

## ***Les enjeux psychiques de la migration et du travail clinique en situation interculturelle***

*Virginie Kolela-Kabangu*

Analyse parue dans l'ouvrage « *Soigner l'Autre en contexte interculturel* », paru en 2016 aux éditions de L'Harmattan sous la coordination de Luc Snoeck et Altay Manço, p. 115-124.

**Virginie Kolela (psychologue à l'Espace 28, Verviers, 20 janvier 2017) :**  
« Suite à un colloque organisé par Tabane au CHR de Liège fin 2015, il a été proposé à différents professionnels de la santé mentale qui travaillent avec un public migrant, de rédiger un article au sujet de leurs pratiques. En 2016, j'ai ainsi collaboré avec l'IRFAM pour la publication d'un article dans l'ouvrage collectif "Soigner l'autre en contexte interculturel". J'ai bénéficié d'une relecture critique. J'ai également eu l'occasion de publier une analyse de pratique de groupe dans la revue en ligne de l'IRFAM. Avec l'équipe de l'Espace 28, nous avons aussi collaboré à une série de séances de supervision d'équipes de santé mentale, autour de questions relevant de la thématique du radicalisme. Une de ces séances, début 2017, permettra de présenter nos publications. L'IRFAM a été à la base de l'organisation de ces activités. Cette collaboration nous permet d'introduire un aspect clinique et conjuguer nos compétences avec celles plus éducatives et sociologiques de l'IRFAM. L'objectif étant de fournir des éléments de réflexions aux professionnels concernés afin d'adapter leurs interventions à la dimension transculturelle de leurs publics. Par ailleurs, les publications permettent de faire connaître notre service (qui est jeune). Les supervisions servent le même besoin. Mais, c'est au niveau personnel que la coopération avec l'IRFAM a été la plus utile. Cela m'offre la possibilité de réfléchir ma pratique et de la partager par le biais de l'écriture, qui est mon mode d'expression favori. Et publier est un aboutissement. »



### *Note de l'Institut de Recherche, Formation et Action sur les Migrations*

Comme annoncé dans son rapport d'activité 2014, l'IRFAM s'est concentré, en 2015/2016, sur la question de la santé mentale des migrants. L'institut a abordé cette question complexe à travers une série de collaborations de longue haleine visant la valorisation et la diffusion de pratiques interculturelles qui impliquent activement les populations bénéficiaires. Dans ce cadre, les finalités de l'association sont, entre autres :

- Informer et sensibiliser le public par la publication et la diffusion de réflexions et d'analyses dans ce domaine ;
- Établir un dialogue entre les parties prenantes du domaine et introduire le concept de la responsabilité citoyenne dans les milieux dédiés à la santé mentale et sociale, concernés par la diversité de leurs publics ;
- Proposer des modalités de sensibilisation à la diversité socioculturelle en phase avec les besoins des milieux d'accueil et de soin (accompagnement d'équipes, conférences, publications et diffusion).

Au centre de cette initiative, parmi d'autres organismes, se trouvent le service de santé mentale pour migrants, l'association *Tabane à Liège*, et ses nombreux partenaires d'action et de réflexion.

La philosophie de Tabane ASBL ressemble à son histoire qui s'est construite, sur plusieurs décennies, dans l'interaction de ses intervenants professionnels, bénévoles, consultants, stagiaires et autres visiteurs. L'accompagnement de l'IRFAM, tel un bilan de cette intense activité, permet de dégager un écho méthodologique de cette évolution de vingt ans, tout en la situant dans le cadre d'autres recherches et initiatives du domaine de la santé mentale et sociale des migrants en Belgique et à l'étranger : *quelle est la spécificité du travail psychologique avec les migrants et les réfugiés ? Enfants, adultes et personnes âgées ? Comment les soignants, habitués à voir des patients plus proches de leurs références socioculturelles, se sentent-ils avec eux ?...*

Lorsque l'on travaille avec des migrants, il faut tenir compte de leur façon d'interpréter le monde, souvent différente de la nôtre. C'est ce que tente de montrer notre travail commun avec Tabane et ses alliés, tant à travers des exemples du domaine de la santé mentale qu'à travers l'analyse d'activités socioculturelles menées avec les patients migrants. Ces réflexions se prolongent également dans la sphère sociopolitique et nous interpellent en tant que citoyens : *l'accueil et l'inclusion ne sont-ils pas une implication de notre démocratie ?*

Cette collaboration s'est médiatisée, en 2016, à travers la publication de deux ouvrages dans notre collection « *Compétences Interculturelles* » aux éditions de L'Harmattan à Paris :

- *Soigner l'Autre en contexte interculturel*, paru en 2016 sous la coordination de Luc Snoeck et Altay Manço ;
- et *La fonction guérisseuse. Essai comparatiste sur les pratiques de guérison. Qu'est-ce que guérir ? Qui guérit ? Comment ?* de Daniel Schurmans, paru également en 2016.

Elle se matérialise aussi à travers la diffusion d'un numéro spécial de la lettre électronique de l'IRFAM : *Diversités et Citoyennetés* (n° 46-47, octobre 2016, accessible sur [www.irfam.org](http://www.irfam.org)) portant sur le thème « *Psychologie et migrations* ».

Enfin, les conférences organisées avec la participation de l'IRFAM, fin 2015, en 2016 et au début de l'année 2017 (essentiellement dans la région de Liège), contribuent également à la diffusion des constats critiques et des recommandations pratiques repris dans nos publications.

Ces méthodes innovantes se déclinent en thérapies collectives ou individuelles, ou encore en actions socioculturelles collaboratives. Elles ont été présentées et débattues par des experts, des acteurs, des bénévoles et des bénéficiaires, lors de réunions ou de consultations coorganisées à Liège, avec notre partenaire Tabane. Ce travail d'écoute et d'analyse collective en amont des publications a également eu lieu avec d'autres intervenants, notamment à Verviers (Espace 28 ASBL, Service de Santé Mentale de Verviers, Couleurs Café ASBL...).

Cette mobilisation réflexive a eu pour effet de « théoriser » ou de « modéliser » les pratiques en matière de santé mentale. La démarche donne lieu à une meilleure appropriation des enjeux et des méthodes développées par le réseau concerné. Un des points d'orgue de ce programme de réflexion et de débat fut, notamment, le colloque de Tabane tenu au CHR de Liège, en décembre 2015, une rencontre ayant alimenté nos publications, entre autres avec les contributions de partenaires de Suisse et de France.

## **Les enjeux psychiques de la migration et du travail clinique en situation interculturelle**

*Virginie Kolela-Kabangu*

Lorsqu'il m'a été proposé de contribuer à un ouvrage collectif sur le travail en santé mentale auprès des migrants, j'ai souhaité proposer une réflexion sur les enjeux auxquels sont confrontés les migrants et les professionnels confrontés à l'accueil de ces personnes. Mon propos invite à une réflexion sur les implications de la rencontre interculturelle pour les uns et les autres. À quels enjeux psychiques sont confrontées les personnes qui quittent leur pays ? Par quoi sont influencées nos réactions de professionnels, et plus largement, de membres de la société d'accueil ? Quels concepts peuvent nous aider à penser ces rencontres ? Et enfin, qu'apprenons-nous de nous-mêmes et de nos sociétés au travers de ces échanges ?

### **Les enjeux psychiques de la migration**

En quittant son environnement et sa culture, le migrant est confronté à une perturbation de son homéostasie et expérimente un moment de rupture par rapport à un équilibre antérieur. C'est pourquoi certains auteurs conçoivent la migration comme une crise. Sachant que psychisme et culture entretiennent un rapport d'étayage mutuel, quitter son environnement culturel implique une rupture des étaiements externes du psychisme, et la perte d'un contenant de pensée que l'on peut se représenter comme une enveloppe psychique. Concrètement, le migrant aura à négocier une perte de cohérence dans sa relation aux autres et à lui-même.

Selon Kaës (2004, 14), « *Cette expérience de rupture vient, pour le sujet, mettre en cause douloureusement la continuité du soi, l'organisation de ses identifications et de ses idéaux, l'usage de ses mécanismes de défense, la cohérence de son mode personnel de sentir, d'agir et de penser, la fiabilité de ses liens d'appartenance à des groupes, l'efficacité du code commun à tous ceux qui, avec lui, participent d'une même socialité et d'une même culture.* » La rupture migratoire nous propose de penser à la relation entre psychisme et culture, et renvoie au fait qu'en contexte de migration, le cadre culturel externe n'est plus à même d'aider l'individu à assurer le sentiment de continuité de son existence.

Pour Devereux (1977, 82), la culture est un phénomène universel. Tout en proposant de tenir compte de la diversité et des spécificités culturelles, il considère que le fait de créer et manipuler des éléments culturels est un fait commun à tous les êtres humains : « *... l'homme fonctionne en tant que "créateur, créature, manipulateur et médiateur de culture" en tout lieu et de la même manière.* » Chez Nathan (2001, 21), culture et psychisme sont conçus comme des doubles et entretiennent un rapport

d'homologie « *Sa propre culture forme à chacun une sorte d'ombre (...). Le rapport de l'homme avec son ombre, avec ce double — la culture —, constitue une fonction psychique fondamentale.* »

La culture structure l'espace vital, définit des manières appropriées d'évaluer et d'appréhender la réalité, notamment dans sa composante sociale. C'est au travers de règles, de normes, de rites et de mythes intériorisés dès l'âge le plus précoce que le sujet donne sens aux expériences vécues. C'est au travers de ces fonctions que la culture participe à l'émergence et au maintien du sentiment de sécurité, lequel est nécessaire au Moi pour effectuer son travail de mise en représentation de l'expérience.

Par les changements profonds qu'elle implique, l'expérience migratoire, principalement dans sa composante d'exil, renvoie le sujet à sa vulnérabilité fondamentale, à sa nécessaire dépendance aux autres. La vulnérabilité est aux fondements du lien social, car elle sollicite l'autre dans sa capacité à reconnaître et à accepter autrui. Cette idée est particulièrement visible dans le cas du nouveau-né, qui ne survit qu'à la condition d'être accepté, accueilli et materné par d'autres humains. Et cette vulnérabilité humaine reste en filigrane durant toute son existence. Un individu seul n'existe pas, dans le sens où il ne peut se penser seul, sans référence à un autre. La maladie, la vieillesse et quantité des vicissitudes de l'existence nous le rappellent tout au long de la vie. C'est pourquoi l'expérience de la migration et de l'exil est fondamentalement humaine, car elle expose ceux et celles qui la vivent à une plus grande dépendance (du moins momentanée) à l'autre (Kolela-Kabangu, 2008). Humaine, car elle questionne notre propre capacité à répondre à cette demande. Le lien social est porteur de plaisir, de possibilités infinies d'échanges et d'humanisation réciproques, mais il contient également le risque d'exclusion. Au départ, la migration « précarise » le lien social du migrant et de l'exilé, mais elle est aussi vouée à l'enrichir. Pour Furtos (2008), lorsque la précarité fonctionne bien, elle ouvre à une triple confiance : « *confiance en l'autre, aidant en situation de détresse ; confiance en soi suffisamment bon pour être aidé ; et confiance en l'avenir, en cas de nouvelles détresses.* » À l'inverse, certaines conditions liées à l'environnement social exacerbent cette précarité, et le sujet court alors le risque d'une triple perte de confiance. Parfois, dans des situations de guerre ou de désorganisation de la vie sociale, c'est l'aire culturelle elle-même qui est perdue, lorsque les valeurs qui font lien et autorisent les relations s'effondrent.

### **La migration est un acte psychique**

La migration est souvent abordée dans sa composante sociale, économique et politique. Mais elle est avant tout un acte psychique qui implique la personne dans son intimité et l'engage dans ses fondements identitaires. La perte d'équilibre appelle le sujet à se réorganiser et à revisiter ses liens aux autres et à son environnement. Il est appelé à un effort d'adaptation, à la recherche d'un nouvel équilibre. C'est pourquoi la migration nécessite un travail d'élaboration de la part du sujet. Cette notion d'élaboration psychique a été introduite par Freud au sujet du

travail du rêve et du travail de deuil. Elle désigne « ... le travail accompli par l'appareil psychique en vue de maîtriser les excitations qui lui parviennent et dont l'accumulation risque d'être pathogène. Ce travail consiste à intégrer les excitations dans le psychisme et à établir entre elles des connexions associatives » (Laplanche et Pontalis, 2002, 130).

Quel est ce travail ? L'imprévisibilité du nouvel environnement augmente l'insécurité et, dans une mesure variable, l'angoisse ressentie. Face à l'angoisse, des réactions défensives sont mobilisées. Il se peut que des conflits antérieurs, dépassés par l'évolution du sujet, soient réactivés lors de la migration. Le sujet vit d'abord une forme de régression, par le recours à des mécanismes de défense plus archaïques, comme le clivage, par exemple. En tant que cliniciens, nous sommes amenés à l'observer lorsque la personne applique une vision dichotomique aux deux pays (d'origine et d'accueil) ; le premier étant totalement idéalisé et l'autre perçu uniquement en termes négatifs. Ce clivage témoigne de la difficulté pour le sujet à établir des liens entre les deux référentiels culturels. L'angoisse ressentie par les personnes à ce stade est de nature persécutive. Le travail d'élaboration a également trait à la gestion de la perte (des personnes et des lieux, mais aussi des rôles, des statuts et fonctions assumés dans son groupe). Ces pertes importantes et simultanées sont ressenties de manière plus ou moins douloureuse, parfois même physiquement. En effet, le corps est la première enveloppe sur laquelle se développe et s'étaye le fonctionnement psychique. Ces pertes peuvent être conjuguées au décès de personnes proches. C'est donc un travail de deuil que le migrant est appelé à faire. Ce travail est douloureux, il nécessite que la personne retire son investissement des objets perdus, ce qui n'est pas facile à accepter et nécessite du temps. Dans le cas où la personne ne quitte pas volontairement son pays, cette gestion de la perte peut être rendue encore plus difficile. Pour Freud (2008), cette difficulté à désinvestir l'objet d'amour (ici l'environnement dans ses aspects sociaux, matériels et symboliques) fait que l'existence de l'objet perdu se poursuit psychiquement. Par exemple, la personne continue à penser continuellement à la vie qu'elle a quittée et est absorbée par ce qui se passe dans son pays, en investissant difficilement les activités et personnes présentes dans le pays d'accueil. Les sentiments de culpabilité font également partie des réactions fréquentes, surtout dans les situations de pertes traumatiques. Les réactions dépressives et anxieuses sont souvent présentes dans notre pratique clinique, parfois accompagnées de troubles somatiques.

Ce type d'angoisse de nature dépressive va faire appel à la capacité d'utilisation de l'aire transitionnelle. Pour Winnicott (1975, 150), l'aire transitionnelle est une aire d'illusion entre le subjectif et la réalité objectivement perçue. C'est de l'extension de cette aire d'illusion que naîtrait l'expérience culturelle. « Là où se rencontrent confiance et fiabilité, il y a un espace potentiel, espace qui peut devenir une aire infinie de séparation, espace que le bébé, l'enfant, l'adolescent, l'adulte peuvent remplir créativement en jouant, ce qui deviendra ultérieurement l'utilisation heureuse de l'héritage culturel. » Le travail thérapeutique que nous développons avec les personnes migrantes s'inscrit dans cette aire transitionnelle et s'appuie sur

la capacité du thérapeute à « jouer », à remobiliser et à articuler les éléments du vécu individuel et groupal des personnes, pour favoriser la reprise d'une capacité de liaison entre les affects et les représentations prémigratoires et les expériences nouvelles vécues dans le pays d'accueil. Peu à peu, les personnes pourront s'appuyer de nouveau sur leurs compétences, retrouver un sentiment de sécurité interne suffisant et investir l'environnement qui se présente à eux. L'identité narrative joue une fonction importante, permettant aux identités de se modifier suffisamment pour intégrer de nouveaux éléments, sans toutefois renoncer à ses fondements, lesquels sont nécessaires à l'équilibre intérieur.

### **Une clinique de l'altérité**

La rencontre de l'autre nous confronte à un nombre important d'informations perceptives et mnésiques. Pour traiter ces informations, nous faisons appel à des stratégies cognitives, dont la catégorisation. La catégorisation nous aide à appréhender notre environnement humain, à traiter l'information de manière rapide et à savoir quel comportement adopter. Nous construisons ainsi des théories implicites, à partir de notre expérience vécue, mais également de la culture ambiante (Leyens et Yzerbyt, 1997, 43). Les stéréotypes découlent de cette organisation catégorielle de l'information. Ils désignent « *les croyances partagées par un groupe à propos des caractéristiques de personnalité de l'ensemble d'un groupe.* » Ces stéréotypes « *... évoquent, sous forme d'attributs de personnalité, les attentes que les gens entretiennent à propos de catégories sociales...* » C'est pourquoi la rencontre de l'autre en situation interculturelle n'est pas neutre. Dans le cadre clinique qui nous occupe, de nombreux facteurs conscients et inconscients viennent moduler la rencontre, et ce, avant même qu'elle ait lieu. « *Appartient à ce pré-contra-transfert les différentes représentations qui émergent chez le thérapeute à propos du patient avant qu'il ne le rencontre (du fait de la consonance du nom du patient, des éléments transmis par le collègue qui l'adresse, etc.) Enfin, notons que si les réactions contre-transférentielles émergent sous forme d'affects, elles le font également sous forme de représentations, de rêves, de stratégies cognitives, de comportements, voire de manière psychosomatique* » (Rouchon et coll., 2009, 30). Ces représentations sont le fait de nos propres défenses, de notre structuration personnelle et de nos fantasmes, mais elles ont également une dimension collective, car nous empruntons ces représentations dans notre propre univers socioculturel. Nous sommes imprégnés des stéréotypes, des images et des opinions de la société dans laquelle nous évoluons. C'est pourquoi la pratique clinique, sociale ou éducative en situation interculturelle nécessite de travailler ces questions et d'aménager nos cadres de travail.

En contexte interculturel, nous serons invités à prendre en compte le rapport (souvent ambivalent) de la personne à sa culture d'origine, à la culture du pays d'accueil, et à la culture qu'il nous attribue. C'est alors le niveau interpersonnel qui est considéré. Nous sommes moins préparés à prendre en compte le niveau collectif de la rencontre, comme le rapport que nos groupes culturels respectifs entretiennent

entre eux, les liens historiques que nos pays ont eu dans le passé, les rapports politiques qu'ils ont actuellement, etc. Tous ces niveaux de lecture sont présents, à des niveaux plus ou moins conscients, dans les contacts interculturels. Qu'est-ce qui peut nous guider face à ces enjeux et à leur complexité ? Et à quoi renvoient ces questions ? Pour Rouchon (2007), la rencontre interculturelle met en jeu la dialectique altérité/identité, c'est pourquoi elle est parfois vécue de manière si violente, de part et d'autre.

En tant que cliniciens, l'ensemble des attitudes que nous allons développer dans la rencontre interculturelle peut être placé sur le continuum déni de la différence culturelle/réification de la différence culturelle. Par exemple, il nous arrive parfois de scotomiser les éléments culturels et d'avoir pour seule grille de lecture le fonctionnement intrapsychique, ou les relations familiales du patient. Le risque est dans ce cas de confondre « *l'altérité culturelle et l'étrangeté psychiatrique* » (Nathan, 1986, cité par Rouchon 2007, 88) ou de « *dénier la réalité externe du patient* », par exemple, la non-reconnaissance des discriminations dont il peut être victime. À l'inverse, la différence culturelle peut nous fasciner, au point de ramener l'ensemble du discours et des observations à cette seule différence. Nous nions alors l'individu, centrons les échanges sur les éléments culturels, dans une perception « exotisante » de l'autre. Cette attitude omet de prendre en compte le travail de distanciation que la personne a réalisé par rapport à sa propre culture, parfois dès son pays d'origine. Conjointement, le patient risque alors d'utiliser la culture à des fins défensives : « *la culture peut être utilisée défensivement dans la relation de transfert par le thérapeute, mais aussi par le patient dans une sorte de compromis résistanciel* » (Rouchon, 2007, 89). Il nous arrive également de nous laisser gagner par nos préjugés. Il est à cet égard intéressant de se pencher sur les représentations véhiculées dans nos sociétés européennes sur les populations migrantes et de voir comment elles peuvent, à notre insu, nous impacter. La différence de langue, d'accent, de phénotype éveille une forte fantasmatique chez chacun de nous (Rouchon, 2007).

### **Des balises pour travailler en situation transculturelle**

De nombreux cliniciens tels que Devereux (1977), Nathan (2001) et Moro (2004), ont développé des outils de pensée et des dispositifs spécifiques pour travailler la question de notre rapport à l'autre en situation interculturelle. Leurs travaux nous fournissent des balises utiles. La notion de décentrage culturel, qui consiste à « *construire une position intérieure qui permette de ne pas ramener de l'inconnu à du connu* » (Moro, citée par Rouchon, 2007) et d'élaboration de la culture en soi, qui vise la reconnaissance de l'étranger que nous sommes pour nous-mêmes, permet de reconnaître que « *l'autre étant toujours dépositaire de parts de nous-même, de nos bons comme de nos mauvais objets psychiques, l'appréhender c'est d'abord découvrir ou recouvrir, à son endroit, ces parts qui nous appartiennent en propre* ». Nous sommes dès lors amenés à nous questionner sur notre fonctionnement psychique, nos théories et pratiques, mais également sur le contexte socio-

économique et politique ; ainsi que sur les institutions dans lesquelles nous travaillons (Rouchon, 2007). L'échange collectif et interdisciplinaire, et le travail en situation d'expatrié permettent de poser ces questions (Moro, 2004). Les lectures et l'attention aux expressions artistiques sont également une source d'information sur les manières dont les uns et les autres se représentent et éprouvent le fait « *d'être au monde* ». La prise en compte des facteurs historiques, politiques et économiques agissants dans le contre-transfert permet aussi un éclairage nouveau de certaines réactions, du côté des migrants, mais également de nous-mêmes. C'est par l'introduction de tiers tels que superviseurs, références théoriques ou écriture que nous pouvons identifier et expliciter notre contre-transfert culturel, et nous décentrer affectivement et culturellement de nos propres réactions. Le recours à d'autres disciplines comme l'anthropologie, l'histoire et la politique est également important, dans la logique du complémentarisme proposée par Devereux (Rouchon, 2007).

### **Illustration clinique**

Je travaille dans une association (Espace 28 à Verviers) qui propose un accompagnement spécialisé aux personnes étrangères, principalement demandeurs d'asile et réfugiés. Le travail est basé sur trois axes d'intervention : sociojuridique, de formation (alphabétisation et français langue étrangère) et psychologique. Nous sommes une petite équipe soudée autour de valeurs très fortes d'accueil, d'engagement, de respect de l'autre dans sa spécificité. Dans ce contexte, la différence culturelle est valorisée, perçue en termes de ressources.

D'un point de vue personnel, je suis de nationalité belge. Issue d'un couple interculturel (Belgique/République Démocratique du Congo), j'ai un phénotype métissé. Ayant toujours vécu en Belgique, j'ai principalement intériorisé les normes et les valeurs de la culture belge. Je suis par ailleurs engagée dans un couple interculturel. Au-delà de mon identité professionnelle, la différence culturelle est donc une question qui engage mon identité à plusieurs niveaux, au travers de mes liens de filiation et d'affiliation. Avoir conscience du fait que je ne travaille pas « par hasard » avec ce public est une condition nécessaire — et non suffisante — au travail d'élaboration de mon positionnement en tant que psychologue.

La situation clinique concerne une jeune femme originaire de la RDC, qui m'a été orientée par une assistante sociale. Il se trouve que cette jeune femme était dans une situation administrative particulière puisque son âge était contesté par les instances d'asile. Elle n'avait dès lors pas pu bénéficier de l'accompagnement habituel réservé aux mineurs étrangers non accompagnés. Lorsque je l'ai rencontrée, elle semblait très seule et en grande souffrance tant physique que psychique. De plus, le rejet de sa demande d'asile la plaçait en situation de séjour très précaire. Lors des premiers entretiens, la jeune patiente cherchait visiblement une relation proximale avec moi, faisant preuve d'une amabilité que je craignais feinte et qui me rappelait celle que j'avais éprouvée, en RDC, de la part de certains Congolais face aux Belges. Attitude transférentielle à laquelle je répondais en tentant de garder une distance suffisante, « professionnelle », sans toutefois y parvenir de manière satisfaisante. Assez

rapidement au cours du suivi, j'ai ressenti une sorte de culpabilité par rapport à ma façon de travailler avec elle. Mes réactions étaient de l'ordre de l'identification, avec des pensées comme : « *c'est une orpheline comme moi et comme les autres enfants de ma famille, c'est une petite sœur* », identification contre laquelle je me défendais par des pensées telles qu'« *Il ne faut jamais faire de préférence culturelle, il faut garder une distance professionnelle* » distance qui m'était cependant difficile de maintenir. Par exemple, je me surprénais parfois à un tutoiement que je n'ai habituellement pas dans le cadre professionnel, ou bien je tolérais un débordement au-delà du temps imparti pour la séance.

À d'autres moments, des idées culpabilisantes me venaient en tête telles que « *cette fille congolaise n'a pas grande valeur aux yeux de la Belgique, ils n'auront aucune difficulté à l'expulser à Kinshasa, où elle ira rejoindre les autres jeunes des rues, tandis que moi, avec mes papiers, je reste avec mes privilèges, ceux que les Belges ont depuis longtemps face aux Congolais* ». Ces pensées culpabilisantes me donnaient spontanément envie de réparer le fait d'avoir « des privilèges ». Le risque était alors d'idéaliser son appartenance culturelle, de la construire en victime et d'empêcher par là une valorisation de ses propres ressources. Paradoxalement, je me trouvais moins proactive que d'habitude (notamment pour contacter son réseau et faire le lien entre les différents intervenants tels que l'avocat ou le médecin traitant...). Les défenses que je mettais en place contre cette culpabilité et le désir de « réparation » qu'elle suscitait en moi me bloquaient dans l'action. Après les premières séances, le fait de garder une distance professionnelle a pris le pas sur un accueil chaleureux et authentique, témoignant d'une forme d'ambivalence à son égard.

Comprendre la culpabilité éprouvée dans cette situation m'a amenée à faire le lien avec des éléments culturels et historiques de mon contre-transfert. Au travers de mon identification à l'Etat belge (qui se montrait « maltraitant » vis-à-vis d'elle, comme il l'avait été envers le peuple congolais à l'époque coloniale), je ressentais une forme de « culpabilité politique ». Pour Paul Ricœur (cité par Rousseau, Nadeau, et Measham, 2008, 351), la culpabilité politique « *est celle de tous les citoyens apprêtés à assumer les conséquences des actes commis par l'État à la puissance duquel ils sont subordonnés et dont l'ordre au quotidien leur permet de vivre.* » Le désir de réparation suscité par cette culpabilité était en outre renforcé par une identification, liée à des éléments d'histoire personnelle et familiale (le fait d'être orpheline). Pour certains auteurs comme Comas-Diaz (cité par Rouchon, 2007, 90), « *des affects contre-transférentiels tels que la culpabilité, la pitié et l'agressivité sont plus fréquents que d'autres en thérapies interculturelles. (...) La culpabilité peut être une réaction émotionnelle émergeant quand les réalités sociale et politique attribuent un statut inférieur aux personnes appartenant à certains groupes sociaux ou culturels* ». Au-delà des points communs, l'asymétrie de la relation psychologue/patient était redoublée d'un statut social dominant (un droit de séjour inconditionnel de par ma nationalité belge). La culpabilité et l'ambivalence ressenties étaient également liées à ma propre construction identitaire, et à mes

identifications multiples au groupe dominant des Belges et au groupe dominé des Congolais (Sironi, 2013).

Les échanges que j'ai eus avec le réseau de la patiente, au sujet de son état de santé et de sa procédure d'asile, la prise en compte de leur point de vue tiers a favorisé une prise de conscience de ces enjeux contre-transférentiels. Lors d'un contact ressenti comme décevant avec son médecin, j'ai été renvoyée à ma propre altérité, professionnelle et culturelle. Un second échange avec un autre médecin m'a permis de me sentir plus légitime à aider cette jeune patiente. M'autorisant à m'impliquer avec davantage d'authenticité, j'ai pu me montrer plus active. La rédaction d'un rapport pour sa procédure d'asile a été l'occasion de relire son histoire et de percevoir que de manière récurrente, les adultes s'étaient déresponsabilisés par rapport à elle, au point qu'elle se trouve livrée à elle-même, et ce, tant en Belgique qu'en RDC. Le risque était dès lors de reproduire la même chose dans l'espace thérapeutique en n'osant pas m'impliquer. Je décidai de poursuivre l'accompagnement en assumant mieux mon investissement dans la relation, et en prenant position à ses côtés contre les actes de maltraitements subis en RDC et le refus des instances d'asile belges de lui assurer une protection. Le fait de nommer l'injustice subie des deux côtés a concouru au renforcement de l'alliance thérapeutique. Entre temps, la jeune fille se montra plus à même de mobiliser ses ressources (investissement de son réseau social et foi religieuse). Malgré une situation de séjour toujours précaire et la persistance de symptômes psychiques et somatiques, elle semble avoir retrouvé un sentiment de sécurité intérieure et une confiance en elle-même.

Comme dans cette situation, de nombreux aspects sont parfois laissés dans l'ombre dans le travail en contexte interculturel. Cet exemple nous invite à poursuivre notre questionnement au sujet des aspects culturels du contre-transfert, une notion qui souligne « *qu'on ne réagit pas seulement à la subjectivité de l'autre en fonction de ce que l'on est individuellement, mais qu'une part de ces réactions correspond aux réactions du collectif qui est en nous et de celui qui est en l'autre* » (Rouchon et coll., 2009, 31). L'appui sur l'équipe, le réseau, les théories et le détour par l'écriture sont dès lors des outils utiles au travail thérapeutique transculturel.

## Conclusion

*« Le moi, devant autrui, est infiniment responsable »* Lévinas (1982)

L'augmentation du nombre de réfugiés dans le monde fait de la migration une question centrale en ce début de XXI<sup>e</sup> siècle. Ce phénomène qui remonte à la nuit des temps est imprégné de l'actualité criante du « *visage (qui) s'impose à moi sans que je puisse cesser d'être responsable de sa misère* » (Levinas, 1982). Au niveau interindividuel, les professionnels de la santé mentale, du champ social et éducatif assurent l'interface entre les personnes primo-arrivantes et les populations

autochtones (y compris les populations issues de migrations plus anciennes), inévitablement interpellées dans leur capacité d'accueil. Accueillir l'autre en situation interculturelle nous invite à revisiter nos histoires individuelles et collectives. Au travail psychique qui incombe aux migrants, fait écho notre propre travail d'élaboration lorsque nous vivons et travaillons ensemble. Nos identités, nos cadres de travail se voient questionnés par cette rencontre. Rencontre interculturelle dont le risque est l'exclusion de l'autre, soit en ne voyant en lui que sa culture, en déniait son rapport complexe à celle-ci ou en niant sa différence, et en méconnaissant la nôtre. La condition de migrant nous renvoie à la question de notre universelle vulnérabilité et engage dès lors notre responsabilité, laquelle ouvre au développement conjoint d'une position éthique et humaine (Kolela-Kabangu, 2008).

### Bibliographie

- Devereux G. (1977), *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris : Gallimard.
- Freud S. (2008), « Deuil et mélancolie », dans *Métapsychologie*, Paris : Folio, p. 145-172.
- Furtos J. (2008), *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Paris : Masson.
- Kaës R. (2004), *Crise, rupture et dépassement*, Paris : Dunod.
- Kolela-Kabangu V. (2008), *S'en (re)mettre au monde pour renaître à soi. Réflexion sur le travail psychique de la migration en regard de la constitution du soi et de la capacité d'accueil de la société*, Université Paris XIII.
- Laplanche J. et Pontalis J.-B. (2002), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris : PUF.
- Levinas E. (1982), *Éthique et infini. Dialogues avec Philippe Nemo*, Paris : Arthème Fayard.
- Leyens J.-P. et Yzerbyt V. (1997), *Psychologie sociale*, Sprimont : Mardaga.
- Moro M.-R. (2004), *Enfants d'ici venus d'ailleurs. Naître et grandir en France*, Paris : Hachette Littératures.
- Nathan T. (2001), *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Paris : Dunod.
- Rouchon J.-F. (2007), *La notion de contre-transfert culturel : enjeux théoriques, cliniques et thérapeutiques*, Université de Nantes.
- Rouchon J.-F., Reyre A., Taïeb O. et Moro M.-R. (2009), « Le contre-transfert culturel, une notion nécessaire pour soigner », *Soins Psychiatrie*, n° 260.
- Rousseau C., Nadeau L. et Measham T. (2008), « Les mains sales : racisme et responsabilité morale en clinique », *L'Autre*, n° 9, p. 349-359.
- Sironi F. (2013), « Les métis culturels et identitaires. Un nouveau paradigme contemporain », *L'Autre*, n° 14, p. 30-42.
- Winnicott D. W. (1971-1975), *Jeu et réalité*, Paris : Gallimard.