



DIPLÔME INTER-UNIVERSITAIRE
SANTÉ
SOCIÉTÉ
MIGRATION

Adapter « notre » psychiatrie en situation transculturelle

Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration »

Rédigé sous la direction de Serena TALLARICO

GILLIER, Julie

Année 2021-2022

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ici mes sincères remerciements à tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail.

Je voudrais tout d'abord remercier ma directrice de mémoire, Serena TALLARICO, pour sa disponibilité et son accompagnement.

Je désire aussi remercier l'ORSPERE SAMDARRA et toute l'équipe de ce diplôme inter-universitaire pour leurs conseils et l'accès à leur bibliothèque.

Ensuite, j'aimerais remercier mes collègues de travail, infirmiers et psychiatres, qui m'ont aidé à repenser la situation et à préciser ma pensée. Je les remercie de leur accompagnement tout au long de ma démarche.

Je remercie enfin Loïc, mon collègue de travail, pour ses conseils avisés et sa relecture pertinente de ce mémoire.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
Problématique	5
Hypothèses	5
Objectifs	5
VIGNETTE CLINIQUE	6
III. ALTÉRITÉ EN PSYCHIATRIE OCCIDENTALE	13
Psychiatrie occidentale (diagnostic à tout prix)	14
Phénoménologie de Husserl	18
Migrants en psychiatrie	18
IV. PHÉNOMÈNE DE CONTRE-TRANSFERT ET CLIVAGE	21
Théorie transfert, contre-transfert	22
Définition du contre-transfert culturel	23
Elaboration du contre-transfert culturel	25
Contre-transfert dans le cas de Naby	26
V. ADHÉSION AUX SOINS EN HOSPITALISATION SOUS CONTRAINTE	31
Violence des hospitalisations sous contrainte	32
La violence comme survie au traumatisme	34
Alliance thérapeutique	34
CONCLUSION	36
Conclusion	37
Auto-évaluation	38
VII. ANNEXES	39
Bibliographie	40
Lectures complémentaires	42

I. INTRODUCTION

Pour introduire ce travail de fin d'année, je voudrais mettre en lumière le contexte. Je suis infirmière depuis 2018 en service de psychiatrie. Le service dans lequel je travaille actuellement a la particularité d'être un service fermé donc accueillant uniquement des patients en soins sous contrainte. Le secteur géographique de mon service fait que nous accueillons également beaucoup de personnes qui vivent dans la précarité, dans des foyers ou sans domicile. Ces personnes en soins sous contrainte sont généralement dans le déni de leurs pathologies, ce qui rend difficile l'alliance aux soins et les prises en charge. Plusieurs fois, nous avons eu dans le service des patients étrangers (francophones ou non). La prise en charge aujourd'hui en service de psychiatrie des patients étrangers est, je trouve, encore incomplète et inadaptée. J'ai pu constater que nous manquons d'informations et de formations. Nous manquons de moyens également. Tout cela complique énormément les prises en charge. Ajouté à cela, la violence des soins et la violence hétéroagressive des patients peut entraîner certaines réactions que j'ai pu observer dans l'équipe pluridisciplinaire.

Pour commencer ce travail de recherche, je vais présenter un cas clinique qui a suscité beaucoup de réactions de la part des soignants, de par sa complexité. J'aimerais développer et effectuer un travail sur les mouvements transférentiels culturellement codés et l'adhésion dans la prise en charge de patients migrants en service fermé de psychiatrie. Ensuite, cela nous permettra d'avoir des pistes et des outils de compréhension pour les prochaines prises en charge et pour permettre une réflexion autour de la situation de Naby.

J'aimerais donc faire une partie unique sur la présentation du patient pour installer le contexte dans ce travail de recherche. La vignette clinique comportera la présentation du patient et le résumé de ses hospitalisations.

Je développerai ensuite mes axes de recherche en reprenant les éléments de cette vignette clinique et en ajoutant certaines données non citées dans ce cas (notamment le vécu et les réactions des soignants).

1) Problématique

Comment adapter notre prise en charge pour des patients migrants ? Comment prendre en compte les variables culturelles dans une approche thérapeutique ? Comment obtenir une alliance thérapeutique en psychiatrie pour des patients sous contrainte ? De quelle manière les mouvements transférentiels et contre-transférentiels sont-ils culturellement codés ? Et comment se manifestent-ils ?

2) Hypothèses

Mes hypothèses concernant ceci en début de travail seraient que le contre transfert culturel peut impacter sur les prises en charge des personnes étrangères. La position des soignants et le clivage peuvent être des éléments qui ont entravé la prise en charge. Les diagnostics multiples précoces des médecins ont pu fragiliser l'alliance aux soins. Les soins sous contrainte et l'institution actuelle de la psychiatrie ont pu faire violence et donc entraîner de la violence chez ce patient.

3) Objectifs

L'objectif de ce travail est d'aider à améliorer nos pratiques et les prises en charge de patients migrants en soins sous contrainte. Il serait également intéressant de pouvoir avoir des éléments concrets pour éviter les contres transferts face à l'altérité et éviter les échecs thérapeutiques pour renforcer l'alliance aux soins. Et plus personnellement, j'aimerais que ce travail m'apporte et apporte à mes collègues de travail des pistes de réflexion par rapport à la prise en charge de ce patient qui a été compliquée pour l'ensemble des soignants. Le fait de pouvoir faire mon travail de fin d'année va m'apporter plus de connaissances et va me permettre de prendre du recul pour analyser la situation.

II. VIGNETTE CLINIQUE

Naby (prénom d'emprunt pour préserver l'anonymat), jeune homme de 20 ans, né le 14 juin 2002 en Guinée (Conakry). Il est l'aîné d'une fratrie de 6 enfants, 6 garçons à sa connaissance. Il n'a jamais vu ses deux plus petits frères car il avait déjà quitté le pays à leurs naissances. Il est issu d'une famille chrétienne. Il a fait son école primaire en Guinée. Il décide de quitter son pays très jeune pour rejoindre l'Europe, accompagné d'un ami de la famille qu'il considérait comme son grand frère et de personnes plus âgées de son village. Les raisons de son départ restent floues, mais sont essentiellement pour les études et le travail. Il avait environ 10 ans selon ses dires. Son parcours a commencé par la traversée du Mali en voiture. Il a pu rapporter des empoisonnements et des violences physiques durant son passage au Mali. Il a été victime d'un enlèvement mais il a pu s'enfuir ensuite car ses parents n'ont pas pu payer la rançon de 180 euros. Après le Mali, le groupe s'est séparé. Naby est allé en Algérie avec son « grand frère » et y a travaillé pendant deux ans. Il a été victime de maltraitance, d'exploitation, de vols ainsi que plusieurs agressions au couteau. Naby rapporte que parfois, des Algériens l'emmenaient dans d'autres villes sans qu'il soit prévenu. Après de multiples travaux, il a eu assez d'argent pour passer vers le Maroc. Il a traversé la frontière à pied. Il est resté au moins six mois au Maroc et y a travaillé également. Il a rapporté que le rapport avec la population locale a été plus facile qu'en Algérie et qu'il se faisait offrir des repas grâce à la mendicité.

Ensuite, il est passé par la forêt de Cassiogo (sur les hauteurs de Fnideq) pour rejoindre le passage de Ceuta (Espagne). Il a traversé la barrière pour arriver sur le territoire européen en juillet 2018. A la suite de cela, il a pris le bateau pour arriver à Grenade (Espagne). Il a perdu son « grand frère » dans la traversée. En Espagne, ses fréquentations l'ont amenées à des consommations de drogues et d'alcool ainsi que dans des réseaux de prostitutions. Il est resté en Espagne pendant environ 3 mois puis a demandé à aller en France car Naby est francophone. L'État espagnol lui a payé son billet de train pour Bayonne (France). Il est arrivé en France en novembre 2018. Il est allé dans beaucoup de villes françaises pour demander une prise en charge pour mineur non accompagné. Dans chaque ville, Naby n'était pas reconnu mineur (16 ans au moment des faits). Il a pu être reconnu mineur dans une grande ville du département après un recours. Durant les démarches administratives, il a été hébergé par une femme faisant partie de l'association vers laquelle Naby s'était tourné. Puis, il a débuté la prise en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance. Il a ensuite résidé dans un appartement pour les mineurs isolés d'une association locale. Après sa majorité, il a résidé

dans un foyer puis à l'hôtel en attente de logement. Depuis mars 2020, il vit dans un appartement semi-autonome (dépendant de la même association locale), en colocation, avec des visites régulières d'éducateurs de l'ASE. Il a donc ce logement jusqu'à la fin de sa scolarité puis aura un relai chez les jeunes adultes ensuite.

Au niveau des études, il a un contrat jeune majeur (CAP Boulangerie). A la fin de sa formation, il a obtenu un titre de séjour travail temporaire.

Sur le plan familial, il est très isolé en France, hormis un « oncle » qui réside dans le Nord de la France. Il a encore des contacts avec sa famille en Guinée par téléphone (surtout sa mère).

Sur le plan psychiatrique, Naby a été hospitalisé cinq fois en service de psychiatrie.

Le 13 mai 2020, il est amené aux urgences pour état d'agitation et propos étranges avec un comportement inadapté. L'éducatrice de Naby rapporte qu'il est en appartement semi-autonome depuis deux mois, qu'il n'a jamais eu de problèmes avant cet épisode. Elle décrit Naby comme un jeune homme très autonome, qui aide et participe aux tâches collectives. Elle le présente comme le « modèle » des autres colocataires. Depuis peu, Naby aurait contacté son ancienne famille d'accueil pour leur dire qu'il n'était pas bien, qu'il avait faim, qu'il avait des difficultés de concentration et que les personnes dans la rue le regardaient. Il inventerait des recettes de pain au travail, ce qui mettait son employeur en difficulté. Son patron note un changement de comportement depuis quinze jours (agitation, irritabilité, impulsivité, intolérance à la frustration, humeur plutôt exaltée). A ce moment-là, Naby est en arrêt maladie depuis trois jours. Il en veut aux éducateurs car il a peur de perdre son travail. Il a des propos tels que : « ils veulent m'empêcher de faire mon apprentissage » ou « j'ai été ensorcelé ».

L'éducatrice rapporte aussi depuis peu des consommations de drogues (THC). L'échéance de l'obtention de son titre de séjour approche également, ce qui l'angoisse beaucoup.

A son arrivée aux urgences, Naby se présente assez tendu et agité, il est alors contenu 5 points à un brancard. Il reste mutique au départ puis a des propos tels que « vous voulez me tuer, vous voulez me contaminer », « ils veulent prendre mon identité, ils veulent me tuer », « je ne crains pas le COVID ». Il reçoit un traitement par injection musculaire. Il reste contenu au lit. Dans les jours suivants, il se sent menacé par les soignants lors des soins, refuse que quelqu'un le touche, se sent très intrusé. Il est envahi par la colère et ne comprend pas son hospitalisation et sa contention.

Cinq jours après son arrivée aux urgences, il reconnaît avoir des difficultés de concentration et des trous de mémoire. Il explique qu'il se trompait de pâte à pain et qu'il arrivait en retard au travail. Il rapporte beaucoup d'angoisse. Il sera majeur dans un mois et est très inquiet de son devenir. Il dit se sentir indigne d'être en arrêt maladie alors qu'il « va bien ». Il supporte très mal l'hospitalisation sous contrainte et a beaucoup d'épisodes de tension. Le 28 mai, l'interne de médecine note « patient très marqué par le décès de son frère sous ses yeux durant leur migration, pas de symptômes évocateurs de TSPT ». Durant l'hospitalisation, il a une altercation avec un autre patient car se fait insulter de « sale nègre ». Il lui donne une claque et se retrouve en chambre d'isolement par la suite. En chambre d'isolement, Naby a essayé de sortir et forcer le passage. Les infirmiers le retiennent, il mord une soignante et se retrouve contenu. L'équipe ne note pas d'élément délirant franc, mais un vécu de préjudice et beaucoup d'angoisses.

Le 03 juin, un interne évoque au patient un diagnostic et lui explique ce qu'est un premier épisode psychotique. Il sort d'hospitalisation le 05 juin avec un suivi par l'équipe mobile et le CMP avec un passage d'infirmières à domicile pour lui administrer son traitement. Il est traité par RISPERDAL® 6 mg per os (neuroleptique) car ne voulait pas d'injection retard.

Naby est une nouvelle fois hospitalisé le 15 juin 2020 (lendemain de sa majorité), accompagné de son éducatrice pour troubles du comportement et mises en danger. Il aurait mis de l'eau sur des ampoules puis aurait « disparu » le 14 juin. Il a des propos incohérents, se plaint d'insomnies. Il présente une désorganisation psychique et comportementale. Il est une nouvelle fois contenu car présente un risque de fugue. A son entrée le médecin ne retrouve pas d'élément délirant et la thymie n'est pas évaluable. Il monte un placement sous contrainte car le patient nie les mises en danger. L'éducatrice rapporte qu'il aurait également menacé ses colocataires au couteau et aurait essayé d'enfermer un colocataire dans une chambre. La directrice de l'ASE aurait ordonné une fin de prise en charge mais Naby est toujours pris en charge par le conseil départemental. De nouveau, il dit qu'il pense que ses colocataires veulent l'ensorceler. Pendant cette hospitalisation, Naby ne présente pas de troubles du comportement. Il sort le 09 juillet 2020 avec 8 mg de RISPERDAL® avec le même suivi en programme de soins cette fois-ci.

Nouvelle hospitalisation le 23 juillet 2020 dans notre service suite à une réintégration pour troubles du comportement dans le nord de la France chez son oncle. Naby est parti de la ville où il résidait après sa sortie d'hospitalisation début juillet 2020. Un signalement a été fait par la directrice de l'association par rapport à cette disparition et perte de contact. L'oncle rapporte une absence de trouble du comportement durant la semaine et le 16 juillet, Naby tient des propos incohérents et déambule pieds nus dans la rue. Il serait en rupture de traitement depuis la sortie. Aux urgences, il a été contenu. Il nie les troubles du comportement, reprochant à son oncle de ne pas l'avoir aidé pour ses papiers administratifs. Il y a la présence de barrages de la pensée avec des attitudes d'écoute au cours de l'entretien. Il refuse tout traitement. Il est donc réintégré en SPDT pour reprise du traitement et organisation du transfert sur son secteur. Par la suite, Naby est coopératif, il ne comprend pas l'hospitalisation mais il n'y a pas de délire constaté. Le 23 juillet, deux infirmiers de son unité psychiatrique sont allés le chercher en ambulance. La thymie est correcte à son arrivée et nous notons l'absence d'idées délirantes. Le séjour se déroule bien. Une concertation est organisée avec ses éducateurs : ceux-ci avaient mis fin à la prise en charge le 20 juillet mais finalement ils poursuivent le suivi à la sortie après les excuses présentées par Naby. Nous mettons en place le même traitement mais cette fois, par injection retard (une fois par mois) pour assurer une observance thérapeutique. Il sort de l'hôpital le 03 août 2020.

De nouveau, le 25 août 2020, Naby est hospitalisé pour agitation. Suite à sa sortie, il a tenu le suivi pendant dix jours avant d'annuler les différents rendez-vous pour son suivi psychiatrique. Suite à cela, il tenait des propos incohérents, il s'est montré agressif envers les éducateurs (ne voulait pas sortir des locaux de l'association) puis auprès du gérant de l'hôtel où il habite actuellement. Les forces de l'ordre sont donc contactées, il est amené aux urgences. Il se présente agité et tendu avec des propos incohérents. Il est dans le déni des troubles et opposé aux soins (« Tuez-moi à la place ! »). Il est muté ensuite dans notre service. Il présente des signes d'un état maniaque : il est proposé alors un régulateur thymique qu'il refuse. Nous changeons le neuroleptique car se plaint d'effets secondaires avec le XEPLION®. Il se montre hostile et tout-puissant au début de son hospitalisation. Une concertation est organisée avec le Conseil Général, les éducateurs et les intervenants sur sa prise en charge psychiatrique : ils acceptent de poursuivre le suivi à condition que Naby s'engage à avoir un suivi médical régulier et qu'il accepte de prendre le traitement. Les

éducateurs veulent mettre fin à la prise en charge. À noter que son contrat jeune majeur se termine le 15 octobre 2020. Il accepte après beaucoup de négociations de prendre le régulateur thymique. Devant une amélioration de son état clinique sous DEPAKOTE®, le diagnostic des médecins s'oriente donc sur un trouble bipolaire. Naby accepte le projet d'un nouvel hôtel social en attendant un appartement. Il sort d'hospitalisation sous DEPAKOTE® 1000mg le 21 septembre 2020.

La mesure de soins sous contrainte est levée.

Le soir du 08 décembre 2021, Naby est amené à l'hôpital par les pompiers et les forces de l'ordre pour trouble du comportement. Il y a des éléments de persécution, il dit avoir été sorti de force de chez lui par son propriétaire. Il pense être suivi, observé et pris en photo constamment contre sa volonté. Il est en rupture de soins depuis février 2021 (nous dit plus tard pendant l'hospitalisation n'avoir jamais pris le traitement médicamenteux à l'extérieur). Il s'effondre plusieurs fois en pleurs en entretien, dit qu'il n'arrive pas à trouver un travail car « tout le monde le sabote ». La thymie est basse sans idées suicidaires verbalisées. Il y a des angoisses importantes. Un placement sous contrainte est monté aux urgences, il y reste deux nuits contenu.

Il est muté dans notre service le 10 décembre en chambre d'isolement. Naby est très sthénique et accéléré. Le discours est désorganisé, il est logorrhéique. Il présente une adhésion totale à ses propos de persécutions. Il nous rapporte des troubles du sommeil avec des réveils fréquents en lien avec des cauchemars sur reviviscences traumatiques de son parcours migratoire. Il nous dit qu'il n'a pas mangé depuis trois jours avant de se faire hospitaliser. Il n'a également pas pu renouveler son contrat de travail. Il est donc sans emploi avec une échéance de son titre de séjour qui approche. Naby n'est en tout cas pas en état de s'occuper de ses démarches administratives. Il présente un état de furie maniaque et est très menaçant et violent envers l'équipe soignante durant le premier mois d'hospitalisation. Malgré la réintroduction du traitement, Naby reste très agité et violent. Il ne critique pas ses plusieurs passages à l'acte hétéroagressifs sur les soignants et banalise son comportement. Il tente plusieurs fois de nous blesser, il mord une infirmière créant une plaie profonde puis huit jours après il mord de nouveau un autre infirmier. Il fait beaucoup de menaces hétéro-agressives. Il a des propos tels que : « Vous aimez me contenir », dit qu'il vaudrait mieux qu'on le tue et qu'il souhaite mourir à l'hôpital. Cette période a duré un long moment

car le patient était difficile à stabiliser avec les traitements médicamenteux. La violence pour lui et pour les soignants a été très intense. Quelques-unes des réactions associées seront développées ensuite.

Le médecin ajoute un nouveau traitement en chambre d'isolement qui a pu le sédaté. Naby est alors plus calme et peut donc sortir de la chambre d'isolement. C'est à ce moment-là, sur un week-end, que nous avons pu faire ensemble sa frise chronologique et son parcours migratoire essentiellement. Il a pu s'effondrer par la suite et exprimer quelques traumatismes et angoisses. Son comportement reste parfois inadapté et se montre impulsif et intolérant à la frustration. Par rapport à sa situation sociale, il nous fait part de son angoisse. Les éducateurs arrêtent le suivi le 21 décembre 2021. Son titre de séjour périmé le 15 février 2021. Il est toujours hospitalisé à ce moment-là. Il perd également son logement à l'hôtel social.

Il sort finalement avec une bithérapie en programme de soins le 08 mars 2022. Naby nous dit qu'il va loger chez un ami qui l'a déjà hébergé auparavant.

QUESTIONNEMENT

Mon questionnement de recherche par rapport à cette situation est au départ : Qu'est-ce qui a fait que ce patient est revenu plusieurs fois à l'hôpital sur un laps de temps très court ? Qu'est-ce qui a entraîné les échecs thérapeutiques ? Pourquoi la dernière hospitalisation a-t-elle tant clivée et mis à mal l'équipe soignante ? Comment faire dans ces cas là pour assurer une prise en charge correcte ?

III. ALTÉRITÉ EN PSYCHIATRIE OCCIDENTALE

« Nous ne sommes nous qu'aux yeux des autres et c'est à partir du regard des autres que nous nous assumons comme nous-mêmes », Jean-Paul Sartre¹

1) Psychiatrie occidentale (diagnostic à tout prix)

Denise Jodelet, docteur d'état et maître de conférence à l'école des hautes études en sciences sociales, a différencié l'Autrui et l'Autre. L'Autrui serait le prochain, alors que l'Autre est différent car d'une autre appartenance.²

L'Altérité a toujours été difficile à appréhender car « Chacun est étranger à soi-même et a fortiori étranger à l'autre, y compris si cet autre est culturellement et géographiquement proche », Bonneville³

En France, et plus largement en Occident, nous avons une certaine vision de la psychiatrie, avec nos modes de fonctionnement et nos modèles de soins. Le problème étant que les modalités de soins peuvent être différentes selon les populations. Comme expliqué dans le cours du Dr Valérie Rousselon (DIU Santé, société et migration)⁴ :

Les systèmes médicaux rassemblent le réseau qui comprend des réponses aux problèmes de la maladie : choix des traitements, croyances étiologiques etc. Il n'y a pas que la culture qui modèle les formes de systèmes médicaux. Il y a aussi les facteurs politiques, économiques, sociaux, historiques, environnementaux... Le système pluraliste répond à toutes les hypothèses en termes d'étiologie et de possibilités de traitements. Suivant les problèmes rencontrés, chacun peut choisir de s'orienter vers le secteur populaire (herbes, portes bonheur), vers le secteur traditionnel (exorcistes, saignées religieuses etc...) ou vers le secteur professionnel (biomédecine)

¹ SARTRE, Jean-Paul. L'Être et le Néant, 1943.

² BEAL, Arnaud. *Préjugés et représentations, Introduction à l'approche psychosociale de la discrimination*, Module 2 du DIU Santé société et migration, 2021.

³ BONNEVILLE A. «Quand la question de l'interculturel fait retour à la clinique... Eléments pour une rencontre de l'autre», *Psychothérapies*, 2010, 30 (1) : 3-10

⁴ ROUSSELON, Valérie. *Les effets de la migration sur la psychopathologie, Penser la diversité culturelle dans le champ du handicap*, Module 4 du DIU Santé société et migration, 2022.

L'anthropologie de la maladie analyse les façons dont des individus, dans diverses cultures, reconnaissent et définissent leurs problèmes de santé, traitent leurs malades et protègent leur santé.⁵ Les travaux des anthropologues permettent d'analyser et de déconstruire les stéréotypes. En Occident, les modes de soins sont essentiellement biomédicaux. Beaucoup de nos patients demandent à leur famille de les soigner sur un mode plus traditionnel (consulter un imam, un exorciseur ...). Ces modèles de soins sont souvent, en Occident, considérés comme inefficaces. Pourtant, dans les croyances de certaines personnes, il est nécessaire d'y avoir recours.

La pensée psychiatrique n'est pas culturellement neutre. « Elle s'est, en effet, constituée dans un contexte historique et culturel spécifique, et, intègre des présupposés culturels, constituant des "ethnothéories" (Sturm, 2003 p.268)⁶ ». Forcément, de cet ethnocentrisme, en découle des difficultés de prises en charge et des échecs thérapeutiques. Ajouté à cela, des incompréhensions de la part des soignants car piégés dans ces modèles de soins occidentaux.

En Afrique et en Asie, la psychiatrie a été imposée par le pouvoir colonial, et les gouvernants de ces pays n'ont pas développé ces soins. Dans de nombreux pays, l'offre de soins se partage entre les guérisseurs et exorcistes d'un côté, qui soignent par des herbes ou des traitements religieux tel que l'absorption de substances divines ou le port d'amulettes, et, de l'autre côté, une psychiatrie qui ne peut faire ses preuves en tant que moyen thérapeutique.⁷

En psychiatrie, la croyance délirante est définie comme une croyance qui n'est pas partagée par le groupe culturel de la personne. C'est-à-dire que les éléments délirants ne sont pas objectivables et varient suivant qui les observe et dans quel contexte.

Dans certaines cultures, les hallucinations acoustico-verbales avec un contenu religieux peuvent faire partie d'une expérience religieuse normale. Cela devrait nous prévenir, que par les pratiques de certains, possiblement, les psychiatres peuvent

⁵ ROUSSELON, Valérie. *Les effets de la migration sur la psychopathologie, Penser la diversité culturelle dans le champ du handicap*, Module 4 du DIU Santé société et migration, 2022.

⁶ ROUCHON, Jeanne-Flore. *La notion de contre-transfert culturel : Enjeux théoriques, cliniques et thérapeutiques*, Thèse de l'université de Nantes, 2007, page 38

⁷ LARCHANCHE Stéphanie, SANTIAGO Jorge P. (dir.), *Migrants et santé mentale. Anthropologie, rites thérapeutiques et psychiatrie*, 2020, page 102.

*sur-diagnostiquer les troubles psychotiques chez les personnes qui appartiennent à des groupes qui ont de fortes croyances sur le surnaturel.*⁸

Par exemple, la sorcellerie, dans le cas de Naby. Il se peut que ce patient ait été victime de sorcellerie. Ces croyances sont importantes à prendre en compte et qu'elles ne soient pas directement considérées comme délirantes.

Pourtant, une surévaluation des troubles psychotiques chez les patients migrants de première ou de deuxième génération a été démontrée par plusieurs études internationales répertoriées par Selod⁹. Celle-ci décrit également une surprescription de neuroleptiques et davantage d'hospitalisation sous contrainte.¹⁰ Pour éviter cela, il faut avoir conscience de la distance culturelle, conscience également de notre subjectivité dans les diagnostics de schizophrénie¹¹. Les difficultés de diagnostics pour ce public sont présentes. Les pathologies et troubles que peuvent présenter ce public ne correspondent pas forcément aux catégories habituelles de psychiatrie. C'est pourquoi, les soignants sont en difficulté pour savoir de quoi souffrent ces patients.

La psychiatrie est un domaine très particulier. Il y a beaucoup de disparités sur les diagnostics et les méthodes de soin en psychiatrie, selon l'endroit et par qui elle est pratiquée.

L'ouvrage référence en Occident est le DSM. Le DSM est une classification des troubles mentaux. Publié par l'association américaine de psychiatrie depuis plus de 60 ans, il est régulièrement mis à jour tout en étant assez centré sur les populations occidentales. Mais, nos vérités sont les nôtres et sont provisoires. Il existe tout de même, dans le DSM-V, un guide pour une « entrevue avec formulation culturelle » :

Il propose des questions à poser pour accéder à l'identité culturelle du patient, à sa connaissance de la langue du pays d'accueil, à sa religion, au niveau et à l'isolement

⁸ During E, Elahi F, Taieb O, Moro MR, Baubet T, «A Critical Review of Dissociative Trance and Possession Disorders : Etiological, Diagnostic, Therapeutic, and Nosological Issues», *The Canadian Journal of Psychiatry*, Vol 56, N°4, 2011, page 239.

⁹ SELOD Sophia, psychiatre qui a rédigé une thèse de médecine en 1998 : *Difficultés diagnostiques chez les patients d'une autre culture. Pourquoi certains patients dépressifs sont-ils diagnostiqués comme psychotiques ?*

¹⁰ Psychiatrie de Liaison, 2018, Chapitre 63 : Le patient d'une autre culture, page 678.

¹¹ Froideur du contact, bizarreries, émoussement affectif et sentiment de persécution relèvent d'une évaluation qualitative (Psychiatrie de Liaison, 2018, Chapitre 63 : Le patient d'une autre culture, page 678).

*social, aux conditions de vie, à son sentiment d'appartenance culturelle au pays d'origine et au pays d'accueil, aux modèles explicatifs de la maladie par lui-même et sa famille. Il incite à revenir sur le parcours migratoire.*¹²

Ce guide permet d'avoir une meilleure connaissance du patient, donc une meilleure alliance thérapeutique. Il permet aussi d'éviter les mauvaises interprétations de la part des soignants.

Georges Devereux, dans son ouvrage *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, parle de la toute-puissance occidentale. Il dit que notre œil n'est pas omniscient et que c'est dans l'acceptation de la limite de cette perception que l'on peut dépasser « l'angoisse » et entrer dans un usage raisonné de sa subjectivité.

La symptomatologie est vue et interprétée différemment du point de vue du médecin et du malade. Il faut donc prendre en compte la vision du patient. Dans la langue anglaise, trois termes différents peuvent définir la maladie : illness, sickness et disease. Dans l'approche transculturelle, on utilise l' « illness », c'est-à-dire : « l'expérience de la maladie telle qu'elle est vécue et comprise par le patient. (...) Le but étant de co-construire.¹³ »

Selon Henry B. M. Murphy, une des figures de la psychiatrie transculturelle, « les traitements traditionnels prenant en compte le groupe familial ou social dont fait partie l'individu sont plus efficaces que ceux qui sont pratiqués en Occident. De telles constatations renversent la croyance à la supériorité universelle des traitements occidentaux de la maladie mentale.¹⁴ »

Au 20ème siècle, les premières psychopathologies de migrants s'inspirent de la psychiatrie coloniale. « La caractérisation des pathologies qui seraient propres aux migrants se fait dans un contexte particulier, celle d'un Occident et d'une science médicale conquérant.¹⁵ » C'est pendant la décolonisation que se développe l'ethnopsychiatrie et la psychiatrie transculturelle, qui propose de se décentrer pour ne pas nier les particularités culturelles des personnes soignées et d'éviter des comparaisons ethnocentrées.

¹² Psychiatrie de Liaison, 2018, Chapitre 63 : Le patient d'une autre culture, page 677.

¹³ *ibid*, page 673.

¹⁴ Murphy HBM, Kovess V, Valla JP. Aspects socio-culturels du choix d'un modèle de soins en psychiatrie. *Confrontations Psychiatriques* 1982 ; n°21 : 281-301.

¹⁵ CHAMBON Nicolas, LE GOFF Gwen, « Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie », *Revue française des affaires sociales*, 2016, page 126.

Il faut donc adapter notre psychiatrie occidentale aux populations non européennes. Il n'est pas nécessaire aux psychiatres ou aux infirmiers d'être des spécialistes en psychiatrie transculturelle pour être dans une démarche ethnopsychiatrique.

2) Phénoménologie de Husserl

J'aimerais ici définir une notion, qu'est la phénoménologie, qui me paraît assez importante dans le développement de mes propos.

L'époché (suspension en grec) phénoménologique est une méthode qui vise à suspendre ses croyances et se focaliser sur les phénomènes plutôt que les symptômes. Cela amène à surmonter le relativisme culturel qui peut être source de paradoxes en psychiatrie.

Dans le domaine clinique, Jaspers (1913) a été l'un des premiers à parler de la nécessité de mettre entre parenthèses la pré-connaissance pour comprendre les phénomènes psychopathologiques (...) La suspension de tout préjugé, qu'il soit théorique, scientifique ou culturel, permet donc, en clinique, de passer d'une posture naturelle à une posture phénoménologique ou réflexive, visant à faire place au vécu de l'Autre.¹⁶

Cette méthode vise à élargir sa conscience, non pas de supprimer tout préjugé. Aucune perception ne peut être pure et sans préjugé.

3) Migrants en psychiatrie

La culture est avant tout des contenants psychiques intériorisés : le sujet incorpore les représentations collectives de son système socio-culturel dès son plus jeune âge, les intériorise, les investit, les retravaille à partir de ses propres mouvements, conflits internes et traits de personnalité.¹⁷

¹⁶ TATOSSIAN Arthur, Migrants et santé mentale, page 41

¹⁷ ROUCHON Jeanne-Flore, *La notion de contre-transfert culturel : Enjeux théoriques, cliniques et thérapeutiques*, Thèse de l'université de Nantes, 2007, page 139

Edward Tylor, anthropologue britannique définit la culture comme « un tout complexe qui comprend la connaissance, les croyances, l'art, la morale, le droit, les coutumes et les autres capacités et habitudes acquises par l'homme en tant que membre de la société¹⁸ »

Connaître la culture d'origine de la personne étrangère ne veut pas dire la comprendre. Il est nécessaire en revanche, de prendre en compte la situation socio-anthropologique actuelle et de lui proposer des méthodes de soins adaptées.

Nous pouvons mettre en lumière trois types de positionnement de soignants vis-à-vis des prises en charge de patients d'origine étrangère. Je reprendrais pour cela l'article de la revue *EMPAN Des dispositifs de soin spécifiques pour les patients d'origine étrangère ?* :

- Le premier type de positionnement, qui est le plus largement partagé, est l'universalisme des droits : « Il postule l'égalité et l'unité de l'humanité en son psychisme. Il réfute l'idée que la transmission des valeurs, les manières de faire et de penser puisse nécessiter une prise en charge spécifique, sous peine d'une atteinte aux fondements de la République.¹⁹ »
- La seconde posture est l'universalisme dans sa version assimilationniste (qui prône l'intégration des personnes immigrées par l'imposition de la culture majoritaire et efface ainsi les particularismes) : « La différence de l'autre n'a ni à se manifester, ni à être revendiquée, ni à être prise en compte. Le même traitement pour tous signifie ici un refus d'accepter les différences avec des "autres". Ici, le professionnel postule moins l'identité qu'il ne la requiert.²⁰ »
- Le dernier positionnement est le différentialisme pratique : « Il reconnaît la présence d'identités collectives et la nécessité pratique de sa prise en compte pour pallier les inégalités de fait, l'incompréhension ou les malentendus qui résultent de la distance culturelle. Il affirme non seulement l'existence d'une culture d'origine chez les migrants mais également sa primauté dans la prise en charge pour dépasser tous les obstacles, liés à la différence culturelle et comprendre l'autre.²¹ »

¹⁸ TYLOR E, *Primitive culture*. London : John Murray; 1871.

¹⁹ SICOT François, TOUHAMI Slimane, «Des dispositifs de soin spécifiques pour les patients d'origine étrangère ?», *Empan*, 2015, p. 105.

²⁰ *ibid.*

²¹ *ibid.*

Chaque personne devrait être prise en charge dans sa globalité avec ses particularités. En psychiatrie, nous verrons que l'alliance est très importante. Si de fait, on exclut certaines parties, l'alliance sera fragile.

Les soignants sont pris dans des tensions que ne peut résoudre la référence à un savoir scientifique consensuel, partagé, enseigné à tous. (...) Tension entre le rejet du culturalisme, l'affirmation de la primauté donnée au rapport du patient à sa culture et l'observation de différences culturelles dans le rapport à la maladie; tension entre la volonté de respecter l'autre avec ses différences, ses manières de vivre, ses traditions, son système familial, ses valeurs et l'affirmation de son attachement à l'universalisme républicain; tension enfin relative à la place qu'il convient d'attribuer au social - les conditions de vie précaires, le statut juridique, l'accès aux droits - et à la culture dans la présence ou la manifestation des troubles.²²

En effet, nous savons que les patients migrants ont beaucoup de vulnérabilités psychiques telles que l'isolement, la précarité, les difficultés sociales et administratives. C'est pourquoi, dans le soin, en pratique, il faut prendre ces aspects-là en compte. Dans ma pratique, j'ai pu remarquer que cette dimension sociale est parfois minimisée dans la prise en charge de patients migrants et n'occupe pas la place dans le soin qu'elle n'occupe l'esprit de ces personnes.

Notamment dans la situation de Naby. Si nous analysons les dates des hospitalisations, nous pouvons voir qu'elles corrélaient avec des dates importantes pour lui (sa majorité, l'échéance de sa prise en charge par les associations, l'échéance de son titre de séjour...).

Pour les soins, nous pouvons donc nous demander : faut-il régler d'abord les problématiques sociales afin d'envisager des soins de qualité ? Faut-il soigner les maux psychiques pour qu'il puisse trouver un environnement social stable ?

Il faut aussi, pour nous soignants, savoir que nous n'avons pas la mainmise sur la résolution des problèmes administratifs. Nous pouvons certes inclure ceux-ci dans la prise en charge et ne pas les occulter mais nous ne pourrions pas résoudre les problèmes des politiques migratoires du système français.

²² SICOT François, TOUHAMI Slimane, «Des dispositifs de soin spécifiques pour les patients d'origine étrangère ?», *Empan*, 2015, p. 107.

IV. PHÉNOMÈNE DE CONTRE-TRANSFERT ET CLIVAGE

(aspects transféro-contretransfériels de ces relations thérapeutiques)

Cette partie permettra d'apporter des connaissances sur la notion de contre-transfert culturel. Aussi, j'espère avoir plus d'axes de réflexion afin d'améliorer les prises en charge en situation interculturelle.

1) Théorie transfert, contre-transfert

La notion de transfert fut introduite par Sigmund Freud et Sandor Ferenczi entre les années 1900 et 1909. En psychanalyse, il désigne un processus durant lequel un affect passé et refoulé du patient surgit dans le champ psychanalytique et se projette sur l'analyste.²³

Freud définit le contre transfert en 1910 comme « l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste ». Denis, en 2006, définit le contre transfert de manière plus large comme les réactions de l'analyste au transfert du patient.

Le contre transfert est une réaction « subie » que « l'on peut soit analyser d'emblée pour l'éradiquer, soit recevoir, accueillir, transformer, mais dont il faut se saisir dans la cure.²⁴ »

Plusieurs approches et théories du contre transfert ont été définies, mais j'aimerais me concentrer sur l'approche clinique. Lachal, en 2006, a listé plusieurs points du contre-transfert qui sont à prendre en compte :

- *Le type d'attachement que le thérapeute ressent et décrit de son patient à lui et de lui à son patient;*
- *Les réactions émotionnelles spécifiques, intensives, qu'il développe (par exemple la colère, la honte, la culpabilité etc.);*
- *Les actions, résolutions, qu'il va prendre et qui ont une signification émotionnelle à la fois pour le patient et pour le psychothérapeute et qui vont remodeler leur relation;*
- *Les relations consensuelles (Dalenberg, 2000), c'est-à-dire des réactions qui seraient partagées par la plupart des thérapeutes dans le même type de situation. Ces réactions sont particulièrement importantes parce qu'elles sont les plus à même d'apporter des informations sur le contre-transfert : elles sont informatives.²⁵*

²³ <https://www.psychologie.fr/article/le-transfert-et-le-contre-transfert-A-521.html>

²⁴ ROUCHON Jeanne-Flore, *La notion de contre-transfert culturel : Enjeux théoriques, cliniques et thérapeutiques*, Thèse de l'université de Nantes, 2007, page 51

²⁵ *ibid*, page 74

2) Définition du contre-transfert culturel

Devereux complexifie le contre-transfert en démontrant qu'il y a une dimension culturelle à ses réactions.

Georges Devereux, psychanalyste et anthropologue, est le fondateur de l'ethnopsychiatrie, auteur de *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*.

Dans son ouvrage, Devereux explique que face à une situation qui provoque de l'angoisse, le soignant a recours à des mécanismes de défense qui peuvent provoquer des déformations dans la perception, ici, du patient et de sa prise en charge. Il différencie les déformations dues aux défenses professionnelles et à l'enracinement socio-culturel, celles liées à l'âge, au sexe et même à la personnalité du soignant.

Devereux enseigne que :

L'altérité dans toute rencontre clinique et notamment interculturelle est à prendre en compte en ce qu'elle assigne aussi bien le patient que le clinicien à une place dans la différence des générations, des sexes et des cultures. Ainsi, considérer les effets de cette rencontre sur la pratique clinique interculturelle permet de mieux appréhender ce qui relève de l'histoire du sujet, de sa subjectivité à travers ses croyances qui sont interrogées, et de ce qui est de ses propres projections.²⁶

Ces déformations peuvent venir du fait en effet que, comme le dit Marie-Rose Moro, le soignant/observateur a une tendance naturelle à toujours ramener de l'inconnu à du connu. Marie-Rose Moro est une pédopsychiatre qui est également une pionnière des consultations transculturelles familiales.

Tobie Nathan définit de manière large le contre transfert culturel comme « l'ensemble des réactions d'un homme qui rencontre un autre homme d'une autre culture et entre en relation avec lui ».

Marie-Rose Moro, elle, précise que ce contre transfert culturel concerne la manière dont le clinicien se positionne intérieurement par rapport à l'altérité.

²⁶ ROUCHON Jeanne-Flore, *La notion de contre-transfert culturel : Enjeux théoriques, cliniques et thérapeutiques*, Thèse de l'université de Nantes, 2007, page 85

Le contre-transfert peut venir de différents points qui semblent intéressants à noter :

1. Le déni de la différence culturelle qui amène à un « universalisme abstrait ». Nathan dit que le thérapeute peut confondre « l'altérité culturelle et l'étrangeté psychiatrique ». Il peut aussi nier la réalité externe du patient comme par exemple les discriminations dont peut être victime le patient (Dalal, 1994; Moustache, 2001). Devereux, lui, parle de « scotomisation culturelle » (Devereux 1972 p.248) qui est un rejet inconscient d'une réalité pénible pour le sujet.
2. Le déni de l'ambivalence du patient et le positionnement contre-transférentiel «culturaliste» du clinicien qui a tendance à considérer la culture du patient comme une totalité. La culture du patient est à prendre en compte mais tout comme son environnement extérieur et tous les facteurs qui peuvent influencer la prise en charge.
3. L'émotion. En relation interculturelle, certains sentiments tels que la culpabilité, la pitié ou l'agressivité sont des réactions contre-transférentielles. L'empathie, la sympathie et la perte de l'objectivité soignante ont aussi été des réactions contre-transférentielles dans la prise en charge de Naby.
4. Les préjugés et stéréotypes. Ceux-ci sont bien présents (qu'ils soient positifs ou négatifs) et sont potentiellement délétères dans le soin.

Tous ces points peuvent impacter la prise en charge. Le contre-transfert culturel n'est pas seulement présent dans les prises en charge de patients étrangers. Il est présent dès lors que le patient et le soignant n'ont pas la même culture, les mêmes codes sociaux etc... Mais, on peut dire qu'il est intensifié si le patient est étranger. La différence, avant d'avoir vu le patient, est notée. Par exemple, à l'hôpital, la présentation préalable, l'histoire de vie ou même le nom de famille implique que le soignant s'imagine le patient d'une certaine manière. Et c'est là que les préjugés se mettent en place.

Il est important de garder en mémoire ces différentes réactions, même si certaines d'entre elles sont inconscientes, il est important de les identifier. Il est peut-être aussi intéressant de pouvoir les identifier chez nos collègues de travail afin de pouvoir leur renvoyer.

3) Elaboration du contre-transfert culturel

Pour apporter quelques pistes de réflexion et améliorer nos pratiques au quotidien dans les prises en charge complexes qui amènent à des phénomènes de contre-transfert culturel intense, j'aimerais reprendre des éléments de la thèse de Jeanne-Flore Rouchon.

Pour comprendre et diminuer les conséquences négatives de ces réactions, il est nécessaire de se décentrer et de procéder à une élaboration de l'altérité en soi.

Le décentrage présuppose une connaissance respectueuse et approfondie de la fonctionnalité de la culture pour permettre la « culture en soi » (Devereux, 1951). Sans ce décentrage, il n'est pas possible de travailler sur le niveau méta-culturel en clinique. Aussi, il est important de se référer à une tierce personne, pour s'efforcer à analyser et expliciter les réactions et ressentis de chacun.²⁷

Il est nécessaire de la part des soignants d'avoir un certain recul pour éviter les passages à l'acte agressifs ou même racistes.

Nous verrons dans la partie suivante les réactions multiples que Naby a fait naître chez les soignants le prenant en charge sur sa dernière hospitalisation.

²⁷ ROUCHON Jeanne-Flore, *La notion de contre-transfert culturel : Enjeux théoriques, cliniques et thérapeutiques*, Thèse de l'université de Nantes, 2007, page 87

4) Contre-transfert dans le cas de Naby

Dans le cas de la prise en charge de Naby, et surtout sur la dernière hospitalisation, nous avons pu remarquer un clivage bien distinct de l'équipe. En effet, l'état clinique du patient et les passages à l'acte hétéro-agressifs ont entraîné des réactions intenses. L'équipe était en réelle souffrance. C'est pourquoi cela m'a beaucoup interrogé et que j'ai choisi cette situation. J'ai voulu me concentrer sur ce que vivent les soignants et comment travailler au mieux dans des situations de clivage bien marquées.

Naby est un jeune qui a suscité beaucoup d'affects dans toutes ses prises en charge, pas seulement en psychiatrie mais aussi dans sa prise en charge sociale où nous avons pu remarquer un certain clivage des intervenants sociaux.

Les affects sont forts et deux types se distinguent (je ne parlerais pas ici des soignants pour qui aucun des deux affects n'a été présent) :

Nous pouvons noter qu'une partie de l'équipe qui avait investi ce patient avait beaucoup de sympathie pour lui. Du fait qu'il se soit livré sur son histoire de vie, qu'il les a repéré comme « infirmiers référents », ces soignants se sont donc impliqués dans la prise en charge et au fur et à mesure du temps sur-impliqué car la prise en charge était très prenante au niveau émotionnel. Les sentiments étaient plus tournés vers la culpabilité. La culpabilité des contentions traumatiques par rapport à son histoire de vie et son vécu traumatique, qui avait sûrement pris le dessus par rapport à la clinique à l'instant T de Naby. La culpabilité était également liée à l'impuissance de l'équipe face à la situation et l'impuissance des médecins avec les thérapeutiques qui ne le soulageaient pas.

Nous pouvons nous demander ce qu'implique ce sur-investissement dans la dynamique d'équipe. Comment se manifeste-t-il concrètement ? Que fait-il vivre au patient ? Je pense que les soignants surinvestis se renforcent les uns les autres. De même d'ailleurs pour les soignants en contre-transfert négatifs : se renforcent-ils ? Ceux-ci ne sont-ils pas, à leur manière, surinvestis également ?

Cette autre partie de l'équipe soignante avait beaucoup d'émotions négatives et des contre attitudes. Il était compliqué pour ces soignants de voir la souffrance de Naby tellement sa violence était présente. En effet, la dangerosité et la violence chez ce patient était bien réelle car il y a eu plusieurs passages à l'acte hétéro-agressifs sur des soignants à sa dernière hospitalisation. Nous pouvons nous demander d'ailleurs si les soignants qui subissaient la violence étaient dans des mouvements contre-transférentiels négatifs. Pour répondre à cela, je dirais qu'à ces moments-là de violence, les soignants n'étaient pas visés et la colère du patient prenait le dessus.

De plus, de voir le clivage et une partie de l'équipe très investie dans la prise en charge a certainement renforcé le mal-être de ce deuxième groupe. Le contre-transfert positif des uns aurait-il renforcé le contre-transfert négatif des autres ? Je pense que les soignants ayant subi de la violence souffraient de voir les mouvements contre-transférentiels positifs de leurs collègues.

Le patient est resté un long moment en chambre d'isolement. A chaque essai de décontention, il passait à l'acte sur des infirmiers (morsures, coups). La difficulté de l'équipe à le poser psychiquement et donc de sortir de ce cercle d'isolement/contention/décontention/passage à l'acte a entraîné tout un tas de réactions.

J'ai pu entendre à des relèves infirmières : « Il mord mais c'est dans sa culture ». Ceci a été dit par un soignant à la suite des passages à l'acte hétéro-agressifs répétés de Naby. Le patient avait en effet mordu plusieurs soignants. Pendant l'hospitalisation, son comportement hyper-sexualisé envers les femmes avait été réduit à sa culture et son éducation. Pour un autre patient, il aurait été considéré comme dans un état maniaque ou hypomaniaque avec un comportement inadapté et désinhibé. Les termes que l'on emploie sont importants dans l'évaluation du patient car ils peuvent influencer sur le type de soins que l'on met en place.

L'équipe était consciente des émotions que Naby faisait naître chez nous. Malgré cela, on pouvait voir que l'agressivité de notre part était bien présente. Par exemple, un infirmier pour qui on voulait éviter de le faire aller en chambre d'isolement pour essayer d'apaiser les tensions a dit : « Je vais aller en chambre d'isolement, sinon c'est signe de soumission ». A savoir que le patient était contenu 5 points à son lit en chambre d'isolement suite à un

passage à l'acte hétéro-agressif. Cela avait amené à une haine et une agressivité mutuelle. Un rapport de force s'était installé et j'ai pu voir des pratiques qui m'ont semblé maltraitantes pour le patient.

Par exemple, suite à un passage à l'acte hétéro-agressif, il a été contenu un soir. Le lendemain, mains serrées au lit, urinal placé entre ses jambes, le patient ne pouvait pas bouger, ni même enlever son urinal de son entre-jambe. Calme, nous l'aidons donc pour la toilette et desserrons la main droite pour qu'il puisse boire, manger et mettre son urinal lui-même s'il avait envie d'uriner. A la relève de 14h, certains membres de l'équipe ne comprenaient pas pourquoi nous avons desserré la main et ont affirmé que cela les mettait en danger. Ils étaient encore certainement très impactés et marqués du passage à l'acte de la veille mais il faut savoir que l'équipe du matin avait dû changer, trois matins de suite, toutes les contentions car trempées d'urine. Ces manipulations sur un patient agité sont assez risquées.

Les collègues qui arrivaient à 14h, certainement avec l'appréhension de voir ce patient, n'ont pas mesuré la potentielle dangerosité de changer toutes les contentions tous les matins. En revanche, lui laisser une main attachée mais avec une amplitude plus importante pour qu'il puisse se nourrir était jugé dangereux pour eux. On peut alors ici imaginer que les collègues de la veille ne se sont pas sentis entendus dans leur peur et leur souffrance. Pourquoi ont-ils jugé qu'il était plus sûr pour eux de changer les contentions souillées plutôt que de laisser une main plus libre ? Pensaient-ils qu'ils maîtrisaient plus la situation dans ce cas-là et réduisaient l'imprévisibilité redoutée du patient ?

La littérature psychanalytique mentionne plus souvent le transfert que le contre transfert. (...) Ces faits suggèrent que les psychanalystes eux-mêmes - qui sont supposés étudier leurs propres émotions - sont quelques peu réticents dans l'étude des réactions de contre transfert²⁸

Nous pouvons mettre en lien cette citation avec la situation de Naby et le fait que plusieurs soignants étaient très réticents, voire opposés, à l'idée de faire des réunions cliniques et d'analyser, remettre en question, leur manière de prendre en charge le patient.

²⁸ DEVEREUX Georges, *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, page 75

L'équipe, impuissante et en détresse, était clairement clivée et avait deux visions bien différentes de la prise en charge de Naby. Je pense qu'à ce moment-là, beaucoup de soignants n'arrivaient plus à être soignants, autant d'un côté que de l'autre. Il me semble important dans ces cas-là de pouvoir faire des réunions où l'on peut analyser nos attitudes en équipe grâce à des tiers (membres de l'équipe ou non) qui ne sont pas dans ses mouvements contre-transférentiels. Il est important autant pour les personnes qui ont un contre-transfert positif que les personnes qui ont un contre-transfert négatif d'arriver à mettre la distance nécessaire. La distance relationnelle a, c'est certain, été dépassée. L'impact émotionnel de cette prise en charge en est la preuve. Les collègues plus « neutres » ont un grand rôle à jouer là-dedans, même en dehors des réunions. Ils se doivent de renvoyer aux collègues les mouvements contre-transférentiels qu'ils perçoivent, et ce dès le moment où ils s'en aperçoivent. Il semble que plus cela est analysé tard, plus il est difficile de corriger sa position.

Aussi, le médecin psychiatre était dans une position complexe. La position du psychiatre a été mise à mal par les soignants.

Certains de leurs membres, portés à leur insu par des mouvements complexes d'identification parfois très intenses au patient migrant et/ou par des positions idéologiques militantes, peuvent alimenter une injonction à l'agir qui met le thérapeute en difficulté. Ici, l'injonction à l'agir est portée par les soignants eux-mêmes et prend la forme d'intenses mouvements projectifs. Elle peut résulter soit de mécanismes d'hyperidentification des soignants aux patients, bien connus de la littérature dans le cas des patients victimes de violence (Pross, 2006), soit de mécanismes d'identification projective du patient cette fois-ci sur les équipes soignantes. Dans le premier cas de figure, ce sont les propres désirs des membres de l'équipe projetés sur le patient qui en constituent la trame. Dans le second, une partie de l'équipe soignante agirait comme un amplificateur des mouvements psychiques du patient.²⁹

²⁹ BARTOLOMEI Javier, et al., «Travail de crise avec les patients migrants : De l'injonction à l'agir au retour à la psychopathologie», *Médecine & Hygiène Psychothérapies*, 2012/3 Vol. 32, page 193 et 194

De plus, ce qui a été compliqué est que le patient avait très bien repéré le clivage et les «bons» et «mauvais objets». Qu'est-ce que cela implique ? Le patient était-il plus accessible, moins violent envers les bons objets, renforçant le clivage ? Et dans quelle mesure le patient peut-il être inconsciemment à l'origine de clivage ? Naby était peut-être de meilleur contact avec les « bons objets », ce qui renforçait leur investissement. Alors qu'à l'inverse, il était plus exigeant, difficile, avec les « mauvais objets », renforçant les contre-attitudes. Donc le patient participe et alimente le clivage. Sans réunion clinique, l'équipe ne peut que se scinder en deux, chacune avec sa vision du patient (réelle dans les deux cas). Et psychanalytiquement parlant, on peut se questionner sur ce qu'est en train de rejouer le patient inconsciemment.

Un point intéressant à noter : dans l'ouvrage de Georges Devereux *Psychothérapie d'un indien des plaines*, « il démontre la nécessité de prendre en compte la différence introduite par son phénotype comme figure d'altérité, en l'occurrence, là, persécutrice. En effet, dans la cure qu'il rapporte dans cet ouvrage, il a été assimilé par son patient, indien des plaines, au "blanc colon" qui a participé au génocide de son peuple, et ce du fait de son phénotype. Cette assimilation a tout naturellement été à l'origine d'un transfert négatif. Pour créer une "alliance thérapeutique", il lui a été nécessaire de reconnaître ce tragique événement et de l'explicitier à son patient de manière particulièrement empathique.³⁰»

Le contre-transfert qu'à engendré Naby était bien là. Je me demande quelles sont les solutions pour pouvoir atténuer cela. Les mouvements transférentiels étaient à mon avis culturellement codés. Codés par nos représentations, les règles institutionnelles et généralement une vision occidentale du comportement « adapté ». Le comportement de Naby était parfois associé et rationalisé par le fait qu'il soit étranger. Notre œil clinique dans cette situation était biaisé et influencé par notre culture occidentale et les pratiques actuelles en psychiatrie. Le vécu traumatique du patient et l'impact qu'il a pu avoir sur les soignants a certainement renforcé le clivage.

³⁰ ROUCHON Jeanne-Flore, *La notion de contre-transfert culturel : Enjeux théoriques, cliniques et thérapeutiques*, Thèse de l'université de Nantes, 2007, page 83.

V. ADHÉSION AUX SOINS EN HOSPITALISATION SOUS CONTRAINTE

1) Violence des hospitalisations sous contrainte

Il est indéniable que les hospitalisations sous contrainte peuvent faire violence aux patients, et nous allons ici développer les soins sous contraintes pour des patients migrants.

Lors d'hospitalisations sous contrainte, le psychiatre et l'équipe soignante sont souvent «l'objet d'intenses mouvements transférentiels de sorte qu'il est finalement confondu avec un précédent agresseur ou qu'il incarne une figure se devant d'être réparatrice suite à une agression subie : mais si elle se dérobe à ce devoir de réparation, elle devient elle-même persécutrice. (...) Thérapeute et agresseur ne forment plus qu'un seul objet persécuteur et omnipotent.³¹»

Les hospitalisations sous contrainte et les pratiques actuelles peuvent compromettre l'alliance thérapeutique et donc le pronostic de bon rétablissement et d'adhésion aux soins.

J'aimerais analyser les effets des hospitalisations sous contraintes à l'aide d'un article qui parle de mineurs étrangers isolés en milieu carcéral. La lecture transculturelle de cet article m'a fait écho aux hospitalisations sous contraintes que nous avons fréquemment dans le service où je travaille. « L'incarcération correspond à un traumatisme psychique indéniable, du fait de la rupture brutale du lien social, familial et scolaire qu'elle entraîne.³² »

Pour le cas de Naby, chaque hospitalisation était sous contrainte. A chaque hospitalisation, la rupture avec sa formation ou son travail se faisait brutalement. Nous ne pouvons pas comparer une incarcération avec une hospitalisation sous contrainte car au fil de l'hospitalisation, le lien avec l'extérieur est remis en place (permissions, éducateurs qui viennent en visite, concertations avec les intervenants et les soignants). Cependant, au début de l'hospitalisation, la rupture est bien là. L'incompréhension et également l'incertitude de la durée d'hospitalisation ajoutent au traumatisme un sentiment d'injustice.

Le déni des troubles, assez fréquent dans les unités psychiatriques fermées, est un point aussi important dans le vécu du patient. L'alliance est alors mise à mal dès le début

³¹ BARTOLOMEI Javier, *et al.*, «Travail de crise avec les patients migrants : De l'injonction à l'agir au retour à la psychopathologie», *Medecine & Hygiène Psychothérapies*, 2012/3 Vol. 32, page 193

³² TOUBA Jamila, SIMON Amalini, GILLOOTS Marie, MORO Marie Rose, «Situation de mineurs étrangers isolés en milieu carcéral à travers une lecture transculturelle», *Enfances & Psy*, 2017, page 186.

d'hospitalisation. Pour les patients migrants, ayant vécu des traumatismes dans leur passé, la contrainte et l'enfermement peuvent réactiver les souffrances psychiques dues à leurs traumatismes passés.

Pour reprendre ceci en mettant en parallèle la situation de Naby, j'aimerais reprendre de façon succincte les isolements et les contentions sur ses cinq hospitalisations. (A noter que les contentions aux urgences générales ne sont ni traçables ni quantifiables, j'utiliserai donc les données qui me sont accessibles).

	Nombres de jours en hospitalisation	Aux urgences psychiatriques	En psychiatrie adulte de secteur	Cumul sur toute l'hospitalisation
Première hospitalisation Mai 2020	23 jours	isolement 9 jours dont 5 jours contenu	isolement 4 jours dont 3 jours contenu	<u>sur 23 jours, il est isolé 14 jours et contenu 8 jours</u>
Deuxième hospitalisation Juin 2020	23 jours	réintégration directe dans notre service	pas d'isolement ni contention	<u>néant</u>
Troisième hospitalisation Juillet 2020	11 jours	réintégration directe dans notre service	pas d'isolement ni contention	<u>néant</u>
Quatrième hospitalisation Août 2020	27 jours	3 jours d'isolement dont 2 jours contenu	pas d'isolement ni contention	<u>sur 27 jours, 3 jours d'isolement et 2 jours contenu</u>
Cinquième hospitalisation Décembre 2021	89 jours	réintégration directe dans notre service	18 premiers jours en isolement dont 13 jours de contention + 1 nuit en chambre d'isolement	<u>sur 89 jours, 18 jours d'isolement avec 13 jours de contentions + 10 jours d'isolement sanitaire car COVID+</u>

Nous pouvons constater que la dernière hospitalisation a été la plus longue et celle qui recense le plus d'isolement et de contention.

2) La violence comme survie au traumatisme

Nous pouvons effectivement dire que Naby a vécu de multiples traumatismes, notamment durant son parcours migratoire. Il a été victime de violences physiques, psychiques, qui ne se sont pas stoppées à son arrivée en France, car elles ont été relayées par des violences d'ordre sociales et administratives ajoutées à des conditions de vie précaire.

Les soins sous contrainte, les isolements et contentions ont pu activer chez Naby une sorte de volonté de survie. La violence de la part de ce patient peut être interprétée de ce point de vue là. « Violence contre violence ». L'incompréhension de l'hospitalisation, due au déni des troubles, a pu entraîner ce vécu de violence chez le patient. Pour certains, la conscience des difficultés aide à mieux accepter les soins et le vécu de l'hospitalisation est différent.

3) Alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique est nécessaire dans ce type de prise en charge sous contrainte. L'alliance thérapeutique est souvent facilitée par la connaissance du patient et la prise en compte de son environnement extérieur et non pas seulement son état clinique lors de l'hospitalisation.

L'interprétariat est un point important car même dans les cas où le patient parle français, « le recours à l'interprète professionnel est essentiel pour la finesse du diagnostic. L'expression des affects est plus aisée dans la langue maternelle³³ »

« Le droit à comprendre et à se faire comprendre dans une langue maternelle ou usuelle apparaît comme une condition pour construire un système de santé égalitaire.³⁴ »

Dans le cas de Naby, il avait une très bonne maîtrise de la langue française donc aucune demande de médiateur ni d'interprète n'a été demandé lors de ses hospitalisations. Tous les entretiens, médicaux ou infirmiers, ont été fait en français. Je ne pense pas que dans son cas un médiateur aurait été nécessaire.

³³ Psychiatrie de Liaison, 2018, Chapitre 63 : Le patient d'une autre culture, page 676.

³⁴ CHAMBON Nicolas, LE GOFF Gwen, «Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie», *Revue française des affaires sociales*, 2016, page 137.

Les difficultés de diagnostics et les multiples diagnostics peuvent faire obstacle à une bonne alliance thérapeutique. Elles peuvent venir de la distance culturelle, des préjugés, stéréotypes et contre attitudes des cliniciens et aussi de la variabilité symptomatique de certains troubles dont l'expression culturelle peut également être source d'erreurs.³⁵

Il est important de définir avec le patient les buts visés dans tout traitement psychothérapeutique si l'on ne veut pas imposer des valeurs occidentales aux patients.³⁶

Il faut, comme dit plus haut, co-construire le suivi et opter pour le type de prise en charge qui ne sera pas forcément le plus efficace mais le plus adapté pour le patient. Cela permet d'éviter les ruptures de soins, qui peuvent être délétères.

L'adhésion des patients à des représentations traditionnelles ou culturelles de la maladie ne doit pas être perçue par les médecins ni comme un obstacle à la compréhension du discours scientifique, ni comme une entrave à l'établissement d'une alliance thérapeutique solide. Au contraire, la prise en compte des modèles explicatifs et des théories étiologiques des patients dans le dispositif de soins peut favoriser l'alliance thérapeutique dans une perspective clinique, comme en psychiatrie transculturelle. (Olivier Taïeb, 2006)

La dimension sociale et la situation dans laquelle se trouve le patient ne doivent pas être occultées. Nous savons que la précarité administrative, l'instabilité du logement, l'isolement social sont des facteurs qui freinent l'accès aux soins et qui peut à terme entraîner le développement de troubles psychiatriques. Cela entrave aussi l'alliance aux soins et la poursuite des soins à l'extérieur. Surtout que souvent, dans l'unité où je travaille, les patients ne voient pas l'intérêt du suivi et la pertinence du traitement. Cette particularité explique les multiples hospitalisations et réintégrations en service de soins psychiatriques.

³⁵ ROUCHON Jeanne-Flore, *La notion de contre-transfert culturel : Enjeux théoriques, cliniques et thérapeutiques*, Thèse de l'université de Nantes, 2007, page 45

³⁶ *ibid*, page 39

VI. CONCLUSION

1) Conclusion

Pour conclure, les soins actuels en psychiatrie pour des patients migrants et/ou étrangers sont encore trop ethno-centrés et il a été démontré qu'il est nécessaire de se décentrer à tous les niveaux pour optimiser les prises en charge. Chacun se doit d'être conscient de cela et d'essayer au mieux d'adapter les prises en charge en fonction du patient accueilli. Beaucoup de facteurs doivent être pris en compte pour éviter les incompréhensions et faciliter l'adhésion aux soins. Comme je l'ai déjà mentionné, il n'est pas nécessaire au soignant d'être un expert en ethnopsychiatrie pour prendre en charge les patients migrants.

Dans une situation transculturelle, il est nécessaire d'être conscient du contre-transfert culturel. Il est également important que les soignants aient des espaces de paroles et de supervisions pour analyser les mouvements transféro-contre-transférentiels (d'autant plus quand l'équipe est clivée). Ces mouvements peuvent également impacter l'équipe et le patient aussi. Notre équipe soignante a pu l'expérimenter de façon très claire. Je pense que cette situation a fait prendre conscience à beaucoup qu'il ne faut pas négliger ces contre-transferts et agir tout de suite lorsque le clivage s'installe. Pour cela il faudrait s'imposer des temps de paroles pour analyser nos réactions. Les personnes tiers (ne faisant pas partie de ce clivage) ont leur rôle et peuvent aider à relativiser et apaiser les tensions. Les temps de discussion sont importants pour aider à la compréhension mutuelle.

Mais que faire quand le clivage d'équipe est trop ancré ? Que faire quand les soignants, trop impactés, ne souhaitent pas analyser leurs réactions et participer à ces réunions soignantes ? Comment les aider à pouvoir exprimer leurs émotions et leur vécu ? Le rejet d'analyser le clivage et les réactions contre-transférentielles ne forment-ils pas une sorte de barrage à la prise en charge ?

2) Auto-évaluation

Au départ de ce travail, je me questionnais beaucoup sur les prises en charge de patients migrants. Ce travail a pu me permettre de m'instruire sur certaines notions comme le contre-transfert culturel. Il m'a permis de me documenter sur l'histoire de la psychiatrie transculturelle. Le point de départ de ce mémoire était la situation de Naby. Cela me tenait à cœur de comprendre et analyser les réactions des soignants. Il a été compliqué tout de même pour moi de faire ce travail car j'ai été beaucoup impactée par cette prise en charge. Beaucoup de questions étaient encore présentes en moi. Ce travail m'a obligée à prendre de la distance pour pouvoir objectiver au mieux. Les limites de ce mémoire ont été qu'il concerne une situation précise, et donc nous ne pouvons pas faire de généralités. Avec l'aide de quelques collègues de travail, nous avons pu reprendre la situation et analyser les réactions de différents points de vue. Ils ont pu également m'aider à me décentrer et à élargir ma vision et ma pensée qui était trop tranchée concernant cette situation. Mon implication dans la situation a je pense été l'une des limites, au départ, de ce travail mais cela m'a permis de me «décentrer» justement. J'espère qu'il servira aussi, autant qu'à moi, aux collègues soignants qui le liront.

VII. ANNEXES

1) Bibliographie

LIVRES

- DEVEREUX, Georges. *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* (1967), Editions Flammarion, 2012, 474 pages.
- LARCHANCHE Stéphanie, SANTIAGO P. Jorge (dir.), *Migrants et santé mentale. Anthropologie, rites thérapeutiques et psychiatrie*. Editions Hémisphères, 2020. 217 pages.
- *Psychiatrie de Liaison*, 2018, Chapitre 63 : Le patient d'une autre culture.
- TYLOR, Edward. *Primitive culture*. London : John Murray; 1871

THÈSES

- ROUCHON, Jeanne-Flore. *La notion de contre-transfert culturel : Enjeux théoriques, cliniques et thérapeutiques*, Thèse de l'université de Nantes, 2007.
- SELOD, Sophia. *Difficultés diagnostiques chez les patients d'une autre culture. Pourquoi certains patients dépressifs sont-ils diagnostiqués comme psychotiques ?*, Thèse de médecine, 1998.

REVUES/ARTICLES

- BARTOLOMEI Javier, ZIMMERMANN Julien, DI GIORGIO Sergio, REY-BELLET Philippe, « Travail de crise avec les patients migrants : De l'injonction à l'agir au retour à la psychopathologie », *Médecine & Hygiène « Psychothérapies »*, 2012/3 Vol. 32. Article disponible en ligne à l'adresse :
<https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2012-3-page-191.htm>
- BONNEVILLE A. « Quand la question de l'interculturel fait retour à la clinique... Éléments pour une rencontre de l'autre. », *Psychothérapies*, 2010, 30 (1) : 3-10
- CHAMBON Nicolas, LE GOFF Gwen, « Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie », *Revue française des affaires sociales*, 2016. Article disponible en ligne à l'adresse :
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-2-page-123.htm>

- DURING E, ELAHI F, TAIEB O, MORO MR, BAUBET T, « A Critical Review of Dissociative Trance and Possession Disorders : Etiological, Diagnostic, Therapeutic, and Nosological Issues », *The Canadian Journal of Psychiatry*, Vol 56, N°4, 2011.
- MURPHY HBM, KOVESS V, VALLA JP. Aspects socio-culturels du choix d'un modèle de soins en psychiatrie. *Confrontations Psychiatriques* 1982 ; n°21.
- SICOT François, TOUHAMI Slimane, « Des dispositifs de soin spécifiques pour les patients d'origine étrangère ? », *Empan*, 2015. Article disponible en ligne à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-empan-2015-2-page-101.htm>
- TOUBA Jamila, SIMON Amalini, GILLOOTS Marie, MORO Marie Rose, « Situation de mineurs étrangers isolés en milieu carcéral à travers une lecture transculturelle », *Enfances & Psy*, 2017. Article disponible en ligne à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2017-1-page-185.htm>

SITOGRAPHIE

- <https://www.psychologie.fr/article/le-transfert-et-le-contre-transfert-A-521.html>

COURS THÉORIQUES

- BEAL, Arnaud. *Préjugés et représentations, Introduction à l'approche psychosociale de la discrimination*, Module 2 du DIU Santé, société et migration, 2021
- ROUSSELON, Valérie. *Les effets de la migration sur la psychopathologie, Penser la diversité culturelle dans le champ du handicap*, Module 4 du DIU Santé, société et migration, 2022.

2) Lectures complémentaires

- BARNETT Phoebe *et al.*, « Ethnic variations in compulsory detention under Mental Health Act : a systematic review and meta-analysis of international data », *The Lancet*, Vol 6, Avril 2019. Article disponible en ligne à l'adresse : www.thelancet.com/psychiatry
- BOUSSAT, Stéphane. « Psychiatrie transes-culturelles », *EDP Sciences « Perspectives Psy »*, 2005/1 Vol. 44. Article disponible en ligne à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2005-1-page-14.htm>
- DEVEREUX, Georges. *Psychothérapie d'un Indien des plaines*, Editions Fayard, 1998.
- EYTAN Ariel, DURIEUX-PAILLARD Sophie. « Interculturel psychique contre interculturel social, ou quand les idéologies éclipsent la clinique », *Médecine et Hygiène « Psychothérapies »*, 2010/1 Vol. 30. Article disponible en ligne à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2010-1-page-11.htm>
- Guide ressource à destination des intervenants sociaux, *Soutenir la santé mentale des personnes migrantes*, Réalisé par l'Orspere-Samdarra, 2022.
- MC MAHON Audrey, RADJACK Rahmeth, MORO Marie-Rose, « Psychiatrie transculturelle : pour une éthique de tous les mondes », *Ethics and Mental Health*, Volume 3, N°2, 2020. Article disponible en ligne à l'adresse : <https://id.erudit.org/iderudit/1073547ar>
- PADMA T. V. « The outcomes paradox », *Nature*, Vol 508, Avril 2014.
- WOOLEY, Stéphanie. « Ce n'est pas du soin si c'est contraint. Un changement de paradigme en route grâce à un regard éclairé par les droits humains », *L'information psychiatrique*, 2020/1 Volume 96. Article disponible en ligne à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2020-1-page-27.htm>

Adapter « notre » psychiatrie en situation transculturelle

Mots clés : psychiatrie, migrant, soins sous contrainte, contre-transfert.

Aujourd'hui encore, en psychiatrie, la toute-puissance occidentale et la vision ethnocentrée de la psychiatrie impacte sur la prise en charge de patients migrants.

Il est nécessaire de pouvoir adapter les modèles de soin en fonction des patients pris en charge. Comment co-construire une relation thérapeutique satisfaisante pour le patient et les soignants ?

Les mouvements contre-transférentiels culturels sont bien présents. Ils doivent être pris en compte et pas seulement. Nous nous devons de les analyser. Comment ces contre-transferts peuvent amener à un clivage et une certaine violence dans la prise en charge du patient ?

L'alliance aux soins et l'adhésion dans les pathologies psychiatriques sont essentielles. Comment faire pour préserver l'alliance lors de soins sous contrainte ?