants de pays ayant été colonisés par ceux qui se voyaient comme appartenant à des races supérieures, justifiant, par là, leur mission civilisatrice.

Le métis comme révélateur

À la fin du 18e siècle, lorsque les Britanniques abordent les rivages du continent australien pour en prendre possession, la population face à laquelle ils se trouvent confrontés leur paraît renvoyer au degré zéro de l'humanité. De fait, tous les critères scientifiques allaient bientôt converger pour les reléguer au statut de reliquat d'une population préhistorique, plus proche de l'homme de Néandertal que de Cro-Magnon. Comme l'écrit un anthropologue australien : « Les éléments très archaïques de leur type racial ont pu faire supposer une relation avec l'homme du paléolithique supérieur (et même, selon certains, du paléolithique moyen) » (Elkin, 1978, p. 831).

[4] Il y a une vingtaine d'années, un slogan antiraciste australien proclamant « Different colors, one people » avait entraîné la réprobation des Aborigènes qui tenaient, en raison du sort qui leur avait été réservé au cours de la colonisation, à maintenir « Different colors, different peoples ».

Outre le teint foncé et l'abondance du système pileux, d'autres traits viennent conforter l'idée d'un type racial peu évolué : « Presque dolichocéphale [c'est-à-dire ayant le crâne allongé], l'Aborigène australien a le front fuyant, de profondes cavités temporales, les yeux très enfoncés, la racine du nez fortement en retrait sur des arcades sourcilières proéminentes. La base du nez est aplatie et évasée, la bouche large, les lèvres habituellement épaisses mais non éversées, le prognathisme [c'est-à-dire la projection en avant des mâchoires] est commun. » (p. 831) On peut, dès lors, mettre sur le compte de l'archaïsme de la « race » aborigène les caractéristiques de leur culture : économie de chasse et de cueillette, outils très peu nombreux, absence de vêtements et d'habitats permanents. Or le critère de développement technologique est, du point de vue occidental, le critère fondamental utilisé pour jauger du degré d'évolution des cultures. Il est, en effet, beaucoup plus facile à évaluer que ne le serait celui du degré de sophistication des systèmes de parenté ou des métaphysiques locales. La population autochtone australienne fut donc considérée inapte à concevoir une quelconque notion de propriété foncière. En conséquence, aucun traité ne fut établi comme il était de règle ailleurs en des circonstances analogues. Le continent australien fut déclaré *terra nullius*, c'est-à-dire « terre n'appartenant à personne », et les Aborigènes furent l'un des seuls peuples à n'avoir obtenu aucune compensation en échange de la prise de possession de leurs territoires par la Couronne britannique.

Cette appréhension d'une distinction raciale foncière entre les Aborigènes et leurs colonisateurs britanniques a eu d'autres conséquences tragiques. Je n'aborderai ici que l'une d'entre elles : le sort réservé aux enfants métis. En effet, à la fin du 19^{e} siècle, après un siècle de colonisation du continent australien par les Britanniques, la population des Aborigènes dits de sang pur a diminué à un point tel que cela incite à penser qu'ils vont disparaître. Par contre, l'augmentation constante, en dépit de l'interdiction des relations sexuelles entre Blancs et Noirs, de la population métisse devient un sujet de préoccupation majeur pour les instances gouvernementales qui cherchent à promouvoir l'établissement d'une nation australienne blanche. C'est dans ce but que des régulations très restrictives concernant l'entrée des immigrants vont être mises en place (Bartrop, 2001). Mais les indigènes d'Australie ne sont pas des migrants et il est impossible de les expulser. On va alors promulguer des lois visant à faire disparaître les caractéristiques physiques et culturelles de la population native australienne (Bartrop, 2001; Neville, 1947; Tatz, 1999). La finalité est, comme le dit un Protecteur en chef des Aborigènes, de pouvoir oublier qu'a existé un jour une population aborigène en terre australienne. On confère donc aux bien mal nommés protecteurs des Aborigènes le pouvoir d'utiliser la force publique pour séparer les enfants métis de leurs familles. Voici, en guise d'exemple, ce que déclara en 1909 le protecteur en chef des Aborigènes de l'État de l'Ouest de l'Australie :

> Le métis est intellectuellement supérieur à l'Aborigène et il en va du devoir de l'État qu'il leur soit donné une chance de vivre une vie meilleure et plus pure que celle de leurs frères. Je n'hésiterais pas un instant à séparer tout métis de sa mère aborigène, quelle que soit l'ampleur de la démonstration de sa détresse au moment de la séparation. Elles oublient vite leurs enfants. (cité dans Commonwealth of Australia, 1997, p. 276).

Les métis sont supérieurs à leurs ascendants aborigènes car le sang blanc qui coule en eux les élève à une condition un peu supérieure à celle des Noirs de « race pure ». On estime, en conséquence, qu'il est absolument nécessaire de les soustraire à l'influence néfaste de leurs familles aborigènes pour que s'exprime cette parcelle d'intelligence qu'ils recèlent en eux. Toutefois, les métis demeureront inférieurs aux Européens tant que leurs caractéristiques proprement aborigènes n'auront pas disparu. Il leur est donc interdit de se marier avec plus noirs qu'eux. La police patrouille tout le pays pour arracher les enfants métis à leurs parents afin de les donner en adoption à des familles blanches ou de les placer dans des institutions situées à des milliers de kilomètres de leur communauté d'origine. Il est interdit à ces enfants d'avoir le moindre contact avec leurs parents aborigènes ou de parler dans leur langue maternelle. Tout est fait pour qu'ils oublient ce qui leur a été légué par leur famille d'origine. Ces mesures, appliquées jusqu'au début des années 1970, ont eu des conséquences absolument dramatiques, non seulement pour les dizaines de milliers d'individus enlevés – ceux que l'on désigne aujourd'hui en Australie comme les générations volées –, mais également pour leurs familles et leurs communautés.

Les Aborigènes se sont battus pendant des décennies pour que le gouvernement reconnaisse les préjudices irréparables qu'ils ont subis. Le 13 février 2008, ce jour est enfin venu et il restera à jamais gravé dans la mémoire des Australiens. Ce jour-là, tous, y compris les enfants qui étaient à l'école, ont arrêté leurs activités habituelles

pour regarder sur les écrans de télévision les excuses que Kevin Rudd, le premier ministre, a adressées aux peuples indigènes de l'Australie.

Excuses officielles et officieuses

Voici une partie de ma traduction du texte qu'il a prononcé :

> Nous sommes là aujourd'hui pour rendre hommage aux peuples indigènes de cette terre.
>
> Nous nous remémorons les mauvais traitements qui leur ont été infligés dans le passé.
>
> Nous nous remémorons en particulier les mauvais traitements infligés aux générations volées, ce chapitre entaché de notre histoire nationale.
>
> Nous nous excusons pour les lois et les mesures politiques mises en place qui ont infligé tant de douleur, de souffrances et de préjudices à nos compatriotes.
>
> Nous nous excusons surtout pour avoir retiré à leur famille, à leur communauté et de leur terre natale les enfants aborigènes.
>
> Nous demandons pardon pour la douleur, la souffrance et les blessures infligées à ces générations volées et à leurs descendants, et pour la désolation infligée à leurs familles.
>
> Nous demandons pardon aux mères et aux pères, aux frères et aux soeurs, pour avoir causé le démantèlement de leurs familles et de leurs communautés.
>
> Nous, Parlement de l'Australie, demandons avec tout le respect qui s'impose que ces excuses soient reçues de telle façon qu'elles participent au processus de guérison de la Nation.
>
> Il vient un moment dans l'histoire des Nations où leurs peuples doivent pouvoir se réconcilier avec leur passé.
>
> Ce temps est venu pour l'Australie. Et c'est à cette fin que le parlement est aujourd'hui réuni : pour régler ce conflit irrésolu entre les peuples composant la nation et ainsi éliminer cette tache qui souille l'âme nationale.
>
> Aux générations volées, je dis la chose suivante:
>
> En tant que premier ministre de l'Australie, je vous demande pardon.
>
> Au nom du gouvernement de l'Australie, je vous demande pardon.
>
> Au nom du Parlement de l'Australie, je vous demande pardon.
>
> Et je vous offre ces excuses sans aucune réserve.
>
> Nous nous excusons pour les actes infamants, les dommages et les humiliations que ces lois ont entraînés.

Lors du discours du premier ministre, un grand nombre d'Aborigènes se trouvaient dans la salle du parlement où ils avaient été, pour la première fois, conviés, d'autres venus de tout le pays étaient installés sur les pelouses faisant face au parlement. Je vous invite à regarder leurs réactions telles qu'elles ont été filmées[5]. Elles nous permettent, en effet, de ressentir, à l'unisson de la leur, leur poignante émotion. Faire cette expérience est, de mon point de vue, un privilège et non du voyeurisme. C'est un petit pas pour éprouver de l'intérieur l'expérience des sujets qui sont discriminés en raison de leurs différences.

[5] http://www.youtube.com/watch?v=DUvPxmiudSI&feature=player_embedded

Et, pourtant, on s'en doute, un tel événement a attisé, en proportion de son exceptionnalité, la haine d'un certain nombre de racistes australiens. Pour illustrer la persistance du regard évolutionniste qu'ils portent sur la communauté aborigène, voici donc maintenant une partie des pseudo-excuses qui ont circulé sur internet juste avant que le premier ministre n'adresse ses excuses officielles (Australian News Commentary, 2008) :

> Nous nous excusons pour vous avoir donné des docteurs et des soins médicaux gratuits, ce qui vous a permis de survivre et de vous multiplier en sorte que vous puissiez exiger de nous des excuses.
>
> Nous nous excusons pour vous avoir aidé à lire et vous avoir appris l'anglais, vous ouvrant ainsi les portes de l'ensemble de la civilisation, de la pensée et de l'esprit d'entreprise.
>
> Nous nous excusons pour avoir construit de grandes fermes et de grandes propriétés foncières, qui permettent aujourd'hui de vous nourrir alors qu'auparavant vous viviez de ce que la terre vous fournissait et que vous mourriez de faim en cas de sécheresse.
>
> Nous nous excusons pour vous avoir fourni des vêtements chauds faits de matériaux tissés qui ont remplacé les peaux d'animaux que vous utilisiez auparavant.
>
> Nous nous excusons pour avoir travaillé dur afin de payer des impôts qui financeront vos aides sociales, votre couverture médicale, votre éducation, etc.
>
> Nous sommes seulement trop heureux de reprendre tout ce qui est cité ci-dessus et de vous renvoyer dans votre brousse quand vous vous en sentirez prêts.

Ce texte est un exemple de la manière dont on rappelle sans cesse aux Aborigènes qu'ils ne sont que des primitifs dépendant à tout jamais de la culture blanche pour leur survie. Pas moyen de ce point de vue de les considérer comme des égaux. Nous voyons donc que les différences culturelles entre Aborigènes et non Aborigènes continuent à être mises au compte de natures sous-jacentes foncièrement et irrémédiablement distinctives. Dans cette perspective, « s'ils veulent vivre avec nous », ils doivent s'assimiler, c'est-à-dire disparaître en tant que groupe culturel distinctif. En 1983, un magnat de l'industrie minière australienne déclara que les métis qui n'arrivaient pas à s'intégrer à la civilisation posaient un sérieux problème, et que s'il ne tenait qu'à lui de le résoudre, il ferait en sorte qu'ils ne puissent plus se reproduire en introduisant des substances stérilisantes dans leur eau (O'Rourke, 1984).

De la nécessité d'être affecté

Je voudrais cependant suggérer ici que ces « antimigrants »[6] que sont les membres des populations autochtones partagent des aléas existentiels similaires à ceux des migrants, qui subissent eux aussi les conséquences d'une colonisation antérieure, ceux-là mêmes qui sont reçus en consultation ethnopsychiatrique. Le problème fondamental auquel ces minorités sont confrontées est moins le déplacement ou les différences culturelles que la relation hiérarchique existant entre leur culture d'origine et la culture dominante de leurs ex-colonisateurs. Car, soyons clairs, ces consultations ne s'adressent généralement pas à tous les migrants. Il ne viendrait pas à l'idée de mon mari américain vivant en France ou d'un chef d'entreprise japonais d'une filiale internationale de s'adresser à un ethnopsychiatre. Tout se passe, en effet, souvent – et on peut certes le regretter – comme si ces consultations concernaient avant tout les membres des communautés précarisées en raison de leur origine socioculturelle.

Qu'en conclure pour la clinique? Je voudrais suggérer ici que pour mettre en place une relation de confiance avec les patients qui consultent dans les services de psychiatrie interculturelle, il est nécessaire d'être conscient de ce dont ils sont eux-mêmes conscients, à savoir que leurs cultures, pour exotiques qu'elles puissent être considérées, tendent à être jugées comme archaïques. On admet ainsi, en général, que les sociétés occidentales

[6] Du point de vue des populations autochtones, par exemple amérindiennes ou australiennes, les personnes issues de l'immigration sont celles venues des autres continents et renvoient d'abord à leurs colonisateurs européens qui les ont, selon leurs termes, « envahies » et colonisées. Et, de fait, l'émigration des populations autochtones actuelles vers d'autres pays est numériquement négligeable, notamment en regard de l'émigration massive des Européens au cours du 19e siècle.

contemporaines renvoient à la culture la plus civilisée. On en prend pour preuve – et les médias ne s'en privent pas – la déclaration selon laquelle c'est en Occident que la démocratie serait la plus aboutie : tous les citoyens y sont considérés comme égaux en droit et prétendument traités en conséquence. La preuve ultime en est rapportée au fait que « la femme » y serait pleinement traitée à l'égale de l'homme, et qu'elle y a accès à la liberté sexuelle, à la contraception et à l'avortement. Inversement, les hommes des sociétés jugées plus « arriérées » sont de façon commune perçus comme des tyrans domestiques s'acharnant à limiter la liberté de leurs épouses et de leurs filles.

Les ressortissants des pays dits en voie de développement ou d'ex-colonies ont internalisé l'appréhension dévalorisante et dégradante de leur culture au travers de la perception d'eux-mêmes qui leur est régulièrement renvoyée[7]. Le premier ministre australien nous a, à juste titre, rappelé que la reconnaissance authentique, c'est-à-dire manifestement ressentie au plan national, des préjudices dévastateurs du racisme était un préalable indispensable à la réconciliation entre des communautés ayant entretenu des rapports foncièrement inégalitaires et, de ce fait, catastrophiques dans leurs effets à long terme. Et il est un fait que des excuses officielles étaient réclamées depuis des décennies par les Aborigènes. Que les instances gouvernementales aient enfin accepté de les présenter situe dorénavant les Aborigènes comme des acteurs politiques à part entière et en tant que tels reconnus aptes à exercer les plus hautes fonctions dans leur propre pays. Il est néanmoins évident que le passé et ses conséquences ne sont pas pour autant effacés. Cependant, on peut faire l'hypothèse que cette étape constitue la condition *sine qua non* du traitement des retentissements individuels et familiaux de cette histoire tragique.

Au terme de cette analyse des soubassements idéologiques occidentaux de l'essentialisation des différences culturelles et de quelques-unes de leurs conséquences, je proposerai, en guise de conclusion, de considérer que l'un des enjeux majeurs de la thérapie avec les représentants des minorités que j'ai évoquées doit consister à accepter d'être affecté par leur expérience continue de sujets dépréciés à qui est refusée l'aptitude à se fondre dans l'anonymat et l'indifférence. Être affecté, comme on doit l'être lorsqu'on accueille des victimes de violences extrêmes (Sironi, 2007; Waintrater 2003/2011). Les traumatismes itératifs consécutifs aux expériences quotidiennes de dépréciation et à leur internalisation doivent être accueillis avec le même respect et la même attention. Car, selon moi, maintenir sa capacité à être affecté et à transformer l'affect partagé en ressources thérapeutiques est à la base de tout acte thérapeutique digne de ce nom.

Bibliographie

Australian News Commentary. (2008, février). Apology to the Aboriginal population from mainstream Australia [en ligne]. http://www.australian-news.net/Aboriginal_apology.htm (consulté le 6 mai 2014)

Bartrop, P. (2001). The Holocaust, the Aborigines, and the bureaucracy of destruction : an Australian dimension of genocide. *Journal of Genocide Research*, *3*(1), 75-87.

Bear, G. (1999/2001). *L'Echelle de Darwin*. Paris : Laffont.

Bear, G. (2003). *Les Enfants de Darwin*. Paris : Laffont.

Bolk, L. (1926/1961). Le problème de la genèse humaine. *Revue française de psychanalyse*, *25*(2), 243-279.

Bourdieu, P. (1980). Le nord et le midi : contribution à une analyse de l'effet Montesquieu. *Actes de la recherche en sciences sociales*, *35*, 21-25.

Clavel, G. (2013, 18 octobre). Singe, esclave, indépendantiste... Christiane Taubira cible de toutes les droites (en ligne). *Huffington Post*. http://www.huffingtonpost.fr/2013/10/18/singe-taubira-king-kong-cible-droites_n_4120910.html?utm_hp_ref=christiane-taubira

Commonwealth of Australia. (1997). *Bringing Them Home: Report of the National Inquiry into the Separation of Aboriginal and Torres Strait Islander Children from Their Families*. Sydney, Australie : Human Rights and Equal Opportunity Commission.

[7] Et, alors que je relis ces lignes en ce début janvier 2015 marqué, en France, par des actes terroristes perpétrés par de jeunes hommes « issus de l'immigration », je ne peux m'empêcher de penser que ce constat, s'il est insuffisant à tout expliquer de leurs gestes, y contribue au moins en partie.

Cook, R. (1989). *Mutation*. Paris : Sylvie Messinger.

Darwin, C. et Barlow, N. (1958). *The Autobiography of Charles Darwin 1809-1882. With the original omissions restored. Edited and with appendix and notes of his grand-daughter Nora Barlow*. Londres : Collins.

Elkin, A. (1978). Les aborigènes australiens. Dans *Encyclopaedia Universalis* (vol. 2) (p. 831-833).

Gould, S. (1977/1997) Le véritable père de l'homme est l'enfant. Dans *Darwin et les grandes histoires de la vie. Réflexions sur l'histoire naturelle* (p. 64-71). Paris : Seuil.

Gourou, P. (1963). Le déterminisme physique dans *L'Esprit des lois*. *L'Homme, 3*(3), 5-11.

Huertas, H. (2013, 29 octobre). Le billet politique d'Hubert Huertas « Taubira face au racisme : silence, on coule... » [vidéo en ligne]. *France culture*. http://www.franceculture.fr/emission-le-billet-politique-d-hubert-huertas-taubira-face-au-racisme-silence-on-coule-2013-10-29

Huffington Post (2013, 21 octobre). Christiane Taubira comparée à un singe par une candidate FN : ouverture d'une enquête préliminaire [en ligne]. *Huffington Post*. http://www.huffingtonpost.fr/2013/10/21/taubira-singe-enquete-preliminaire-candidate-front-national_n_4136459.html

Indigenous Film Services (2008, 13 février). *The Apology* [vidéo en ligne]. Reconciliation Australia. www.reconciliation.org.au. (consultable en ligne à http://www.youtube.com/watch?v=DUvPxmiudSI&feature=player_embedded)

Milmo, C. (2007, 17 octobre). Fury at DNA pioneer's theory: Africans are less intelligent than Westerners [en ligne. *The Independent*. http://news.independent.co.uk/sci_tech/article3067222.ece

Moisseeff, M. (1997). Subversive science, subversive practice. *Transcultural psychiatry, 34*(1), 95-107.

Moisseeff, M. (1999a). *An Aboriginal village in South Australia. A snapshot of Davenport*. Canberra (Australie) : Aboriginal Studies Press.

Moisseeff, M. (1999b). La hiérarchisation des cultures, un autre regard sur les migrations et l'exclusion sociale. *Thérapie familiale*, *20*(3), 237-252.

Moisseeff, M. (2000). Une figure de l'altérité chez les Dentcico ou la maternité comme puissance maléfique. Dans J.-L. Jamard, E. Terray et M. Xanthakou (dir.), *En substances. Textes pour Françoise Héritier* (p. 471-489). Paris : Fayard.

Moisseeff, M. (2004). L'amour extraterrestre : une mythologie à méditer. Dans F. Héritier et M. Xanthakou (dir.), *Corps et affects* (p. 325-338). Paris : Odile Jacob.

Moisseeff, M. (2005a). Penser le métissage : Une interrogation pour les sciences sociales. *L'autre, Cliniques, cultures et sociétés*, *6*(2), 287-304.

Moisseeff, M. (2005b). La procréation dans les mythes contemporains : une histoire de science-fiction. *Anthropologie et sociétés*, *29*(2), 69-94.

Moisseeff, M. (2008a). Alien ou ou le retour d'un mythe polynésien. Dans J. Daniel (dir.), *Le siècle de Lévi-Strauss* (p. 157-164). Paris : CNRS Éditions.

Moisseeff, M. (2008b). Nous n'avons jamais été humains. Le néotène, les chimères et les robots. Dans S. Gruzinski (dir.), *Planète métisse* (p. 152-165). Arles : Musée du Quai Branly/Actes Sud.

Moisseeff, M. (2010). Au cœur du système hiérarchique occidental : l'évolution biologique. Dans A. Iteanu (dir.), *La cohérence. Mélanges en hommage à Daniel de Coppet* (p. 341-368). Paris : Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme.

Moisseeff, M. (2011a). Grossesses extraterrestres et implant nasal : une mythologisation du biopouvoir?. Dans J. Goffette et L. Guillaud (dir.), *L'Imaginaire médical dans le fantastique et la science-fiction* (p. 303-316). Paris : Bragelonne.

Moisseeff, M. (2011b). Invisible and Visible Loyalties in Racialized Contexts: A Systemic Perspective on Aboriginal Youth. Dans U. Eickelkamp (dir.), *Growing Up in Central Australia: New Anthropological Studies of Aboriginal Childhood and Adolescence*, (p. 239-272). Oxford, R.-U. : Berghahn Books.

Moisseeff, M. (2013). La tyrannie du choix chez les jeunes Aborigènes australiens. *L'autre, Cliniques, cultures et sociétés*, *14*(1), 43-53.

Moisseeff, M. (2014). Payback and forward: relational responsibility as a source of weakness or strength. Dans *Actes du colloque Australian Aboriginal anthropology today: critical perspectives from Europe* (en ligne). Paris : Musée du Quai Branly. http://actesbranly.revues.org/568

Ndala, B. (2013, 12 septembre). Noire et ministre en Europe: quand les extrêmes-droites voient rouge, *huffingtonpost.fr*. Récupéré de http://www.huffingtonpost.fr/blaise-ndala/noire-ministre-europe-racisme_b_3907219.html

Neville, A. (1947). *Australia's Coloured Minority: Its Place in the Community*. Sydney, Australie : Currawong.

O'Rourke, D. (1984). Lang Hancock father of Gina RineHart offers sterilisation as a solution to the Aboriginal problem. Dans *Couldn't Be Fairer* [film documentaire australien]. Consultable à partir de la page https://www.youtube.com/watch?v=h-RV9reCDbY

Rice, A. (1993/1995). *L'Heure des sorcières*. Paris : Laffont.

Rice, A. (1994/1996). *Taltos*. Paris : Laffont.

Roselmack, H. (2013, 5 novembre). La France raciste est de retour [en ligne]. *Le Monde.* http://www.gala.fr/l_actu/news_de_stars/harry_roselmack_la_france_raciste_est_de_retour_301842

Sironi, F. (2007). *Psychopathologie des violences collectives*. Paris : Odile Jacob.

Tatz, C. (1999). *Genocide in Australia* (AIATSIS Research Discussion Paper n° 8). Canberra (Australie) : Australian Institute of Aboriginal and Torres Strait Islander Studies.

Taylor, A.-C. (1991), *Évolutionnisme*. Dans P. Bonte et M. Izard (dir.), *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie* (p. 269-272). Paris : Presses universitaires de France.

Waintrater, R. (2003/2011). *Sortir du génocide. Témoignage et survivance*. Paris : Payot.

Wyndham, J. (1957). *The Midwich Cukoos*. Londres : Michael Joseph.

alterstice
Revue Internationale de la Recherche Interculturelle
المجلة الدولية للبحوث ما بين الثقافات
Revista International de la Investigacion Intercultural
Revista Internacional de Pesquisa Intercultural
International Journal of Intercultural Research

ARTICLE THÉMATIQUE

Penser la diversité par les transitions de la santé mentale

Ilario Rossi [1]

Résumé

L'émergence d'une culture de la mobilité – notamment des personnes, des savoirs, des pratiques, des techniques – s'accompagne d'une valorisation progressive de la diversité. Cette mouvance sociétale pose de nouveaux défis institutionnels et professionnels, notamment en santé mentale. Parallèlement, ce domaine est traversé par des injonctions politiques, économiques et culturelles importantes qui modifient à leur tour l'organisation des pratiques cliniques. Pour esquisser des pistes de réflexion, cet article propose de mettre en lien la diversité du sujet dans la clinique avec un changement de culture de la pratique. Comment le jaillissement de la diversité coexiste-t-il avec ces transitions? Quelles perspectives interprétatives se dessinent-elles? Pour cerner le contexte à partir duquel se pense la diversité en santé mentale, nous nous concentrerons sur les changements économiques et les réformes politiques, le statut des professionnels et les missions de la clinique, l'émergence du sujet et la valorisation de l'autonomie. En ce sens, s'esquisse un système à partir duquel le soignant raisonne et interagit avec la diversité. En valorisant la perspective synthétique davantage que la focale détaillée, en utilisant des sources théoriques au détriment de données empiriques, la diversité se donne à lire comme la résultante d'un ensemble organisé, de ses multiples agencements et de ses logiques d'influence. Selon cette perspective, elle se définit moins comme un objet institué que comme une composante d'un processus instituant, défini par les injonctions multiples qui traversent la clinique contemporaine.

Rattachement de l'auteur

[1] Institut des sciences sociales, Université de Lausanne, Suisse

Correspondance

ilario.rossi@unil.ch

Mots clés

diversité, santé mentale, politiques de santé, systèmes de santé, sujet, professionnel de la santé

Pour citer cet article

Rossi, I. (2014). Penser la diversité par les transitions de la santé mentale. *Alterstice, 4*(2), 39-x.

Introduction

Le 21e siècle se déploie dans un contexte de grandes transformations : l'émergence simultanée de diverses formes de mondialisation – notamment la mobilité des personnes, des techniques, des savoirs et des pratiques, l'internationalisation des marchés économiques et financiers, la révolution numérique et les innovations technologiques – participe à un processus qui entraîne des mutations culturelles inédites et fondamentales (Rossi, 2012). Chacune d'entre elles est à la fois spécifique et diversifiée et, en même temps, amarrée aux autres dans une relation d'influences et d'interdépendances réciproques. Ces processus forment un système et il serait inapproprié de les considérer aujourd'hui séparément.

Nous devons donc apprendre à les penser ensemble, notamment pour saisir les transformations qui modifient actuellement le domaine de la santé mentale et, plus particulièrement, leurs effets sur l'organisation des institutions et la finalité des pratiques professionnelles. C'est donc à travers une lecture systémique de ces transitions que la notion de diversité sera ici contextualisée. Pour éclairer une telle perspective, l'attention sera dirigée dans un premier temps vers les changements sémantiques de cette notion et les enjeux interactionnels qui en découlent au niveau de la relation de soin. Dans un deuxième temps, l'articulation de plusieurs registres – politiques et systèmes de santé, cultures institutionnelles, statut des professionnels – permettra d'entrevoir les logiques par lesquelles le domaine de la santé publique et, plus spécifiquement, celui de la santé mentale construit le projet clinique, ses objectifs et ses modalités. La conclusion propose une mise en perspective de la diversité à l'aune des transitions dans le domaine de la santé mentale, en montrant comment le lieu de leur convergence réelle, la clinique, est soumis à des injonctions contradictoires et paradoxales. Le regard proposé, qui ne peut être que général et approximatif propose, en assumant cette posture, une lecture susceptible de repositionner l'émergence d'une clinique de la diversité et de montrer ses potentielles dérives et instrumentalisations.

Émergence de la diversité

La notion de culture constitue depuis longtemps un centre d'intérêt scientifique et théorique dans le domaine de la santé mentale (Cognet et Montgomery, 2007; Domenig, 2007; Goguikian Ratcliff et Strasser, 2009; Sabatier et Douville, 2002; Tison, 2007). Nombre d'auteurs, de recherches et de publications ont contribué à son émergence en psychiatrie, à l'institutionnalisation d'une clinique intégrant les différences culturelles, au développement de pédagogies valorisant les compétences inter- et transculturelles. Toutes ces perspectives conceptuelles reposent essentiellement sur une vision centrée sur l'individu, son origine et ses trajectoires de migration, ses spécificités d'appartenances sociales, religieuses et communautaires tout en adaptant les procédés interactionnels, communicationnels et relationnels. Par le prisme d'un regard sur l'autre, s'est établie une riche production scientifique, plurielle et variable selon les courants et les régions géographiques de sa réalisation. Cette production a notamment traité des rapports entre psychisme et culture, entre identité et altérité, entre processus migratoires et politiques d'immigration, entre multiculturalisme et interculturalité. Force est de constater que les écarts sémantiques, et les conséquences politiques, de l'usage de la notion de culture traduisent la ferveur des débats scientifiques et des enjeux cliniques (Sabatier et Douville, 2002). Il suffit de se référer aux critiques, parfois virulentes, qui ont accompagné l'essor des acceptions d'une part culturalistes – « une culture fonctionnelle assure la clôture du groupe et lui donne une conscience de son identité » (Nathan, 1994, p. 213) – et d'autre part universalistes – pour lesquelles la culture constitue une variable exogène résiduelle. Dans le domaine de la psychiatrie par exemple, les tenants de la position universaliste dominante s'appuient sur des outils diagnostiques élaborés en Occident, tels que le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), dont la pertinence théorique et pratique a été contestée, notamment par nombreux anthropologues et philosophes (Kleinmann, 1995; Littlewood, 2002; Demazeux, 2013). Ils remettent en question la légitimité d'appliquer des concepts généraux et des catégories standardisées, produits dans un espace et un temps spécifiques, à des individus provenant de sociétés où ils ne sont pas applicables (Selod, 2001). Aujourd'hui, ces oppositions se reconfigurent et se complexifient : au sein du processus de mondialisation, et pour la première fois dans l'Histoire, « les personnes, les communautés, les cultures et les populations ont une destinée commune » (Garcìa Canclini, 2011, p. 106). Un nouveau regard se façonne, en adéquation avec cette nouvelle réalité : on passe d'une sensibilité multiculturelle – respect des différences et valorisation de l'interculturel – à une posture transculturelle, qui implique une vision dynamique et processuelle de la culture et de ses expressions. Il en découle la nécessité de se

distancier radicalement d'un essentialisme culturel et d'une conception fermée de la culture, qui implique une pression d'homogénéisation interne et de délimitation externe. Au contraire, avec la mondialisation, s'accentue le caractère variable des cultures contemporaines ainsi que leur mouvement incessant de réticulation externe et d'hybridation interne (Welsch, 2005).

Ce glissement sémantique n'est pas anodin. Plus particulièrement, la potentialité transnationale des individus, qui se définit par la circulation entre cultures et modes de vie, promeut la dynamique transculturelle des sociétés auxquelles ils appartiennent, et réciproquement (Welsch, 2005). Cette réciprocité conduit à redéfinir le concept de diversité, cette dernière devenant consubstantielle à toute production d'identité, entre construction de soi et reconnaissance d'autrui, entre transculturalité individuelle et transculturalité sociale : il est désormais nécessaire de penser les identités culturelles comme n'étant pas définies une fois pour toutes mais comme étant toujours en formation, se redéfinissant en permanence sous la pression, en particulier, d'apports culturels extérieurs. Selon cette perspective, la notion de différence culturelle en tant qu'entité permanente et établie s'efface au profit d'une diversité humaine, processuelle et dynamique. De fait, évoquer la diversité ne renvoie plus ni à des questions de territorialité, ni à des prérogatives de nationalité ou d'ethnie mais de « laicité de tolérance » (Wolton, 2008) : elle engage désormais les valeurs intrinsèques aux droits de l'Homme et repose sur une idéologie universelle promouvant la possibilité pour tout un chacun de se construire et de se penser dans sa singularité et dans sa diversité dans un contexte de pluralité.

L'émergence de la diversité comme événement de la singularité accompagne le passage d'une société marquée par la référence à la discipline, au conflit et à la culpabilité à une société qui valorise davantage l'autonomie, la responsabilité et la libre initiative. L'individu contemporain devient autonome, maître de ses choix et de la capacité d'évoluer et de se construire, responsable de lui-même, de ses activités, de ses succès, mais aussi de ses échecs et de ses défaites (Ehrenberg et Lovell, 2005; Ehrenberg, 2010). En ce sens, tout cheminement individuel s'inscrit désormais au cœur d'un destin collectif; il donne naissance à une configuration sociale et culturelle complexe que nous appelons le sujet : devenir sujet se traduit par la volonté de l'individu d'être l'acteur de sa propre existence, par l'intensité par laquelle il mène sa quête de soi et lui confère une importance centrale (Touraine, 2005). Entre l'être humain et l'être de la société, le sujet advient comme élément de médiation face à l'ensemble des déterminations plus ou moins contradictoires qui le constituent, il traduit le processus par lequel il se construit lui-même à partir d'un déjà là (de Gaulejac, 2009). Plus l'identité est centrale, plus le corps est important (Rossi, 2013). Notre corps est l'une des évidences de notre existence, puisque c'est *dans* et *avec* notre corps que nous sommes nés, que nous vivons, que nous mourrons et *dans* et *avec* notre corps que nous construisons nos relations à autrui et notre singularité (Marzano, 2007, p. 7). Par son corps, le sujet concrétise sa diversité, parce que tout au long de la vie, la quête de soi influence, voire transforme, la structure d'ensemble de notre expérience existentielle, morale et corporelle, ainsi que nos jugements et nos actions. C'est l'un des sens du concept de subjectivation, par lequel les dynamiques d'élaboration du rapport à soi, aux autres et au monde se construisent dans l'expérience du corps. La diversité nous parle moins d'une culture que d'une subjectivité et d'une corporéité spécifiques.

Il en découle une vision de la santé individuelle adaptée, s'éloignant d'un état pour devenir elle aussi un processus et se constituer comme « le résultat d'une interaction de facteurs biologiques, psychologiques […], sociaux, cognitifs et affectifs », qui s'influencent mutuellement tout le long d'une trajectoire de vie (Sabatier et Douville, 2002, p. 7). Cette représentation de la santé, ajustée aux transformations de l'individu et capable en même temps de le situer, s'ouvre aux spécificités de la singularité et de la diversité. Elle sollicite, dans toute réponse soignante, une relation de soin centrée sur la personne, ouverte à ses spécificités, à la narrativité de son parcours biographique, de ses appartenances familiales, communautaires et sociales. Une relation de nuances et d'adaptabilité interactionnelles, qui puisse garantir le respect de la personne dans sa diversité et les modalités cliniques capable de la reconnaître (Goguikian Ratcliff et Strasser, 2009). Cependant, cette relation de soin ne se réduit pas à elle-même : perméable aux influences contextuelles dans lesquelles elle se déploie, elle s'ajuste aux conditions structurelles qui lui permettent de se mettre en scène.

Les transformations structurelles de la santé

Si l'expérience de la maladie relève de l'individuel, la santé, elle, participe aussi du collectif et se définit désormais comme une construction socialement et politiquement élaborée dont les limites sont constamment rediscutées. Domaine multidimensionnel aux interactions complexes, elle constitue, dans une perspective anthropologique, un moyen d'accès au système des interprétations et des valeurs d'une société. Elle est ainsi un révélateur du social, notamment dans l'expression des facteurs qui la constituent – l'économique, le politique et le scientifique –, qui la façonnent et la caractérisent selon les contextes.

En particulier, avec la mondialisation de la production et des échanges, ainsi que son corollaire, la séparation entre économie d'une part et social et politique de l'autre, la médecine a intégré structurellement l'exigence de rentabilité et la règle de la compétitivité comme opérateurs du marché de la santé (Gori et Del Volgo, 2008; Rossi, 2002). Une nouvelle configuration se dessine, reposant sur l'exigence de relier planification et évaluation, en promouvant par des décisions politiques une culture réformiste des systèmes de santé. De fait, les pays européens et leurs gouvernements ont entrepris de réformer leurs systèmes de santé, dans le but de promouvoir un changement structurel passant par le réexamen des actions et des stratégies économiques en matière de soins. Les programmes des réformes se sont traduits par l'application progressive à l'ensemble des institutions de soins d'un nouveau mode d'organisation – le *management care* et le *management disease* –, conduisant à réglementer plus strictement les comportements des principaux acteurs des secteurs de la santé (Castro et Singer, 2004). En même temps, ces mêmes secteurs sont soumis à la restructuration et à la concurrence. Il en découle que toute pratique clinique est indissociable des réponses qu'elle est censée fournir : la recherche d'efficacité thérapeutique s'accompagne d'une nouvelle exigence, celle de l'efficience de la pratique soignante et médicale, pour laquelle chaque stratégie d'intervention se voit aussi assigner une valeur financière. Les objectifs sont explicites : rationaliser et coordonner les prestations pour mieux contrôler les dépenses, et créer de nouvelles références en matière de droits et de devoirs pour les professionnels et les patients. Cependant, la quête d'efficience doit aussi respecter, sous l'impulsion du politique, un certain nombre de conditions, portant notamment sur des critères comme la satisfaction des besoins, l'accessibilité, la solidarité, l'équité, le respect d'une éthique de la pratique, la déontologie – sans lesquelles il serait contradictoire de conjuguer médecine, soins, économie et politique.

Parallèlement, les innovations technologiques influencent la relation au malade et l'activité des professionnels. Tout individu devient non seulement prévisible, mais surtout maîtrisable par la biologie de ses constituants et la prescription de médicaments. Les questions qui en découlent touchent désormais à ce que nous sommes en tant qu'êtres humains et non plus seulement à ce que nous pouvons faire comme êtres humains (Kehr, Niewöhner et Vailly, 2011). D'autre part, l'introduction progressive des nouvelles technologies de l'information et de la communication comme instruments de la pratique professionnelle (numérisation et informatisation des données et des dossiers, administration du travail) entraîne une modification fondamentale du travail : tout acte médical et de soin se doublant d'une saisie de données, l'institution doit désormais faire preuve de « réalisme gestionnaire » (de Gaulejac, 2005). Une nouvelle configuration se dessine, reposant sur l'exigence de relier planification et évaluation par des processus d'adaptation continus. Cependant, la planification n'est possible que lorsque les variables à programmer sont connues à l'avance et mesurables. S'impose ainsi l'exigence de correspondances entre pathologie, légitimité d'une intervention préventive ou curative et compétences des agents médicaux et de soins sollicités. Ainsi, la « rationalité économique » fait appel à la « rationalité médicale » (Good, 1994), aune à laquelle on mesure l'adéquation et le bien-fondé des pratiques préventives et des projets thérapeutiques par des variables scientifiquement fondées. Les objectifs à atteindre deviennent explicites et les étapes à suivre strictement définies par la formalisation de protocoles.

Si ces réformes permettent à plusieurs secteurs de la médecine de s'y référer avec adéquation, une application générale de cette vision peut poser des problèmes, notamment dans le domaine de la santé mentale. De fait, lorsque l'on est confronté à des situations complexes, les réponses soignantes et thérapeutiques requièrent souvent d'être moins systématiques que systémiques. Cette situation soulève une pléthore de questions et conduit à des décisions qui sollicitent simultanément les politiques de santé, l'organisation institutionnelle et les pratiques professionnelles. Ces différents registres définissent les contours de ce qu'est la santé publique tout en constituant les niveaux de son action.

Transitions de la santé mentale, modification de la relation de soin

Plus spécifiquement, la santé publique se réfère à « un domaine d'activités qui porte sur le bien-être des collectivités, ou du moins sur la prévention des maladies et peut-être la prolongation de la vie » (Fassin et Hauvray, 2010, p. 7). Elle se situe à l'interface des politiques de gouvernance et des disciplines scientifiques, notamment l'épidémiologie, la médecine, l'économie, la communication et les sciences sociales. Elle élabore ses concepts et ses théories, s'institutionnalise au niveau scientifique et universitaire. Son émergence s'accompagne de la naissance d'un ensemble de normes, de valeurs et de savoirs qui traduisent une forme particulière de « gouvernement de la vie ». Cette gouvernance des collectivités, produit d'une longue maturation, trouve « son enracinement dans un réformisme à visée universelle à partir duquel pouvoirs politiques et savoirs scientifiques prétendent œuvrer en tous domaines au progrès de l'humanité » (Dozon et Fassin, 2001, p. 345), notamment par la promotion de la santé et la lutte contre les maladies. En effet, sa singularité tient à ce qu'elle lie « les différentes significations de la vie, le vivant et le vécu, […], le physique et le social, ou encore le biologique et le biographique » (Fassin et Hauvray, 2010, p. 8). Ces connaissances scientifiques s'intensifient d'un regard inédit par lequel la santé publique « pense en termes de populations et non plus d'individus » : en ce sens, elle constitue une « conquête morale », promouvant « un double principe de solidarité et de responsabilité, par lequel la société se mandate elle-même pour s'occuper du bien-être collectif » (Fassin et Hauvray B., 2010, p. 9). Sa perspective est donc unique et s'articule à la fois à la réalité épidémiologique, médicale et thérapeutique de la maladie et à la réalité des acteurs, des pratiques et des institutions.

La santé mentale constituant un secteur de la santé publique, elle assure les mêmes missions, partage les mêmes objectifs et utilise les mêmes instruments. De fait, la gestion des troubles mentaux, historiquement réglementée par la psychiatrie, relève désormais de la santé mentale, secteur appelé à organiser, par ses politiques, institutions et professions une réponse à la situation psychologique des individus. Plus particulièrement, ces pratiques incluent des interventions aux niveaux sociétal et médiatique, institutionnel et pédagogique, individuel et thérapeutique, dans le but de prévenir des troubles mentaux avérés, éviter leur détérioration et promouvoir la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie (De Piccoli, 2014). Les caractéristiques individuelles relevant de la santé mentale sont, quant à elles, déclinées en plusieurs registres : souffrance psychique, capacité, fonctionnement social, état positif, capital de santé normatif (Lovell, 2010, p. 162). La réalisation de ses objectifs – diminuer la prévalence des troubles mentaux et leur impact néfaste sur la santé et accroître la capacité des individus à faire face aux événements stressants de la vie – participe en même temps d'une mouvance historique caractérisée par un basculement de référentiels concernant la psychiatrie (Ehrenberg et Lovell, 2005; Otero, 2003). Après une phase de « Grand désenfermement » (qui a notamment déplacé la prise en charge de l'individu fragilisé et vulnérable de l'hôpital psychiatrique vers la communauté et la critique de certaines formes de médicalisation), le « Grand renversement » se caractérise par une valorisation de l'usager, qui devient l'acteur individuel de « son » problème de santé mentale et de la résolution possible de ce dernier. Au centre de tout dispositif thérapeutique et de recherche clinique, son consentement éclairé est désormais indispensable (Ehrenberg, 2010). Penser en ces termes l'usager des services de santé mentale va de pair avec la nécessité de repositionner la psychiatrie dans la société. Ainsi, dans les sociétés contemporaines, la notion de santé mentale peut être considérée comme l'expression d'une réorganisation des rapports entre maladie, santé et socialisation (Ehrenberg, 2005).

Cette transformation se construit à travers trois processus d'intégration propres à la psychiatrie, respectivement dans la médecine, dans la santé publique et dans la cité. La première renvoie à un renforcement de l'insertion de la psychiatrie, branche médicale, dans la médecine, avec des répercussions importantes au niveau scientifique et clinique. La valorisation des preuves afin d'établir les décisions les plus appropriées pour la pratique se généralise. Cette évolution vise à formaliser ce qui est scientifiquement « légitime » dans la clinique. S'appuyant sur l'émergence d'une médecine basée sur les preuves (EBM), l'exigence de scientificité en psychiatrie et en psychothérapie apparaît de prime abord comme légitime : d'un point de vue clinique, elle implique l'association de l'expertise établie par le clinicien et les meilleures preuves cliniques du champ de la production scientifique. Ce principe est donc censé assurer une autonomie professionnelle, un jugement clinique et une intégrité thérapeutique. Dans les faits, face à la standardisation croissante des pratiques, un conflit potentiel risque cependant d'émerger entre la singularité du professionnel, les spécificités de chaque relation thérapeutique et l'application de pratiques dont l'efficacité a objectivement fait ses preuves (Amstrong, 2002).

Ainsi, certains modèles et théories sont valorisés au détriment d'autres, notamment la promotion du paradigme neurocognitif au détriment des méthodes de psychothérapie plus classiques. Preuve en est le modèle de la plasticité cérébrale et ses applications cliniques. Ce nouveau paradigme décrit le cerveau comme un amalgame de mille milliards de neurones, connectés à leur tour par une centaine de substances chimiques qui engendrent des milliards de connexions, l'absence d'une substance ou le dérèglement d'une interaction biochimique pouvant provoquer des symptômes et être à l'origine d'un problème individuel. Tout est une affaire de cerveau, de neurotransmetteurs et de neurorécepteurs, ou encore de niveau de sérotonine. Il en découle que la santé psychique s'inscrit dans le biologique, et que les réponses aux problèmes individuels résident dans l'action sur les constituants neurologiques par la prescription de médicaments. Bien que cette logique causale des problèmes psychiques soit scientifiquement fondée, l'appréhension des souffrances humaines par la parole et la relation, qui sont susceptibles de décoder les trajectoires de vie et des les inscrire dans un processus de symbolisation, amène une autre vision et une autre pertinence. Dès lors, ce qui fonde les procédures de légitimation (« les meilleures preuves », « l'expertise » ou encore « la rationalité ») est soumis aux débats scientifiques, aux conflits d'intérêt et aux enjeux politiques et économiques, et s'avère donc contestable et variable temporellement et géographiquement (Amstrong, 2002). Les débats qui en découlent procèdent en partie de la difficulté à établir un consensus scientifique et thérapeutique sur bon nombre de situations cliniques. Il n'en reste pas moins que l'avènement de la preuve en santé mentale redessine la nature, et donc la direction, des pratiques cliniques.

La deuxième intégration relie la psychiatrie à la santé publique, ce qui entraîne des contraintes économiques, sous-tendues par un cadre légal, et ce qui contraint à penser la clinique aussi en termes d'efficience et de coûts sociaux. La création et la formalisation de procédures standardisées, tant au niveau de l'évaluation diagnostique que de la prise en charge thérapeutique, et l'existence de protocoles adaptés à chaque pathologie, des « *guidelines* » susceptibles de tracer les étapes des interventions, deviennent la norme. Cette tendance ajoute aux propriétés qualitatives d'une relation de soin basée sur les dimensions intersubjective et relationnelle – notamment la proximité et la durée qui permettent de construire une relation de soin de qualité, la complexité et la spécificité de la demande, les modalités de coopération et de collaboration entre professionnels du secteur – une démarche axée sur la formalisation des actes de soins, leur calibrage et leur reproductibilité (Demailly, 2008). Cette nouvelle complémentarité conduit à un fractionnement des pratiques professionnelles, à l'interchangeabilité entre soignants et à la prééminence de l'acte de soins sur la relation de soin. Le processus en est connu : la démarche quantitative partage le « faire » de chaque profession en une série d'opérations partielles, ayant chacune sa finalité et sa spécificité. Ce qui fonde le management sanitaire, c'est ainsi « la métaphore de l'organisation machine » (Zulueta, 2013), toute référence clinique devant être compatible avec le « modèle machiniste », fait de procédures et de monitorages, sur la base de catégories diagnostiques de type DSM ou, en Suisse par exemple, DRG/TARPSY (rétribution financière par diagnostic). Ainsi, la réforme des systèmes de santé est destinée à produire des indicateurs statistiques susceptibles de garantir le contrôle gestionnaire et donc les prérogatives économiques du système. Il en ressort une philosophie dans laquelle on soigne des troubles plutôt que des individus souffrants.

Cette tendance se généralise et tend à modifier le statut des soignants : au modèle du professionnel apte à faire le choix d'actions pertinentes sur la base de son expérience et de son jugement clinique on préfère le modèle de compétences pré-établies qui dicte les actions du soignant. Cette logique de prescription repose sur des objectifs précis : soigner des pathologies signifie définir *a priori* – au nom de l'efficience – les éléments du projet thérapeutique, les interventions et leur organisation, les médicaments à prescrire ainsi que la durée du traitement. Cette organisation du travail tend à transformer les professionnels en exécutants de cette standardisation. Tout acte clinique viserait ainsi moins la consolidation d'une relation de soin que l'application de prescriptions : à l'*agir* reposant sur un choix motivé par une finalité éclairée se substitue le *faire* comme production de résultats (Galimberti, 2008; Rossi, 2002 et 2011). Alors que l'*agir* relève de la compétence du professionnel et de son jugement clinique, la logique du *faire* le contraint à user de recommandations. Si le premier terme implique une action tendue vers un but, le second se limite à la réalisation d'une tâche.

Dès lors, la relation entre travail professionnel et responsabilité personnelle se reconfigure. Toute perspective clinique étant soumise au calcul rationnel de l'appareil technique et scientifique, les professionnels qui opèrent comme des « techniciens » dans ce système ne peuvent désormais plus le modifier, mais seulement le perpétuer (Rossi, 2002). Certes, cette formulation est radicale, mais elle pose une question légitime : si ce sont le rôle et la

fonction de prestataires de soins qui sont déterminants, le domaine de la santé mentale se réduit-il à la gestion des actions, des interactions et des structures? L'introduction d'une culture managériale au sein de la clinique se révèle alors comme une entrave potentielle aux décisions éclairées des soignants.

La troisième intégration inscrit la santé mentale dans la cité, ce qui modifie le contexte des pratiques. Elle favorise en effet le passage d'une logique d'expertise professionnelle et institutionnelle spécifique à la psychiatrie à une logique de santé collective et publique. Cette situation amène les institutions psychiatriques à inscrire leurs pratiques dans un réseau territorial de santé mentale, ce qui conduit à un essor de la collaboration interprofessionnelle et interinstitutionnelle. Le travail en réseau réforme la coordination entre disciplines et la coopération entre professions et domaines professionnels, notamment en santé, en éducation, dans le domaine social, en droit. Il favorise une prise de conscience majeure, à savoir que toute réponse clinique et thérapeutique à des expériences de fragilité psychique ne peut être dissociée de la portée sociale qu'elle implique. Plus particulièrement, les réseaux travaillent sur le fragile équilibre entre autonomisation croissante des individus, incités à devenir acteurs de leur santé, et exercice d'un contrôle social visant à influencer les comportements et les pratiques en matière de santé (Demailly, 2008).

Si la clinique du suivi et de l'accompagnement en réseau demeure un effort professionnel pour les soignants, elle constitue en même temps une nécessité impérative du social. De fait, avec l'émergence du sujet et de son autonomie, ce n'est pas seulement « la maladie et la pathologie qui changent, mais aussi la santé et la normalité » (Ehrenberg, 2005, p. 19). Il s'ensuit que la finalité clinique n'est plus seulement de « soigner une pathologie » mais de permettre à un individu fragilisé de se réinserer dans son environnement social, professionnel et familial. Les interventions « psy » (psycho-sociales, psycho-thérapeutiques, psycho-éducatives, psychiatriques, psycho-pharmacologiques) contribuent au rétablissement de l'autonomie des personnes afin de palier les « dysfonctionnements », autrement dit rendre les attitudes et les comportements plus « adaptés ». Ces pratiques oscillent entre la socialisation, le dressage et la thérapeutique (Otero, 2005), ne se référant plus exclusivement aux interfaces entre normal et pathologique, mais valorisant davantage le couple « adapté »/« inadapté », en réponse et en écho aux structures sociales et aux règles de socialisation (Ehrenberg et Lovell, 2005). Le rapport entre soin et autonomie devient ainsi central en santé mentale et constitue désormais la pierre angulaire non seulement du traitement mais aussi de la demande. Avec l'autonomie, en effet, nous assistons à une « psychologisation croissante de différents phénomènes et épisodes de la vie des sujets […] par le biais de leur association directe au domaine de la santé mentale, de la souffrance psychique et du psychologique » (Otero, 2005, p. 6). Ce qui nous amène à questionner le sens de la relation, puisque « le point très délicat pour trouver un accord possible définissant, ou même seulement délimitant, ce qui serait un état de bonne santé mentale, est en partie contourné si l'on prend pour point de départ non plus le fonctionnement psychique du sujet, mais son comportement, c'est-à-dire ce qui est observable et objectivable, et par là même soumis aux lois du fonctionnement social » (Bourdillon, 2011, p. 183). L'intégration de la psychiatrie dans la cité tend à modifier la finalité même des interventions cliniques.

Diversité et santé mentale : convergence et antagonismes

Domaine multidimensionnel aux interactions complexes, la notion de santé mentale se construit par et avec la société. Les transitions économiques, politiques et culturelles qui la traversent ont de profondes incidences sur les perspectives cliniques et le statut des professionnels. Cette situation nous permet de comprendre pourquoi la clinique est non seulement un espace soignant et interpersonnel, mais aussi un espace social traversé par un ensemble de normes et de valeurs, de modèles sociaux et professionnels, d'implications politiques et économiques (Fortin et Laprise, 2007). Ainsi, le travail d'appréhension de la diversité est soumis à une double injonction. La première soulève un défi interne, caractérisé par l'exigence d'une clinique capable de s'adapter à la spécificité et de respecter la singularité de chacun et la seconde représente un défi externe, déterminé par des logiques d'efficience, de planification, de gestion et de standardisation.

La première injonction amène à repenser les modalités du relationnel. Tout d'abord parce que chaque personne est médiatrice de diversité, comprise comme une historicité, une subjectivité et une corporéité spécifiques. Elle est en même temps incitée à devenir actrice de sa santé, en faisant appel à ses ressources et à ses relations. Face à la

crise psychosociale et aux psychopathologies, souvent chroniques, des individus, les professionnels doivent répondre à des demandes de plus en plus complexes. La clinique du suivi et de l'accompagnement doit permettre de coordonner des rôles, de clarifier des stratégies, de promouvoir un travail de santé en réseau. Cette approche socialisée de la clinique invite les professionnels à réinventer des modes de travail dans un esprit interdisciplinaire et interprofessionnel, à trouver du temps, à garantir de la souplesse pour atteindre des solutions ajustées aux besoins individuels des enfants, des jeunes et des adultes en difficulté. C'est pourquoi la relation de soin se distingue de son ancrage prescriptif, puisqu'elle traite des êtres singuliers dont elle cherche à améliorer l'état de santé. Elle repose sur la communication, dans laquelle des éléments spécifiques entrent en jeu : représentations, normes, valeurs, loyautés, alliances, interactions, émotions, langages. La singularité du professionnel, sa subjectivité, ses prédispositions sont ici très importantes (Vannotti, 2006), dans la mesure où la pratique en santé mentale ne peut pas être réduite à ce qui doit être fait, mais elle « est toujours, dans le même temps, un choix et une décision entre des possibilités » (Gadamer, 1998). Ainsi, une pratique clinique tenant compte de la diversité implique une intelligence dialectique, à la fois analytique et synthétique. Elle présuppose une activité à la fois théorique et pratique et elle véhicule une rationalité qui ne peut se décliner qu'au pluriel, impliquant plusieurs démarches, aussi bien scientifiques que réflexives : connaissances, interactions, décisions et traitements. La clinique contribue à construire l'humain : elle garantit l'avènement continuel de la singularité, parce qu'elle permet de défendre la personne dans son irréductibilité, sa singularité et sa diversité. Et elle doit garantir de pouvoir continuer à le faire : c'est là le premier défi auquel elle doit faire face.

De nos jours, cette diversité ne peut pourtant se penser qu'en relation à une « culture » de l'efficience, de la planification, de la standardisation et de la gestion. La deuxième injonction concerne ainsi une réorganisation institutionnelle importante, sous l'influence de facteurs économiques et politiques. Cette tendance est générale et se définit par une série de phénomènes transnationaux et globaux, au cœur desquelles la santé mentale prend une place importante : il s'agit notamment de l'émergence d'une santé globale, de l'efficience des systèmes, de la gestion des pathologies, de la mondialisation des activités des firmes pharmaceutiques, de la mobilité des savoirs scientifiques et de la circulations des professionnels de la santé. Bien évidemment, cet enjeu global de la santé ne peut se comprendre qu'à l'aune d'un contexte plus local, dans lequel de nombreux éléments sociologiques, culturels, politiques mais aussi épidémiologiques et institutionnels favorisent ou entravent ces stratégies et ajustements. Ces phénomènes transforment la volonté de maîtrise et d'anticipation de la maladie, de ses effets ainsi que des coûts assumés par la collectivité pour y parvenir en une norme politique collective (Hours, 2001). Cette norme de santé tend à affaiblir les spécificités d'une relation de soin en faveur d'une vision transversale et rationnelle de la prise en charge des pathologies. L'asymétrie qui en découle peut avoir des conséquences sur le statut des professionnels et sur la position des sujets souffrants. Pour les soignants, cela se traduit par une logique du travail qui vise à renforcer leurs compétences par une rationalisation de leurs pratiques. Soumis à des logiques qui tendent à transformer tout sujet, et donc toute diversité, en un trouble rationalisé et normalisé, les soignants participent *de facto* à un projet d'optimisation où le sujet est nié (Illich, 2004). Ainsi, favoriser l'« adéquation » des usagers aux stratégies de l'efficience redéfinit non seulement le statut des professionnels mais aussi le statut et la place de l'être humain souffrant. Appelés à devenir des prestataires de soins de « cas » ou de troubles, les professionnels risquent de perdre leur culture de la complexité et de l'incertitude au profit d'une conduite d'efficience chiffrée : ils font davantage l'objet de contrôles et doivent rendre des comptes, ce qui les incite souvent à prescrire des traitements plus courts (Zulueta, 2013). Le risque de privilégier l'aspect gestionnaire au détriment d'une relation de soin est un défi réel.

Au sein de la santé mentale, la promotion d'une clinique de la diversité, louable par les finalités qu'elle poursuit, tend à se complexifier à l'épreuve des faits. Le facteur humain – le plus impondérable, le plus aléatoire, le moins rationnel –, s'il reste le fondement dans la mise en œuvre d'une relation, demeure en effet le moins quantifiable. C'est en ce sens que toute relation de soin constitue l'avènement continuel de la singularité, qui est censée défendre la personne dans son irréductibilité (Bibeau, 2010). Mais ce sont précisément ces formes-là de la diversité et de la singularité qui tendent aujourd'hui à s'effacer. Ces considérations demandent bien sûr à être nuancées et adaptées (Waytz, 2013) : les soignants sont susceptibles de libérer des ressources cognitives aptes à résoudre des problèmes critiques, tout comme ils sont susceptibles de reproduire parfois le conformisme gestionnaire et de faire preuve d'un manque d'esprit critique.

Dans sa relation à la santé mentale, la diversité devient alors, par analogie, une « condition cosmopolite » (Agier, 2013), une figure à double face : d'un côté, émerge un individu absolu, universel et anonyme, de l'autre, un sujet, qui revendique sa place et son existence sociale tout en reconnaissant celle des autres. Comment concilier ces deux tendances, qui mettent les professionnels dans une posture parfois paradoxale? Promouvoir une réflexivité, voire une analyse, de ces enjeux participe sans doute à transcender les antagonismes propres à la diversité, et contribue ainsi à faire le lien entre personne souffrante et gestion de son « cas ».

Bibliographie

Agier, M. (2013). *La condition cosmopolite. L'anthropologie à l'épreuve du piège identitaire*. Paris : La Découverte.

Armstrong, D. (2002). Clinical autonomy, individual and collective: the problem of changing doctors 'behaviour'. *Social Science and Medicine*, *55*(10), 1771-1777.

Bibeau, G. (2010). Quel humanisme pour notre âge bio-technologique?, *Anthropologie et santé* [en ligne], 1|2010. http://anthropologiesante.revues.org/91

Bourdillon, F. (2011). Prévention et santé mentale de l'enfant : les questions éthiques soulevées par des approches ciblées, *Santé publique*, *23*, 181-188.

Castro, A. et Singer, M. (dir.). (2004). *Unhealthy health policy: A critical anthropological examination.* Altamira Press.

Cognet, M. et Montgomery, C. (2007). *Éthique de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*. Québec : Presses de l'Université Laval.

Demailly, L. (2008). *Politiques de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*. Villeneuve d'Ascq, France : Presses universitaires du Septentrion.

Demezeux, S. (2013). *Qu'est-ce que le DSM? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie*. Paris : Éd. d'Ithaque.

De Piccoli, N. (2014). *Salute e qualità della vita nella società del benessere*. Rome : Carrocci Editore.

Domenig, D. (2007). *Transkulturelle Kompetenz*. Berne : Hans Huber.

Dozon, J.-P. et Fassin, D. (dir). (2001). *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris : Balland.

Ehrenberg, A., (2005). La plainte sans fin. Réflexions sur le couple souffrance psychique/santé mentale. *Cahiers de recherche sociologique*, *41-42*, 17-41.

Ehrenberg, A. (2010). *La société du malaise*. Paris : Odile Jacob.

Ehrenberg, A. et Lovell, A. (dir.). (2005). *La maladie mentale en mutation : psychiatrie et société*. Paris : Odile Jacob.

Fassin, D. et Hauray, B. (2010). *Santé publique. L'état des savoirs*. Paris : La Découverte.

Fortin, S. et Laprise E. (2007). L'espace clinique comme espace social : culture, compétence, dynamique relationnelle. Dans M. Cognet et C. Montgomery (dir.), *Les représentations de l'Autre dans l'intervention : pour une éthique de l'altérité* (p. 191-214). Québec : Presses de l'Université Laval.

Gadamer, H.-G. (1998). *Philosophie de la santé*. Paris : Grasset et Mollat.

Galimberti, U. (2008). *La morte dell'agire e il primato del fare nell'età della tecnica*. Milan : Albo Versorio.

Garcìa Canclini, A. (coord.). (2011). *Conflictos interculturales*. Barcelone : Gedisa Editorial.

de Gaulejac, V. (2005). *La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managériale et harcèlement social*. Paris : Seuil

de Gaulejac, V. (2009). *Qui est Je*? Paris : Seuil.

Goguikian Ratcliff, B. et Strasser, O. (dir.). (2009). *Clinique de l'exil : chroniques d'une pratique engagée*. Genève : Georg Éditeur.

Good, B. (1994). *Medicine, rationality and experience. An anthropological Perspective*. Cambridge : University Press.

Gori, R. et Del Volgo, M.-J. (2008). *Exilés de l'intime. La médecine et la psychiatrie au service du nouvel ordre économique*. Paris : Denoël.

Hours, B. (dir.). (2001). *Systèmes et politiques de santé : de la santé publique à l'anthropologie*. Paris : Karthala.

Illich, I. (2004). *Œuvres complètes*. Paris : Fayard.

Kehr, J., Niewöhner, J. et Vailly, J. (2011). *De la vie biologique à la vie sociale. Approches sociologiques et anthropologiques*. Paris : La Découverte.

Kleinmann, A. (1995). *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine*. Berkeley : University of California Press.

Littlewood, R. (2002). *Pathologies of West. An anthropology of mental ilness in Europe and America*. Ontario : Cornell University Press.

Marzano, M. (dir.). (2007). *Dictionnaire du corps*. Paris : Presses universitaires de France.

Nathan, T. (1994). *L'influence qui guérit*. Paris : Odile Jacob.

Otero, M. (2003). *Les règles de l'individualité contemporaine. Santé mentale et société*. Québec : Presses de l'Université Laval.

Rossi, I. (2002). Réseaux de santé, réseaux de soins. Culture prométhéenne ou liberté de l'impuissance? *Tsantsa, 7*, 12-21.

Rossi, I. (2011). Réseaux, coopérations interprofessionnelles et cultures politiques de la santé. Collectif : *Le travail d'équipe en PMI. Comment penser/panser ensemble ?* (p. 17-26). Paris : Syndicat national des médecins de protection maternelle et infantile (SNMPMI).

Rossi, I. (2012). Sociétés plurielles pour les générations futures. Dans E. Corbaz (dir.), *Pages d'accueil* (p. 19-25). Lausanne : Éditions Antipodes.

Rossi, I. (2013). Identités et travail. La preuve par le corps. Dans B. Danuser et V. Gonik (dir.), *Der Arbeit : eine Re-vision. Le travail : une re-vision* (p. 257-269). Zürich : Chronos Verlag.

Sabatier, C. et Douville, O. (2002). Culture et santé mentale : quels liens? Pour une approche complexe et plurielle. Dans C. Sabatier et O. Douville (dir.), *Cultures, insertions et santé* (p. 7-30). Paris : L'Harmattan.

Selot, S. (2001). Relations interethniques et classifications : de l'emploi du diagnostic dans la littérature psychiatrique du XX^{e} siècle. *L'Autre. Cliniques, cultures et sociétés, 2(*3*),* 481-494.

Tison, B. (2007). *Soins et cultures. Formation des soignants à l'approche interculturelle*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier/Masson.

Touraine, A. (2005). *Un nouveau paradigme. Pour comprendre le monde d'aujourd'hui*. Paris : Fayard.

Vannotti, M. (2006). *Le métier de médecin : entre utopie et désenchantement*. Genève : Médecine et Hygiène.

Waytz, A. (2012). Dehumanization in medicine. Causes, solutions and fonctions. Perpsectives on Psychological Science, *7,* 176-186.

Welsch, W. (2005). Trankulturelle Gesellschaften. Dans P.-U. Merz-Benz et G. Wagner (dir.), *Kultur in Zeiten der Globalisierung. Neue Aspekte einer soziologischen Kategorie* (p. 39-67). Frankfurt-am-Main : Humanities Online.

Wolton, D. (2008). « Conclusion générale : de la diversité à la cohabitation culturelle », *Hermès, La Revue*, 51, 195-204.

Zulueta, P. (2013). Compassion in 21st century medecine: is it sustainable ? *Journal of Clinical Ethics*, *8*, 119-128.

alterstice
Revue Internationale de la Recherche Interculturelle
المجلة الدولية للبحوث ما بين الثقافات
Revista International de la Investigacion Intercultural
Revista Internacional de Pesquisa Intercultural
International Journal of Intercultural Research

ARTICLE THÉMATIQUE

Santé mentale et politique du relationnel. Vers de nouvelles configurations

Lise Demailly [1]

Résumé

À partir d'une série de travaux empiriques menés depuis une dizaine d'années sur la politique et les pratiques de la santé mentale en France, l'auteur présente une synthèse des reconfigurations contemporaines du champ, sous la pression d'injonctions sociétales à la fois fortes et contradictoires. L'article décrit une réorganisation des « clientèles » des différentes institutions concernées qui fait la part belle d'une part à leur solvabilité et, d'autre part, à leur possibilité de résilience sociale. Se dessinent ainsi de nouvelles politiques du relationnel. La politique dominante est organisée autour du registre de l'intervention, est sensible aux préoccupations sécuritaristes, est à la fois libérale et autoritaire et relève d'une conception essentiellement adaptative de l'autonomie. Les mouvements d'usagers constituent l'une des formes de résistance à la psychiatrie contemporaine, en refusant que l'on fasse leur bien sans eux, voire contre eux. D'autres résistances sont formées par les professionnels et les individus attachés à une conception de l'autonomie comme émancipation.

Rattachement de l'auteure

[1] Université des sciences et techniques de Lille 1 et Centre de recherche et d'études en sociologie et économie (CRESE), unité mixte de recherche (UMR) et Centre national de la recherche scientifique (CNRS), France

Correspondance

lise.demailly@univ-lille1.fr

Mots clés

santé mentale; politiques de la relation; psychiatrie

Pour citer cet article

Demailly, L. (2014). Santé mentale et politique du relationnel. Vers de nouvelles configurations. *Alterstice, 4*(2), 49-62.

Ce texte est consacré à l'évolution des pratiques et politiques de santé mentale dans nos sociétés occidentales contemporaines et à leurs enjeux en matière de « politiques de la relation » (Demailly, 2008). Il ne s'agit pas de la présentation d'une recherche particulière, mais la reprise réflexive d'un certain nombre d'études empiriques ou théoriques que j'ai menées depuis une dizaine d'années. Ces travaux, pour une partie d'entre eux, ont porté sur l'action publique en santé mentale : observation des modes de coordination entre professionnels du sanitaire et professionnels du social (recherche menée en 2004-2006, voir Demailly et Bresson, 2006), observation du processus de territorialisation de la politique de santé mentale dans le Nord-Pas-de-Calais en France (recherche européenne *Knowledge and policy*[1], voir Demailly, Chéronnet et Mossé, 2009), analyse des outils de régulation gestionnaires et statistiques de la psychiatrie française (Autès, Demailly, Dembiski, Bélard et Lardé, 2010), étude du développement de l'évaluation dans les services psychiatriques (Demailly, Devineau, Maury et Mossé, 2010). Ce contrat européen a permis la mise en perspective de la politique française de santé mentale avec celle de l'Écosse, de la Norvège, de la Hongrie et de l'Allemagne.

Une seconde série de travaux empiriques personnels mobilisés dans cet article porte sur des innovations organisationnelles et cliniques en psychiatrie : la mise en place d'un service ouvert en pédopsychiatrie dans un quartier populaire (Demailly et Chéronnet, 2007), des équipes mobiles de psychiatrie (Demailly, Dembinski et Déchamp Le Roux, 2013), la mise en œuvre du programme expérimental (2012-2014) de « médiateurs de santé pairs en santé mentale » (ex-patients, en voie de rétablissement, embauchés dans les services psychiatriques sur contrats de travail à durée déterminée de la fonction publique), qui a donné lieu à un rapport d'évaluation (Demailly, Bélard et collab., 2014).

Enfin plusieurs textes qui précédent celui-ci ont développé des analyses quant aux dynamiques du champ de la santé mentale et notamment des tensions politiques, éthiques et théoriques qui affectent la psychiatrie (Demailly, 2012 et 2014), analyse qui sera poursuivie ici[2]. Les analyses globales des évolutions politiques du champ de la santé mentale ont pu s'appuyer sur des observations de congrès de psychiatrie, de colloques de psychanalyse, de séminaires, de formations continues, de listes de discussions sur internet, de revues et ouvrages professionnels, de prises de parole d'usagers.

Il n'est pas possible d'exposer ici le cadre théorique et la méthodologie de chacun de ces travaux et on renverra le lecteur aux publications mentionnées. Succinctement, la première série de travaux utilise les concepts développés par certains politistes (plus particulièrement Jobert, 1995; Le Gales et Lacousmes, 2005; Palier et Surel, 2005), mais en accordant une place plus importante qu'en sciences politiques à l'enquête par observation in situ sur les pratiques elles-mêmes, selon les méthodes traditionnelles en sociologie du travail, ainsi que sur les effets concrets, dans les mondes vécus ordinaires, des décisions politiques ou juridiques. La seconde série d'études, qui porte sur des innovations organisationnelles et cliniques, a accordé une place centrale à l'observation ethnographique longue des situations d'interaction (réunions formelles ou informelles, entretiens médicaux et pratiques infirmières, moments d'attente ou de détente des équipes de soin), complétée par des entretiens semi-directifs (notamment avec des patients) et une analyse documentaire. Le cadre théorique d'analyse des pratiques dans les différentes recherches emprunte à l'analyse stratégique de Friedberg (1993), sous la forme de ce j'avais appelé un « stratégisme méthodologique » (Demailly, 2005*)*, mais aussi à la théorie des champs de Bourdieu, sans écarter la prise en compte du niveau proprement éthique et politico-éthique de la construction des pratiques.

Il s'agit donc ici d'un retour réflexif et synthétique sur les données issues de cet ensemble de travaux empiriques achevés. L'objet de cet article est de situer la place de l'institution psychiatrie dans les méthodes contemporaines de gouvernement des conduites. On commencera par explorer les injonctions institutionnelles et sociétales auxquelles est soumise la psychiatrie, puis on décrira en deuxième partie les effets structurels de ces injonctions sur les politiques de santé mentale avant d'en venir aux politiques de la relation qui accompagnent les déplacements structurels.

[1] 7e Programme cadre de recherche et développement (PCRD), Coordinateur Bernard Delvaux (Cerisis) http://www.knowandpol.eu/. Elle s'est déroulée de 2005 à 2012.

[2] Pour alléger la lecture, nous ne citerons pas systématiquement ces travaux à l'appui de nos développements dans le cours de l'article.

Les nouvelles injonctions sociétales à l'égard de la psychiatrie et leur contexte

Comme toute institution, la psychiatrie est soumise à des attentes sociales quant à la manière dont elle doit remplir ses missions sociétales. S'il s'agit pour elle, depuis le moment historique où ils lui ont été confiés, de traiter les problèmes que pose aux sociétés « l'étrangeté d'âme » (Demailly, 2012). La manière de le faire donne lieu à des injonctions [3] plurielles, contradictoires et évolutives qui pèsent sur les services psychiatriques et plus largement ceux de santé mentale et tendent à en infléchir les politiques.

Ces injonctions sont conditionnées par des contextes socio-économiques et socio-institutionnels qui permettent d'en comprendre le sens, d'en appréhender les dynamiques dans l'opinion publique et dans la classe politique. Nous allons d'abord donner quelques aperçus sur les éléments de contexte qui semblent pertinents pour la question, avant d'en venir au contenu même des injonctions.

Le contexte socio-économique: l'accroissement des inégalités

Les aspects du contexte socio-économique dont on peut penser qu'ils infléchissent la situation de la psychiatrie et les attentes sociétales par rapport à elle sont largement décrits par les sociologues, les économistes et les médias : une crise économique et sociale en Europe qui accroît les inégalités, voire la pauvreté, fait monter en de nombreux endroits les taux de chômage ; de nouveaux managements, privés et publics, très axés sur la performance, et d'autant plus durs avec les opérateurs qu'il existe une « armée de réserve » importante; des réticences par rapport à l'immigration qui se crispent d'autant plus que les problèmes d'emploi se développent et qui favorisent la montée du vote d'extrême droite en Europe (Helly, 2014).

Les tensions accrues sur le marché de l'emploi ainsi que le culte de la performance et de la concurrence produisent une suradaptation d'une partie des individus aux normes des milieux de travail, suradaptation qui peut brusquement se fissurer en *burn out* (Aubert, 2003). Elles favorisent parallèlement, chez ceux qui sont exclus du marché du travail ou qui ne peuvent trouver plaisir à leur activité, la montée des troubles anxieux dépressifs et des addictions (Otero, 2012).

Les logiques inégalitaires de reproduction du système social, de la division en groupes sociaux inégalement favorisés et l'inégalité internationale du partage des ressources entraînent ainsi dans les populations la multiplication des malaises et souffrances. Ceux-ci, médicalisés et nommés par les classifications nosographiques psychiatriques internationales, deviennent des « troubles » et des « syndromes » dont il paraît évident qu'ils doivent être soignés par la psychiatrie. La psychiatrie relève alors de la « santé mentale », appellation qui entérine plusieurs évolutions conjointes : le caractère extensif des troubles et souffrances psychiques pour lesquels on va faire appel à son magistère, le caractère extensif des professionnels et des dispositifs mobilisés pour traiter les troubles psychiques (qui vont intégrer l'intervention sociale à côté de l'intervention sanitaire) et l'introduction, dans les prises en charge, de préoccupations de santé publique (prévention des maladies, détection précoce, réhabilitation).

De fait, en France comme dans d'autres pays européens, les files actives des services psychiatriques d'adultes s'accroissent (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [DREES], 2011), les pédopsychiatres constatent l'allongement des délais pour les consultations et les médecins généralistes sont de plus en plus souvent confrontés dans leurs cabinets à la souffrance psychique.

Le contexte institutionnel : gouverner les conduites par la santé

L'accroissement des files actives de la psychiatrie n'est pas qu'un effet mécanique des malaises sociaux, elle est due aussi, comme nous venons de l'esquisser, au fait que ceux-ci s'expriment de plus en plus dans le langage de la santé mentale et sont accueillis dans ce cadre.

[3] C'est aussi le cas pour toute institution (Bonny et Demailly, 2012).

Pour penser ce phénomène, il faut faire intervenir deux considérations plus vastes : la prédominance institutionnelle de la santé dans les sociétés développées contemporaines et le rôle accru du travail relationnel pour gouverner les conduites.

La place de la santé

Sfez écrivait déjà en 1995 que le nouveau salut, c'est la santé. Il attirait l'attention sur le changement de statut symbolique de la santé dans les sociétés de la modernité avancée.

Auparavant, certes, il existait bien une institution de la santé, selon laquelle les médecins étaient chargés d'énoncer le bien des êtres vivants. Cette institution produisait donc une domination spécifique des professionnels sur les profanes. Son mode d'action était particulièrement « disciplinaire », au sens foucaldien du terme, dans le domaine mental. Cette institution de la santé, pour puissante qu'elle fût, n'était cependant pas prédominante dans la société française, car d'autres, comme l'école, le Droit, l'État ou même les Églises se montraient comparativement plus puissantes, plus prolixes et plus importantes pour la cohésion sociétale. La santé restait en partie une affaire privée, relevant du colloque singulier médecin-malade, la connexion de la santé avec d'autres politiques publiques restant limitée au logement et à l'urbanisme autour de l'hygiène publique (Murard et Zylberman, 1996) et n'envahissait pas l´ensemble de la vie sociale.

Le passage de la santé, que le soin soit public ou privé, au statut d'institution prédominante peut se décrire à la fois dans sa dimension économique (part de plus en plus importante à la fois dans le produit national brut et dans les budgets des ménages), dans sa place dans le débat public et dans sa dimension morale. Au cours des dernières années du 20e siècle, la santé publique connaît une institutionnalisation sans précédent (Fassin et Hauray, 2010). Aux devoirs de la collectivité en matière d'hygiène publique, aux devoirs des individus par rapport à la collectivité (par exemple la vaccination) viennent en effet s'ajouter comme norme sociale les devoirs vis-à-vis de soi-même.

La question de devoirs vis-à-vis de soi est une question débattue par les philosophes. Peut-on fonder en rationalité l'existence de devoirs qui seraient purement vis-à-vis de soi ? Non, répond Ogien (2007), et ils peuvent être ressentis comme un envahissement illégitime de la vie privée. Surveillance et autocontrainte font cependant partie du mode actuel occidental de gouvernement des conduites. Le principe des campagnes de prévention est de modifier les comportements de santé en agissant sur les connaissances, les valeurs et les croyances des individus dans une société, en faisant appel à leur responsabilité. La prévention se présente comme favorable au destinataire. C'est pour son bien, en principe, que l'on veut qu'il change ses comportements et se montre responsable de sa santé. Les campagnes qui portent sur les devoirs vis-à-vis de soi (avoir le souci de soi, de son corps, gérer les risques cardiovasculaires, éviter l'obésité, les accidents domestiques, le tabac, les arrêts de travail, etc.) offrent en même temps des arguments par rapport à la collectivité : « Vous coûtez cher à la société » (ou à la Sécurité sociale).

Cela se fait au prix de l'évitement de l'intervention sur les causes objectives d'une mauvaise santé. Benoist (2012), étudiant la moralisation sanitaire des précaires, affirme que, la plupart du temps, la prise en charge des malades précaires consiste à normaliser des comportements et des individus alors qu'il faudrait simplement normaliser des niveaux de vie et des conditions d'existence.

La norme sanitaire s'étend au domaine de l'esprit. La psychologisation de bon nombre de rapports sociaux permet ainsi de pathologiser les conduites et les affects (l'agitation de l'enfant en TDAH [trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité][4], la surcharge objective au travail en *burn out*, l'inégalité d'humeur devant les agressions de l'environnement social en trouble bipolaire), puis la biologie permet de naturaliser les pathologies et de dédouaner l'environnement sociétal d'être source de souffrance psychique. L'alchimie symbolique opérée dans cette double opération est remarquable : la souffrance psychique devient un « problème de santé publique majeur », un

[4] ou en handicap mental léger, comme le montre Eröss (2011) à propos des enfants roms en Hongrie.

problème social donc, mais, dans cette vision du trouble psychique, l'environnement social n'y est pour rien, car sont en cause les gènes ou les molécules de l'accusé[5] et ses capacités morales à se prendre en charge.

De nouveaux outils viennent étayer cette moralisation sanitaire de la vie quotidienne : le développement de la presse d'information médicale dans les années 1950 (Marchetti, 2010; Ollivier-Yaniv et Rinn, 2009; Saout, Charbonnel et Bertrand, 2008), le développement de technologies relationnelles spécifiques pour l'emprise publique sur les pratiques de soin privées comme l'invention de l'éducation thérapeutique à partir des années 1970 jusqu'à sa promotion comme « politique nationale » en 2008 (Fournier et collab., 2007; Poggi et collab., 2009) et celui de campagnes médiatiques de santé publique. Les premières, en 1950, concernent la sécurité routière et le cancer. Puis viennent, dans les années 1970, des campagnes sur l'alcool au volant, le tabac, le cancer. Dans les années 2000 : tabac, tabagisme passif, sida, vaccinations, risques sportifs, antibiotiques, contraception, drogues, casque en vélo, mieux manger, sécurité routière, cancer. Depuis se sont ajoutés à cette liste : accidents domestiques, grippe aviaire, grossesse et santé, noyade, repères nutritionnels, activité physique, canicule, dépression, tolérance au trouble psychique, accident vasculaire cérébral, protection de l'ouïe. Le nombre annuel de campagnes de santé publique a été ainsi multiplié par 10 depuis les années 1950 (d'après Ketterer, 2012).

Du côté du travail des professionnels, l'extension du paradigme de la santé publique aboutit au rôle majeur de l'épidémiologie et des statistiques dans le raisonnement de santé publique. Parallèlement, il s'agit de formaliser et de standardiser les pratiques (codes de bonnes pratiques, arbres décisionnels, assistance informatique au diagnostic, enregistrement de la totalité des actes soignants) (Bélart, 2011). L'ensemble du traitement informatisé des données de santé par la Sécurité sociale ou les logiciels de gestion hospitaliers permet de publiciser l'état de santé d'une population d'un territoire donné dans le cadre du fort développement de l'épidémiologie psychiatrique, comme le montrent de fait l'ensemble des travaux de la DREES du ministère français de la Santé.

C'est parce que la santé comporte de plus en plus d'enjeux économiques centraux de notre société (Cianferoni, 2013), dans le cadre la primauté accordée aux contraintes d'efficacité et de performance, que l'État et les organisations supra- ou internationales s'y intéressent d'avantage. C'est parce que, dans la rationalité néolibérale, l'État aide à la construction et l'extension des marchés, que le système de santé est de plus en plus régulé par l'État. C'est parce que la santé devient de plus en plus à la fois une affaire publique et un marché et qu'elle concerne de plus en plus la vie personnelle et la subjectivité, incitant chacun à se percevoir comme être détenant un capital-santé et tenu de le faire fructifier, que ce soit avec l'aide de la médecine ou par tout autre moyen utile.

La place du travail relationnel dans le fonctionnement social

Un deuxième changement institutionnel d'ampleur peut permettre de comprendre les nouvelles injonctions sociétales envers la psychiatrie : c'est l'utilisation croissante du travail relationnel comme mode de gouvernementalité. Les institutions voient décliner leur fonctionnement « disciplinaire » de dressage des corps (Foucault, 2004a et 2004b) pour laisser place à ce qu'il appelle une « biopolitique », une manière systémique des gérer des populations et des territoires, en calculant des probabilités statistiques et des risques et en maniant des « dispositifs de sécurité ».

Plusieurs observations permettent de formuler l'hypothèse que le travail relationnel est l'opérateur complémentaire de la biopolitique (Demailly, 2008). La croissance de l'emploi dans les métiers relationnels est un argument en faveur de cette hypothèse. Dans un cadre de développement des activités de service de l'économie et dans une société qui se représente le monde de manière prégnante en termes de psychologie, c'est-à-dire de création, de maniement et de réparation des intériorités, c'est aux métiers relationnels que revient le rôle de mettre des pansements ou des prothèses pour contenir les violences et les déchirures sociales potentielles. On pourrait parler de manière significative d'une « société du travail relationnel », tant celui-ci est aujourd'hui imbriqué étroitement, au même titre que la connaissance et l'information, au travail productif : « management » des subjectivités des salariés et des cadres, usage de la psyché comme force productive, exigence du travail en

[5] La biologisation univoque du trouble psychique est particulièrement forte en Allemagne : voir à ce propos Nassehi, Demszky et Barth (2011).

équipe et du travail interprofessionnel et interorganisationnel en réseau et en partenariat, exigence du travail sur soi pour gérer au mieux l'entreprise de soi-même. Le travail relationnel s'entrelace aussi avec les problèmes de la société en général, avec la nécessité de maintenir le lien social, susceptible de se dissoudre sous les coups de boutoir des transformations économiques et avec la diminution de la sollicitude envers autrui propre à une société individualiste (Doucet, 2007). Le rôle des activités professionnelles relationnelles n'est pas de type « disciplinaire » ou contraignant, mais plutôt persuasif, incitatif et, comme nous le développerons plus loin, relève plutôt du registre de l'« intervention ».

Les injonctions contradictoires qui traversent le champ de la santé mentale

C'est dans le contexte socioéconomique et socioinstitutionnel qui vient d'être décrit que peuvent se comprendre les demandes sociales adressées aujourd'hui à la psychiatrie. Nous allons voir qu'elles sont en partie contradictoires.

1) Il s'agit d'abord que la psychiatrie serve les exigences d'ajustement des sujets au mode de production et au système social, autrement dit qu'elle contribue à la paix sociale et à promouvoir une autonomie comprise comme adaptation au marché du travail ou aux autres institutions, comme l'école.

La tendance des psychiatres, en réponse à cette injonction et profitant d'elle pour développer leur discipline, sera de contribuer à l'extension du domaine du trouble psychique identifié comme tel. Cette opération est promue par des groupes de psychiatres dans les versions successives du DSM, et aussi dans tous leurs discours publics affirmant par exemple qu'un tiers de la population aura un trouble psychique durant sa vie. Parallèlement, elle est assurée par une diminution de la tolérance collective ou subjective à la bizarrerie comportementale, à l'instabilité d'humeur ou à l'étrangeté culturelle. On peut remarquer ainsi, d'abord aux États-Unis puis dans d'autres pays occidentaux, une explosion du diagnostic de TDAH pour les enfants et de celui de bipolarité chez les adultes.

2) La psychiatrie doit répondre à une autre demande, celle d'ordre et de sécurité, plus en conformité avec sa liaison traditionnelle à l'ordre public, mais dans un nouveau contexte, sécuritariste, alimenté par les peurs sociales vis-à-vis des immigrés, des classes dangereuses, des sans-travail. La nouveauté ici est dans la force de l'exigence à ce que soit exercée une contrainte institutionnelle sur les sujets perçus comme déviants ou potentiellement déviants.

3) Une autre injonction, en partie contradictoire avec la précédente, est que la psychiatrie doit s'inscrire dans l'évolution générale des relations humaines dans les sociétés d'État de droit : moins d'asymétrie, moins de domination ou, au minimum, moins d'arrogance, moins de contraintes, plus de respect des professionnels pour les usagers, plus de reconnaissance des savoirs profanes. Ce mouvement est particulièrement net dans le champ de la santé mentale. Les demandes des patients (usagers, destinataires, bénéficiaires, citoyens, de tous milieux sociaux) concernent le droit aux soins, le droit à la continuité du travail relationnel professionnel autour d'eux, le droit à l'information, le droit à l'articulation du projet de soin et du projet de vie, un déclin de l'asymétrie de leurs relations avec les psychiatres et les infirmiers (Rabeharisoa 2010), le droit au respect et à la co-construction du soin.

4) Ajoutons à ces trois premières injonctions celle d'une baisse forte des coûts publics de la santé, sensible dans tous les pays européens, mis à part peut-être en Norvège.

Cette dernière injonction n'est pas forcément compatible avec le déploiement des dispositifs impliqué par la première injonction (la pathologisation de la vie humaine ordinaire), ni avec l'augmentation de la qualité et de l'humanité des soins suggérée par la troisième. Quant à la contradiction entre la deuxième et la troisième, elle semble claire.

Déplacements institutionnels

En réponse à ces injonctions nouvelles et contradictoires, plusieurs catégories d'acteurs redéfinissent leurs stratégies, leurs priorités et leurs positionnements. Cela aboutit à des déplacements et des reconfigurations au sein du champ de la santé mentale, qui produisent en retour des redéfinitions des « mandats » (Hughes, 1997) de

plusieurs catégories de professionnels en une sorte de « tectonique des plaques » concernant la prise en charge de « l'étrangeté d'âme ».

Vers la fin de la « folie » et de la « maladie mentale »?

Après plusieurs remaniements, qui ont différemment découpé le périmètre de « l'étrangeté d'âme » et lui ont attribué des types différents de professionnels, l'âge de la psychiatrie classique est devenu celui où les sujets troublés, sous l'appelation de « malades mentaux », devenaient les clients naturels des services de psychiatrie publique, en hôpital ou en ambulatoire, et vice versa. Cette configuration semble révolue.

Les dernières versions des classifications nosographiques entérinent un effritement de la distinction entre la normalité et la « maladie mentale ». Les coupures symboliques raison/déraison (ou folie) et normalité/maladie, laissent place à un continuum évaluable et mesurable du désordre psychique, avec pour conséquence en France une répartition administrativo-gestionnaire des sujets selon la gravité de leurs malaises et leur capacité différentielle de résilience sociale. Les sujets psychiquement troublés ne sont plus principalement, au sein du vaste champ de la santé mentale, suivis par les services de psychiatrie publique, et même si ceux-ci voient globalement leur patientèle augmenter en nombre absolu.

Un premier ensemble continue à relever de leur obédience, mais ce ne sont plus exactement les mêmes patients qu'avant, la proportion de ceux présentant des troubles anxieux et dépressifs étant beaucoup plus importante. Ils sont pris en charge au sein de cursus dans lesquels le temps d'hospitalisation est réduit, par exemple à la période de crise, pour d'une part économiser surles budgets publics et d'autre part travailler l'autonomie, la réadaptation et le rétablissement dans le cadre de dispositifs ambulatoires, suivant en cela des tendances internationales (Rodriguez del Barrio et Poirel, 2011). Les services psychiatriques gardent un deuxième sous-groupe de destinataires, ceux qui relèvent de l'hospitalisation sous contrainte, laquelle, en France, est ces dernières années en augmentation régulière (du moins sous sa forme « hospitalisation d'office »[6]), ce qui répond à l'idéologie sécuritariste.

Un deuxième ensemble de sujets troublés, plus important que le précédent d'après l'enquête administrative Handicaps-Incapacités-Dépendances, est pris en charge en établissement médico-social, avec des taux élevés de psychoses et de dépressions (sans parler des troubles neurologiques ou du handicap mental) : foyers d'hébergement, maisons de retraites, établissements pour handicapés mentaux et psychiques, qui recueillent une grande partie de la population qui autrefois aurait séjourné de façon permanente à l'hôpital psychiatrique, mais en est maintenant écartée.

Un troisième ensemble, lui aussi important, de sujets troublés est en prison (10 % des détenus souffriraient de schizophrénie, 1 sur 4 pourrait être diagnostiqué comme psychotique, 1 sur 2 comme affecté de troubles anxieux ou dépressifs, 1 sur 3 souffrirait de toxicomanie). La demande sociale par rapport aux malades psychiques, à partir du moment où ils sont délinquants ou criminels, est d'abord qu'ils soient punis et enfermés (ou chassés et bannis s'ils sont migrants) avant d'être soignés. C'est un sujet qui divise les psychiatres, certains restant attachés à l'irresponsabilité pénale des malades mentaux, d'autres défendant la priorité de la sanction pénale, soit pour protéger et satisfaire les victimes, soit au nom de l'exemplarité de la punition, soit au nom de la citoyenneté du malade mental. Quoi qu'il en soit, l'enfermement pénitentiaire est un mode important de gestion des sujets troublés.

Un quatrième ensemble de sujets troublés vit dans le monde « ordinaire », n'a pas accès aux soins médicaux, ne relève que du seul travail social ou est même carrément abandonné. Bon nombre de sujets en souffrance parmi les travailleurs ou les chômeurs migrants pauvres, parmi les adolescents de milieu populaire ou parmi les toxicomanes appartiennent à cette catégorie, qui tombe dans les « trous » de la prise en charge sanitaire, voire même sociale.

[6] Voir Delarue (2012) et Barbier, Demontes, Lecerf et Michel (2010). En France, il y a 11 hospitalisations sans consentement pour 100 000 habitants, ce qui représente 12,5 % des hospitalisations psychiatriques. Il existe, depuis 1992, une tendance à l'augmentation régulière du nombre de mesures d'hospitalisation d'office : de plus de 8 % entre 2003 et 2007 en moyenne à l'échelle nationale, mais une multiplication par quatre à Paris (Commission des Citoyens pour les Droits de l'Homme, 2009).

Enfin, un dernier groupe est constitué de ceux qui parviennent à la fois à esquiver la psychiatrie, le médico-social et le travail social et qui s'adressent, pour obtenir un soulagement de leurs troubles, aux psychothérapeutes de toutes obédiences, aux psychanalystes, aux thérapies corporelles et aux médecines alternatives.

Le champ se divise donc à la fois selon la solvabilité des groupes de destinataires et selon leur aptitude à l'autonomie, définie comme adaptation sociale et absence de déviance.

Pour ajuster les zones de transition et mieux gérer l'orientation des clientèles entre les différents modes de prise en charge, il devient utile de développer l'ambulatoire sous forme d'équipes mobiles (Demailly, Dembinski et Le Roux, 2014), de créer des centres d'urgence et de crise et de favoriser un travail social de type occupationnel ou rééducatif.

Des services différenciés selon les groupes sociaux

On vient de mentionner la solvabilité comme facteur d'orientation entre les différents dispositifs privés ou publics de traitement de la maladie, traitement au sens social du terme et non au sens thérapeutique bien sûr. Un psychotique pauvre ou immigré a plus de chance de se retrouver en prison que d'être suivi au centre médico-psychologique d'un secteur psychiatrique (Aïach, 2010).

Par ailleurs, la solvabilité et la diversité socioculturelle agissent sur le type de psychothérapie auxquelles les personnes peuvent avoir accès. Les techniques cognitivo-comportementales (TCC)[7] concernent de fait surtout les membres des classes populaires ou les migrants qui ont accès aux soins et qui, en cas de souffrance psychique et de demande de soins, fréquentent les établissements publics de santé mentale (accès gratuit), lesquels s'orientent massivement vers les TCC, pour des raisons de coût[8] et parce qu'il faut normaliser rapidement les comportements. Les TCC sont destinées également aux exclus et aux personnes âgées, que les institutions du médico-social tentent d'amener à ce type de soin.

Mais la mouvance cognitivo-comportementale concerne aussi les membres des classes moyennes et moyennes supérieures désireux de se maintenir à flot dans la rude concurrence sur le marché du travail. C'est le cas du coach (en libéral) ou des cliniques privées à but lucratif pour les troubles anxieux dépressifs ou pour le *burn-out*.

Seuls les groupes sociaux disposant d'un certain capital culturel et de ressources suffisantes parviennent en France à se dispenser des TCC et à se tourner vers des psychothérapies humanistes et relationnelles (psychanalyse, Gestalt, thérapie de couple, etc.) ou vers diverses thérapies corporelles et techniques du soi dans lesquelles l'autonomie n'est pas interprétée principalement selon le registre de l'adaptation et de la soumission aux normes, mais plutôt comme forme de connaissance de soi et comme émancipation.

Mais ce n'est pas là qu'une question sociologique, c'est aussi une question éthique.

Politiques du relationnel et questions éthiques

Le travail relationnel et la montée du registre de l'« intervention »

L'extension quantitative des métiers de relation à autrui s'accompagne d'une tension sur les *registres* de la relation mise en jeu, particulièrement dans le champ de la santé mentale. J'ai déjà distingué (Demailly, 2008) de manière idéal-typique douze registres du travail de relation (éducatif, didactique, thérapeutique, analytique, mercaticien, assistantiel, de pilotage, de persuasion, hiérarchique-bureaucratique, d'accompagnement-soutien, sécuritaire, de l'intervention), en fonction d'une part du sens de l'action et de la source de sa légitimité et d'autre part du statut symbolique de l'autrui concerné.

[7] Pour un panorama des TCC, voir Cottraux **(**2001).

[8] Les établissements d'orientation clairement psychodynamique, phénoménologique ou systémiques deviennent rares, les consultations d'ethnopsychiatrie le sont également

Globalement, le registre de l'*intervention* (ou de l'ingérence), selon la définition qui en avait été donnée et qui est un peu différente de l'usage ordinaire du terme, tend à en évincer d'autres. Il est proche de celui de la *persuasion,* mais il implique l'idée d'action immédiate dans le réel matériel et pas seulement d'action symbolique sur les mots et les images. Il se différence du registre *assistantiel-charitable* : ce n'est pas la même chose de laisser tranquille une personne sans abri qui ne veut pas aller dans un foyer d'hébergement (registre assistantiel) ou de l'y emmener contre son gré, pour son bien, au nom d'intérêts supérieurs qui justifient l'ingérence. Ce registre se différencie aussi des pratiques qu'on l'on peut classer dans l'*accompagnement*[9], dans lequel le respect de la demande est central, alors que l'*intervention* prétend connaître les besoins de la personne, parfois mieux que cette dernière. Le déclin du registre *assistantiel* se remarque par le fait qu'il devient de moins en moins légitime. Même si des initiatives comme les Restos du Coeur, les Compagnons d'Emmaüs ou l'Armée du Salut restent largement visibles, on note en effet au fil des trente dernières années la multiplication des « dispositifs » qui fonctionnent plutôt sous une forme contractuelle avec leurs bénéficiaires, et formulent donc des exigences : on n'aide pas « pour rien », on ne fait pas de « l'assistanat », on aide les « bons » usagers ou les « bons » migrants compliants. En ce sens, l'intervention est bien en lien avec deux tendances sociétales puissantes dans les sociétés occidentales : le *devoir d'agir* (d'être à l'initiative, d'être responsable, la valorisation du « faire » plutôt que du non-agir) et le *droit* ou *devoir d'ingérence*, tendances qui définissent les politiques de la relation.

La multiplication des dispositifs sécuritaires (police de proximité, vigiles, agents d'ambiance, agents de médiation dans les métros) s'inscrit bien sûr aussi dans ce panorama de l'extension du registre de l'« intervention » et de sa mise en visibilité. L'obligation d'un management proactif allant chercher la mobilisation des salariés et l'extension du marketing ostensible de la consommation dans la vie quotidienne et dans la vie publique constituent également des phénomènes convergents quant à la légitimité acquise de l'ingérence comme mode de relation. L'obligation de travail interinstitutionnel et en réseau favorise une solution de facilité pour faciliter les coopérations interprofessionnelles : c'est que tous les « intervenants » autour d'une personne passent au registre de l'« intervention », sorte de sécuritaire *soft* où les professionnels ne prennent pas de risque.

Quel sens donner à cette tendance qui affecte le travail dans le champ de la santé mentale? Il est assez logique de le rapprocher du concept de « gouvernementalité » de Foucault et de voir dans l'*intervention* un dispositif de gouvernementalité. J'en rappelle la définition :

> Par gouvernementalité, j'entends l'ensemble constitué par les institutions, les procédures, analyses et réflexions, les calculs et les tactiques qui permettent d'exercer cette forme bien spécifique, bien que complexe, de pouvoir qui a pour cible principale la population, pour forme majeure de savoir, l'économie politique, pour instrument technique essentiel les dispositifs de sécurité. (Foucault, 1994, p. 655)

> Il y a eu deux grandes révolutions dans la technologie du pouvoir : la découverte de la discipline et la découverte de la régulation, le perfectionnement d'une anatomo-politique, et le perfectionnement d'une bio-politique. (Foucault, 2001, p. 193)

Plutôt que du côté des « disciplines », comme action directe sur les corps, l'intervention se décline du côté de la *régulation.* L'importance des affaires de l'âme, des technologies du soi et des technologies de l'action sur autrui relève d'une épistémè à la fois libérale et autoritaire. Le premier ressort de son développement est la prise en compte des limites des ordonnances sociales directes des « disciplines » face aux exigences modernes de l'individualisation et de la singularisation (Martucelli, 2010) et face à la pluralisation des processus de socialisation. Le second ressort est de tenir compte des limites des « biopouvoirs », confrontés à l'indomptabilité de la nature et l'imprévisibilité des êtres humains. La dimension praxique de l'*intervention* est donc, de fait, la modalité pratique et politique de réalisation de l'action sociale en modernité avancée.

[9] Les mots employés par les professionnels sont aussi ceux de « soutien », de « *care* ». Leur usage est le plus souvent ambigu et peut correspondre à plusieurs des catégories analytiques que j'ai distinguées analytiquement quant aux registres du travail relationnel.

Les résistances au registre de l'intervention

Mais il ne s'agit nullement d'un rouleau compresseur. L'intervention comme ingérence pour le bien d'autrui n'est pas sans susciter quelque résistance, notamment des associations des usagers de la psychiatrie. Un mot d'ordre fait actuellement fortune en France après son invention outre Atlantique « Rien sur nous sans nous ! », qui est une critique directe du registre de l'« intervention », au sens où les professionnels règleraient entre eux le sort des sujets, en principe pour le bien de ceux-ci, sans les consulter. Les patients, individuellement parlant, et les associations d'usagers expriment de façon de plus en plus explicite, voire virulente, les exigences de respect, de reconnaissance et de participation (Greacen et Jouet, 2012). Ils appellent à d'autres politiques du relationnel.

De ce fait, ces dernières années, par exemple depuis la loi de 2005 en France sur les droits des «usagers», le registre de l'*intervention* s'assouplit, s'euphémise, devient discret dans la quotidienneté des pratiques. De plus, et de manière moins rhétorique, plus réellement subversive, des formes de rapports horizontaux entre professionnels et profanes sont expérimentées (c'est le cas dans l'opération des médiateurs de santé pairs en santé mentale), elles suscitent des controverses, mais, malgré les oppositions d'une partie des professionnels, réussissent à démontrer leur faisabilité, leur intérêt, leur valeur éthique (Demailly et collab., 2014). La modification de la place des usagers est plus effective en Écosse, en Norvège et au Québec et fournit des modèles aux innovateurs français.

Les questions éthiques et les conceptions de l'autonomie

Le champ de la santé mentale est donc aujourd'hui traversé par une série de questions éthiques, formulées par des psychiatres, des philosophes et des associations d'usagers, et que le sociologue pourrait reformuler ainsi : quel est le sens du travail professionnel auprès des sujets atteints de troubles psychiques : sur eux, contre eux, malgré eux, sans eux, pour eux, avec eux? Que faire par rapport à leurs moments de révolte? Est-ce que le but de l'intervention sanitaire et sociale sur un sujet est qu'il se résigne à sa condition, que son comportement ne soit pas source de trop de désordre dans la société ou bien qu'il prenne sa vie en main?

Les questions pratiques que rencontrent les professionnels dans la quotidienneté de leur travail se rattachent à leur conception de l'autonomie. Est-elle un mouvement de simple adaptation ou d'émancipation? On pourrait, de manière idéale-typique, distinguer deux visions de l'autonomie, deux politiques relationnelles, qui tendent à partager les soignants en deux catégories. Ces deux éthiques de l'autonomie ne conduisent pas aux mêmes modalités d'interprétation de la diversité culturelle et sociale, que ce soit dans son rapport à la singularité ou dans son rapport au vivre ensemble.

- D'un côté, la notion d'autonomie résonne avec la liberté de pensée, une forme d'individualisme libertaire, le droit à la parole et à être écouté, l'affirmation de l'ontologie de la singularité et de la valeur de la singularité, l'espoir de l'authenticité, l'émancipation des dominés (dont les «malades mentaux»), l'*empowerment* comme revendication et construction.
- De l'autre, la sécurisation de la société et des psychismes, le souci de surveillance du corps et de ses performances, l'hygiène mentale, l'*empowerment* comme octroi[10], l'affirmation de la valeur de la normalisation de la standardisation, de la visibilité, de l'adaptation à une communauté, les bienfaits d'une relation contractuelle au thérapeute avec des épreuves précises auxquelles le sujet doit satisfaire pour que son expérience soit validée.

Conclusion

Les pratiques et politiques de santé mentale sont aujourd'hui traversées de contradictions fortes, d'autant plus que la santé est devenue une institution prédominante sur laquelle convergent des injonctions sociétales variées. Leur juxtaposition et leurs contradictions ont abouti à un redécoupage des clientèles et patientèles entre institutions, qui se déploient de manière complémentaire et se partagent l'intervention, plus ou moins autoritaire ou

[10] Pour la Commission Européenne (2001), l'autonomisation, en anglais *empowerment*, est « la démarche qui consiste à *octroyer* aux individus le pouvoir de prendre des initiatives responsables en vue d'orienter leur vie et celle de leur communauté (ou société) dans les domaines économiques, social et politique » (c'est moi qui souligne) (cité par Greacen et Jouet, 2012 p. 254).

participative, sur les sujets troublés, le gardiennage, l'enfermement, la punition, la réadaptation et parfois, de plus en plus rarement semble-t-il, les soins. Des conceptions éthiques s'opposent autour de l'interprétation d'un des maîtres mots de la modernité, l'autonomie, conçue comme adaptation ou comme émancipation. Le système d'imposition culturelle n'est plus seulement polyphonique, comme les sociologues et les historiens le savent depuis longtemps, mais il est dysharmonique, et c'est peut-être cela la caractéristique principale de la modernité avancée.

Bibliographie

Aïach, P. (2010). *Les inégalités sociales de santé*. Paris : Economica.

Aubert, N. (2003). *Le Culte de l'urgence : La société malade du temps*. Paris : Flammarion.

Autès, M. et Demailly L. (dir.). (2005). *La construction sociale du trouble psychique*. IFRESI/Contrat de plan État Région Nord-Pas-de-Calais.

Autès, M., Demailly L., Dembinski O., Bélart C. et Lardé, P. (2010). Les outils de régulation de l'action publique en santé mentale en France : Outils gestionnaires et outils statistiques, Rapport D13 KnowandPol, CLERSE/CE 6e PCRD. http://www.knowandpol.eu/

Barbier, M., Demontes, C., Lecerf M. et Michel, J.-P. (2010). Rapport d'information fait par le groupe de travail sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions. Rapport n° 34 présenté au Sénat le 5 mai 2010.

Bélart, C. (2011). La psychiatrie à l'épreuve des outils de gestion. Dans S. Maugeri, J.-L. Metzger et M. Benedetto-Meyer (dir.), *L'emprise de la gestion. La société au risque des violences gestionnaires* (p. 215-244). Paris : L'Harmattan.

Benoist, Y. (2012). Précarité, médecine et normalisation. Communication présentée aux Journées d'étude du RT 19 de l'Association française de sociologie « La santé, affaire privée, affaire publique? », Paris, 23 octobre .

Bonny, Y. et Demailly, L. (dir.). (2012). *L'institution plurielle*. Lille : Presses du Septentrion.

Bouvier, G. (2011). *L'enquête Handicap-Santé : présentation générale*. Paris : INSEE.

Cianferoni, N. (2013). La santé, nouvelle variable d'ajustement dans la course à la compétitivité. Dans J. Ferrette (dir.), *La place des rapports hiérarchiques dans la souffrance au travail. L'exemple du secteur public* (p. 101-111). Paris : L'Harmattan.

Commission des Citoyens pour les Droits de l'Homme. (2009). *Les internements psychiatriques en France*, rapport de synthèse. Paris.

Commission européenne. (2001). Communication de la Commission – Réaliser un espace européen de l'éducation et de formation tout au long de la vie [en ligne]. http://europa.eu/legislation_summaries/education_training_youth/lifelong_learning/c11054_fr.htm

Cottraux, J. (2001). *Les thérapies cognitives (Comment agir sur nos pensées?)*. Paris : Retz.

Delarue, J.-M. (2012). *Rapport d'activité 2012*. Paris : Dalloz.

Demailly, L. (2005a). Cloisonnements et coopérations dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques, *L'Information psychiatrique*, *81*(4), 337-343.

Demailly, L. (2005b). Pour une représentation politique de l'acteur au travail, *CLES, 45*, 153-174.

Demailly, L. (2008). *Politiques de la relation. Sociologie des métiers et du travail de relation*. Lille : Presses Universitaires du Septentrion.

Demailly, L. (2011). *Sociologie des troubles mentaux*. Paris : La Découverte.

Demailly L. (2012). Regulatory mechanisms, policies and knowledge in the Education and the Mental Health sectors. Dans J. Barroso et L. Carvalho (dir.), *Knowledge and regulatory processes in Health and education policies* (p. 131-147). Lisbonne : Educa.

Demailly, L. (2014). Exigence de travail sur soi, santé mentale et rapports sociaux dans la société française. Dans M.-C. Doucet et N. Moreau (dir.), *Sante mentale et société* (p. 229-249). Montréal : Presses de l'Université du Québec.

Demailly, L. et Bresson, M. (dir.). (2005). *Les modes de coordination entre professionnels dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques*. Convention IFRESI/ DREES MIRE /INSERM.

Demailly, L., Bélart, C., Déchamp Le Roux, C., Dembinski, O., Farnarier, C., Garnoussi, N. et Soulé, J. (2014). Le dispositif des médiateurs de santé pairs en santé mentale : une innovation controversée. Rapport final de la recherche évaluative qualitative sur le programme expérimental 2012-2014. Lille : Convention de recherche CLERSE USTL Lille 1/CCOMS EPSM Lille-Métropole.

Demailly, L. et Broise, P. (de la). (2009). Les enjeux de la déprofessionnalisation, *Socio-logos*, 4 (en ligne).

Demailly, L. et Chéronnet, H. (2007). *Politique de proximité et tentative de déstigmatisation dans un secteur de pédopsychiatrie* Contrat IFRESI/ EPSM Lille Métropole. Lieu : éditeur

Demailly, L., Chéronnet, H. et Mossé, P. (2009). La territorialisation de la politique de santé mentale. KnowandPol 6ème PCRD Bruxelles/CLERSE/LEST. http://www.knowandpol.eu/

Demailly, L., Dembinski, O. et Déchamp Le Roux, C. (2014). *Les équipes mobiles de psychiatrie et le travail de disponibilité*. Montrouge : John Libbey.

Demailly, L., Devineau, J., Maury C. et Mossé P. (2010). *Accountability and Mental Health in France*, Rapport D18 KnowandPol, LEST/CLERSE/CE 6e PCRD.

Doucet, M.-C. (2007). *Solitude et sociétés contemporaines, une sociologie de l'individu et du rapport à l'autre*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS). (2011). *L'état de santé de la population en France, Rapport 2011*. Paris : DREES.

Eröss, G. (2011). Construction et déconstruction politiques du handicap mental léger chez l'enfant (Hongrie, 2002-2009), *Sociologie Santé*, 34, 69-86. (Les politiques de psychiatrie et santé mentale : incertitudes et perspectives)

Fassin, D. et Hauray, B. (2010). *Santé publique, l'état des savoirs*. Paris : La Découverte.

Foucault, M. (2001). Les mailles du pouvoir. Dans : *Dits et écrits II*, 1976-1988. Paris: Gallimard.

Foucault, M. (2004a). *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France 1978-1979*. Paris : Gallimard/Seuil.

Foucault, M. (2004b). *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France 1977-1978*. Paris : Gallimard/Seuil.

Fournier, C., Attali, C., Bocquet-Chabert, A. et collab. (2007). Besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques, pratiques éducatives des médecins, étude Entred, France, BEH : *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, *42-43*, 460-464.

Friedberg, E. (1993). *Le Pouvoir et la Règle. Dynamiques de l'action organisée*. Paris : Seuil.

Greacen, T. et Jouet, E. (2012). *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*. Paris : Érès.

Helly, D. (2014). Les murs de la mobilité. Communication présentée au congrès international de l'ACSALF, Ottawa, 14-17 octobre.

Hughes, E. (1997). *Le regard sociologique*. Paris : Éditions de l'EHESS.

Jobert, B. (1995). Rhétorique politique, controverses scientifiques et construction des normes institutionnelles. Dans A. Faure, G. Pollet et P. Warin (dir.), *La construction du sens dans les politiques publiques* (p. 13-125). Paris : L'Harmattan.

Ketterer, F. (2012). *Le processus de production publicitaire dans les campagnes médiatiques de santé publique. Entre inspiration socio-politique et expiration médiatique* (thèse de doctorat). Université de Lille 1, Lille.

Le Gales, P. et Lascoumes, P. (dir.). (2005). *Gouverner par les instruments*. Paris : Presses de Sciences-Po.

Marchetti, D. (2010). *Quand la santé devient médiatique. Les logiques de production de l'information dans la presse*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

Martuccelli, D. (2010). *La société singulariste*. Paris : Armand Colin.

Muller, P. et collab. (2005). L'analyse politique de l'action publique. Confrontation des approches, des concepts et des méthodes, *Revue française de science politique, 1*, 5-6.

Murard, L. et Zylberman, P. (1996). *L'hygiène dans la République. La santé publique en France, ou l'utopie contrariée (1870-1918)*. Paris : Fayard.

Nassehi, A., Demszky, A. et Barth, N. (2011). La politique de santé mentale allemande : passé et présent. *Sociologie Santé*, *34*, 161-180.

Ogien, R. (2007). *L'éthique aujourd'hui*. Paris : Gallimard.

Ollivier-Yaniv, C. et Rinn, M. (dir.). (2009). *Communication de l'État et gouvernement du social. Pour une société parfaite?* Grenoble : Presses de l'Université de Grenoble.

Otero, M. (2012). *L'Ombre portée : l'individualité à l'épreuve* de *la dépression.* Montréal : Boréal.

Palier, B. et Surel, Y. (2005). Les «trois I» et l'analyse de l'État en action, *Revue française de science politique, 1*(55), 7-32.

Poggi, M.-P. et collab. (2009). Éducation à la santé en EPS et attentes familiales : confusion entre sphère privée et espace public, *Carrefours de l'éducation*, *2009/1*(27), 153-158.

Rabeharisoa, V. (2010). Les associations de malades et d'usagers de la santé. Dans D. Fassin et B. Hauray (dir.), *Santé publique. L'état des savoirs* (p. 457-468). Paris : INSERM-La Découverte.

Robillard, D. (2013). Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 18 décembre 2013.

Rodriguez del Barrio, L. et Poirel, M.-L. (2011). Le traitement dans la communauté. *Santé mentale au Québec*, 36(1), 153-168.

Saout, C., Charbonnel, B. et Bertrand, D. (2008). Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. Rapport présenté à Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé [France].

Sfez, L. (1995). *La santé parfaite*. Paris : Seuil.

alterstice
Revue Internationale de la Recherche Interculturelle
المجلة الدولية للبحوث ما بين الثقافات
Revista International de la Investigacion Intercultural
Revista Internacional de Pesquisa Intercultural
International Journal of Intercultural Research

ARTICLE THÉMATIQUE

Déqualification des femmes migrantes en Suisse : mécanismes sous-jacents et effets psychologiques

Betty Goguikian Ratcliff [1], Claudio Bolzman [2] et Théogène-Octave Gakuba [2]

Résumé

En Suisse et dans d'autres pays européens, la majorité des migrants légaux sont des femmes. Une proportion importante de ces dernières est en possession de diplômes d'un haut niveau de qualification, mais elles se trouvent souvent désavantagées sur le marché du travail du pays d'accueil. Cette revue de la littérature étudie le phénomène de la déqualification, c'est-à-dire un déclassement sur le marché de l'emploi des personnes par rapport à leur niveau de scolarité et à leurs expériences professionnelles précédentes. Ce phénomène est expliqué par les politiques migratoires du pays d'accueil d'une part, par les facteurs familiaux d'autre part, mais également par la discrimination. Diverses recherches ont montré que la femme se trouvant à la croisée de plusieurs motifs de discrimination, tels que le genre, le sexe et l'origine nationale (notamment celle des pays non membres de l'OCDE) est d'autant plus désavantagée lorsqu'il s'agit d'accéder à un emploi qualifié, et ceci d'une manière durable. La déqualification ainsi que la perception de la discrimination mènent souvent au sentiment d'autodépréciation et de dévalorisation et sont fortement associées à une mauvaise santé physique et à une détresse psychologique.

Rattachement des auteurs

[1] Université de Genève, Suisse; [2] Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO Genève), Genève, Suisse.

Correspondance

betty.goguikian@unige.ch

Mots clés

femmes migrantes qualifiées; déqualification; marché du travail; santé mentale; discrimination perçue.

Pour citer cet article

Goguikian Ratcliff, B., Bolzman, C. et Gakuma, T.-O. (2014). Déqualification des femmes migrantes en Suisse : mécanismes sous-jacents et effets psychologiques. *Alterstice, 4*(2), 63-76.

Introduction

Dans de nombreux pays du monde, la majorité des nouveaux arrivants légaux sont des femmes[1]. Dans la plupart des cas, l'immigration s'effectue pour des raisons de regroupement familial, l'obtention d'un droit de séjour se faisant sur la base de critères familiaux et conjugaux. De ce fait, même si une proportion importante de femmes migrantes est en possession de diplômes et d'un niveau de qualification élevé, elles restent « invisibles » et ne figurent pas dans les statistiques relatives au marché de l'emploi (Kofman, 2000).

Alors que le nombre d'entrées de femmes migrantes en Suisse et ailleurs en Europe dépasse souvent celui des hommes, les politiques migratoires ont tardé à mettre sur pied des programmes spécifiques destinés aux femmes, en particulier aux travailleuses migrantes. Les programmes existants destinés aux femmes migrantes ciblent en priorité les difficultés familiales et sociales rencontrées par celles qui se trouvent en situation de précarité, et concernent rarement la question de l'insertion professionnelle. Les stéréotypes de sexe, encore fortement ancrés, cantonnent la femme migrante à son rôle d'épouse et de mère, financièrement dépendante de son mari et gardienne des traditions, et ils la confinent à des domaines d'activité peu valorisants.

Or, la mobilité spatiale des femmes dans certains pays, y compris des femmes seules, est plus importante que celle des hommes (Amérique Latine, Philippines) (Bolzman, Carbajal et Mainardi, 2007). On omet souvent de souligner à quel point leur travail constitue un apport conséquent dans l'économie de leurs pays et participe aux échanges dans un monde globalisé (Chaïb, 2001). Un grand nombre de ces femmes sont qualifiées et connaissent, du moins temporairement, une situation de déqualification. Ce phénomène suscite actuellement de plus en plus d'intérêt et de préoccupation (Moreno-Fontes, 2008).

Mondialisation, migration féminine et travail

Depuis une quinzaine d'années, un courant de recherche en sociologie de la migration s'intéresse aux femmes en migration et au rapport entre genre et migration (Kofman, 2009; Morokvasic, 2003). L'un des premiers constats de ces travaux fut que les femmes représentent en quelque sorte la face cachée de la migration, seul l'homme étant reconnu comme actif. L'explication proposée renvoie à l'opposition bipolaire entre, d'une part, l'association de l'économique, de la sphère du travail (production sociale) et du masculin et, d'autre part, le socioculturel, la famille (reproduction sociale) et le féminin (Kofman, 2000 et 2004). Catarino et Morokvasic (2005) expliquent qu'afin de rendre les femmes socialement visibles, il a fallu procéder à un travail de déconstruction des représentations sociales et « poser le regard là où l'on ne s'attendait pas à les trouver : la sphère du travail » (p. 7).

Les secteurs d'activité traditionnellement investis par les femmes sont les premiers à avoir été étudiés : service domestique, emplois du *care*, prostitution. Ces activités peu qualifiées, considérées comme des extensions du rôle exercé par les migrantes dans la sphère privée, ont monopolisé l'attention des chercheurs et décideurs politiques et laissé dans l'ombre l'existence de femmes migrantes qualifiées investissant d'autres secteurs d'activité plus valorisants (études, entrepreneuriat, activités associatives, etc.). Certains auteurs (Iredale, 2001; Kofman et Raghuram, 2006) ont souligné à quel point les femmes sont absentes des études sur la migration de main-d'œuvre qualifiée.

Femmes migrantes qualifiées et insertion professionnelle

Au cours de la dernière décennie, on a vu apparaître des travaux traitant des difficultés d'insertion professionnelle des migrantes qualifiées. Les termes de « mobilité professionnelle descendante » (Creese et Wiebe, 2009), de « sous-emploi » (Asanin Dean et Wilson, 2009) et de « déqualification » (Man, 2004) se retrouvent dans la littérature pour désigner la perte de capital social et culturel associée à la difficulté d'accéder à un emploi correspondant à ses qualifications. Le terme de *déqualification* désigne un phénomène qui dénote le décalage

[1] Selon les données de la Division de la population des Nations unies pour 2010, les femmes représentaient 49 % des plus de 214 millions de migrants internationaux dans le monde. Leur nombre dépassait même celui des hommes dans les pays développés, où elles constituaient 51,5 % de la population migratoire internationale, contre 45,6 % dans les pays en voie de développement (Geneste, 2013).

entre d'une part le niveau de scolarité d'une personne et ses expériences professionnelles et, d'autre part, la position qu'elle occupe sur le marché de l'emploi, entraînant son déclassement social et son maintien dans une situation de dépendance (Chicha et Daraedt, 2009). Ce phénomène se traduit par des pertes de revenus et des conditions d'emploi précaires pour les migrantes, ainsi que par une moindre efficacité productive pour les entreprises. Par ailleurs, il a été montré que la déqualification œuvre à l'encontre de l'intégration sociale et favorise l'isolement (Devarennes-Megas, 2003). Nous utilisons ici la notion de déqualification comme le chômage ou l'occupation durable d'emplois inadaptés aux qualifications les plus élevées de la personne. S'y rattachent les notions de précarité financière, d'emploi temporaire ou de contrat à durée déterminée entraînant une dépendance ou une incertitude quant à l'avenir professionnel, et empêchant de faire des projets d'avenir.

Certains travaux montrent que le phénomène de la déqualification touche les femmes en général, et les migrantes en particulier (Bühler, 2010; Organisation de Coopération et de Développement économiques [OCDE], 2012). En outre, des études menées au Canada, en Allemagne et en Grande-Bretagne montrent que les femmes migrantes sont plus désavantagées que les hommes migrants face au marché du travail et sont particulièrement affectées par ce phénomène (Kofman, 2000; Rojas-Viger, 2006; Sloane, 2007).

Ce désavantage est particulièrement prononcé pour les migrantes nées dans un pays hors OCDE ou en voie de développement (Dumont et Liebig, 2005). Dans la plupart des pays, le cumul du genre et de l'origine nationale entraîne un double désavantage pour les migrantes qualifiées, qui se traduit par une déqualification plus prononcée que celle subie par leurs homologues masculins (OCDE, 2012). La lutte contre cette inégalité constitue un sujet de préoccupation croissante des gouvernements ainsi que des organisations nationales et internationales qui défendent les droits des migrants (Moreno-Fontes, 2008).

Différentes approches théoriques tentant d'expliquer le phénomène de déqualification (McGuiness, 2006), discutent de son caractère transitoire ou durable et essayent d'en identifier les causes. Plusieurs facteurs ont été mis en avant pour expliquer la déqualification des migrantes qualifiées.

a) Les facteurs structurels. L'accès au marché du travail est rendu difficile par des obstacles systémiques tels que la politique d'intégration et la nature des permis de résidence et de travail octroyés, la non-reconnaissance des diplômes et de l'expérience professionnelle acquis dans le pays d'origine, la protection par certains ordres professionnels de l'exercice de professions libérales et enfin la division sexuelle du travail confinant les femmes migrantes à des emplois peu qualifiés considérés comme féminins (Liversage, 2009).

b) Les résistances à l'embauche de la part des entreprises ou les préjugés des employeurs. Les femmes migrantes qualifiées se voient rarement confier des responsabilités de cadre ou accéder à des positions supérieures dans les entreprises, ce qui est moins le cas des hommes migrants (OCDE, 2012). Deux aspects sont à l'origine de ce désavantage, le genre et l'origine, dont le cumul est fortement préjudiciable. Différentes discriminations de genre ont été décrites, telles que le manque de flexibilité dans les horaires de travail des entreprises et la difficulté à obtenir un emploi à temps partiel qui permette de concilier vie professionnelle et vie de famille. Des stéréotypes et des préjugés culturels ou religieux jouent également un rôle discriminatoire à l'embauche puisqu'ils défavorisent un ou une candidat(e) en fonction de son origine ou disqualifient sa formation et son parcours (Fibbi, Kaya et Piguet, 2003). Une étude portant sur l'accès au marché de la formation et de l'emploi de femmes musulmanes portant le hijab à Bruxelles montre qu'elles doivent faire face à des préjugés négatifs qui les considèrent comme des personnes peu instruites et peu qualifiées (Sassi, 2013). Dans la même perspective, Vatz-Laaroussi (2008) dénonce le fait que les femmes musulmanes portant le hijab au Québec font l'objet de représentations victimisantes de la part des employeurs, étant considérées comme opprimées, soumises et victimes de la tradition. De ce fait, elles seraient perçues comme plus souples et adaptables que leurs maris, et donc davantage prêtes à accepter un emploi sous-qualifié.

c) Les facteurs familiaux. Au sein des couples où les deux conjoints menaient une carrière professionnelle avant la migration, les femmes sont souvent celles qui font des sacrifices, subissent une interruption dans leur carrière ou peinent à obtenir dans la migration une renégociation à long terme des tâches reproductives (ménage, éducation, garde des enfants). En effet, plusieurs études (Bolzman, 1996; Kofman, Kohli, Kraler et Schmoll, 2010) montrent

que le couple trouve difficilement son équilibre hors du rapport qui lui était familier avant la migration. À cela vient s'ajouter le manque de réseau familial élargi qui, au pays, permettait de confier la garde des enfants de manière souple, informelle et gratuite à des membres de la famille et ainsi se libérer la journée. Le manque de structures d'accueil disponibles, leur coût financier élevé lorsqu'elles existent, les contraintes horaires des mères et leurs déplacements pour parvenir à jongler avec leurs diverses obligations rendent beaucoup plus compliqué pour elles l'accès au travail.

Le cumul de ces facteurs et leurs interactions constitue un frein manifeste à l'accès au monde du travail et aux possibilités d'ascension sociale des migrantes qualifiées. À cet égard, certains auteurs ont parlé de discriminations multiples ou intersectionnelles (Makkonen, 2002), concept sur lequel nous allons nous pencher à présent.

Intersectionnalité et discriminations multiples

Le concept d'intersectionnalité prend son origine dans le constat que l'individu se définit par des appartenances et des identités multiples, dans ses dimensions à la fois individuelles et collectives (Stirrat, Meyer, Ouellette et Gara, 2008). Les mouvements féministes afro-américains ont avancé l'idée que se trouver à la croisée de différents motifs de discrimination tels que le genre, la race, la classe sociale et l'orientation sexuelle produit des effets spécifiques sur les individus. Par exemple, une femme homosexuelle afro-américaine n'aura pas le même vécu qu'une homosexuelle blanche ou qu'une femme afro-américaine hétérosexuelle (Crenshaw, 1989). La combinaison de ces facteurs intrinsèquement liés et constitutifs de l'identité même de la personne produirait donc, en termes de marginalisation ou d'exclusion, un désavantage supérieur à la somme de chacun des facteurs pris isolément.

En ce qui concerne l'accès à l'emploi, Browne et Misra (2003) relèvent que lorsque le genre est croisé à d'autres caractéristiques telles que l'ethnicité ou l'origine nationale, les recruteurs combinent spontanément ces caractéristiques pour prévoir la performance des candidats à un poste. Le système de l'emploi étant déjà fortement sexué, les stéréotypes relatifs à l'origine étrangère se mêlent alors de façon étroite à ceux qui touchent plus spécifiquement les femmes.

Dans une étude réalisée à Montréal concernant les trajectoires de 44 immigrées hautement qualifiées, Chicha (2009) met en évidence que celles qui se trouvent à l'intersection de trois motifs de discrimination (genre, minorité visible et nationalité étrangère) sont plus fortement désavantagées notamment lorsqu'il s'agit d'accéder à des emplois qualifiés. Ces femmes se retrouvent enfermées dans un cercle vicieux de déqualification en raison d'obligations familiales élevées, auxquelles s'ajoutent la difficulté de faire reconnaître les diplômes étrangers, le manque de succès dans la reconversion professionnelle et la précarité des emplois occupés.

Les difficultés rencontrées par les migrantes qualifiées semblent donc se produire dans différents pays occidentaux avec des caractéristiques communes et se rapporter au phénomène de la mondialisation (Organisation internationale des migrations [OIM], 2010). Toutefois, il semble nécessaire, afin de mettre en place des mesures susceptibles d'y remédier, de considérer, au niveau local, les spécificités des politiques d'intégration des différents pays d'accueil. Dans cet article, nous allons nous intéresser plus en détail au cas de la Suisse.

Immigration en Suisse et politique d'intégration

En 2010, les étrangers représentaient 22,4 % de la population résidente en Suisse, et 25 % de la population active (Office fédéral de la statistique [OFS], 2010). À l'instar d'autres pays européens, la Suisse pratique actuellement une politique migratoire qui privilégie l'accueil de migrants qualifiés (Marin-Avellan et Mollard, 2012) avec le présupposé que des individus disposant d'un niveau d'éducation élevé seront plus aptes à s'intégrer. On assiste donc depuis une quinzaine d'années, à une forte progression du nombre de migrantes et migrants hautement qualifiés. De plus, le modèle dit « des cercles » privilégie les migrants issus de pays limitrophes ou de « culture occidentale » (Piguet, 2004). Ainsi, la plupart des étrangers en Suisse proviennent de pays de l'OCDE et ceux qui proviennent d'Asie, d'Amérique latine et d'Afrique représentent seulement 13,3 % d'entre eux (OFS, 2010; Bolzman, 2008). Les résultats de la récente votation populaire au niveau national, tenue le 9 février 2014 et intitulée « contre l'immigration de masse » a remis en question la libre-circulation en Suisse des travailleuses et travailleurs européens. Les partisans de cette initiative demandent que l'État fixe des plafonds pour les

autorisations de séjour délivrées, dans le but de freiner l'immigration et de contrôler l'accès des étrangers au marché de l'emploi. Si les travailleurs européens sont touchés par cette limitation, ce sera probablement davantage le cas des personnes d'origine extra-européenne, dont le nombre était déjà contingenté avant cette votation. La situation de ces dernières sur le marché du travail deviendra encore plus compliquée.

La migration des femmes en Suisse

Actuellement, les femmes représentent 50,8 % des étrangers en Suisse. Près de 43 % d'entre elles sont admises pour des motifs de mariage ou de regroupement familial, contre 26 % pour des raisons professionnelles (OFS, 2010). Wanner, Pecoraro et Fibbi (2005) constatent que la situation professionnelle des immigrées s'est nettement détériorée ces dernières années, comparée à celle des Suissesses (taux de chômage respectif de 9,4 % et 3,3). Par ailleurs, l'analyse d'autres sources met en évidence des difficultés d'insertion professionnelle accrues pour les ressortissantes de pays extra-occidentaux. En effet, les migrantes originaires des pays non membres de l'OCDE affichent en moyenne un taux de chômage plus élevé que le taux global des étrangères (OCDE, 2012). Alors que le nombre de femmes provenant l'Amérique latine et de l'Afrique subsaharienne est actuellement en augmentation, les trajectoires professionnelles de ces ressortissantes extra-européennes mériteraient d'être étudiées plus en détail dans de futurs travaux de recherche.

En effet, parmi les différentes populations migrantes, la proportion de Latino-Américains installés en Suisse a doublé au cours des quinze dernières années (OFS, 2010). En particulier, on assiste à un accroissement considérable du nombre de femmes latino-américaines. Ainsi, on compte près de 65 % de femmes au sein de l'immigration latino-américaine, alors que les femmes provenant d'autres pays représentent en moyenne 50 % des nouvelles entrées. La surreprésentation des femmes latino-américaines, dont la majorité est âgée de 20 à 39 ans, est liée notamment à l'importance des mariages avec des ressortissants suisses, ainsi qu'à l'existence d'une forte demande de main-d'œuvre féminine dans le secteur des services (Bolzman, Carbajal et Mainardi, 2007; Riaño, 2007). Leur situation juridique est très variée : certaines vivent en Suisse sans statut légal, d'autres, venues dans le cadre du regroupement familial, pour épouser un ressortissant suisse ou pour études, ont des statuts stables (permis B, C) ou ont obtenu la nationalité suisse (OFS, 2010). Quant à leur niveau de formation, plus de la moitié des femmes latino-américaines résidant en Suisse disposent de qualifications élevées, contre 18 % des autochtones (Riaño, 2003 et 2007).

Quant à la population africaine, elle représente 4 % des étrangers en Suisse, ce qui constitue la proportion la plus faible de la population étrangère, bien qu'en augmentation ces dix dernières années (OFS, 2010). Ce groupe culturel est très hétérogène : presque toutes les nationalités africaines y sont représentées. La population migrante africaine reste à dominante masculine (54 % d'hommes) mais, depuis 1995, on constate une augmentation remarquable du nombre de femmes, qui a presque doublé en quinze ans. La majorité des femmes originaires d'Afrique centrale et de l'Est entrent en Suisse par la porte de l'asile, fuyant des pays en guerre et des zones de conflit armé, économiquement dévastées. Les ressortissants d'Afrique de l'Ouest migrent quant à eux surtout pour trouver de meilleures conditions de vie en Europe (Effionayi-Mäder, Pecoraro et Steiner, 2011). Les recherches sur l'insertion socioprofessionnelle des femmes migrantes africaines en Suisse sont quasi inexistantes, de même que les statistiques sur leur niveau d'études et de qualification. Cependant, une étude de Bagalwa-Mapatano (2008) sur des femmes congolaises suggère qu'elles sont particulièrement touchées par la déqualification professionnelle, mais qu'elles ont des stratégies communautaires informelles permettant la création de micro-entreprises spécialisées dans le commerce de produits africains par exemple, ce qui contribue, à terme, à leur intégration socioéconomique en Suisse. L'appartenance ethnique et communautaire semble donc ici mise à profit et tournée en atout.

Insertion professionnelle et déqualification des femmes migrantes en Suisse

L'Enquête suisse sur la population active parue en 2008 montre que la proportion d'étrangères possédant un niveau de formation tertiaire est supérieure à celui des Suissesses (22,3 % contre 15,6 %), mais cela ne se traduit pas souvent par un avantage sur le marché de l'emploi, bien au contraire. En effet, les étrangères diplômées du tertiaire ont un taux de chômage bien supérieur à celui des Suissesses, ou des hommes étrangers ou nationaux (6,1 % contre 2,0 % pour les Suissesses, 3,3 % pour les hommes étrangers et 1,4 % pour les hommes suisses). De

manière générale, quels que soient leur situation familiale ou leur niveau d'éducation, les étrangères ont un taux d'activité inférieur aux Suissesses (73,2 % contre 78,1 %) et aux hommes, étrangers ou nationaux (88,4 %) (OFS, 2010).

Pour ce qui est du type d'emplois occupés, les étrangères sont très fortement concentrées dans des emplois subalternes et ont peu accès aux postes de cadres, alors que les hommes étrangers occupent des positions sociales proches de celles des nationaux. Par ailleurs, les emplois occupés par les étrangères semblent moins flexibles et compatibles avec une vie de famille que ceux occupés par les Suissesses : en effet, le travail à temps partiel est nettement moins répandu chez les étrangères (27 % contre 44 %), alors que le travail à plein temps s'observe aussi souvent chez les étrangères que chez les Suissesses (32 % contre 31 %) (OCDE, 2012).

Ce désavantage lié à l'origine vient s'ajouter à celui lié à la condition féminine. En effet, de manière générale, les femmes en Suisse sont moins bien intégrées dans le monde du travail que les hommes. Plusieurs indicateurs statistiques reflètent cette inégalité sociale : des salaires plus bas, une sous-représentation des femmes dans les instances dirigeantes, parmi les titulaires de doctorats ou encore parmi les responsables du système scientifique (Bühler, 2010).

Au vu de ces données, il semble que les migrantes sont confrontées en Suisse à un double handicap dans leurs tentatives d'accéder au marché de l'emploi, en raison de leur origine et de leur sexe. Ce désavantage se traduit à la fois par le chômage et par la déqualification. Celle-ci affecte plus particulièrement les primo-arrivantes nées à l'étranger et ayant émigré après l'âge de 15 ans (Pecoraro, 2005), tout comme les femmes nées dans un pays hors OCDE (Dumont et Liebig, 2005).

Ces constats ont conduit plusieurs chercheurs à analyser les types de déqualification en Suisse. Wirz et Atuken (2005) en distinguent deux : le premier concerne les individus travaillant dans leur domaine d'études mais à un niveau inférieur, alors que le second correspond aux personnes travaillant dans un autre champ que celui de leur formation initiale. Le premier type pourrait s'expliquer par des rigidités systémiques du marché du travail (manque d'information, contrainte à la mobilité professionnelle, discriminations liées au genre ou à l'origine). Le second type de déqualification serait dû à l'incapacité pour le demandeur d'emploi de mettre en avant certaines caractéristiques personnelles en lien avec le poste convoité (motivation, leadership, diplômes, expérience, savoir-faire, etc.). Les auteurs observent que la déqualification touche en particulier les mères d'enfants en bas âge par manque de soutien en matière de garde d'enfants. Mais ils considèrent qu'il s'agit d'un problème passager et refusent de parler de discrimination touchant spécifiquement les femmes ou les migrants.

Contrairement à ce point de vue, deux études empiriques récentes soutiennent que la déqualification est une réalité durable que doivent affronter les migrantes qui cherchent à intégrer le marché de l'emploi en Suisse. L'étude de Riaño et Baghdadi (2007) a porté sur 57 femmes qualifiées, âgées en moyenne de 40 ans, nées à l'étranger et résidant en Suisse depuis 11 ans en moyenne, originaires d'Amérique latine, du Moyen-Orient et d'Europe de l'Est et vivant dans trois cantons alémaniques. Leurs motifs d'immigration étaient essentiellement le mariage, le regroupement familial et l'asile. Cette enquête montre qu'en dépit de leur niveau de qualification élevé, 82 % des femmes interrogées ne sont pas parvenues à faire valoir leur capital socioculturel afin d'obtenir un poste stable à responsabilités. Celles qui occupaient un poste en accord avec leur niveau de compétences avaient, pour la plupart, des contrats à durée déterminée. Les auteurs insistent sur l'importance du lieu d'obtention des diplômes, ceux obtenus à l'étranger semblant plus difficiles à valoriser.

L'étude de Chicha et Deraedt (2009), conduite à Genève, porte sur 23 migrantes qualifiées, nées à l'étranger, résidant en Suisse depuis au moins 5 ans, d'origines géographiques différentes. Les objectifs de l'étude étaient d'identifier les stratégies mises en place pour faire reconnaître les diplômes, puis détecter la présence de déqualification et retracer les trajectoires professionnelles (ascendante, stagnante ou menant au chômage). Toutes les participantes avaient obtenu leurs diplômes à l'étranger et avaient occupé un emploi en Suisse, même de courte durée. Trois degrés de déqualification ont été retenus : les migrantes occupant un emploi en accord avec leurs qualifications, les migrantes détenant un emploi pour lequel elles étaient surqualifiées et celles détenant un emploi qui ne requiert aucun diplôme ou qualification. La concordance entre qualification et emploi est observée

dans seulement 30 % des cas. Les auteurs concluent que la déqualification est un phénomène qui s'installe de manière durable, persistant parfois même après 10 ans de séjour en Suisse.

Dans les deux études mentionnées, les auteurs attribuent la déqualification à la fois à des rigidités institutionnelles (permis de séjour restrictifs, accès limité aux postes dans la fonction publique) et à diverses formes de discriminations. Ces rigidités sont ancrées aussi bien dans les législations que dans les pratiques institutionnelles et les représentations sociales, ce qui explique leur caractère durable. À cela s'ajoute un facteur relatif à la familiarité avec la culture du pays d'accueil, appelé littératie (*literacy*) : les femmes sont parfois désavantagées par leur méconnaissance de la langue ou de la région d'accueil, ce qui augmente la probabilité de leur déqualification (Bolzman, 1996). Par ailleurs, la succession de deux ou trois emplois peu qualifiés diminue les chances d'ascension ultérieure.

Une troisième étude plus récente effectuée à Genève par Marin-Avellan et Mollard (2012) se centre sur l'impact de la déqualification, actuelle ou passée, sur le bien-être psychologique et social des femmes concernées. Elle a porté sur 35 migrantes, originaires du « Sud », habitant à Genève et disposant d'un permis de séjour valable. Les résultats montrent que, depuis leur arrivée à Genève, 40 % des participantes avaient traversé des périodes de tension et de détresse psychologique qu'elles attribuaient à diverses situations en lien avec la recherche d'emploi infructueuse et les relations difficiles avec l'office du chômage. Plus le degré de la déqualification était important, plus la détresse psychologique rapportée était intense, ainsi que le sentiment de discrimination. Toutefois, cette étude présente un certain nombre de faiblesses méthodologiques, en particulier la grande hétérogénéité des caractéristiques des participantes. La durée de séjour en Suisse était très variable, allant de 2 à 25 ans. Cela rend d'autant plus problématique le fait que l'état de santé mentale est évalué de manière rétrospective. En outre, certaines participantes incluses dans l'étude n'avaient pas une bonne maîtrise du français, ce qui est un élément qui les défavorise objectivement lors de la recherche d'un emploi.

En résumé, les travaux existants en Suisse comportent plusieurs écueils méthodologiques. Leurs résultats sont issus d'échantillons très hétérogènes, qui comptent des femmes à des moments très différents de leur parcours migratoire, à des niveaux différents de maîtrise de la langue locale et avec des statuts légaux différents, conditions déterminantes dans la recherche d'un emploi. Ceci rend difficile l'interprétation des résultats du fait du nombre important de variables non contrôlées. Afin de compléter nos connaissances et d'améliorer les réponses à ce problème, il serait souhaitable d'interroger des femmes ayant des caractéristiques sociodémographiques plus homogènes et bénéficiant d'autorisations de séjour stables et de travail. Il paraît en outre important de réduire les biais de sélection en recrutant les sujets dans des milieux variés.

Les données issues du champ de la sociologie du travail investiguent peu les facteurs qui influencent l'impact qu'ont les obstacles et les difficultés d'insertion professionnelle sur la santé mentale des femmes migrantes. De même, dans le champ de la psychologie clinique, peu de travaux ont tenté de mieux cerner le rôle de facteurs contextuels (comme l'insatisfaction professionnelle) parmi les conditions qui influencent négativement la santé mentale des migrants. Dans ce qui suit, nous allons nous appuyer sur une vaste littérature internationale mettant en relation emploi, discrimination perçue, qualité de vie ou satisfaction et santé mentale, dans une perspective qui tente de mieux articuler les facteurs individuels et sociaux susceptibles de favoriser la détresse psychologique qui peut résulter de la déqualification ou, au contraire, de préserver de cette détresse.

L'impact de la déqualification sur la santé mentale des femmes migrantes

La grande majorité des travaux sur la santé mentale des migrants s'intéresse à l'impact des facteurs psychosociaux affectant les personnes en situation de grande précarité, tandis que les migrants appartenant à des milieux moins défavorisés sont largement négligés dans la littérature (Chicha, 2009). Il est dorénavant reconnu que si à leur arrivée les migrants présentent un meilleur état de santé que la population générale (phénomène désigné sous le nom de « *healthy migrant effect* »), celui-ci se détériore parfois au fil des années (McDonald et Kennedy, 2004). Par ailleurs, on observe d'importantes variations selon les origines nationales (Gabadinho, Wanner et Dahinden, 2007). Un courant de recherche actuel explique le taux important de morbidité présenté par les migrants plusieurs années

après leur arrivée et les variations inter-groupes par l'impact psychologique des expériences de discrimination et de racisme vécues parfois par les membres de ces groupes (Hyman, 2009; Pittman, 2011).

D'autre part, un courant de recherche en psychologie interculturelle s'intéresse au lien entre santé mentale des migrants et processus d'acculturation. En effet, d'un point de vue psychologique, la migration entraîne une perte de repères internes et une déstabilisation des routines socioculturelles. Le processus d'acculturation décrit par Berry (1980) permet une progressive maîtrise des codes, normes et valeurs de la société d'accueil, de façon à être accepté dans ce groupe et à y évoluer avec aisance en tant que membre à part entière. Vue sous cet angle, l'acculturation est le processus qui mène à l'adaptation (Sabatier et Berry, 1994). Soulignons toutefois que les stratégies d'acculturation décrites par Berry (1980) ne relèvent pas uniquement du ressort individuel mais doivent composer avec la réalité sociopolitique, les attitudes des résidants et les difficultés rencontrées lors de l'insertion dans la société d'accueil (Bourhis et Leyens, 1994). Ainsi, le processus d'acculturation comporte une dimension transactionnelle et liée au milieu de vie, ce qui en fait une variable médiatrice entre les caractéristiques personnelles du migrant, les facteurs environnementaux et l'état de santé mentale de l'individu à l'issue de la migration (Cuellar, 2000; Goguikian Ratcliff, 2009).

La difficulté à trouver un emploi, la déqualification, l'isolement social ainsi que les écarts importants entre les attentes professionnelles pré-migratoires et la réalité rencontrée sur le marché du travail à l'arrivée sont susceptibles de produire des sentiments de découragement, d'injustice, d'autodépréciation, de dévalorisation socioprofessionnelle et un manque de satisfaction par rapport à l'existence actuelle (Cardu, 2008 et 2012) et, à terme, ils sont donc susceptibles de nuire à la santé mentale (Devarenne-Megas, 2003).

En effet, dans un rapport mandaté par l'OMS, se basant sur plusieurs études européennes et américaines, Wilkinson et Marmot (2004) rappellent qu'il est préjudiciable pour la santé d'un individu de ne pas pouvoir utiliser ses compétences et de ne pouvoir disposer que d'un pouvoir limité de décision. Le risque est accru pour les postes où la charge de travail est importante et le niveau d'autonomie faible. Un emploi précaire ou une forte insatisfaction professionnelle peuvent être aussi néfastes que le chômage et sont associés à des taux élevés de dépression et d'anxiété (Burchell, 1994) et ils contribuent à un état de stress chronique, d'autant plus dommageable qu'il se prolonge. À l'inverse, une revue récente de la littérature par Lennon et Limonic (2010) souligne l'effet protecteur d'un emploi adéquat et de conditions de travail satisfaisantes sur le sentiment de bien-être et sur la santé mentale, en tant que composantes de la qualité de vie.

Ainsi, la déqualification des femmes migrantes peut engendrer une certaine précarité matérielle et sociale et par là même affecter négativement leur qualité de vie. Des études longitudinales prospectives ont montré que la qualité de vie perçue permet de prédire l'apparition de symptômes somatiques ou de troubles mentaux (Schnurr, Hayes, Lunney, McFall et Uddo, 2006). Par ailleurs, Wang et ses collaborateurs (2010) soulignent que, chez les migrants, la qualité de vie est sous-tendue par les objectifs personnels, par la perception du statut social ainsi que par le sentiment de discrimination.

Le rôle du sentiment de discrimination

La discrimination perçue est le sentiment subjectif d'être traité de manière injuste ou inéquitable par rapport à d'autres dans la vie quotidienne, à cause de son appartenance à une minorité. Ce concept fait référence à la mesure dans laquelle les personnes perçoivent ou jugent certains comportements émis envers eux-mêmes ou leur groupe d'appartenance comme étant de la discrimination, et ce, indépendamment du fait que cette perception des choses reflète ou non la réalité objective (Taylor, Wright et Porter, 1994). De ce point de vue, la perception de la discrimination est directement liée à l'appartenance des personnes à un groupe social ou culturel minoritaire faisant habituellement l'objet de préjugés négatifs dans une société donnée.

Cette perception est donc étroitement liée aux différences de statut social et porte atteinte à l'estime de soi et, de manière plus générale, à la santé physique et mentale (Major, O'Brien, Kaiser et McCoy, 2007). Les expériences de discrimination peuvent représenter des stress quotidiens, agissant de manière durable, stress auxquels les personnes sont exposées dans différentes sphères : emploi, avancement professionnel, atmosphère au travail,

logement, interdiction d'entrée dans des lieux publics, difficultés à obtenir un emprunt financier, mauvais traitement de la part des fonctionnaires d'institutions publiques, etc.

Un nombre croissant d'études effectuées sur des minorités ethniques résidant dans différents pays montre qu'il existe une relation entre un sentiment de discrimination et différents indicateurs de mauvaise santé physique (Williams, Neighbors et Jackson, 2003) et mentale (Karlsen et Nazroo, 2002). À Montréal, par exemple, l'enquête Santé Québec sur les communautés culturelles a mis en évidence une association significative entre la perception de la discrimination et la présence de détresse psychologique (Rousseau et Drapeau, 2004).

Le lien entre discrimination perçue et santé mentale a également été étudié en comparant l'intensité de ce sentiment chez différents groupes ethniques. Deux études comparatives réalisées en Finlande (Liebkind et Jasinskaja-Lahti, 2000; Jasinskaja-Lahti, Liebkind, Jaakola et Reuter, 2006) montrent qu'indépendamment de la durée du séjour dans le pays d'accueil, la discrimination perçue est plus élevée chez les personnes appartenant à une minorité visible et considérées comme plus distantes du point de vue culturel.

Il est bien établi que la présence de réseaux de soutien social et communautaire permet de faire face à ces expériences de discrimination et de se protéger contre le stress (Noh et Kaspar, 2003), faute de quoi le sentiment de discrimination est exacerbé. L'utilité des contacts sociaux comme facteurs de protection contre le stress est accrue, qu'ils s'effectuent avec des autochtones ou des compatriotes (Jasinskaja-Lahti, LIebkind, Jaakola et Reuter, 2006).

Insatisfaction professionnelle : décalage entre attentes professionnelles pré-migratoires et réalité post-migratoire

Les attentes pré-migratoires ont été étudiées comme un prédicteur de la qualité de vie après la migration. Cherchant à identifier les sources du stress d'acculturation chez les migrants, Williams et Berry (1991) proposent le concept de « *goal-striving stress* », que l'on pourrait traduire par stress découlant d'un but entravé ou d'une aspiration frustrée. Un lien entre niveau élevé d'aspirations prémigratoires et intensité des symptômes psychologiques après la migration a pu être établi dans des études américaines sur de jeunes immigrés vietnamiens (McKelvey et Webb*,* 1996). Toutefois, ce lien reste controversé puisque certaines études montrent qu'un optimisme de départ et des attentes élevées agissent positivement sur la motivation à s'intégrer et sont des facteurs protecteurs de la psychopathologie, alors que d'autres travaux (Williams et Berry, 1991) indiquent, à l'inverse, que des attentes élevées et irréalistes augmentent le risque de détresse psychique une fois dans le pays d'accueil.

Le décalage entre les attentes de départ et la réalité à l'arrivée est fortement tributaire des conditions officielles qui régissent l'accès au monde du travail dans le pays d'accueil, autrement dit à sa politique migratoire, plus ou moins favorable (ou défavorable) aux nouveaux arrivants. Les impératifs économiques et les difficultés rencontrées pour obtenir un emploi correspondant à leur niveau de qualification incitent les migrants à accepter des emplois pour lesquels ils sont surqualifiés. La discordance entre les objectifs que l'on s'était fixés avant la migration et ce que l'on est réellement en mesure d'accomplir après-coup dans le pays d'accueil peut générer stress, insatisfaction et souffrance psychologique (Nazroo, McKenzie, Bhui et Weich, 2005). C'est la raison pour laquelle Zhang, Li, Fang et Xiong (2009) proposent de considérer non pas les attentes pré-migratoires en tant que telles, mais le décalage entre attentes pré-migratoires et réalité post-migratoire. Il s'agit là d'une variable individuelle de type cognitif, puisqu'elle découle d'une activité de jugement, et qui comporte une dimension subjective au même titre que le sentiment de discrimination.

Stratégies de résilience

Face aux obstacles et à la réalité socioprofessionnelle locale, les femmes migrantes, au Québec, développent des stratégies spécifiques de résistance et de résilience qui guident leurs choix relatifs à l'insertion : accepter un emploi déqualifié, reprendre des études, privilégier les liens avec la communauté nationale ou familiale, renoncer à travailler et rester au foyer, etc. (Vaatz-Laroussi, 2008; Cardu, 2012). Il est indéniable que leurs choix tiennent compte de la situation professionnelle du conjoint et de l'âge des enfants. À cet égard, Vaatz-Laroussi (2008) fait

l'hypothèse que les femmes mettent en œuvre des stratégies à plus long terme qui seraient ancrées dans des attitudes et des valeurs positives (optimisme, respect, engagement). Dans un contexte différent, en Belgique, les stratégies sont similaires : les femmes opposent trois stratégies principales face à la discrimination et aux obstacles : la *renonciation* à leurs aspirations, le *contournement* de la difficulté (en se retirant du marché du travail « classique » pour s'orienter vers des secteurs ou des statuts qui paraissent plus accessibles) et la *résistance* (en refusant les pressions de la société par des actions telles que refuser un emploi jugé non compatible avec ses valeurs, persévérer, négocier, persuader, développer son capital social) (Sassi, 2013).

Conclusions et perspectives

Il ressort de la revue de la littérature que la déqualification des femmes migrantes est un processus dont les effets sont à la fois psychologiques et sociaux. Il serait intéressant de saisir la dynamique de ce processus, les conditions de son installation et les stratégies spécifiques mises en place pour y faire face par différents groupes de femmes migrantes en Suisse. Les questions suivantes restent à approfondir :

- Le phénomène de déqualification touche-t-il plus certaines catégories de migrantes que d'autres ?
- Quel est l'impact psychologique de la déqualification?
- Existe-t-il des parcours types qui conduisent les femmes migrantes à la déqualification, ou des délais au-delà desquels l'accès à un emploi correspondant à leurs qualifications devient de moins en moins possible?
- Quelles sont les stratégies qui s'avèrent payantes chez les femmes migrantes qui parviennent à échapper à la déqualification ou à en réduire la durée?

En outre, le rôle modérateur joué par certains facteurs spécifiques aux migrants et migrantes (acculturation, attentes pré-migratoires, discrimination perçue) est encore peu étudié. L'identification des facteurs de risque individuels et environnementaux et leurs interactions, l'étude des trajectoires pouvant mener à une déqualification plus ou moins durable ainsi que la comparaison entre différents groupes de femmes migrantes et un groupe de femmes non migrantes permettrait d'envisager des programmes d'accompagnement (associatifs, institutionnels) plus ciblés et efficaces afin de prévenir la déqualification de femmes qualifiées et ses possibles effets délétères en matière de santé mentale.

Bibliographie

Asanin Dean, J. et Wilson, K. (2009). « Education? It is irrelevant to my job now. It makes me very depressed…» : exploring the health impacts of under/unemployment among highly skilled recent immigrants in Canada. *Ethnicity and Health, 14*(2), 185-204.

Bagalwa-Mapatano, J. (2008). Place et rôle de la femme dans la diaspora congolaise de Suisse 1980-2000. *L'Africain, 233*, 20-30.

Berry, J.-W. (1980). Social and cultural Change. Dans H. Trandis et R. Brislin (dir.), *Handbook of Cross-Cultural Psychology*, vol. 5 (p. 211-279). Boston : Allyn and Bacon.

Bolzman, C. (1996). *Sociologie de l'exil : une approche dynamique. L'exemple des réfugiés chiliens en Suisse*. Zurich : Seismo.

Bolzman, C. (1997). Aux frontières du public et du privé : la négociation des rôles familiaux en situation d'exil. Dans P. Béday et C. Bolzman (dir.), *On est né quelque part mais on peut vivre ailleurs. Familles, migrations, cultures, travail social* (p. 79-100). Genève : IES Institut d'études sociales.

Bolzman, C. (2008). Travailleurs étrangers sur le marché du travail Suisse : quels modes d'incorporation ?. *Journal of International Migration and Integration*, *8*(2), 357-373.

Bolzman, C., Carbajal, M. et Mainardi, G. (dir.) (2007). *La Suisse au rythme latino*. Genève : Institut d'études sociales (IES).

Bourhis, R. et Leyens, J.-P. (1994). *Stéréotypes, discrimination et relations entre groupes*. Liège : Mardaga.

Browne, I. et Misra, J. (2003). The intersection of gender and race in the labor market. *Annual Review of Sociology, 29*, 487-513.

Bühler, E. (2010). *Atlas suisse des femmes et de l'égalité.* Zurich : Seismo.

Burchell, B. (1994). The effects of labour market position, job insecurity, and unemployment on psychological health. Dans D. Gallie, C. Marsh et C. Vogler (dir.), *Social change and the experience of unemployment* (p. 188-212). Oxford : Oxford University Press.

Cardu, H. (2008). Femmes immigrantes, soutien et situation d'insertion socioprofessionnelle… entre ruptures et continuités. Dans M. Vatz-Laaroussi, C. Bolzman, et M. Lahlou (dir.), *Familles migrantes au gré des ruptures. Tisser la transmission* (p. 293-302). Lyon : L'interdisciplinaire.

Cardu, H. (2012). Resilience strategies used by immigrant women facing professional deskilling in Quebec. Dans International Organization for Migration (dir.), *Crushed hopes: underemployement and deskilling among skilled migrant women* (p. 137-161). Genève : Organisation internationale pour les migrations (IOM).

Catarino, C. et Morokvasic, M. (2005). Femmes, genre, migration et mobilités. *Revue européenne des migrations internationales, 21*(1), 7-27.

Chaïb, S. (2001). *Facteurs d'insertion et d'exclusion des femmes immigrantes dans le marché du travail en France : quel état des connaissances ?* Document de travail élaboré pour la Confédération française démocratique du travail.

Chicha, M. (2009). *Le mirage de l'égalité : les immigrées hautement qualifiées à Montréal* [en ligne]. http://archives.enap.ca/bibliotheques/2009/11/30118647.pdf

Chicha, M. et Deraedt, E. (2009). Genre, migration et déqualification : des trajectoires contrastées. Étude de cas de travailleuses migrantes à Genève. Dans *Cahiers des migrations internationales 97*. Genève : Organisation internationale du travail.

Creese, G. et Wiebe, B. (2009). *'Survival employment': Gender and deskilling among African immigrants in Canada*. Oxford : Blackwell Publishing.

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex. A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory, and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum,* p. 139–167.

Cuellar, I. (2000). Acculturation and mental health : ecological transactional relations of adjustment. Dans I. Cuellar et F. Paniagua (dir.), *Handbook of multicultural mental health: Assessment and treatment of diverse populations*, (p. 45-62). San Diego : Academic Press.

Devarenne-Megas, H. (2003). Psychopathologie et insertion sociale des migrants polonais en France. *Revue européenne des migrations internationales, 19*(1), 2-20.

Dumont, J. et Liebig, T. (2005). *Labour market integration of immigrant women: overview and recent trends. The OECD and European Commission Seminar on migrant women and the labour market: Diversity and challenges*. Bruxelles : OCDE Publishing.

Effionayi-Mäder, D., Pecoraro, M. et Steiner, I. (2011). *La population subsaharienne en Suisse : un aperçu démographique et socioprofessionnel*. Neuchâtel : Forum suisse des migrations.

Fibbi, R., Kaya, B. et Piguet, E. (2003). *Le passeport ou le diplôme? Etude des discriminations à l'embauche des jeunes issus de la migration*. Neuchâtel : Forum suisse des migrations.

Gabadinho, A., Wanner, P. et Dahinden, J. (2007). *La santé des populations migrantes en Suisse : une analyse des données du GMM*. Neuchâtel : Swiss forum for migration and population studies (SFM).

Geneste, A. (2013, 8 mai). Le nouveau visage féminin de la migration [en ligne]. *Le Monde*. http://www.lemonde.fr/ameriques/article/2013/05/08/le-nouveau-visage-feminin-de-la-migration_3173506_3222.html

Goguikian Ratcliff, B. (2009). Conclusion. Pour une clinique plus sociale du traumatisme et de l'exil. Dans B. Goguikian Ratcliff et O. Strasser (dir.), *Clinique de l'exil : chroniques d'une pratique engagée* (p. 185-196). Genève : Georg.

Hyman, M. (2009). Responsible ads: A workable ideal. *Journal of Business Ethics*, *87*(2), 199-210.

Iredale, R. (2001). The migration of professionals: theories and typologies. *International Migration, 39*(5), 7-24.

Jasinskaja-Lahti, I., Liebkind, K., Jaakola, M. et Reuter, M. (2006). Perceived discrimination, social support networks, and psychological well-being among three immigrant groups. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 73*(3), 293-311.

Karlsen, S. et Nazroo, J. (2002). Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. *Americal Journal of Public Health, 92*(4), 624-631.

Kofman, E. (2000). *Gender and international migration in Europe*. New York, NY : Routledge.

Kofman, E. (2004). Genre et migration internationale : critique du réductionnisme théorique. Dans C. Zaidman et P. Bachelet (dir.), *Genre, travail et migrations en Europe* (p. 81-97). Paris : Cahiers du CEDREF.

Kofman, E. (2009). Gendered migrations and the globalization of social reproduction and care: new dialogues and directions. Dans E. Schrouver et E. Yeo (dir.), *Gender and migration in global, historical and theoretical perspective* (p. 118-139). Taylor and Francis (Routledge).

Kofman, E., Kohli, M., Kraler, A. et Schmoll, C. (2010). *Gender, Generations and the Family in International Migration*. Amsterdam : Amsterdam University Press.

Kofman E. et Raghuram, P. (2006). Gender and global labour migrations : Incorporating skilled workers. *Antipode, 38*(2), 282-303.

Lennon, M. et Limonic, L. (2010). Work and Unemployment as stressors. Dans T. Scheid et T. Brown (dir.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories and systems* (p. 213-225). Cambridge : Cambridge University Press.

Liebkind, K. et Jasinskaja-Lahti, I. (2000). The influence of experiences of discrimination on psychological stress: a comparison of seven immigrant groups. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 10,* 1-16.

Liversage, A. (2009). Vital conjunctures, shifting horizons : high-skilled female immigrants looking for work. *Work Employment Society*, 120-141.

Major, B., O'Brien, L., Kaiser, C. et McCoy, K. (2007). Perceived discrimination as a worldview threat or worldview confirmation: implications for self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*(6), 1068-1086.

Makkonen, T. (2002). *Multiple, compound and intersectional discrimination: bringing the experiences of the most marginalized to the fore*. Institute for Human Rights, Åbo Akademi University.

Man, G. (2004). Gender, work and migration: Deskilling Chinese immigrant women in Canada. *Women's Studies International Forum, 27*(2), 135-148.

Marin-Avellan, L. et Mollard, B. (2012). *L'impact psychosocial du sous-emploi sur la vie des femmes migrantes qualifiées travaillant à Genève (Suisse)*. Genève : Organisation internationale pour les migrations.

McDonald, J. et Kennedy, S. (2004). Insights into the 'healthy immigrant effect' : health status and health service use of immigrants to Canada. *Social Science and Medicine, 59*, 1613-1627.

McGuiness, S. (2006). Overeducation in the labour market. *Journal of Economic Survey, 20*(3), 292-299.

McKelvey, R. et Webb, J. (1996). Pre-migratory expectancies and post-migratory mental health symptoms in Vietnamese Amerasian youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*(2), 240-245.

Moreno-Fontes, G. (2008). Female migrant workers' situation in the labour market [en ligne]. http://www.immigrantwomen.gr/portal/images/arthra/labour.pdf

Morokvasic, M. (2003). Transnational mobility and gender: a view from post-wall Europe. Dans M. Morokvasic, U. Erel et K. Shinozaki (dir.), *Crossing borders and shifting boundaries: Gender on the Move,* vol. 1 (p. 101-133). Opladen : Leske and Budrich.

Nazroo, J., McKenzie, K., Bhui, K. et Weich, S. (2005). Racism, psychosis and common mental disorder among ethnic minority groups in England. *Psychological Medicine, 35*(12), 1795-1893.

Noh, S. et Kaspar, V. (2003). Perceived discrimination and depression: Moderating effects of coping, acculturation, and ethnic support. *American Journal of Public Health, 93*, 232-238.

Office fédéral de la statistique (OFS) (2010). *La population étrangère en suisse*. Neuchâtel : OFS.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (2012). *Perspectives des migrations internationales* [en ligne]. http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2012-fr

Organisation internationale des migrations (OIM) (2010). *État de la migration dans le monde 2010. L'avenir des migrations : renforcer les capacités face aux changements*. Genève : OIM.

Pecoraro, M. (2005). Les migrants hautement qualifiés en Suisse. *Migrants et marché du travail en Suisse, 6,* 71-108.

Piguet, E. (2004). *L'immigration en Suisse : 50 ans d'entreouverture*. Lausanne : Presses Polytechniques et Universitaires romandes.

Pittman, C. (2011). Getting mad but ending sad: the mental health consequences for African Americans using anger to cope with racism, *Journal of Black Studies, 42*, 1106-1124.

Riaño, Y. (2003). Migration of skilled Latin American women to Switzerland and their struggle for integration. Dans Y. Mutsuo (dir.), *Latin American emigration : Interregional comparison among North America, Europe and Japan*. *JCAS Symposium Series 19*. Osaka : Japan Centre for Area Studies.

Riaño, Y. (2007). Migration de femmes latino-américaines universitaires en Suisse. Dans C. Bolzman, M. Carbajal et G. Mainardi (dir.), *La Suisse au rythme latino* (p. 115-136). Genève : IES.

Riaño, Y. et Baghdadi, N. (2007). Understanding the labour market participation of skilled immigrant women in Switzerland: the role of class, ethnicity and gender. *Journal of International Migration and Integration, 8,* 163-183.

Rojas-Viger, C. (2006). Femmes professionnelles latino-américaines à Montréal : conditions d'insertion dans le milieu universitaire et au marché du travail. *Les Cahiers du Gres, 6*(1), 25-43.

Rousseau, C. et Drapeau, A. (2004). Premigration exposure to political violence among independent immigrants and its association with emotional distress. *Journal of Nervous and Mental Disease, 192*(12), 852-856.

Sabatier, C. et Berry, J. (1994). Immigration et acculturation. Dans R. Bourhis et J.-P. Leyens (dir.), *Stéréotypes, discrimination et relations intergroupes* (p. 261-291). Liège : Mardaga.

Sassi, K. (2013). Stratégies mises en place par les femmes voilées universitaires pour accéder et se maintenir en emploi. Dans A. Manço et C. Barras (dir.), *La diversité culturelle dans les PME. Accès au travail et valorisation des ressources* (p. 97-110). Paris : L'Harmattan.

Schnurr, P., Hayes, A., Lunney, C., McFall, M. et Uddo, M. (2006). Longitudinal analysis of the relationship between symptoms and quality of life in veterans treated for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 707-713.

Sloane, P. (2007). Overeducation in the United Kingdom. Policy forum: education and skill mismatches in the labour market. *The Australian Economic Review, 40*(3), 286-291.

Stirratt, M., Meyer, I., Ouellette, S. et Gara, M. (2008). Measuring identity multiplicity and intersectionality: Hierarchical classes analysis (HICLAS) of sexual, racial, and gender identities. *Self and Identity, 7*(1), 89-111.

Taylor, D., Wright, S. et Porter, L. (1994). Dimension of perceived discrimination: The personal/group discrimination discrepancy. Dans M. Zanna et J. Olson, *The Psychology of Prejudice*: *The Ontario Symposium* (p. 233-255). Hillsdale, ND : Erlbaum.

Vatz-Laaroussi, M. (2008). Du Maghreb au Québec : accomodements et stratégies. *Revue internationale Travail, genre et société, 20*(novembre), 47-66.

Wang, J., Cui, Z.-T., Cui, H.-W., Wei C.-N., Harada, K., Minamoto, K. et Ueda, A. (2010). Quality of life associated with perceived stigma and discrimination among the floating population in Shanghai, China: qualitative study. *Health Promotion International*, *25*(4), 394-402.

Wanner, P., Pecoraro, M. et Fibbi, R. (2005). Femmes étrangères et marché du travail. Dans W. Haug et P. Wanner (dir.), *Migrants et marché du travail* (p. 17-70). Neuchâtel : Office Fédéral de la Statistique.

Wilkinson, R. et Marmot, M. (2004) (dir.). *Les déterminants sociaux de la santé. Les faits* (2e éd.). Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

Williams, C. et Berry, J. (1991). Primary prevention of acculturative stress among refugees. *The American Psychologist, 46*, 632-641.

Williams, D., Neighbors, H. et Jackson, J. (2003). Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies. *American Journal of Public Health, 93*, 200-208.

Wirz, L. et Atuken, E. (2005). An analysis of perceived overqualification in the Swiss labor market. *Economics Bulletin, 9*(2), 1-10.

World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL) (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science and medicine*, *41*(10), 1403-1409.

Zhang, J., Li, X., Fang, X. et Xiong, Q. (2009). Discrimination experience and quality of life among rural-to-urban migrants in China: the mediation effect of expectation reality discrepancy. *Quality of Life Research, 18*, 291-300.

alterstice
Revue Internationale de la Recherche Interculturelle
المجلة الدولية للبحوث ما بين الثقافات
Revista International de la Investigacion Intercultural
Revista Internacional de Pesquisa Intercultural
International Journal of Intercultural Research

ARTICLE THÉMATIQUE

Réponses institutionnelles à la souffrance psychique des personnes requérantes d'asile : l'expérience genevoise

Javier Bartolomei [1], Rachel Baeryswil-Cottin [1] et Natacha Premand [1]

Résumé

La multiplication et l'intensification des flux migratoires des dernières années ont conduit à un afflux parfois soudain de nouvelles populations venant frapper à nos portes pour demander asile. Si le parcours migratoire de ces personnes peut se ressembler, leur histoire, leurs trajectoires et de ce fait leurs besoins varient et viennent par là-même interroger notre système de soins et ses capacités d'adaptation. L'hétérogénéité des tableaux cliniques rencontrés nous oblige dès lors à proposer différentes modalités de réponses institutionnelles à la souffrance psychique de cette population, qui tiennent compte à la fois de ses références culturelles, de la clinique du trauma dont elle peut être porteuses, mais aussi de la part de souffrance liée à la violence des conditions d'accueil qu'elle peut rencontrer.

Rattachement de l'auteur

[1] Hôpitaux universitaires de Genève, Genève, Suisse

Correspondance

javier.bartolomei@hcuge.ch

Mots clés

Psychiatrie transculturelle; soins psychiatriques multidisciplinaires; patients requérants d'asile

Pour citer cet article

Bartolomei, J., Baeryswil-Cottin, R. et Premand, N. (2014). Réponses institutionnelles à la souffrance psychique des personnes requérantes d'asile : l'expérience genevoise. *Alterstice, 4*(2), 77-84.

Introduction

Ces dernières années, l'accueil des personnes en demande d'asile a suscité d'intenses débats en Suisse et a fait l'objet de nombreuses votations (Sanchez Mazas, 2011). Dans un climat parfois passionné, le risque est grand de céder à une vision caricaturale de la question de l'octroi d'asile et de passer sans transition d'une image idéalisée du « bon requérant d'asile », en détresse et démuni, à celle diabolisée de l'étranger en quête de bénéfices sociaux (D'Halluin, 2006). Voilà un défi permanent pour nous, soignants, de pouvoir, au-delà de nos projections, proposer un accueil et des soins qui tiennent compte de toute la singularité des parcours migratoires et de la diversité des références culturelles rencontrées.

En effet, notre travail quotidien auprès de cette population nous confronte à une grande hétérogénéité de formes de souffrance mentale, et même s'il existe des facteurs de crise qui se répètent (refus d'octroi d'asile, avis d'expulsion notamment), chaque personne requérante d'asile y réagit différemment. De ce fait, notre programme de soins psychiatriques transculturels vise à pouvoir proposer plusieurs réponses institutionnelles à ces divers tableaux cliniques, et il est sous-tendu par une volonté d'adapter au mieux notre offre de soins. Si certains patients peuvent par exemple eux-mêmes formuler une demande d'aide, d'autres y seront fortement réticents malgré une intense souffrance (Mc Coll et Johnson, 2006), du fait de leur psychopathologie ou de barrières culturelles. Comment dès lors s'approcher de cette souffrance en tenant compte de leurs besoins et de leurs appréhensions ? Quelle réponse donner au vécu d'exclusion dont ils sont parfois porteurs ? Voilà différentes questions auxquelles nous nous efforcerons dans cet article d'apporter des éléments de réponse découlant de notre expérience clinique.

Organisation des soins psychiques proposés aux requérants d'asile à Genève

Probablement en lien avec une forte tradition de métissage culturel vieille de plusieurs centaines d'années à Genève, la psychiatrie genevoise s'intéresse depuis longtemps à la thématique de la santé mentale des personnes migrantes. Ainsi, la première consultation institutionnelle de psychiatrie transculturelle a vu le jour voilà une trentaine d'années, soutenue en parallèle par l'apparition de diverses structures à vocation sociale ou prodiguant des soins psychologiques (Premand et collab., 2013). Aujourd'hui, lorsqu'une personne requérante d'asile arrive à Genève, elle se voit attribuer un médecin généraliste, installé en cabinet ou travaillant en institution. Les frais d'assurance maladie sont pris en charge par l'État et les requérants d'asile sont assurés d'emblée à leur arrivée. Le médecin de premier recours peut par délégation diriger cette personne vers une consultation publique de psychiatrie, en l'occurrence notre programme de psychiatrie transculturelle. En effet, ce dernier propose des soins psychiatriques institutionnels multidisciplinaires à l'ensemble des personnes requérantes d'asile vivant dans les foyers gérés par les services sociaux de la ville. À relever que cette consultation fait partie d'une structure psychiatrique qui prodigue parallèlement des soins aux résidents genevois vivant dans la zone géographique qu'elle dessert, dans une logique de soins de proximité de type consultation de secteur[1]. Nos soins aux personnes requérantes découlent principalement d'une approche de type psychiatrie communautaire et sociale, privilégiant le travail de réseau avec différents interlocuteurs du monde juridique et social et s'adressant notamment à une population souffrant de graves troubles psychiques ne pouvant bénéficier d'un abord psychothérapeutique *stricto sensu*. D'autres organismes de type associatifs proposent des approches de type psychothérapeutique individuelles ou groupales à une frange de personnes migrantes ayant subi des violences dans leur pays d'origine, mais détentrice en majorité d'un permis de séjour.

Modalités de réponse institutionnelle à la souffrance mentale des personnes requérantes d'asile

Nos interventions sont principalement de trois types et découlent des modalités d'intervention usuelle de la psychiatrie sociale et communautaire. Elles regroupent :

- des interventions de crise (concernent 20 % de la cohorte soignée),

[1] L'ensemble des caractéristiques de la cohorte des patients requérants d'asile suivis dans notre centre de soins est disponible dans l'article de Premand et collab. (2013).

- des prises en soins multidisciplinaires continues sur le moyen et long terme (modalité de suivi de 70 % de la cohorte soignée),
- des interventions de type « équipe mobile », notamment dans les différents foyers où séjournent les patients requérants d'asile (10 % de la cohorte).

Ces trois types d'intervention correspondent à des « temps cliniques » différents d'une part, mais aussi à des sous–groupes distincts de cette population susceptibles d'avoir des besoins spécifiques.

Interventions de type « crise »

Les interventions de type crise (d'une durée habituelle de 2 à 4 mois) constituent souvent la porte d'entrée dans les soins psychiatriques pour ces patients. Elles impliquent la mobilisation rapide d'une équipe multidisciplinaire et ont la particularité d'être fortement imprégnées par un modèle de référence psychanalytique qui a représenté l'une des premières théorisations de l'intervention de crise à Genève (De Coulon et Von Oberbeck Ottino, 1999). La notion de réactualisation d'un traumatisme initial par un facteur de crise récent y est centrale. Transposé à la situation des patients requérants d'asile, ce facteur de crise prend principalement la forme du rejet d'une demande d'octroi d'asile ou d'un déménagement dans un nouveau foyer, souvent synonyme d'une avancée dans le processus d'expulsion. Ce type d'événement pourra avoir diverses résonances et renvoyer par exemple à :

- un sentiment de non-reconnaissance des traumas subis et donc à une remise en question du statut de victime, potentiellement associé à la crainte de subir de nouvelles agressions dans le pays d'origine,
- un sentiment d'échec du projet migratoire, ressenti qui n'est pas spécifique des requérants d'asile,
- un risque de nouveau déracinement, si le patient vit depuis plusieurs années en Suisse et y a créé des liens et s'il se voit renvoyé dans un pays qui lui est devenu étranger,
- un sentiment d'injustice si d'autres membres de sa famille ou de sa communauté sont autorisés à rester dans le pays,
- une désillusion vis-à-vis de la Suisse comme pays des droits de l'Homme, de la Croix-Rouge et des grandes organisations internationales.

À travers une symptomatologie principalement anxieuse et dépressive, parfois accompagnée d'idéations suicidaires, c'est non seulement une clinique du trauma et de sa réactivation qui peut être au premier plan, mais également une clinique de la déception. La première est probablement la plus connue et la plus documentée (Steel et collab., 2009) : le traumatisme, par son intensité, dépasse les capacités de représentation du sujet et finit par le hanter, à travers les flash-back, les cauchemars ou les réactions d'hypervigilance. Cette clinique peut faire écho à des événements traumatiques survenus tôt dans l'histoire du sujet, et pourtant oubliés de lui-même. Il est cependant souvent difficile de pouvoir remonter le fil de l'histoire de ces patients jusqu'aux relations précoces ou au vécu de la petite enfance, tant les événements du passé récent (menace de renvoi, traumatismes vécus dans le pays d'origine avant le parcours migratoire) peuvent faire écran. Les perturbations de l'axe temporel et de la mémoire renvoient à une rupture du sentiment d'identité (Sironi, 1999), bloquant la reconstruction d'un sentiment de continuité du sujet après le ou les événements traumatiques. Si nous faisons parfois l'hypothèse de carences affectives ou d'abus survenus dans l'enfance réactivés par la procédure d'asile et le sentiment d'insécurité à laquelle elle renvoie, nous ne pouvons que rarement l'étayer par un récit anamnestique détaillé.

À cette clinique du trauma peut s'ajouter une clinique de la désillusion, de la déception, où la thématique de la non-reconnaissance prédomine, qui trouve son acmé lorsque le patient prend connaissance du rejet de sa demande d'asile. Pour tous les sujets migrants, la réussite du projet migratoire est un déterminant important de la santé mentale. Pour les requérants d'asile, l'octroi du droit d'asile peut de manière plus spécifique permettre de se dégager d'une histoire traumatique en lui donnant un sens : la possibilité d'une nouvelle vie dans un pays d'accueil.

De ce fait, les tableaux cliniques que nous rencontrons lors des interventions de crise résultent souvent de la mise sous tension de ces deux cliniques, celle du trauma et celle de la déception. Chacune peut avoir un effet synergique l'une sur l'autre. Il en résulte des présentations psychopathologiques où prédominent les troubles de l'humeur,

parfois accompagnés de symptômes pouvant évoquer un trouble de la personnalité, tels que des scarifications, des tentamens médicamenteux à répétition ou une intolérance à la frustration. Néanmoins, souvent sans données anamnestiques pré-migratoires consistantes, il demeure difficile de déterminer si des traits de personnalité pathologiques sont préexistants au vécu traumatique (et ont été plus ou moins accentués par celui-ci) ou si leur présence résulte d'un remodèlement de la personnalité survenu après ces événements. Concernant la première hypothèse, des auteurs admettent que certains traits de personnalités pourraient favoriser l'émergence d'un syndrome de type des troubles de stress post-traumatique (PTSD) (Williams, 1999). Ainsi, l'étude de Hovela et Tarrier (2001) relève des corrélations significatives entre des scores élevés sur la dimension « neuroticisme » (tendance à éprouver des émotions négatives, instabilité émotionnelle, faible capacité d'adaptation [*coping*]) et le développement d'une symptomatologie de type PTSD après la survenue d'un traumatisme. La seconde hypothèse serait soutenue par une étude de Hunt et Gakenyi (2005) comparant l'état mental de Bosniaques réfugiés et celui de Bosniaques déplacés dans leur propre pays, et qui révèle chez les premiers des scores de trauma significativement plus élevés ainsi que des traits de personnalité évitante plus fréquents (tendances aux anticipations anxieuses négatives, crainte de l'incertitude, timidité et fatigabilité), traits fréquemment associés aux troubles anxieux. De plus amples études sont cependant nécessaires pour mieux évaluer la prévalence des troubles de la personnalité dans cette population et pour déterminer en quoi ils pourraient favoriser l'émergence d'un tableau clinique de type PTSD ou d'épisode dépressif majeur.

Dans notre centre d'interventions de crise, les interventions thérapeutiques consistent en premier lieu à favoriser la mobilisation des ressources internes et externes du patient en augmentant la contenance des soins (intensification du nombre d'entretiens, possibilités de passer des nuits dans le service). Le travail avec la famille et avec le réseau tertiaire vise à donner un sens à la souffrance psychique, tout en se dégageant un tant soit peu de l'urgence de la situation sociale, sans toutefois en négliger les enjeux (Bartolomei, Zimmermann, Di Giorgio et Rey-Bellet, 2012). Il s'agit de préserver une continuité et une cohérence dans les soins entre les différents acteurs impliqués, et de relier les événements actuels avec l'histoire du patient afin de limiter la fragmentation liée au trauma. Ces interventions de crise comprennent classiquement :

- des entretiens individuels infirmiers et médicaux,
- des entretiens de couple et de famille,
- des interventions sociales,
- des interventions groupales centrées sur la médiation,
- un travail de crise, mené conjointement avec les différents interlocuteurs composant le réseau du patient (avocat, médecin généraliste, assistant social).

Prise en soin de type « consultation »

Lorsque le tableau clinique devient moins aigu, ce premier volet d'interventions débouche le plus usuellement sur une prise en soin de type « consultation », qui implique une intervention également multidisciplinaire. Celle-ci se distingue de la précédente par sa durée (de quelques mois à plusieurs années) et par les thématiques abordées. D'un point de vue diagnostique, les tableaux de dépression et de syndrome de stress-post traumatique prédominent (Premand et collab., 2013), même si cette population comporte une proportion non négligeable de patients souffrant de troubles psychotiques. Outre les soins habituels que sollicitent ces pathologies, il importe de tenir compte également de manière plus spécifique des facteurs de stress post-migratoires (Laban, Gernaat, Komproe, Schreuders et De Jong, 2004), qui vont s'avérer être des déterminants importants de l'évolution clinique. On retrouve parmi ceux-ci :

- les conditions socioéconomiques rencontrées (conditions de logement, revenu limité). À ce sujet, Porter et Haslam (2005) ont relevé que la précarité du logement, peu ou pas d'opportunité économique (absence d'activité professionnelle) et un conflit persistant dans le pays d'origine influent négativement la santé mentale des réfugiés,

- les conditions socio-religieuses (possibilité de pratiquer sa religion, sentiment d'être accepté ou au contraire discriminé),
- l'accès à des soins somatiques et psychiques de bonne qualité,
- le maintien d'une cohésion familiale,
- la procédure légale en cours et le sentiment d'insécurité qui y est lié,
- la cohabitation entre différentes communautés.

Pour répondre à ces besoins, outre les interventions de psychiatrie classique, le travail de consultation spécialisé, tout comme celui de crise, va mettre l'accent sur les liens avec les interlocuteurs de référence du patient constituant son réseau. Sont impliqués ordinairement l'avocat responsable de son dossier, le médecin de premier recours, l'infirmier en contact direct avec le patient sur son lieu de vie ainsi que le travailleur social référent pour sa situation (Premand et collab., 2013).

Une autre spécificité du travail concerne la « personne sociale » du requérant d'asile qui, lorsqu'il est débouté, se voit privé de tout accès à une activité rémunérée. Il peut en résulter un sentiment d'inutilité et un retrait social accentuant la symptomatologie clinique initiale. Or, certains travaux (Mazur, Chahraoui et Bissler, 2014) ont pointé que les capacités de résilience d'un sujet vont dépendre non seulement de ses défenses psychiques prédominantes mais aussi de la qualité de son entourage et du soutien social dont il bénéficie. Une part de nos interventions vise, à travers l'intégration dans des thérapies groupales ou l'accompagnement dans différentes associations proposant des activités de formation (cours de français, d'informatique, etc.) ou facilitant les liens sociaux (cours de sport, de cusine, etc.), à favoriser la reconstitution d'un réseau social tout en retrouvant un sentiment d'utilité. Ainsi, dans une étude s'intéressant aux besoins exprimés par les patients requérants d'asile, Mc Crone et ses collaborateurs (2005) signalent comme principaux éléments les activités (rémunérées ou non rémunérées), la nourriture et l'accès au logement. Dans une étude similaire, Strijk, van Meijel et Gamel (2011) rapportent pour leur part le soulagement de la détresse psychologique, de l'isolement et l'amélioration des activités quotidiennes. Ces travaux soulignent l'importance de l'étayage social dans la santé mentale des personnes en quête d'asile, et de la possibilité de leur offrir des activités ayant une fonction structurante et un effet valorisant.

Interventions de type « équipe mobile »

Les interventions de type « équipe mobile » se déploient dans les différents foyers où séjournent les patients requérants d'asile. Elles ont pour objectif un soutien à un sous-groupe de patients souffrant de troubles psychiques graves, pouvant être en difficulté pour maintenir une continuité dans le lien thérapeutique. Il s'agit principalement de patients présentant des troubles psychotiques occasionnellement aggravés par une consommation de toxiques et souvent réticents aux soins malgré un haut niveau de souffrance psychique (Maier, Schmidt et Mueller, 2010). Ces patients vont généralement moins consulter que les populations locales (Watters, 2001) ou abréger au maximum la durée de leurs séjours hospitaliers. Nous sommes alors face à une clinique du traumatisme mais aussi de la précarité, concernant des sujets ayant migré seuls, sans réseau primaire, et qui peuvent parfois s'enfermer dans des comportements d'autoexclusion (Furtos, 2011). Les interventions sur leur lieu de vie sont parfois une opportunité de sortir d'une spirale faite d'hospitalisations à répétition et de ruptures rapides de tout traitement ambulatoire. Actuellement, 10 % de la cohorte totale de nos patients requérants d'asile bénéficie de cette modalité de prise en charge, ce qui représente plus de 300 visites par année dans les foyers où résident ces patients. De plus amples recherches sont en cours de développement afin de pouvoir mesurer l'impact d'interventions de ce type sur le taux de ré-hospitalisation de cette population.

Sous-groupe des personnes requérantes d'asile incarcérées

Il nous semble important de faire également mention du sous-groupe de la population requérante d'asile en détention. Un étude récente réalisée dans le plus important établissement de détention de Genève révélait qu'un peu moins de 90 % des détenus étaient étrangers, 100 nationalités différentes cohabitant dans le même établissement carcéral (Eytan et collab., 2011). Les principales régions représentées étaient l'Afrique du Nord, l'Europe de l'Est et les Balkans ainsi que l'Afrique subsaharienne. Cette surreprésentation de la population

étrangère doit cependant être traitée avec la plus grande prudence et n'autorise pas pour autant un lien entre criminalité et ressortissants étrangers (Kuhn, 2009)[2].

Dans l'étude réalisée par Eytan et collaborateurs, 66 % des patients étrangers n'avaient pas de permis de séjour : il s'agissait à 95 % d'hommes, jeunes (âge moyen de 30 ans), et dont 45 % présentaient des plaintes d'ordre psychique. Les auteurs n'ont pas retrouvé d'association significative entre la nationalité et un diagnostic ou un symptôme spécifique des patients, hormis une prévalence légèrement plus élevée dans la consommation d'alcool, de cocaïne et de benzodiazépines chez les ressortissants des pays asiatiques et africains.

La forte prévalence de plaintes psychiques peut être attribuée de manière non spécifique au stress de la détention, mais de manière plus singulière à la faillite du projet migratoire que représente l'incarcération. Ainsi, l'injonction à la réussite que peuvent vivre certains de ces ressortissants de la part de leur famille restée dans leur pays d'origine accroît le sentiment d'échec, dans un contexte d'isolement affectif plus marqué que pour le reste de la population carcérale.

Particularités transculturelles

Les particularités transculturelles de la population que nous soignons constituent une spécificité importante de notre travail. Pour les diverses ethnies avec lesquelles nous œuvrons, les codes culturels sont différents, et le rapport à la souffrance également. Plus spécifiquement, plusieurs recherches ont pointé la variabilité des modalités d'expression de la souffrance psychique en fonction de l'origine culturelle de chaque sujet (Burnett et Peel, 2001). Certaines cultures vont privilégier le langage du corps pour rendre compte des douleurs de l'âme, d'autres l'agir. Certaines enfin, comme les populations asiatiques, sont connues pour privilégier le bien-être du groupe bien plus que de l'un de ses membres, de telle sorte qu'un individu sera réticent à consulter pour son seul intérêt (Leong et Lau, 2001).

L'expression de la souffrance est la résultante des sensations corporelles, des émotions associées, des modèles explicatifs qu'on y associe et de son accueil/écho par/chez autrui. Tous ces aspects sont influencés par la culture de la personne qui souffre. Par ailleurs, la relation et le degré de proximité socioculturelle entre le clinicien et le patient entrent également en jeu dans ses manifestations (Kleinman, Eisenberg et Good, 1978). La perspective médicale moderne sur les maladies est organisée sur le principe du dualisme corps-esprit et tend à rechercher une origine biologique aux maladies, alors que les personnes malades tendent à penser que leurs problèmes de santé ont plusieurs origines, dont très souvent une cause relationnelle ou psychologique (Helman, 1985; Kirmayer, 2001). Ces points de vue parfois divergents peuvent entraîner des difficultés diagnostiques et de prise en charge importantes, pour les psychiatres en particulier (Mukherjee, Shukla, Woodle, Rosen et Olarte, 1983; Norredam, Garcia-Lopez, Keiding et Krasnik, 2010; Strakowski et collab., 2003).

Conclusion

Par bien des aspects, les soins institutionnels psychiatriques auprès des patients requérants d'asile représentent un défi permanent pour les cliniciens : l'hétérogénéité des tableaux cliniques rencontrés, la multiplicité des références culturelles accueillies et la variété des parcours migratoires nécessitent un système de soins souple pouvant s'approcher au plus près des besoins du patient, en tenant compte de la singularité de son parcours. Après l'immense avancée qu'ont constitué la reconnaissance et l'exploration de la clinique du trauma auprès de cette population, certains auteurs se questionnent sur le risque réductionniste d'une approche clinique uniquement centrée sur cet angle (D'Halluin, 2006) et sur l'importance croissante de la prise en compte des facteurs de stress

[2] En effet, en Suisse, les principales variables explicatives de la criminalité sont le sexe (85 % des condamnation concernant des hommes), le jeune âge et le faible niveau d'éducation. Ces trois caractéristiques sont fortement présentes dans la population migrante, qui est composée surtout d'hommes de faible niveau de formation et plutôt jeunes, de telle sorte que la variable « nationalité » n'a finalement pas d'impact sur la variance de la criminalité. Autrement dit, si on compare le taux de criminalité des étrangers à celui des nationaux en mettant le focus sur la même classe d'âge, de sexe et de niveau de formation, il n'y a plus de différence entre nationaux et étrangers. Ceci est à nuancer si le détenu est en provenance d'un pays en guerre, cas pour lequel on retrouve une augmentation de la violence que l'auteur explique par un effet de déshinibition.

post-migratoires (Silove, Steel, McGorry et Mohan, 1998). À Genève, comme dans différents pays, l'accent est mis sur une approche holistique des soins psychiatriques (Watters, 2001) tenant compte à la fois du vécu traumatique de cette population mais aussi de l'atteinte à la personne « sociale » que peuvent occasionner la combinaison de l'isolement socioprofessionnel et de l'insécurité liée au statut administratif (Vostanis, 2014). Ce second aspect des soins implique une collaboration étroite avec le monde associatif, acteur essentiel dans le travail en réseau auprès de cette population.

De plus amples investigations restent à mener sur les différentes caractéristiques psychopathologiques de cette population ainsi que sur les facteurs susceptibles de les influencer. À cela s'ajoute le fait que les besoins de cette population ne sont pas toujours pris en compte par un modèle de soins occidental souvent à risque de réductionnisme et par une clinique complexe et hétérogène (Watters, 2001). Et ceci alors que nous traversons une époque de durcissement croissant des conditions d'accueil de ce type de population dans plusieurs pays d'Europe.

Remerciements

De grands remerciements à David Framorando, à Michel Amoros et à Didier Dechoux pour le recueil de certaines données, ainsi qu'à toute l'équipe du secteur pour leur engagement auprès de nos patients.

Bibliographie

Bartolomei, J., Zimmermann, J., Di Giorgio, S. et Rey-Bellet, P. (2012). Travail de crise avec les patients migrants : de l'injonction à l'agir au retour à la psychopathologie. *Psychothérapies, 32*(3), 191-197.

Burnett, A. et Peel, M. (2001). Asylum seekers and refugees in Britain: Health needs of asylum seekers and refugees. *BMJ : British Medical Journal, 322*(7285), 544.

D'Halluin, E. (2006). La mobilisation du clinicien dans les procédures d'asile en France : pratiques et dilemmes. *L'Évolution psychiatrique, 71*(3), 521-534.

D'Halluin, E. (2009). La santé mentale des demandeurs d'asile. Hommes et migrations. *Revue française de référence sur les dynamiques migratoires*, *1282*, 66-75.

De Coulon, N. et Von Oberbeck Ottino, S. (1999). *La crise : stratégies d'intervention thérapeutique en psychiatrie*. Paris : Éditions Morin.

Eytan, A., Haller, D., Wolff, H., Cerutti, B., Sebo, P., Bertrand, D. et Niveau, G. (2011). Psychiatric symptoms, psychological distress and somatic comorbidity among remand prisoners in Switzerland. *International journal of law and psychiatry, 34*(1), 13-19.

Furtos, D. (2011). La précarité et ses effets sur la santé mentale. *Le Carnet PSY*, *7*, 29-34.

Helman, C. (1985). Communication in primary care : the role of patient and practitioner explanatory models. *Social science and medicine*, *20*(9), 923-931.

Holeva, V. et Tarrier, N. (2001). Personality and peritraumatic dissociation in the prediction of PTSD in victims of road traffic accidents. *Journal of Psychosomatic Research*, *51*(5), 687-692.

Hunt, N. et Gakenyi, M. (2005). Comparing refugees and nonrefugees: the Bosnian experience. *Journal of anxiety disorders*, *19*(6), 717-723.

Kirmayer, L. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, *62*, 22-30.

Kleinman, A., Eisenberg, L. et Good, B. (1978). Culture, illness, and careclinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of internal medicine*, *88*(2), 251-258.

Kuhn, A. (2013). Comment expliquer la surreprésentation des étrangers dans la criminalité? *Vivre Ensemble*, HS, 1.

Laban, C., Gernaat, H., Komproe, I. et De Jong, J. (2007). Prevalence and predictors of health service use among Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *42*(10), 837-844.

Laban, C., Gernaat, H., Komproe, I., Schreuders, B. et De Jong, J. (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *The Journal of Nervous and Mental Disorders, 192*(12), 843-851.

Leong, F. et Lau, A. (2001). Barriers to providing effective mental health services to Asian Americans. *Mental health services research*, *3*(4), 201-214.

Mc Crone, P., Bhui, K., Craig, T., Mohamud, S., Warfa, N., Stansfeld, S., ... et Curtis, S. (2005). Mental health needs, service use and costs among Somali refugees in the UK. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 111*(5), 351-357.

Mc Coll, H. et Johnson, S. (2006). Characteristics and needs of Asylum Seekers and refugees in contact with London community mental health teams : a descriptive investigation. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 41*, 789-795.

Maier, T., Schmidt, M. et Mueller, J. (2010). Mental health and healthcare utilisation in asylum seekers. *Swiss medical weekly*, *140,* w13110.

Mazur, V., Chahraoui, K. et Bissler, L. (2014). Psychopathologies des demandeurs d'asile en Europe, traumatisme et fonctionnement défensif. *L'Encephale*. http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2013.11.001

Mukherjee, S., Shukla, S., Woodle, J., Rosen, A. et Olarte, S. (1983). Misdiagnosis of schizophrenia in bipolar patients: a multiethnic comparison. *The American Journal of Psychiatry*, *140*(12), 1571-1574.

Norredam, M., Garcia-Lopez, A., Keiding, N. et Krasnik, A. (2010). Excess use of coercive measures in psychiatry among migrants compared with native Danes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *121*(2), 143-151.

Parker, V. (2002). Connecting relational work and workgroup context in caregiving organizations*. The Journal of Applied Behavioral Science*, 38(3), 276-297.

Premand, N., Baeriswyl-Cottin, R., Gex-Fabry, M., Coraboeuf, B., Giannakopoulos, P., Eytan, A. et Bartolomei, J. (2013). [Psychiatric care for asylum seekers in Geneva: a multidisciplinary approach for individualized care]. *Revue medicale suisse*, *9*(398), 1664-1666.

Porter, M. et Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*, *294*(5), 602-612.

Sanchez Mazas, P. (2011). *La construction de l'invisibilité*. Genève : Les Éditions IES.

Silove, D., Steel, Z., McGorry, P. et Mohan, P. (1998). Trauma exposure, postmigration stressors, and symptoms of anxiety, depression and post- traumatic stress in Tamil asylum- seekers: comparison with refugees and immigrants. Acta Psychiatrica Scandinavica, 97(3), 175-181.

Sironi, F. (1999). *Bourreaux et victimes : psychologie de la torture*. Paris : Odile Jacob.

Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. et Van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, *302*(5), 537-549.

Strakowski, S., Keck Jr, P., Arnold, L., Collins, J., Wilson, R., Fleck, D., ... et Adebimpe, V. (2003). Ethnicity and diagnosis in patients with affective disorders. *The Journal of clinical psychiatry*, *64*(7), 747-754.

Strijk, P., van Meijel, B. et Gamel, C. (2011). Health and social needs of traumatized refugees and asylum seekers: An exploratory study. *Perspectives in psychiatric care*, *47*(1), 48-55.

Vostanis, P. (2014). Meeting the mental health needs of refugees and asylum seekers. *The British Journal of Psychiatry, 204*(3), 176-177.

Watters, C. (2001). Emerging paradigms in the mental health care of refugees. *Social Science and Medicine*, *52*(11), 1709-1718.

Williams, R. (1999). Personality and posttraumatic stress disorder. Dans W. Yule (dir.), *Posttraumatic stress disorder concepts and therapy (*p. 93-114). Chichester : John Wiley and Sons.

alterstice
Revue Internationale de la Recherche Interculturelle
المجلة الدولية للبحوث ما بين الثقافات
Revista International de la Investigacion Intercultural
Revista Internacional de Pesquisa Intercultural
International Journal of Intercultural Research

ARTICLE HORS THÈME

Les représentations filmiques de la santé mentale des migrants : pistes réflexives

Mouloud Boukala [1]

Résumé

Cet article propose des pistes réflexives sur l'analyse des représentations cinématographiques, principalement fictionnelles, abordant la santé mentale des migrants. L'un des enjeux de notre réflexion est de cerner les films se consacrant à ce sujet et, de les identifier puis d'analyser comment des individus – en l'occurrence des migrants malades – y sont représentés. Qu'apporte ce mode de figuration qu'est le cinéma à la compréhension de la santé mentale en contexte migratoire ? Le cinéma fictionnel est-il source de stéréotypie (les migrants comme porteurs de danger social, responsables des déficits publics, etc.) ou marque-t-il une rupture avec des représentations réductrices ? Le cinéma met-il en image et en sons les impacts des violences, de l'isolement affectif, de la guerre, des persécutions, des menaces, des troubles du sommeil sur la santé mentale des migrants? La fiction rend-elle compte des espaces cliniques et thérapeutiques proposés aux migrants?

Rattachement de l'auteur

[1] Université du Québec à Montréal, Montréal

Correspondance

boukala.mouloud@uqam.ca

Mots clés

migrations; santé mentale; cinéma; fictions; esclavage; guerre.

Pour citer cet article

Boukala, M. (2014). Les représentations filmiques de la santé mentale des migrants : pistes réflexives. *Alterstice, 4*(2), 85-98.

Cet article propose des pistes réflexives sur l'analyse des représentations cinématographiques, principalement fictionnelles[1], abordant la santé mentale des migrants[2]. L'un des enjeux de notre réflexion est de cerner les films se consacrant à ce sujet et de les identifier puis d'analyser comment des individus – en l'occurrence des migrants malades – y sont représentés. Qu'apporte ce mode de figuration qu'est le cinéma à la compréhension de la santé mentale en contexte migratoire? Le cinéma fictionnel est-il source de stéréotypie (les migrants comme porteurs de danger social, responsables des déficits publics, etc.) ou marque-t-il une rupture avec des représentations réductrices? Le cinéma met-il en images et en sons les impacts des violences, de l'isolement affectif, de la guerre, des persécutions, des menaces, des troubles du sommeil sur la santé mentale des migrants? La fiction rend-elle compte des espaces cliniques et thérapeutiques proposés aux migrants?

Autant d'interrogations qui feront la matière de cet article où le cinéma ne sera pas envisagé comme une illustration d'une situation sociale (celle du migrant) et d'un état (sa santé mentale) mais considéré comme un mode de connaissance susceptible de rendre compte des conséquences de processus migratoires sur la santé de personnes déplacées. Dans la perspective anthropologique qui est ici la nôtre, nous envisagerons comment le cinéma fictionnel s'avère riche de potentialités en révélant la manière dont des difficultés prémigratoires et post migratoires génèrent des situations problématiques et vulnérabilisantes, affectant la santé mentale des migrants. Chaque film sera considéré comme « un produit social déterminé » (Morin, 1956, p. 196) susceptible de rendre compte de l'« esprit du temps » d'une société (Morin, 2009) et de « comment parler de la société » (Becker, 2009). Le cinéma narratif ne serait être l'expression transparente de la réalité sociale ou son reflet (Sorlin, 1972 et 1977), mais sera plutôt appréhendé comme une occasion d'enrichissement humain[3] et de « transferts imaginaires[4] » pour reprendre une expression de Morin.

Cet article comprend quatre moments réflexifs. Le premier moment vise à rendre compte de la manière dont l'immigration et la maladie mentale peuvent être envisagées comme des expériences-limites au sens de Foucault (Calderon, 2003). Dans un deuxième temps, l'accent sera mis sur les nombreuses représentations filmiques de la santé mentale de personnes non migrantes. Nous poursuivrons dans une troisième partie par une réflexion sur les divers aspects de l'expérience migratoire (le départ, le trajet, le contrôle aux frontières, l'arrivée, l'acculturation, etc.) dans les films fictionnels, avant d'envisager les représentations de la santé mentale des migrants dans le cinéma de fiction. Enfin, dans une dernière partie, une incursion dans le cinéma documentaire contemporain d'animation permettra de présenter des outils filmiques pédagogiques ayant pour fonction de sensibiliser à la compréhension des problèmes des migrants (difficultés communicationnelles liées à la barrière de la langue, souvenirs douloureux des interrogatoires lorsque le migrant se trouve dans le bureau du médecin, etc.) et de proposer certaines pistes de réflexion en vue de meilleures pratiques professionnelles.

L'immigration et la maladie mentale comme expériences limites

La maladie mentale et la condition des migrants présentent de nombreuses caractéristiques communes[5]. Les deux constituent ce que Michel Foucault nommait des expériences limites, « ces formes d'expérience qui au lieu d'être considérées comme centrales, d'être valorisées positivement dans une société, sont considérées comme des expériences limites, comme des expériences frontières, à partir de quoi est remis en question cela même qui est considéré comme d'ordinaire acceptable » (cité dans Calderon, 2003). Ces expériences limites sont toutes deux,

[1] Seule la dernière partie de l'article est consacrée au cinéma documentaire. Cette brève incursion dans le cinéma documentaire d'animation à visée pédagogique se trouvera justifiée au fur et à mesure des étapes de notre réflexion.

[2] Nous tenons à remercier chaleureusement Joseph Lévy qui, grâce à ses relectures critiques, a enrichi notre réflexion, ainsi que Rachel Trahan Brousseau et Jason Burnham qui m'ont permis de prendre connaissance de films en lien avec la thématique abordée.

[3] Morin a cette phrase très à propos dans le cadre de cet article : « Le spectateur de cinéma sympathise avec le vagabond Charlot, alors que dans la vie réelle il se détourne quand un vagabond lui demande un peu d'argent. Nous sommes ainsi beaucoup plus humains et plus intelligents au cinéma parce que nous comprenons autrui alors que dans la vie réelle nous nous fermons à cette compréhension d'autrui » (2009, p. 20).

[4] Morin précise que : « l'imaginaire est le ferment du travail de soi sur soi et sur la nature à travers lequel se construit et se développe la réalité de l'homme » (1956, p. 212).

[5] Certains auteurs, à l'instar de Susan Sontag, considèrent que « la folie constitue une forme d'exil » (2005, p. 50).

sous diverses formes, tenues à distance du reste de la population par diverses mesures institutionnelles et gouvernementales. En témoignent l'apparition de murs et la militarisation de la « police des frontières » qui entravent et nient toute diversité. Cette mise à distance « intelligente », basée notamment sur l'achat de drones et d'outils de détection, a pour but de diminuer l'immigration clandestine aux États-Unis. Ce faisant, elle transforme le migrant en un étranger anthropologique dans un territoire frontalier, comme l'explique Michel Agier :

> L'extraterritorialité est l'illusion première de cet étranger-là : ce qui fonde son étrangeté "radicale" est une altérité biopolitique, produite par le gouvernement "technique" d'une catégorie de population à part. Cette altérité radicale imposée par l'instauration de murs et de barrières plus difficiles à franchir est, en termes relationnels, première par rapport à une différence culturelle qui n'a pas de lieu où être mise à l'épreuve. (2013, p. 87)

Si l'histoire de la folie offre à Foucault l'occasion de s'interroger sur le système de raison occidentale, les préalables sur la migration et la santé mentale nous amènent :

- à amorcer une réflexion sur les migrants, c'est-à-dire des présences déplacées dans le temps et l'espace et neutralisées politiquement[6]
- à considérer le migrant comme un « hybride culturel qui vit à la frontière de deux modèles différents de vie, sans savoir auquel des deux il appartient » (Schütz, 2003, p. 91). Les contradictions d'un double référent sont susceptibles de générer des confits et des crises dans la mesure où « ils [les immigrants] ne savaient plus à quel environnement culturel et symbolique ils étaient le plus attachés » (Ben Jelloun, 1977, p. 21),
- à envisager le migrant comme un « composé spécial de proximité et d'éloignement, d'indifférence et d'engagement »[7] (Simmel, 2010, p. 665) qui oscille « sans cesse entre la réserve et l'intimité » (Schütz, 2003, p. 35), doté de « la conscience de n'avoir en commun que le simple universel [qui] met davantage en relief justement ce qui n'est pas commun » (Simmel, 2010, p. 667). À l'instar de la vision romantique de la maladie (Sontag, 2005, p. 50), la migration exacerbe la conscience. Cette condition d'exilé suscite cette « conscience contrapuntique », ce décentrement, cette conscience non continue de plusieurs cultures et de plusieurs mondes[8] et cette objectivité qui « lui a enseigné qu'un homme peut toujours perdre son statut, ses règles de vie et même sa propre histoire » (Schütz, 2003, p. 36)
- à déconstruire certaines représentations romanesques de l'immigration véhiculées par le cinéma et la littérature comme celle d'une « immigration de peuplement, d'une immigration volontariste et conquérante, sereinement détachée de toute idée de retour » (Sayad, 2006, p. 169)
- à interroger la médiation institutionnelle proposée ou imposée au migrant et apprécier si elle favorise le passage de l'« esquisse d'homme » à « son épanouissement humain », la transition de « l'homme capable au citoyen réel » (Ricœur, 1995, p. 39-40)
- à relever les stratégies identitaires[9] déployées par les individus et à envisager la maladie et la victimisation comme des stratégies identitaires possibles (Benbassa, 2007; Fassin et Rechtman, 2011; Vasquez, 1990). L'hospitalisation peut être envisagée comme une stratégie identitaire et s'accompagner d'une forme de reconnaissance dans la mesure où le migrant est reconnu comme un malade à qui l'on prodigue des soins et qui fait l'objet d'attention

[6] « provisoire en droit n'ayant pas sa fin en elle-même, présence déplacée, présence extra-ordinaire, la présence immigrée est tenue, ainsi que le veut et l'exige la logique de l'Etat, de se conformer à la neutralité politique […] l'immigration est neutralisée politiquement » (Sayad, 2006, p. 165).

[7] Schütz précise en d'autres mots que « ce qui fait défaut à l'étranger, c'est qu'il ne sait pas instinctivement trouver la bonne distance avec les autres » (2003, p. 35).

[8] « L'exil est nomade, décentré, contrapuntique et, dès que l'on s'y habitue, sa force déstabilisante surgit à nouveau » (Saïd, 2008, p. 257).

[9] Par stratégies identitaires, nous nous référons à des « procédures mises en œuvre (de façon consciente ou inconsciente) par un acteur (individuel ou collectif) pour atteindre une, ou des, finalités (définies explicitement ou se situant au niveau de l'inconscient), procédures élaborées en fonction de la situation d'interaction, c'est-à-dire en fonction des différentes déterminations (socio-historiques, culturelles, psychologiques) de cette situation » (Lipiansky, Taboada-Leonetti et Vasquez, 1990, p. 24).

- confronter la visibilité sociale[10] des migrants (leur reconnaissance par leur prise en compte notamment grâce à l'hospitalisation) et leur visibilité (ou traitement) médiatique.

Si ces pistes réflexives seront développées dans des recherches ultérieures par des analyses de cas, elles nous permettent déjà de porter une attention plus précise sur la représentation de la santé mentale au cinéma, puis sur celle du migrant au grand écran.

Remarques sur les liens entre cinéma fictionnel et santé mentale

Dès les années 1950, des cinéastes (Mankiewicz, Franju, Hitchcock, Polanski, etc.) s'intéressent à la maladie mentale et n'hésitent pas à la porter à l'écran[11]. Cet intérêt marqué de leur part se poursuit dans les décennies subséquentes (Fuller, Antonioni, Cassavetes, Truffaut, Forman, Loach, Beineix, etc.) et ne se dément pas, comme en attestent des réalisations récentes (*Shutter Island*, Scorsese, 2010; *Black Swan*, Aronofksy, 2010; *A Dangerous Method*, Cronenberg, 2011; *Jimmy P.*, Desplechin, 2013). Trois éléments, entre autres, sont susceptibles d'expliquer cet intérêt de la fiction pour la santé mentale : la dimension spectaculaire que ces films permettent, la dimension identificatoire qu'ils autorisent et enfin les rebondissements scénaristiques qu'ils offrent.

La dimension spectaculaire est un aspect récurrent des films traitant de santé mentale (Gordon, 2013; Zarifian, 2006). Michel Foucault n'a jamais été aussi près de définir le regard cinématographique que lorsqu'il écrit : « Le regard clinique a cette paradoxale propriété d'entendre un langage au moment où il perçoit un spectacle (2005, p. 108) […] Un regard qui écoute et un regard qui parle : l'expérience clinique représente un moment d'équilibre entre la parole et le spectacle » (p. 116). L'adjectif spectaculaire est défini ainsi dans *Le Trésor de la langue française* : « qui frappe la vue, l'imagination par son caractère remarquable, les émotions, les réflexions suscitées » (Quemada, 1992, p. 857). Des films comme *Shock Corridor* (Fuller, 1963) *A Woman Under the Influence* (Cassavetes, 1974), *One Flew Over the Cuckoo's Nest* (Forman, 1975) et *A Beautiful Mind* (Howard, 2001) sont spectaculaires par la démesure de ce qui nous est présenté visuellement et auditivement (crises et traitements thérapeutiques, notamment ceux par électrochocs), les effets spéciaux liés à ce spectacle (délires, hallucinations, dédoublements de la personnalité) et l'emphase mise sur les performances des acteurs (Peter Breck, Jack Nicholson[12], Russell Crowe), et de l'actrice (Gena Rowlands). Ces moments spectaculaires, c'est-à-dire « propres à constituer un spectacle », amplifient une action et la font progresser. À titre d'exemple, dans *Shock Corridor* (Fuller, 1963), Johnny Barrett (Peter Breck), journaliste arriviste du *Daily Globe*, décide de mener une enquête sur un meurtre commis dans une « clinique mentale ». Le seul moyen de s'introduire dans l'institution afin d'écrire l'article qui, selon lui, le mènera au Pulitzer, revient à simuler la folie. Il dresse, compose et peaufine le portrait d'un « obsédé sexuel ». Face aux spécialistes de l'institution, il s'agite, il hurle, il exige qu'on reconnaisse sa bonne santé mentale. Et lors des entretiens, il passe violemment à l'acte en agressant physiquement le médecin. Son comportement spectaculaire choque et persuade. Le diagnostic est sans appel. Johnny Barrett est interné. De plus, ces moments spectaculaires « frappent l'imagination » et produisent des effets immédiats sur le spectateur en devenant des catalyseurs de l'émotion, car comme l'observe André Gardies : « le spectaculaire n'est pas d'ordre essentiel, mais de l'ordre de l'effet. C'est des conditions d'émergence et d'organisation de l'événement que naît l'effet spectaculaire, plus précisément ce sont elles qui font que l'événement est reçu comme spectaculaire » (Hamon-Sirejols et Gardies, 1997, p. 120).

Des films traitant de santé mentale (*Family Life*, Loach, 1971; *Birdy*, Parker, 1984; *The Mosquito Coast*, Weir, 1986; *Pi*, Aronofsky, 1998) suscitent chez le spectateur une inquiétante étrangeté : « L'inquiétante étrangeté qui s'attache à l'épilepsie, à la folie a la même origine. Le profane se voit là confronté à la manifestation de forces qu'il ne présumait pas chez son semblable, mais dont il lui est donné de ressentir obscurément le mouvement dans des coins reculés de sa propre personnalité » (Freud, 1985, p. 249). Il est possible d'émettre l'hypothèse selon laquelle

[10] Comme le rappelle Serge Moscovici, « Quel que soit le sacrifice, leur premier souci est en fait de devenir visibles, donc d'obtenir la pleine reconnaissance de leur existence aux yeux de la majorité et dans l'esprit de ceux qui la composent » (1991, p. 224).

[11] Cet article ne vise pas à présenter un corpus filmique exhaustif. Ainsi, d'autres films abordant ce sujet sont antérieurs aux années 1950 : *The Three Faces of Eve*, Johnson, 1957; *Spellbound*, Hitchcock, 1948; etc.

[12] Oscar du Meilleur acteur en 1976.

ces films libèrent notre mauvaise conscience car « le fou constitue – comme le suggère Roger Bastide – une expression de notre "mauvaise conscience", le double extériorisé et agissant en public, de cette part de chaos que nous voulons nier en nous-mêmes. C'est pourquoi nous le considérons comme un "hors-la-loi", comme un danger pour la société; les jugements que nous portons sur lui ne sont que le reflet ou, mieux, la projection du jugement que nous portons sur une part de nous-mêmes » (1965, p. 307).

Enfin, la maladie mentale offre de nombreux rebondissements aux scénaristes qui créent des relations jusqu'alors inédites sous forme de rencontres en rapprochant au sein d'espaces cliniques des personnages qui ne seraient pas amenés à se croiser dans leur société (*Shock Corridor*, Fuller, 1963; *One Flew Over the Cuckoo's Nest*, Forman, 1975; *Shutter Island*, Scorsese, 2010) ou alors en éloignant des personnages proches au sein d'une famille (*Family Life*, Loach, 1971; *Rain Man*, Levinson, 1988). La santé mentale au cinéma, semblable en cela à une table de montage, réunit ceux (malades et bien-portants) que généralement leur société sépare. Elle permet dans bien des cas de pénétrer dans des huis clos anthropologiques et de découvrir des « hommes d'un autre monde » (Ey, 1952, p. 892). Prenons par exemple un film réunissant, au sein d'un espace clinique, des protagonistes qui ne se connaissent pas, qui ne pas seraient pas croisés dans leur société et qui pourtant seront amenés à vivre ensemble. Dans *One Flew Over the Cuckoo's Nest* (Forman, 1975), nous assistons à l'arrivée menottée de Randle Patrick McMurphy (Jack Nicholson) dans un hôpital psychiatrique. Il est transféré de la Ferme d'État de Pendelton où on le soupçonne de simuler la folie afin d'éviter toute forme de travail. Le film repose sur la rencontre et les interactions entre le protagoniste principal et l'infirmière en chef d'une part, et celles avec les autres patients (Harding, Cheswick, Scanlon, Billy, Martini, Bancini, Chief Bromden), qui pour certains résident dans l'établissement psychiatrique de leur plein gré.

Signalons en nous inspirant des travaux de Talcott Parsons (1955) que l'individu malade au cinéma est susceptible de transgresser les normes sociales et les valeurs d'une société (et de porter atteinte à sa structure et à son fonctionnement) à quatre niveaux différents[13] :

> a) celui de la famille ou du couple (*La tête contre les murs*, Franju, 1959; *Suddenly, Last Summer*, Mankiewicz, 1959; *Family Life*, Loach, 1971; *A Woman Under the Influence*, Cassavetes, 1974; *Salto nel vuoto* [Le saut dans le vide], Bellocchio, 1980; *37°2 le matin*, Beineix, 1985; *Rain Man*, Levinson, 1988; *Shine*, Hicks, 1996),
>
> b) celui du travail (*The Mosquito Coast*, Weir, 1986; *An Angel at My Table*, Campion, 1990; *Pi*, Aronofsky, 1998; *A Beautiful Mind*, Howard, 2001; *A Dangerous Method*, Cronenberg, 2011),
>
> c) celui de la communauté (*Il deserto rosso* [Le désert rouge], Antonioni, 1964; *L'histoire d'Adèle H.*, Truffaut, 1975; *One Flew Over the Cuckoo's Nest*, Forman, 1975; Birdy, Parker, 1984; Mr. Jones, Figgis, 1993),
>
> d) et celui de la société globale (*Shock Corridor*, Fuller, 1963; *The Madness of King George*, Hytner, 1994; *Fight Club*, Fincher, 1999 ; *Girl, Interrupted*, Mangold, 1999).

Au sortir de la vision de nombre de ces films (*Suddenly, Last Summer*, Mankiewicz, 1959; *Shock Corridor*, Fuller, 1963; *One Flew Over the Cuckoo's Nest*, Forman, 1975; *Fight Club*, Fincher, 1999; *Rain Man*, Levinson, 1988; *Shutter Island*, Scorsese, 2010) transparaissent trois aspects saillants et heuristiques qui seront par la suite utiles à l'étude des représentations filmiques de la santé mentale des migrants :

> 1) les protagonistes principaux sont majoritairement des non-migrants et représentent dans certains cas la diversité (ethnique, religieuse, politique) de manière indirecte. Dans *Shock Corridor*, trois patients ont assisté au meurtre commis dans la clinique : Stuart (sudiste, élevé par ses parents dans la haine des Yankees), Trent (le seul étudiant noir d'une université du Sud), Boden (physicien américain, prix Nobel de physique, spécialiste de la bombe atomique dont l'âge mental actuel est de six ans). Ainsi, c'est en se faisant passer pour un général sudiste, Nathan Bedford Forrest, en animant une émeute raciale au côté de Trent et en jouant comme un enfant de six ans que le journaliste glane les informations nécessaires à

[13] Précisons que ces divers niveaux peuvent se recouper.

l'identification du meurtrier. Il est également possible de voir en Randle Patrick McMurphy (*One Flew Over the Cuckoo's Nest*) l'Indien, le Sauvage qui tente d'insuffler une révolte au sein d'une institution (patrie) incarnée par l'infirmière, Miss Ratched.

2) le spectateur saisit à quel point existent au cinéma, des « façons correctes d'être fou », ce que Ralph Linton appelle des « modèles d'inconduite » (1968). Le fou est souvent présenté comme intenable, imprévisible, dangereux (*Shock Corridor*). Il pousse des cris, déchire ses vêtements et détruit tout ce qui l'entoure. Il s'agite, parle sans suite ou s'enfonce dans un mutisme (*One Flew Over the Cuckoo's Nest*). Les films cités ci-dessus fournissent, dans bien des cas, des indications sur les « modes d'emploi abusif » et promeuvent des « valeurs sociales antisociales » (Devereux, 1977, p. 3) qui permettent à l'individu d'être antisocial d'une manière socialement approuvée. Ce sont ces directives explicites que Linton désigne par « modèles d'inconduite » et qu'il résume par cette adresse au « déviant » : « Ne faites pas ceci, mais si vous le faites, il faut vous y prendre de cette façon » (p. 461-462). De ce qui précède, il résulte que les gestes ne servent pas uniquement à produire une action mais également à signifier à autrui une situation et un état. On n'est fou que dans et par rapport à une société donnée et selon des modalités qui sont culturellement façonnées.

3) Ces productions privilégient en grande partie le recours au spectaculaire (le jeu performant) et attachent moins d'importance à une dimension plus complexe, celle de la souffrance du malade (le « je » souffrant). Pour certaines d'entre elles, nous sommes loin du commentaire de Jean-Paul Sartre suscité à la vision du documentaire *Regard sur la folie* (Ruspoli, 1962) : « il [ce film] nous invite par d'admirables images à faire pour la première fois l'expérience de la maladie mentale; par tout ce qu'elle a de si proche et de si lointain, elle nous fait comprendre à la fois que tous les hommes ne sont pas fous mais que tous les fous sont des hommes » (Bovier, 2011).

Ces trois traits saillants ne manquent pas de soulever des interrogations quant aux éventuelles représentations filmiques de la santé mentale des migrants : l'expression de la santé mentale des migrants est-elle spectaculaire? Le je-souffrant est-il privilégié au je-performant? Les cinéastes donnent-ils à voir les politiques médicales de la société d'accueil envers les migrants?

Avant de revenir sur ces diverses interrogations et de soulever la problématique de la santé mentale dans des œuvres filmiques fictionnelles, nous décrirons les modalités avec lesquelles on porte les migrants au grand écran.

Réflexions sur les liens entre cinéma fictionnel et immigration

Les migrations et les immigrations sont des sujets qui ont été portées de nombreuses fois au grand écran[14]. Elles continuent encore aujourd'hui d'inspirer des auteurs qui œuvrent aussi bien dans le champ de la fiction que dans celui du cinéma documentaire. Il y a pléthore de films retraçant les trajectoires individuelles et collectives de migrants, ces « personnes déplacées dans l'espace et le temps, et neutralisées politiquement ».

Au sein de fictions, les cinéastes abordent divers aspects que nous présenterons sous la forme d'une séquence chronologique : le départ, le trajet, le contrôle aux frontières, l'arrivée, les emplois, l'acculturation, les démêlés avec les autorités administratives, l'enfermement, les centres de rétention et l'expulsion.

Ainsi, parmi les diverses fictions portant à l'écran l'expérience migratoire, certaines mettent en images et en sons le départ et les passeurs (*Frozen River*, Hunt, 2008; *Le Havre*, Kaurismäki, 2011), les difficiles conditions du trajet, la faim et la promiscuité (*The Immigrant*, Chaplin, 1917; *Utvandrama (Les émigrants)*, Troell, 1971; *Ein Augenblick Freiheit* [Pour un instant, la liberté], Riahi, 2008), les dangers physiques (*Harragas*, Allouache, 2010; *La Pirogue*, Touré, 2012), l'espoir et son cortège de rêves (*El Norte* [Au nord le paradis], Nava, 1983; *Nuovomondo* [La porte d'or], Crialese, 2006), les violences des polices frontalières (*The Three Burials of Melquiades Estrada*, Jones, 2005), les premiers pas du migrant au sein du pays d'accueil, son insertion physique et acoustique (*Pane e cioccolata* [Pain

[14] Voir le Festival cinéma et migrations d'Agadir.

et chocolat], Brusati, 1974[15], *The Piano*, Campion, 1993; *Stupeur et tremblements*, Corneau, 2003; *Eden à l'Ouest*, Costa-Gavras, 2009), les violences subies (*Sin nombre*, Fukunaga, 2009; *The Immigrant*, Gray, 2013; *Por Aqui Tudo Bem* [Alda et Maria], Pascoal, 2011), les réactions de rejet, les épreuves humiliantes révélatrices de la suspicion en laquelle on les tient et les manquements qu'ils accusent à l'égard de la société de leur immigration (*Angst essen Seele auf* [Tous les autres s'appellent Ali], Fassbinder, 1974; *Little Senegal*, Bouchareb, 2001), l'isolement, l'épuisement (*In America*, Sheridan, 2002) puis les interactions avec leur communauté culturelle (*Pane e cioccolata* [Pain et chocolat], Brusati, 1974), l'acculturation et les éléments géopolitiques du pays d'origine (*Va, vis et deviens*, Mihaileanu, 2005; *Persepolis*, Paronnaud, Satrapi, 2007; *Monsieur Lazhar*, Falardeau, 2011), les divers emplois occupés (*America America*, Kazan, 1963; *The Godfather : Part II*, Coppola, 1974), l'exploitation des migrants (*It's a Free World…*, Loach, 2007), les rivalités entre immigrants et l'exploitation d'immigrants par d'autres immigrants (*Biutiful*, Iñárritu, 2010), l'engagement syndical (*Bread and Roses*, Loach, 2000), le commerce d'organes (*Dirty Pretty Things*, Frears, 2002), le conflit intergénérationnel (*My Son the Fanatic*, Prasad, 1997; *L'ange de goudron*, Chouinard, 2001), l'aide aux personnes en situation irrégulière (*Welcome*, Lioret, 2009; *Samba*, Nakache, Toledano, 2014), les démêlés avec les autorités administratives *(Alambrista!*, Young, 1977), l'enfermement et les centres de rétention (*The Terminal*, Spielberg, 2004; *The Visitor*, McCarthy, 2007; *Illégal*, Masset-Depasse, 2010; *Né quelque part*, Hamidi, 2012), la honte et la peur du retour au pays, la reconduite à la frontière et l'expulsion (*Bled Number One*, Ameur-Zaïmech, 2005).

Ces films offrent une compréhension sans complaisance ni condescendance de l'expérience migratoire et rendent compte de la manière dont les migrants intériorisent une certaine interprétation de la place qu'ils occupent dans la société d'accueil, dans les rapports de production et dans les relations de pouvoir qu'ils entretiennent avec les nationaux (notamment avec les employeurs).

Malgré la diversité de ces productions, l'immigration continue d'être, dans plusieurs d'entre elles (*Pane e cioccolata* [Pain et chocolat]*, El Norte* [Au nord le paradis], *It's a Free World…*, *Alambrista!, The Immigrant (2013)*, *Eden à l'Ouest*), une catégorie homogène et uniforme dont les membres sont réduits à une seule caractéristique, leur force de travail. Au sein de ces films, le migrant ne se conçoit que *dans* et *par* le travail et semble dénué de toute dimension culturelle, politique, affective, psychologique et psychique. Rares sont les cinéastes à mettre en images et en sons les impacts des violences, de l'isolement affectif, de la guerre, des persécutions, des menaces, des cauchemars, du stress d'acculturation[16], de la peur et de l'emprisonnement sur la santé mentale de ces migrants[17]. Encore plus rares sont les exemples de comportements destructifs, de décompensation[18], de prise en charge médicale. Être immigré et malade, c'est-à-dire requérant des soins thérapeutiques et cliniques, semble constituer alors un paradoxe à l'écran. Certaines de ces réalisations (*Pane e cioccolata* [Pain et chocolat], *Eden à l'Ouest*, *Illégal*, *America America*) se terminent en laissant le protagoniste principal isolé, exténué, hébété, en pleine situation de désorganisation culturelle et familiale et au seuil d'une perte du sens de la réalité. La maladie (les troubles psychiques, les pulsions d'autodestruction, etc.) et l'hospitalisation des migrants demeurent à ce jour peu traitées dans le cinéma fictionnel, alors que le septième art présente un grand intérêt pour la santé mentale des non-migrants et pour les intrigues se déroulant dans des espaces cliniques et thérapeutiques, comme nous l'avons vu précédemment (partie 2).

[15] L'une des premières séquences de *Pane e cioccolata* [Pain et chocolat] (Brusati, 1974) est à cet égard très significative. Le protagoniste principal, Giovanni Garofalo, un immigré italien tout juste arrivé en Suisse, trouble l' « ordre acoustique » régnant dans un jardin public par la mastication de son sandwich. Brusati dresse un portrait saisissant de ces « personnes déplacées », dépourvues de place (physique, affective, culturelle) appropriée dans l'espace environnemental et social de la société d'accueil. Ce film donne à comprendre le sens de cette non-place accordée au non-national.

[16] Le stress d'acculturation comprend les difficultés prémigratoires et post-migratoires. Selon Hopkins-Kavanagh et Sananikone (1981), il est plus important lorsque la « distance » entre la culture de l'immigrant et celle du groupe majoritaire est plus grande. Il n'est pas forcément négatif et peut constituer une force positive propice au fonctionnement psychologique de la personne. (Sayegh et Lasry, 1993, p. 23-51).

[17] Déjà en 1952, Albert Béguin soulignait dans le numéro d'*Esprit* consacré à la « Misère de la psychiatrie » : « Progressivement, la marge des comportements tenus pour normaux s'est resserrée autour d'une notion d'utilité et de bien commun, qui tolère de moins en moins le mystère de l'être hors-série, improductif, de celui qui pèsent désormais de nouvelles malédictions » (p. 781).

[18] Ces symptômes (stress d'acculturation, syndrome post-traumatique, etc.) sont souvent ceux que présentent les migrants (Beiser, Turner et Ganesan, 1989; Bernier, 1993; Dongier, Kiolet et Ledoux, 2007).

Au vu de ces considérations sur les liens entre cinéma et maladie mentale, puis ceux entre cinéma et immigration, il apparaît que le corpus de films portant sur la maladie mentale au sein d'une expérience migratoire est faible (*La faute à Voltaire*, Kechiche, 2000). À notre connaissance, il n'existe pas d'autres longs métrages de fiction dont le protagoniste principal est un migrant malade. Ce constat impose de problématiser davantage la notion de migrant et de migration. Jusqu'à présent, le migrant a été envisagé comme une « personne déplacée dans l'espace et le temps, et neutralisée politiquement » (Sayad, 2006). En vue d'élargir notre corpus, cette acception de la migration gagne à être précisée en s'interrogeant sur la nature du déplacement, la durée et la direction de l'expérience migratoire[19]. Ainsi, toute migration peut être volontaire ou forcée, intérieure ou extérieure et temporaire ou permanente.

Ces trois nouveaux critères permettent de constituer un corpus d'analyse de films traitant de la santé mentale de personnes au sein d'un même pays ou entre plusieurs pays.

- Le recours au critère 1 permet d'élargir le corpus à tous les films abordant l'impact de l'esclavage (*Amistad*, Spielberg, 1997; *Beloved*, Demme, 1998; *Planet of the Apes*, Burton, 2001; *Promised Land*, Gitai, 2004; *Vénus Noire*, Kechiche, 2010; *Rebelle*, Nguyen, 2012) et des génocides sur la santé mentale de ces individus déplacés de manière non volontaire et forcée (réfugiés, demandeurs d'asile, exilés).
- Le critère 2 offre l'occasion d'examiner des films retraçant des mouvements intérieurs (exode rural, déplacement de personnes malades, etc.) au sein d'un même espace national (*Scarecrow*, Schatzberg, 1973; *The Homesman*, Jones, 2014) et d'apprécier les conséquences diégétiques de cette « migration intérieure»[20] sur la santé mentale de ces personnes déplacées.
- Le critère 3 autorise l'examen d'une nouvelle catégorie fictionnelle. Il s'agit des films de guerre (notamment américains) mettant en lumière l'impact des conflits sur la santé mentale des soldats ayant séjourné temporairement en territoire étranger (et notamment le syndrome de stress post-traumatique[21]). Si une grande partie de ces films relate l'impossible retour de soldats américains dans leur communauté (*Let There Be Light*, Huston, 1946; *Taxi Driver*, Scorsese, 1976; *Coming Home*, Ashby, 1978; *Rambo : First Blood*, Kotcheff, 1982; *Born on the Fourth of July*, Stone, 1989; *Jacob's Ladder*, Lyne, 1990 ; *In the Valley of Elah*, Haggis, 2007; *Jimmy P.*, Desplechin, 2013), certains dépeignent le processus de déshumanisation et les chocs émotionnels auxquels sont confrontés les soldats (*Apocalypse Now*, Coppola, 1979; *Platoon*, Stone, 1986; *Full Metal Jacket*, Kubrick, 1987), tandis que d'autres prennent comme protagonistes principaux des immigrants qui, par leur engagement militaire et leur sacrifice pour la patrie, deviennent pleinement américains (*The Deer Hunter*, Cimino, 1978). Cette catégorie fictionnelle centrée sur les soldats pourrait être élargie aux expatriés, aux étudiants et aux diplomates.

Ces critères internes au corpus nous semblent intéressants pour estimer non seulement la richesse et la diversité de ces productions, mais également pour considérer la manière dont elles sont susceptibles de mettre en images et en sons les multiples aspects communs et inhérents à l'expérience migratoire et à la maladie mentale. Effectuons à présent une brève incursion dans le cinéma documentaire en ayant à l'esprit les interrelations mentionnées ci-dessus entre immigration et santé mentale.

[19] Mentionnons que d'autres facteurs tels que l'âge d'arrivée dans un nouveau pays, le genre, l'état civil, le niveau socio-économique avant et après la migration, l'instruction, la profession et la possession d'un titre de séjour peuvent avoir un impact sur la santé mentale. Ces variables s'avèrent très pertinentes dans l'analyse de contenu filmique mais ne permettent pas un élargissement du corpus.

[20] La volonté est ici d'élargir la notion de migrant à des personnes déplacées qui n'entrent généralement pas dans le terme de migrants, car ne posant pas les mêmes problèmes d'ordre juridique (permis d'établissement, droit de travail, etc.).

[21] Dans le cinéma américain, le Post-Traumatic Stress Disorder ou PTSD a déjà fait l'objet de diverses recherches (Kaes, 2010; Maseda et Dulin, 2012). Concernant le cinéma européen, voir Maseda (2011).

Incursion dans le cinéma documentaire

À notre connaissance, le premier documentaire à mettre en lumière la santé mentale de migrants est *Les Maîtres fous* (1955) de Jean Rouch. Ce court-métrage tourné à Accra[22] avec de jeunes travailleurs immigrés venus du Niger et du Mali donne à voir une Afrique en pleine transformation sociale, économique et politique. Rouch enregistre des cultes de possession nouveaux en réaction à la violence acculturatrice du colonialisme. Il est ainsi possible d'observer une réinterprétation du système colonial britannique dans le système de pensée des Haoukas. D'un point de vue ethnopsychiatrique, ces crises de possession participent d'un processus d'identification à l'agresseur où des Noirs intériorisent physiquement des situations de domination coloniale et se prennent pour des machines, des locomotives, des généraux, etc. Comme le rappelle Marc-Henri Piault, « possession, migration, aliénation coloniale sont les thèmes dominants de ce film et la perspective est résolument dynamique » (2008, p. 217). Si la migration de ces jeunes du Niger et du Mali vers les pays de la côte de l'Afrique occidentale, en particulier le Ghana et la Côte d'Ivoire, est volontaire, notons qu'elle est dans un premier temps extérieure (d'un pays à l'autre), puis intérieure. Ces cultes de possession se déroulent dans leur intégralité en brousse, à l'inverse du lieu de travail, la ville. Aucune mention dans le film ne précise la durée de ces migrations. Le documentaire se termine sur deux migrants en train de travailler devant le Mental Hospital et Rouch de conclure : « On ne peut s'empêcher de se demander si ces hommes d'Afrique ne connaissent pas certains remèdes qui leur permettent de ne pas être des anormaux, mais d'être parfaitement intégrés à leur milieu. Des remèdes que nous ne connaissons pas encore »[23].

Depuis les travaux de Rouch, quelques ethnocinéastes et certains documentaristes se sont intéressés à la santé mentale des migrants (notamment des réfugiés quittant leur pays pour sauver leur vie et présentant souvent de lourds traumatismes prémigratoires) et ont porté ce sujet à l'écran (*J'ai rêvé d'une grande étendue d'eau*, Petit-Jouvet, 2002; *Sous la main de l'autre*, Detours et Henry, 2011). Plus récemment, une série de trois courts-métrages d'animation intitulée *Le parcours du demandeur d'asile* (*Le parcours géographique*; *Le parcours administratif*; *L'accès au soin en psychiatrie*) a été réalisée en France en 2012 au sein du Réseau Samdarra (Santé mentale, précarité, demandeur d'asile et réfugiés en Rhône-Alpes) par Marina Roel, Etienne Guiol et Melissa Plantaz. Elle a pour public cible les professionnels et les bénévoles en contact avec les demandeurs d'asile[24]. La visée est ouvertement pédagogique et a pour but de sensibiliser à la compréhension des problèmes des migrants et de clarifier la complexité les diverses étapes auxquelles sont confrontés les migrants dans leur demande d'asile et dans leur prise en charge, principalement en France. Le style graphique est épuré à dessein et l'animation est minimaliste, en vue de rendre le message le plus efficace et universel possible; le ton du commentaire est neutre. Très factuels et informatifs, ces films ne versent dans aucun pathos.

Dans le cadre de cet article, deux de ces films ont retenu notre attention : *Le parcours géographique* et *L'accès au soin en psychiatrie*.

Le parcours géographique

Le premier dresse le portrait de trois hommes qui, dans la file d'attente de la préfecture, viennent demander l'asile. D'emblée une prise de recul spatiale et temporelle permet de saisir la singularité et le parcours de chacun. Monsieur A vient de la République démocratique du Congo (un pays en guerre) et a été recruté comme enfant soldat à l'âge de 12 ans. Brutalisé, drogué, violé, il est contraint de commettre des atrocités. Au bout de 4 ans, il réussira à s'enfuir. Monsieur B, lui, vient du Kosovo, il est accusé d'avoir pendant la guerre aidé des amis d'une autre ethnie. Menaces, chantage, violence l'obligent à quitter son pays. Monsieur C, Sri-Lankais, est cadre d'un parti politique minoritaire. En proie à des mesures d'intimidation, il décide de partir avec sa femme et deux de ses enfants. La volonté est ici de dépeindre le vécu des demandeurs d'asile (violence exacerbée, précarité, insécurité,

[22] Capitale de la Gold Coast qui allait devenir la première colonie africaine à gagner son indépendance sous le nom de Ghana.

[23] Remarquons que Roger Bastide partage une posture similaire à celle de Rouch dans *Le Rêve, la Transe et la Folie* : « nous, civilisés, avons rompu avec ces canaux de communication en naturalisant nos rêves, en enroulant nos malades mentaux dans des camisoles chimiques pour en faire des imitations de normaux, bref en rejetant le surnaturel pour le traduire en d'autres langues, plus satisfaisantes pour notre raison cartésienne, biologique et sociologique » (1972, p. 5).

[24] Les trois films d'animation sont disponibles en accès gratuit sur le site du Réseau, à l'adresse : http://www.samdarra.fr

séparation familiale, etc.) et de sensibiliser aux conséquences de ce vécu sur la santé mentale de ces personnes. Ici, la migration est forcée, extérieure et permanente.

L'un des intérêts de ce film est d'associer dans l'esprit du spectateur à chaque migrant une histoire singulière, par un retour sur le temps et l'espace antérieurs à l'émigration, alors que, comme le rappelle Schütz, « du point de vue du nouveau groupe, l'étranger est toujours un homme sans histoire » (2003, p. 20).

L'accès au soin en psychiatrie

Le second film dresse le portrait de Monsieur P, arrivé en France il y a deux mois et qui, depuis quelque temps, se sent très mal et craint de devenir fou. En quelques minutes nous sont présentées les multiples difficultés rencontrées par un migrant (qui n'est pas passé l'acte ou n'a pas décompensé) pour avoir accès aux soins psychiatriques en France. Ce sont les difficultés communicationnelles liées à la barrière de la langue, le manque d'informations sur la situation et la couverture médicale du patient, les souvenirs douloureux des interrogatoires lorsque le migrant se trouve dans le bureau du médecin, l'importance d'un interprète professionnel, le besoin d'un relais associatif pour le soutien aux professionnels, le manque de relais d'information entre diverses équipes, la difficulté enfin à déterminer si le migrant nécessite un accompagnement social ou médical.

Cette approche non personnalisée présente dans ces documentaires met en lumière la difficile expression du mal-être des migrants, à quel point cette incommunicabilité entrave l'aide du personnel médical et la nécessaire multiplicité des rencontres afin d'établir une relation de confiance. Derrière des images impersonnelles se cachent des expériences sociales très concrètes et complexes. Ainsi, cette série permet de souligner comment la condition de migrant est susceptible de générer des situations problématiques et vulnérabilisantes. Le migrant victime de violences doit non seulement, comme tout étranger, « remettre en question à peu près tout ce qui semble aller de soi aux membres du groupe qu'il aborde » (Schütz, 2003, p. 19), mais également lutter contre un vécu douloureux et omniprésent (visions-souvenirs) qui altère sa santé et son quotidien dans le pays d'accueil.

Conclusions

Au sortir de ce parcours réflexif, il apparaît d'une part que nombre de cinéastes n'hésitent pas à porter à l'écran la maladie mentale et, d'autre part, que la figure de l'étranger est présente de manière significative dans plusieurs cinématographies nationales[25]. En revanche, le cinéma de fiction aborde rarement la santé mentale des migrants. En effet, les perceptions collectives ne semblent que privilégier la force physique du migrant au détriment de son bien-être, faisant souvent fi de l'impact de son vécu prémigratoire (violences, menaces, séparation familiale, etc.) et de sa situation actuelle (morcellement culturel, dépatriement, déclassement social, etc.) sur sa santé mentale. Migrants et malades semblent être un inconciliable au grand écran. Il semble peu aisé de représenter une double exclusion-stigmatisation : le migrant souffrant de troubles psychiques est doublement hors normes, notamment avec les mesures de criminalisation et de psychiatrisation actuelles. Par conséquent, cet article n'a pas permis de répondre à la série d'interrogations initiales relatives au mode de figuration de la santé mentale en contexte migratoire. En l'absence d'un corpus de films sur cette thématique, nous n'avons pu montrer que le cinéma fictionnel était source de stéréotypie ou de rupture avec des représentations réductrices, ni analyser la mise en images et en sons des impacts des violences, de l'isolement affectif, de la guerre, des persécutions, des menaces et des troubles du sommeil sur la santé mentale des migrants.

Ces interrogations demeurent heuristiques – comme nous avons pu le voir dans le cas du cinéma documentaire d'animation à visée pédagogique, dont le but est de sensibiliser à la compréhension des problèmes des migrants et de clarifier la complexité les diverses étapes auxquelles sont confrontés les migrants dans leur demande d'asile et dans leur prise en charge principalement en France – et gagnent à être traitées dans des analyses futures en élaborant de nouveaux corpus de films de fiction. Une problématisation de la notion de migrant permet de pallier cette aporie en élaborant trois nouveaux critères de constitution du corpus filmique, proposant ainsi des pistes de recherche quant à une meilleure connaissance des représentations des migrants et des pratiques réelles (politiques

[25] Voir la revue *Décadrages*, n° 14, 2009, consacrée à « Cinéma et migration », ainsi que *CinémAction,* n° 8, été 1979, « Cinémas de l'émigration » et *CinémAction,* n° 24, janvier 1983, « Cinémas de l'émigration 3 ».

d'accueil en matière de santé des migrants, acteurs et dispositifs cliniques, mutations professionnelles contemporaines).

Bibliographie

Agier, M. (2013). *La condition cosmopolite. L'anthropologie à l'épreuve du piège identitaire*. Paris : La Découverte.

Bastide, R. (1965). *Sociologie des maladies mentales*. Paris : Flammarion.

Bastide, R. (1972). *Le Rêve, la Transe et la Folie*. Paris : Flammarion.

Becker, H. (2009). *Comment parler de la société : artistes, écrivains, chercheurs et représentations sociales*. Paris : La Découverte.

Béguin, A. (1952). Qui est fou? *Esprit*, 197, 777-788.

Beiser, M., Turner, R. et Ganesan, S. (1989). Catastrophic Stress and Factors Affecting Its Consequences among Southeast Asian Refugees. *Social Science and Medicine*, 28(3), 183-195.

Benbassa, E. (2007). *La souffrance comme identité*. Paris : Fard.

Ben Jelloun, T. (1977). *La plus haute des solitudes*. Paris : Seuil.

Bernier, D. (1993). Le stress des réfugiés et ses implications pour la pratique et la formation. *Service social*, *42*(1), 81-99.

Bovier, F. (2011). Regards sur l'« impouvoir » : le « cinéma direct » de Ruspoli, de la terre à l'asile. *Décadrages*, 18, 14-31.

Calderon, P. (2003). Michel Foucault par lui-même [Vidéo]. Paris : Arte France, Paris : BFC Productions.

CinémAction n° 8, été 1979, « Cinémas de l'émigration ».

CinémAction n° 24, janvier 1983, « Cinémas de l'émigration 3 ».

Décadrages n° 14, 2009, « Cinéma et migration ».

Devereux, G. (1977). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard.

Devereux, G. (1998). *Psychothérapie d'un Indien des Plaines*. Paris : Fayard.

Dongier, P., Kiolet, M. et Ledoux, I. (2007). La santé mentale des immigrants. *Le Médecin du Québec*, 42(3), 33-39.

Ey, H. (1952). Anthropologie du malade mental. *Esprit*, 197, 891-896.

Fassin, D. et Rechtman, R. (2011). *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*. Paris : Flammarion.

Foucault, M. (2005). *Naissance de la clinique*. Paris : Presses universitaires de France.

Freud, S. (1985). *L'inquiétante étrangeté et autres essais*. Paris : Gallimard. (1e édition française, 1933)

Gordon, R. B. (2013). *De Charcot à Charlot : mises en scène du corps pathologique*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.

Hamon-Sirejols, C. et Gardies, A. (dir.). (1997). *Le Spectaculaire*. Lyon : Aléas.

Hopkins-Kavanagh, K. et Sananikone, P. (1981) Migration, mental health and the Laotian refugee. *Migration News*, 1, 15-23.

Kaes, A. (2010). *Shell Shock Cinema: Weimar Culture and the Wounds of War*. Princeton, NJ : Princeton University Press.

Linton, R. (1968). *De l'homme*. Paris : Minuit.

Lipiansky, E.-M., Taboada-Leonetti, I. et Vasquez, A. (1990). Introduction à la problématique de l'identité. Dans C. Camilleri, J. Kastersztein, E.-M. Lipiansky, H. Malewska-Peyre, I. Taboada-Leonetti et A. Vasquez (dir.), *Stratégies identitaires* (p. 7-26). Paris : Presses universitaires de France.

Maseda, R. (2011). The Secret Lives of Women in the Aftermath of Combat: Female Post Traumatic Stress Disorder in European Cinema. *The International Journal of the Humanities, 9*(9), 123-134.

Maseda, R. et Dulin, P. L. (2012). From Weaklings to Wounded Warriors: The Changing Portrayal of War-related Post Traumatic Stress Disorder in American Cinema*. 49th Parallel*, 30 (en ligne). Téléchargeable à partir de la page : http://49thparalleljournal.org/category/2012/issue-30/

Moscovici, S. (1991). *Psychologie des minorités actives*. Paris : Les Presses Universitaires de France.

Morin, E. (1956). *Le cinéma ou l'homme imaginaire. Essai d'anthropologie*. Paris : Minuit.

Morin, E. (2009). *L'esprit du temps*. Paris : Armand Colin/INA. (1e édition, 1962)

Parsons, T. (1955). *Éléments pour une sociologie de l'action*. Paris : Plon.

Piault, M.-H. (2008). *Anthropologie et cinéma*. Paris : Téraèdre.

Quemada, B. (dir.). (1992). *Trésor de la langue française* (vol. 15). Paris : Gallimard.

Ricœur, P. (1995). *Le juste*. Paris : Esprit.

Saïd, E. (2008). *Réflexions sur l'exil*. Paris : Actes Sud.

Sayad, A. (2006). *L'immigration ou les paradoxes de l'altérité* (tome 1. L'illusion du provisoire). Paris : Raisons d'agir.

Sayegh, L. et Lasry, J.-C. (1993). Acculturation, stress et santé mentale chez des immigrants libanais à Montréal. *Santé mentale au Québec*, *18*(1), 23-51.

Schütz, A. (2003). *L'Étranger*, suivi de *L'Homme qui rentre au pays*. Paris : Allia.

Simmel, G. (2010). *Sociologie. Études sur les formes de la socialisation*. Paris : Presses universitaires de France.

Sontag, S. (2005). *La maladie comme métaphore*. Paris : Bourgeois.

Sorlin, P. (1972). Cinéma et société. *Études, 336*(1), 121-129.

Sorlin, P. (1977). *Sociologie du cinéma : ouverture pour l'histoire de demain*. Paris : Aubier Montaigne.

Vasquez, A. (1990). Les mécanismes des stratégies identitaires : une perspective diachronique. Dans C. Camilleri, J. Kastersztein, E.-M. Lipiansky, H. Malewska-Peyre, I. Taboada-Leonetti et A. Vasquez (dir.), *Stratégies identitaires* (p. 143-171). Paris : Presses universitaires de France.

Zarifian, É. (2006). La psychiatrie et le cinéma : une image en miroir. *Les Tribunes de la santé*, 11, 39-45.

Filmographie

37°2 le matin (France)
A Beautiful Mind (États-Unis)
A Dangerous Method (Royaume-Uni / Allemagne / Canada / Suisse)
A Woman Under the Influence (États-Unis)
Alambrista! (États-Unis)
America America (États-Unis)
Amistad (États-Unis)
An Angel at My Table (Nouvelle-Zélande / Australie / Royaume-Uni)
Angst essen Seele auf [Tous les autres s'appellent Ali] (Allemagne de l'Ouest)
Apocalypse Now (États-Unis)
Beloved (États-Unis)
Birdy (États-Unis)
Biutiful (Mexique / Espagne)

Black Swan (États-Unis)
Bled Number One (Algérie / France)
Born on the Fourth of July (États-Unis)
Bread and Roses (Royaume-Uni / France / Allemagne / Espagne / Italie / Suisse)
Coming Home (États-Unis)
Dirty Pretty Things (Royaume-Uni)
Eden à l'Ouest (France / Grèce / Italie)
Ein Augenblick Freiheit [Pour un instant, la liberté] (Autriche / France / Turquie)
El Norte [Au nord le paradis] (États-Unis / Royaume-Uni)
Family Life (Royaume-Uni)
Fight Club (États-Unis / Allemagne)
Frozen River (États-Unis)
Full Metal Jacket (Royaume-Uni / États-Unis)
Girl, Interrupted (États-Unis / Allemagne)
Harragas (Algérie / France)
Il deserto rosso [Le désert rouge] (Italie / France)
Illégal (Belgique / Luxembourg / France)
In America (Irlande / Royaume-Uni)
In the Valley of Elah (États-Unis)
It's a Free World… (Royaume-Uni / Italie / Allemagne / Espagne / Pologne)
J'ai rêvé d'une grande étendue d'eau (France)
Jacob's Ladder (États-Unis)
Jimmy P. (États-Unis / France)
L'ange de goudron (Canada)
L'histoire d'Adèle H. (France)
La faute à Voltaire (France)
La Pirogue (France / Sénégal / Allemagne)
La tête contre les murs (France)
Le Havre (Finlande / France / Allemagne)
Le parcours du demandeur d'asile (France)
Les Maîtres fous (France)
Let There Be Light (États-Unis)
Little Senegal (Algérie / France / Allemagne)
Monsieur Lazhar (Canada)
Mr. Jones (États-Unis)
My Son the Fanatic (Royaume-Uni / France)
Né quelque part (Algérie / France)
Nuovomondo [La porte d'or] (Italie / France)
One Flew Over the Cuckoo's Nest (États-Unis)
Pane e cioccolata [Pain et chocolat] (Italie)
Persepolis (France / États-Unis)
Pi (États-Unis)
Planet of the Apes (États-Unis)
Platoon (Royaume-Uni / États-Unis)
Por Aqui Tudo Bem [Alda et Maria] (Portugal)
Promised Land (Israël / France)
Rain Man (États-Unis)
Rambo : First Blood (États-Unis)
Rebelle (Canada)
Salto nel vuoto [Le saut dans le vide] (Italie / France / Allemagne de l'Ouest)
Samba (France)
Scarecrow (États-Unis)
Shine (Australie)

Shock Corridor (États-Unis)
Shutter Island (États-Unis)
Sin nombre (Mexique / États-Unis)
Sous la main de l'autre (France / Suisse / Belgique)
Stupeur et tremblements (France / Japon)
Suddenly, Last Summer (États-Unis)
Taxi Driver (États-Unis)
The Deer Hunter (Royaume-Uni / États-Unis)
The Godfather : Part II (États-Unis)
The Homesman (France / États-Unis)
The Immigrant (1917) (États-Unis)
The Immigrant (2013) (États-Unis)
The Madness of King George (Royaume-Uni)
The Mosquito Coast (États-Unis)
The Piano (Nouvelle-Zélande / Australie / France)
The Terminal (États-Unis)
The Three Burials of Melquiades Estrada (France / États-Unis)
The Visitor (États-Unis)
Utvandrama (Les émigrants) (Suède)
Va, vis et deviens (France / Israël / Belgique / Italie)
Vénus Noire (France / Belgique)
Welcome (France)