

Comment inventer des pratiques cliniques adaptées aux mondes contemporains ?

par Françoise SIRONI

*maître de conférences Université
Paris 8*

Directrice du Centre Georges Devereux



[texte de la conférence prononcée le 29 mai 2001, à l'Université Paris 8, lors de la journée "porte-ouvertes" du Centre Georges Devereux]

Mesdames et Messieurs, chers Collègues, chers amis,

Au nom de toute l'équipe du centre Georges Devereux, laissez-moi tout d'abord vous dire, combien nous sommes heureux de vous accueillir aujourd'hui à l'Université Paris 8, combien nous sommes heureux de vous voir si nombreux. Les années 2000 sont le reflet d'un tournant essentiel dans les pratiques cliniques contemporaines. Elles sont le reflet de l'articulation entre la continuité de pratiques cliniques habituelles et l'émergence de pratiques nouvelles qui cherchent à s'adapter aux problématiques cliniques contemporaines. Les applications des principes fondamentaux de la méthode clinique ethnopsychiatrique à de nombreux domaines de la pratique psychologique, médicale et sociale contemporaines débouchent sur de passionnantes ouvertures cliniques et théoriques ; elles débouchent également sur des pratiques thérapeutiques enfin respectueuses du point de vue du patient. Je me propose ici, d'être le porte-parole de ce cheminement actuel de nos pratiques appliquées au monde d'aujourd'hui. Pourquoi l'ethnopsychiatrie recèle-t-elle tant de potentialités créatrices ? En quoi cette discipline de la Psychologie clinique favorise-t-elle l'émergence de demandes psychologiques hier encore impensables ? En quoi favorise-t-elle l'émergence de pratiques cliniques réellement novatrices ? Un des potentiels les plus créatifs de l'ethnopsychiatrie réside assurément dans la singularité de sa méthode d'approche des faits psychiques, méthode que Tobie Nathan vient de vous présenter.

QUI SONT NOS PATIENTS, AUJOURD'HUI ?

Aujourd'hui, au Centre Georges Devereux, nous recevons deux catégories de patients : des patients migrants modernes, et des patients issus des populations françaises ou occidentales.

Immédiatement on voit apparaître, y compris dans le type de situations cliniques que nous traitons, ce qui est intrinsèquement contenu dans l'ethnopsychiatrie : l'articulation entre différents mondes : des mondes lointains et des mondes proches, des mondes visibles et des mondes invisibles, des mondes d'hier et des mondes d'aujourd'hui. Quiconque fréquente le Centre Georges Devereux n'a pas manqué de sentir, physiquement, cette présence à la fois des mondes anciens et de la modernité, voire du futurisme. Des patients aux thérapeutes, en passant par la décoration, les ustensiles de cuisine et les denrées alimentaires présentes dans les placards, tout est marqué par cette présence de représentants de mondes perdus, enfouis, ensevelis et par la présence de populations nouvelles, de problématiques nouvelles, qui constitueront assurément la pratique clinique habituelle des futurs thérapeutes de demain.

Donc aujourd'hui nous recevons...

TOUJOURS ENCORE LES POPULATIONS MIGRANTES...

...Car en effet les populations migrantes qui viennent consulter au Centre aujourd'hui ne débarquent pas ou plus du fin fond de la brousse sauvage. Qu'ils soient issus de grandes métropoles du tiers-monde ou de petits villages, tous vivent néanmoins à l'ère du portable et des chaînes câblées. Ils habitent généralement les banlieues françaises où règne la violence, parfois le chaos, toujours le choc des civilisations et les effets dévastateurs de la déculturation. A côté des maladies culturellement codées, les maladies " sociales ", " médicales " ou " psychologiques " qu'ils viennent aussi nous apporter sont les témoins de ce passage raté entre deux mondes. Un récalcitrant de la modernité, c'est un résistants. Sa maladie est un texte sans contexte que nous nous efforçons de restituer et de réparer en fonction des logiques techniques contenues dans le symptôme.

Je crois qu'il est aussi bon de rappeler dans cette journée un autre point important : la migration n'est pas une maladie. La plupart des parcours migratoires se passent sans problèmes. Nous recevons en consultation, des cas qui représentent de graves échecs de ces parcours. Nous recevons en consultation des patients qui sont en échec thérapeutique eut égard aux modes de prises en charge habituels. Dans notre activité clinique actuelle au centre Georges Devereux, beaucoup de demandes de consultation nous sont adressées par les tribunaux sous forme d'ordonnance de justice. Les milieux de justice, les hôpitaux psychiatriques et l'école sont des observatoires privilégiés de pathologies iatrogènes, que je n'hésiterai pas à qualifier de " schizophrénies culturelles " contemporaines.

Les pratiques cliniques et psychothérapiques sont donc des observatoires privilégiés de la psychologie humaine à un moment donné de son histoire. Alors qu'en est-il de toutes les autres populations que nous avons commencé à traiter au centre, ces dernières années ?

APPROCHE ETHNOPSYCHIATRIQUE DES POPULATIONS FRANÇAISES.

Les années 96-98 ont marquées un tournant décisif dans l'histoire de l'ethnopsychiatrie clinique, telle qu'elle se pratique au Centre Georges Devereux. Des thèses de doctorat et des travaux de recherche repoussèrent toujours plus loin les possibilités d'application des avancées théoriques, cliniques et thérapeutiques auxquelles l'ethnopsychiatrie était parvenue dans son travail auprès des migrants.

Beaucoup de nos patients issus de populations françaises ont déjà effectué tout un parcours thérapeutique. Ils ont essayé la psychanalyse, les psychothérapies d'inspiration analytique, la PNL, les thérapies spirituelles, les communautés, le travail sur le corps, les différentes spécialités médicales,... et j'en passe. Leur parcours thérapeutique continuait car il restait toujours une part d'irréductible, une part qui ne cédait à aucun mode de prise en charge, nonobstant la qualité et l'efficacité habituelle des thérapies qu'ils ont suivis. Du fait de l'hégémonie d'une conception exclusivement " intra-psychique " de la Psychologie humaine, les événements collectifs et les événements réels (leur nature ainsi que leur impact) étaient devenus de réels "laissés pour compte" de la Psychologie clinique. Il restait toujours un " angle mort ", une part de leur histoire qui n'était pas prise en compte dans leur parcours thérapeutique. Cet angle mort concernait leur histoire collective, concernait l'articulation de leur histoire singulière avec celle de leurs mondes, celle de leurs groupes, celle de leur culture. Autrement dit il n'y a pas que les problématiques liées à " papa et maman " qui comptent ! Les patients occidentaux sont venus nous dire qu'ils réclamaient un surcroît d'intelligence dans la manière dont on les traitait. La gravité de cette non prise en compte, par la psychanalyse, des événements collectifs dans le fonctionnement psychique et dans la psychopathologie, est devenue patente au cours des vingt cinq dernières années (depuis 1975). Ces patients, ces nouveaux récalcitrants des dispositifs thérapeutiques habituels, venaient nous questionner sur l'efficacité des dispositifs thérapeutiques contemporains.

" Mettre le patient en position d'expertise ", ce principe fondamental de l'approche ethnopsychiatrique, nous l'avons appliqué à la lettre. Nous avons pris le parti de " croire " nos patients, de ne pas dénigrer leur point de vue, leurs plaintes, leur souffrance. Nous nous sommes interdit de les réduire à une simple demande masquée, à un équivalent somatique de telle ou telle problématique œdipienne, de tel ou tel conflit de la petite enfance. Nous leur avons proposé de décortiquer avec eux, leur parcours thérapeutique, de le déconstruire, de trouver les logiques et les théories sous-jacentes, celles de leurs thérapeutes et ainsi de les mettre pleinement en position d'expertise.

Pour chaque type de population, correspond un type de dispositif clinique et de recherche. Ainsi, parallèlement aux consultations habituelles destinées aux familles migrantes, de nouveaux espaces de consultation et de recherche se sont ouverts. Chaque espace peut accueillir et traiter des patients, ainsi que fonctionner comme un lieu de témoignage. Dans l'ordre chronologique de leur création, voici un aperçu des douze nouveaux espaces de consultation et de recherche qui sont actuellement fonctionnels au centre Georges Devereux et à propos desquels nos différents intervenants reviendront au courant de

la journée. Ce que nous désignons par " consultation de recherche " sont en fait des consultations d'ethnopsychiatrie habituelles, mais qui se donnent pour obligation de produire des écrits relatifs aux résultats obtenus.

Un groupe de paroles pour les victimes et descendants de victimes de la Shoah, et dont les participants sont renouvelés tous les ans fonctionne depuis dix ans. Il est coordonné par Nathalie Zajde et Catherine Gransard.

1. L'approche ethnopsychiatrique des patients migrants atteints du Sida a fait l'objet d'une recherche coordonnée par Tobie Nathan et Catherine Lewertowski. La consultation communément appelée " consultation médecine " est toujours susceptible d'accueillir ce type de patients.
2. Une recherche clinique sur les populations Tziganes a été menée par un groupe de chercheurs du centre coordonnée par Nathalie Zajde.
3. Un groupe de recherche continue de mener ses travaux dans le cadre d'une consultation destinée aux récalcitrants de la médecine.
4. Un groupe de recherche sur la transsexualité et une consultation d'accompagnement de personnes transsexuelles, que je coordonne, est fonctionnel depuis quatre ans. Des représentants d'une association de personnes transsexuelles (Association du Syndrome de Benjamin) travaille avec nous, en étroite collaboration lors des consultations et des travaux de recherche.
5. L'approche ethnopsychiatrique de l'autisme fait l'objet d'une recherche coordonnée par Tobie Nathan et par Paulette Rosevègue.
6. Une recherche sur les troubles du comportement alimentaire est également en cours au Centre Georges Devereux. Elle s'appuie sur un groupe de paroles dont l'effectif se renouvèle chaque année. Ce groupe est coordonné par Céline Adret et Marie-Liesse Perrotin.
7. Un groupe de recherche portant sur les populations juives d'Afrique du Nord fonctionne également.
8. Depuis trois ans maintenant, nous sommes mandatés par le Ministère des Affaires Sociales pour nous occuper des personnes sortant de sectes et qui nécessitent ou qui souhaitent une aide psychologique. Nous travaillons en étroite collaboration avec l'ADFI (Association de défense des familles et des individus) qui non seulement nous adresse des patients, mais qui sont présents lors des consultations. Ce dispositif est coordonné par Jean-Luc Svertwaegher.
9. Une recherche portant sur les soubassements culturels de l'infertilité est actuellement en cours. Celle-ci est coordonnée par Nathalie Zajde.
10. Une consultation pour personnes victimes de traumatismes intentionnels liés à la répression politique, aux génocides et à la torture est fonctionnelle au centre. Cette consultation, que je coordonne, est également un espace de consultation pour les anciens combattants, les ex-perpétrateurs de violence et les ex-agresseurs.
11. Enfin, un espace de consultation pour personnes se définissant comme " victimes de psychothérapie commence également à être fonctionnel au centre.

L'approche ethnopsychiatrique réhabilite pleinement le rôle du contexte dans la psychopathologie individuelle. En ce début de millénaire, notre monde est en pleine mutation. Du fait de la globalisation, l'adaptation quasi " obligatoire " des humains aux exigences de ce nouvel ordre du monde, à l'homogénéisation des savoir-faire et des savoir-vivre, génère de nouvelles pathologies et de nouvelles récalcitrances. Ces récalcitrants, je les appelle les laissés pour compte de l'Histoire collective. Ces laissés pour compte des mondes économiques, des mondes politiques qui mettent sur le trottoir des milliers de déplacés et de réfugiés dans le monde sont porteurs de mondes perdus. L'ethnopsychiatrie traite souvent de l'envers du décor, des laissés pour compte de l'histoire officielle. Ils sont là, présents dans nos consultations, car nous avons le souci de les faire à nouveau émerger, et ce dans un but thérapeutique.

Les laissés pour compte de l'Histoire collective sont tous ces " non-adaptés ", ces " échecs ", ces " restes " des mutations forcées, qu'elles soient de nature politique, économique, sociale ou culturelle. Les laissés pour compte de l'Histoire sont aussi ceux qui ne *peuvent pas* se conformer, on dirait plutôt se " formater " à ce qu'il faut bien appeler les absurdités de l'Histoire collective : Annexions de territoires, déplacements forcés de populations pour satisfaire les ambitions belliqueuses de dirigeants paranoïaques, disparitions pure et simple de populations et de territoires,...

D'autres laissés pour compte de l'Histoire collective en France par exemple, le sont devenus par la disparition de certains métiers exercés de père en fils, ou du fait qu'ils exerçaient dans des lieux qui

n'existent plus. Certains de nos patients issus de populations françaises sont les descendants de familles nomades tardivement sédentarisées. Ces mondes perdus sont, répétons-le, de nature politique, culturelle, religieux, géographique, économiques ou social. Ces mondes perdus, nous les explorons systématiquement, en ethnopsychiatrie, jusque dans les traces les plus reculées de l'histoire familiale des sujets. Les sédiments sous-jacents à la laïcité, les guérisseurs locaux, les saints et les démons viennent à nouveau peupler l'univers des patients comme celui des thérapeutes. Cette démarche redonne toute sa pertinence à un concept développé par Michel Foucault, celui des " mondes dominants " et des " mondes assujettis ". Son œuvre a été une constante démonstration de la traçabilité de l'histoire des pensées, des théories et des pratiques (sociales ou psychothérapeutiques). Des strates de significations et d'événements trouvant leur origine dans des mondes aujourd'hui disparus, restent parfois encore détectables et actifs (soit socialement, soit " psychopathologiquement " parlant), dans le présent. Ceci accredité l'idée du continuum d'histoire inscrit dans la manière de s'occuper des fous et des personnes marginalisées. Nous reprenons sa proposition dans sa version contemporaine et clinique, à savoir qu'il existe dans la manifestation individuelle d'une souffrance psychologique ou physique, la trace d'un événement collectif, d'un ancrage beaucoup plus ancien, qui peut remonter très loin. Ainsi donc le désordre, le symptôme n'est pas tant une anomalie que l'on va chercher à expliquer au travers d'une étiologie, d'une causalité liée aux vicissitudes de la psychologie individuelle. Le symptôme, le désordre, la maladie sont bien souvent les témoins de comportements adaptés, de groupes socialement et culturellement structurés mais qui font partie de mondes oubliés, enfouis, de mondes dont nous sommes, pourtant, les héritiers.

Une autre catégorie de "laissés pour compte" de l'Histoire collective concerne ceux dont la vie a été fortement traversée par les idéologies du siècle et dont nous retrouvons également trace dans le travail que nous faisons avec eux, dans les consultations consacrées aux problématiques apportées par des patients issus de populations françaises comme les sortants de secte, les victimes de psychothérapie ou les personnes marginalisées et discréditées au nom de leur questionnement relatif à leur identité de genre (comme la population transsexuelle, par exemple). Parmi nos patients et professionnels de santé qui font appel à nous tant pour des consultations habituelles que pour des consultations de recherche, il y a aussi les laissés pour compte des théories et des pratiques psychologiques.

Je vais maintenant aborder le dernier volet de l'ethnopsychiatrie, et non des moindres :

L'ETHNOPSCHIATRIE EN TANT QUE PRATIQUE ENGAGÉE. L'ETHNOPSCHIATRIE EN TANT QU'OUTIL ETHIQUE ET DEONTOLOGIQUE EN PSYCHOLOGIE.

Nous n'irons pas par quatre chemins : les professionnels en science humaine (psychologues, psychiatres, médecins, travailleurs sociaux, éducateurs, juges, anthropologues,...) prétendent parfois agir au nom d'un savoir, celui qui s'est construit au sein de leur discipline, alors qu'en fait ils agissent en leur nom propre, ils "roulent pour eux"; plus exactement, ils mettent leur intelligence au service d'une idéologie, ou d'une morale. Cette morale, cette idéologie vont agir comme de puissants filtres qui vont avoir une influence totalement destructrice pour les patients, lorsqu'ils sont soumis à une tentative de normalisation. Il s'agit là de véritables cas de maltraitance théorique dont nous nous efforçons d'en réparer les dégâts auprès des patients que nous recevons dans nos consultations de recherche au Centre Georges Devereux..

Exemple. La consultation d'accompagnement et de recherche pour personnes transsexuelles.

C'est en 1997 que le groupe de recherche et la consultation d'accompagnement pour personnes transsexuelles a été créé. Notre questionnement à l'origine du fondement de ce groupe était: qu'est-ce que la Psychologie a à dire sur la question de la transsexualité? Nous répondons "rien", si on considère le problème d'un point de vue de la causalité psychologique (comme l'Œdipe inversé, des problèmes de famille,... autant d'étiologies qui n'ont jamais menées à aucune avancée décisive). La causalité est un piège, dans ce cas-là. La psychologie a beaucoup à dire sur la question de la transsexualité à condition qu'elle laisse de côté le point de vue causaliste. Nous nous sommes demandé: quelle est la construction sociale de la transsexualité? Pour qui le discrédit du vécu transsexuel présente-t-il des intérêts? Pour qui est-il une menace? Quels mondes enfouis ré-émergent-ils ? Quel rôle l'expérience transsexuelle joue-t-elle dans la modernité?

Dans notre consultation participent des psychologues, des stagiaires psychologues, des biologistes, des médecins parfois aussi des anthropologues, le cas échéant. Et toujours, nous travaillons avec un représentant ou plusieurs d'une association française pour personnes transsexuelles, à savoir, l'Association du Syndrome du Benjamin. Ils sont dans une position " d'usagers " de l'espace thérapeutique ou d'accompagnement d'un parcours transsexuel. Ils ont la même fonction que le médiateur culturel dans les consultations consacrées aux patients migrants. Mais la position des

transsexuels, mis en position d'expertise, ne signifie nullement que nous perdions notre point de vue, contradictoire, le cas échéant, mais jamais discréditant pour la population concernée. Tout les points de vue sont exposés et soumis à discussion dans le groupe, lors des consultations d'accompagnement. Nous suivons les personnes transsexuelles dans leur différente phase de leur parcours: au début, pendant, parfois aussi des années après les opérations de changement de genre.

Une des souffrances psychologique majeure des populations transsexuelles est directement induite par les cliniciens eux-mêmes. Il s'agit de la souffrance induite par l'utilisation de théories éronées et discréditantes eut égard aux populations concernées. Il s'agit alors ni plus ni moins de maltraitance théorique. Cette maltraitance théorique, induite par les psy en général est intentionnelle, délibérément induite. Car il s'agit de tester la validité de la démarche et de la perspicacité des transsexuels. Dans les dispositifs thérapeutiques " classiques, la psychothérapie est souvent une psychothérapie de nature correctrice ou évaluative de la détermination des personnes transsexuelles. Il s'agit alors ni plus ni moins de psychothérapie sous contrainte. Ce type de psychothérapie peuvent durer cinq ans avant que le psychiatre ne donne son feu vert pour l'accès au traitement par hormones et aux opérations de rectification.

La maltraitance théorique induit des traumatismes secondaires chez les patients, qu'ils soient transsexuels ou victimes de psychothérapie. Ils se méfient des psy, développent même une agressivité généralisée à l'ensemble des représentants de cette catégorie professionnelle. Et pour cause.!

Illustration. Frédérique.

Frédérique est un homme biologique. Agé d'une quarantaine d'année, il est marié depuis 20 ans et a trois grands enfants. Il a toujours su qu'il y avait quelque chose "qui n'était pas clair", concernant son identité de genre. Frédérique se sent intérieurement être une femme. Il s'habillait en femme à l'intérieur de l'appartement, en cachette, jamais à l'extérieur, jamais à la vue de son épouse et de ses enfants. Il a lutté très fort contre sa transsexualité. En vain! Rien y fit! Frédérique a toujours été un bon époux, un bon père de famille. Mais l'année dernière, il ne supportait plus cette situation. Il a même pensé au suicide. La vie professionnelle de Frédérique est une vraie réussite. Il dirige un département d'ingénierie dans une grande entreprise de la région parisienne. Il a commencé son processus de transformation et prend actuellement des hormones féminisantes. Il est suivi par un psychiatre, dans le cadre de ce que j'appellerai une "psychothérapie coercitive". C'est la détermination de Frédérique qui est testée. Fort de ce que Frédérique savait déjà de notre groupe de recherche pour avoir participé à quelques rencontres que nous avons eu entre les membres de l'Association du Syndrome de Benjamin et l'équipe de recherche du Centre Georges Devereux, il est venu nous voir. Il souhaitait déposer son témoignage et réfléchir avec nous sur son parcours, sur la transsexualité, sur les pratiques professionnelles. Dans tous les cas de figure, nous nous positionnons toujours en tant que cliniciens et chercheurs, jamais en tant que militants d'une cause. Nous ne roulons pour personne, nous roulons pour une discipline que nous nous efforçons de rendre intègre, non discréditante, efficace dans ses psychothérapies, et adaptée aux usagers qui font appel à nous. Gageons que si nous n'agissons pas de la sorte, notre profession sera sinistrée d'ici quelques décennies et disparaîtra purement et simplement.

Revenons donc à Frédérique. Un jour, il nous apporte une lettre qu'il a écrite à son psychiatre et dont voici quelques extraits: "*(Docteur), je vous demande de pouvoir commencer le traitement à l'Androcur. N'étant pas irréversible, vous devriez pouvoir l'accepter et m'adresser à votre confrère endocrinologue à l'issue de notre prochaine rencontre...Au moins se passerait-il quelque chose du domaine du physique et non plus seulement du mental, dans mon attente...Ce serait un signe tangible de ce que vous m'avez compris et de votre acceptation de m'aider. Autrement qu'en m'accueillant tous les 3-4 mois et qu'en testant ma détermination et en me disant que vous avez été sceptique dès le début, en raison de mon âge, de ma situation familiale et de mon apparence actuelle. La dernière fois je n'ai pas répondu aussi vigoureusement que j'en avais envie, car déjà vous m'aviez jugé(e) "combatif"; "Vous avez le visage large"; "Vous n'avez pas les attaches fines"... (m'avez-vous dit)... Je côtoie tous les jours des femmes au visage large, aux attaches solides, et vous aussi sans doute, mais peut-être ne les voyez-vous pas, soit parce qu'elles sont "déjà" femmes, soit parce qu'elles ne rentrent pas dans vos canons de la beauté! Je vous avais répondu, puisque nous avons vérifié en les superposant, que mes poignets et mes mains sont les mêmes que ceux de ma mère, avec laquelle je partage aussi la même pointure de chaussure : le 40".*

Mais de quoi s'agit-il donc, quand, en séance, un psychiatre parle de la forme des attaches de son patient? Un combat entre la théorie du psychiatre et celle du patient? La réalité clinique est recouverte par la théorie, des psy, qui ne sont bien souvent qu'un alibi pour justifier des jugements de valeur. Il semblerait que ces professionnels de la santé aient fait un choix: plutôt conserver mes vieilles théories,

mes vieux modèles cliniques, au risque de ne plus avoir une approche humaine du patient, plutôt que de se montrer créatif et de construire de nouvelles théories, de nouvelles pratiques qui soient véritablement adaptées à la problématique des patients que nous traitons. "*(Une théorie) c'est exactement comme une boîte à outil ..*" disait Gilles Deleuze, au cours d'un entretien avec Michel Foucault, sur les intellectuels et le pouvoir. "*Il faut que ça serve. Il faut que ça fonctionne. Et pas pour soi-même. S'il n'y a pas des gens pour s'en servir, à commencer par le théoricien lui-même qui cesse alors d'être théoricien, c'est qu'elle ne vaut rien, ou que le moment n'est pas venu. On ne revient pas sur une théorie, on en fait d'autres, on en a d'autres à faire.*" .

La peur est l'ennemi le plus redoutable de la pratique clinique et de la recherche en Psychologie. Les droits humains sont totalement bafoués lorsque des représentants de notre profession tentent d'imposer leurs propres jugements de valeur. Voilà pourquoi il est si important, lors des consultations au Centre Georges Devereux avec les personnes transsexuelles, de faire, avec eux, l'analyse de l'intention des professionnels qui les manipulent, de décortiquer les théories sous-jacentes aux pratiques psychothérapeutiques qu'ils suivent parfois en parallèle. Le travail d'accompagnement consiste aussi à consolider les appartenances, à revisiter l'histoire familiale et à l'insérer dans une histoire collective, celle d'une lignée, d'une région, et faire apparaître qui ils sont, leur singularité, leur place résolument à part.

Pour sortir les patients de l'état de maltraitance théorique, qu'ils soient migrants, sortants de sectes, victimes de psychothérapie, récalcitrants de la médecine, il faut leur donner de vraies armes qui leur permettent de déconstruire les théories avec lesquels ils ont été pensé et (mal)traités. C'est surtout les aider à retrouver la vraie liberté de penser et d'agir.

CONCLUSION.

Moderne, l'ethnopsychiatrie l'est assurément. Sa dimension déconstructiviste nous ramène à l'évidence que les théories avec lesquelles nous pensons les désordres psychiques, les pratiques cliniques tout comme les techniques thérapeutiques sont toujours contextuelles. C'est à dire qu'elles apparaissent dans un contexte social, culturel et politique donné et ne sont donc jamais neutres.

Elles ont des conséquences visibles sur le patient et sur la manière de concevoir la psychopathologie à une époque donnée de l'histoire des sciences humaines. Ces pratiques et ces théories ne sont pas immuables. Elles sont susceptibles d'être modifiées par un certain type de faits psychologiques ou psychopathologiques qui ne peuvent se dire, se penser ni se concevoir aussi longtemps que les cliniciens qui les utilisent continuent, consciemment ou par habitude intellectuelle, à les enfermer dans les catégories nosographiques préexistantes.

L'émergence de nouveaux types de problématiques peut être liée:

1. Soit à des pratiques politiques, sociales ou culturelles nouvelles dans une société donnée.
1. Soit à l'établissement d'un nouveau découpage conceptuel de la souffrance psychique sous la pression des patients, et de plus en plus souvent relayés par des cliniciens. Il se peut aussi que ce nouveau découpage conceptuel soit la résultante du premier point évoqué, à savoir l'apparition de nouvelles formes de souffrances psychiques qui sont directement liées à des pratiques politiques, sociales ou culturelles *nouvelles* dans une société. Le type de cliniciens qui s'en font les porte-parole, et nous en sommes, assurément, au Centre Georges Devereux, sont des réfractaires aux dogmes, en ce sens qu'ils refusent d'être aveuglés par des catégories cliniques ou des théories préexistantes. Nous fondons notre pratique à partir de nos observations cliniques, à partir des plaintes des patients, à partir de la prise en compte du contexte politique, social et culturel contemporain, et de ce fait, n'hésitons pas à mettre en cause des systèmes de pensée devenus obsolètes. L'émergence de concepts ne se fait pas par hasard et il convient toujours de s'assurer pour qui "roulent" ces concepts et pour qui "roulent" ceux qui les ont façonnés.

Les dispositifs et techniques thérapeutiques mis en œuvre par le clinicien procèdent en vérité d'un choix et d'un engagement *philosophique et politique* du clinicien. Choix et engagement philosophique et politique étant entendus au sens où nous prenons des risques (jamais pour le patient mais pour le clinicien), à créer des dispositifs adaptés aux situations mais souvent radicalement différents des dispositifs habituels. Cette démarche heurta plus d'une fois les cliniciens de disciplines établies. La

méthode ethnopsychiatrique est incontestablement *clinique*, au sens où elle a un effet sur le patient. Mais la méthode ethnopsychiatrique est aussi incontestablement *politique*, au sens où elle a également un impact sur la société toute entière (si nous prenons l'exemple des modifications des pratiques de justice, et des groupes d'usagers qu'elle fait émerger).

Gageons que ce soit pour le meilleur, gageons que ce soit, et nous le souhaitons très sincèrement, pour un surcroît de respect des humains des personnes, des peuples et des communautés.

Françoise Sironi

PLAN

QUI SONT NOS PATIENTS, AUJOURD'HUI ? [clie ici](#)

TOUJOURS ENCORE LES POPULATIONS MIGRANTES... [clie ici](#)

APPROCHE ETHNOPSYCHIATRIQUE DES POPULATIONS FRANÇAISES. [clie ici](#)

L'ETHNOPSYCHIATRIE EN TANT QUE PRATIQUE ENGAGÉE.
L'ETHNOPSYCHIATRIE EN TANT QU'OUTIL ETHIQUE ET DEONTOLOGIQUE
EN PSYCHOLOGIE. [clie ici](#)

Exemple. La consultation d'accompagnement et de recherche pour personnes transsexuelles. [clie ici](#)

Illustration. Frédérique. [clie ici](#)

CONCLUSION. [clie ici](#)

Droits de diffusion et de reproduction réservés © 2001-2010, Centre Georges Devereux

