

4

La psychiatrie à l'épreuve de l'altérité. Perspectives historiques et enjeux actuels

Richard Rechtman

Le début du ^{xx}e siècle marque un tournant décisif dans l'histoire du savoir psychiatrique contemporain. Après l'entreprise d'individualisation des différentes variantes de maladies mentales débutée au milieu du ^{xix}e siècle avec Jean-Pierre Falret (1794-1870) à l'hospice de la Salpêtrière, qui concrétise l'abandon de l'unicité de l'aliénation mentale au profit d'une perspective plus médicale centrée sur le diagnostic différentiel des affections mentales, c'est-à-dire admettant qu'il existe plusieurs façons d'être « fou », l'ambition d'une vaste classification se met en place¹. L'idée, empruntée aux taxonomies de l'époque, consiste à répertorier, ordonner, et classer les multiples signes et symptômes des désordres mentaux regroupés en syndromes et en maladies en fonction de critères observables. C'est précisément ce dernier point qui est essentiel, dans la mesure où pour ces pionniers des classifications des maladies mentales, il s'agit d'abord de rompre avec l'illusion d'une étiologie unique des maladies – en l'occurrence l'aliénation – et par là même d'en récuser l'autorité comme principe classificateur, pour ensuite apporter la preuve concrète que l'observation clinique, quel que soit le lieu où elle se déroule, est le mode privilégié de la connaissance psychiatrique. Inutile donc de connaître l'étiologie et l'ensemble des causes intervenant dans le déroulement du processus pathologique pour ordonner et diagnostiquer les

1. J'adopte ici le séquençage de l'histoire du savoir psychiatrique en trois paradigmes proposé par Georges Lantéri-Laura [1998], dans la mesure où chez cet auteur il s'agit exclusivement d'une perspective d'histoire des concepts, que je souhaite temporairement privilégier pour dérouler le fil de mon argumentation, et aucunement d'une histoire sociale de la psychiatrie. Avec des ruptures théoriques moins nettes, et donc plus dépendantes de l'histoire sociale de la psychiatrie, on pourrait néanmoins souligner une même concordance de perspective chez des auteurs comme Jan Goldstein [1997] ou Marcel Gauchet et Gladys Swain [1980].

Les nouvelles frontières de la société française

maladies mentales, pourrait-on dire, l'observation méticuleuse et rigoureuse est suffisante pour répertorier et classer les entités morbides, puis déduire l'histoire naturelle de chacune d'elles, son pronostic et enfin les traitements spécifiques qu'elle requiert. Dans la constitution du savoir psychiatrique – qui se distingue à maints égards de son histoire sociale, comme on le verra plus loin – ce moment signe l'entrée dans la médecine mentale. En effet, jusqu'à cette époque, l'hypothèse d'une cause unique des troubles mentaux, l'aliénation, c'est-à-dire la perte de la faculté de raison, ne justifiait pas que les aliénistes cherchent à classer les différentes formes de la maladie, puisqu'au fond il ne s'agissait, pour eux que d'une variante d'un seul et même principe pathologique : l'aliénation. Or, l'abandon du paradigme de l'unicité de l'aliénation mentale, comme seule cause de toutes les folies, ouvre la voie à une démarche sémiologique authentiquement médicale, c'est-à-dire reposant sur le regroupement des signes et des symptômes observés au sein des catégories préexistantes de la classification. C'est donc le diagnostic différentiel – soit la démarche qui cherche à montrer en quoi la maladie A n'est pas la maladie B – qui prend le pas sur la recherche de la cause et qui introduit la psychiatrie naissante dans l'ensemble des branches de la médecine. Dans ce contexte, la recherche d'une confirmation de l'universalité des maladies mentales et plus encore des classifications en cours d'élaboration est devenue une nécessité justifiant d'aller voir ailleurs, chez les peuples lointains, si l'on retrouvait les mêmes entités morbides.

Pour autant, l'épreuve de l'autre en psychiatrie ne se limite pas à la seule préoccupation théorique, c'est bien plus la rencontre concrète avec l'autre, d'abord au sein des colonies, puis plus tard avec le migrant, le réfugié et jusqu'au clandestin qui va contribuer à façonner le regard que la psychiatrie porte sur des hommes et des femmes dont les troubles mentaux traduiraient ou révéleraient les différences qui les sépareraient des Occidentaux. Ces deux soucis de l'autre vont régulièrement se rencontrer, se croiser et s'influencer mutuellement au point d'estomper la frontière entre la volonté de comprendre la pathologie, quelle que soit l'origine du malade, et le désir de loger la différence, *i.e.* l'altérité, dans le psychisme des uns et des autres.

Dans une première partie, nous allons donc analyser comment ces deux tendances théoriques, celle qui consiste à chercher chez l'autre des variantes de la pathologie mentale connue en Occident,

La psychiatrie à l'épreuve de l'altérité

et celle qui consiste à chercher cet autre à travers les différences de son fonctionnement mental et psychique, se sont régulièrement nourries du contact avec les populations des colonies. Dans une seconde partie, nous verrons comment la psychiatrie, confrontée à l'arrivée massive de migrants, a d'abord délégué à quelques-uns le soin de prendre en charge ces populations. En dehors des dispositifs de droit commun, les centres de santé mentale pour migrants ont progressivement reconstruit les termes constitutifs de l'altérité pour à chaque fois défendre une certaine idée de cet étrange rapport politique entre la psychiatrie et les anciennes colonies puis, par la suite, le reste du monde non occidental.

Penser l'autre : des colonies à la migration*L'engouement classificateur : à la recherche de l'altérité*

Le voyage d'Emil Kraepelin² à Java en 1904 n'avait pas d'autre ambition scientifique que de rechercher les éventuelles variations des entités morbides [Bendick, 1990]. Totalemment investi dans l'entreprise encyclopédique de mise à jour régulière de son *Traité de psychiatrie*, Kraepelin partit visiter les hôpitaux javanais réservés aux malades mentaux³. Ce bref séjour marque les débuts de la « psychiatrie comparée » dont la postérité a été largement surévaluée par les ethnopsychiatres contemporains, car à l'exception de quelques variantes locales qu'il s'empressa de rapprocher de formes connues en Europe, il revint au contraire avec la conviction de détenir la preuve « empirique » de l'universalité de la médecine mentale [Kraepelin, 1904]. L'objet est ici la folie ou encore les folies, c'est-à-dire les formes de la seule pathologie mentale. Selon lui, la rencontre avec l'altérité, au mieux représentée par la quête de l'exotisme des contrées lointaines, ne vise pas plus

2. Psychiatre allemand (1856-1926) considéré comme le fondateur de la nosographie psychiatrique moderne, on lui doit notamment l'introduction des termes de démence précoce, plus tard remplacé par schizophrénie, et de psychose maniaco-dépressive. Il est l'auteur d'une œuvre importante et tout particulièrement les huit éditions de son *Traité de psychiatrie*, rédigées entre 1883 et sa mort.

3. Java n'était justement pas une terre psychiatriquement vierge, puisque depuis le dernier tiers du XIX^e siècle, les Indes orientales néerlandaises comptaient plusieurs grands hôpitaux psychiatriques créés dans la foulée des réformes des soins psychiatriques aux Pays-Bas des années 1830. C'est à l'intérieur de l'un de ces grands asiles que Kraepelin fit ses observations.

Les nouvelles frontières de la société française

la compréhension de ces peuples étrangers que l'explication de leurs mœurs à travers leurs penchants naturels ou psychologiques. Il s'agit avant tout chez Kraepelin de vérifier l'universalité des catégories incluses dans les classifications européennes et plus encore de confirmer les principes même de cette taxonomie.

Ce n'est pas l'altérité du Javanais que Kraepelin veut saisir. Même s'il s'intéresse aux éventuelles influences du contexte sur la pathologie à travers ce que l'on désignera plus tard par *culture bound syndromes*, tout le projet de l'auteur du *Traité de psychiatrie* se condense dans sa passion entomologique pour les entités morbides et leur réunion en espèces naturelles. En ce sens, Kraepelin inaugure une longue tradition de recherches comparées qui ont pour premier objet la maladie mentale à partir de laquelle seront recherchées d'éventuelles influences du contexte – c'est-à-dire de l'environnement et/ou de la culture – sur le cours naturel des désordres mentaux. *L'a priori* le plus courant consistait à voir dans la vie « sauvage » une sorte de protection naturelle contre les formes complexes des maladies les plus sévères, comme la schizophrénie⁴, dont on pensait qu'elles étaient en partie liées à l'industrialisation des sociétés occidentales [Garraqué, 1992].

Mais cette première préoccupation scientifique en recouvrait également une autre, moins sensible chez Kraepelin et les médecins des Indes orientales néerlandaises, tout au moins jusqu'aux premières révoltes des « indigènes », que dans les colonies françaises. Ici, il s'agissait de comprendre à travers le prisme de la pathologie, l'influence que la culture et/ou la race exerçait sur le développement de la psyché « primitive ».

L'objet n'était plus la maladie mentale ou son universalité, comme dans la psychiatrie comparée, mais la psyché, la pensée, pour ne pas dire l'âme primitive et les raisons de son infériorité devant la race blanche.

L'altérité psychique de l'indigène

Dans la pensée psychiatrique française du premier quart du XX^e siècle, cette seconde dimension du rapport à l'altérité a suivi un développement parallèle à celle nourrissant l'engouement classificateur. Portée par d'autres acteurs-médecins militaires tout

4. Encore dénommée démence précoce pour reprendre le terme de Kraepelin.

La psychiatrie à l'épreuve de l'altérité

d'abord, puis médecins coloniaux – elle s'est très vite mise au service d'une administration scientifique des colonisés. En Algérie, le développement de l'École d'Alger d'Antoine Porot, en donnera la forme la plus achevée⁵.

Il faut souligner que si les Indes orientales néerlandaises se sont très rapidement dotées d'hôpitaux psychiatriques pour accueillir les malades indonésiens selon un modèle reproduisant *grosso modo* celui de la Hollande⁶, dans les colonies françaises, en revanche, les malades mentaux justifiant des mesures d'enfermement furent systématiquement rapatriés et internés dans les asiles de la métropole (celui de Toulouse eut longtemps cette vocation). C'est dire que jusqu'à la création des premiers hôpitaux psychiatriques dans les colonies françaises, les psychiatres coloniaux n'avaient pas pour mission première d'administrer les malades les plus sévèrement atteints. Ce point est essentiel pour comprendre la façon dont le savoir psychiatrique colonial est venu au secours d'une certaine conception de l'administration coloniale en lui apportant une théorie psychologique de la race bien plus qu'un traitement spécifique des « folies exotiques ». Dans les colonies, l'objet principal du savoir psychiatrique n'est pas la folie de l'autre, ni même l'observation clinique minutieuse des signes et des symptômes de ses maladies, mais l'autre lui-même. Autrement dit, l'altérité recherchée n'est pas dans la « folie » et ses variantes locales, mais dans la psychologie de l'indigène, dans son être même, dans ses faiblesses et ses incomplétudes, et c'est cela que la psychiatrie coloniale prétend dévoiler [Porot, 1918 ; Porot et Arrii, 1932]. Dans l'article princeps d'Antoine Porot, « notes de psychiatrie musulmane », publié en 1918, le noyau de la démonstration ne porte pas, contrairement à ce que le titre laisserait penser, sur les pathologies des « musulmans », mais bien sur les musulmans eux-mêmes, c'est-à-dire sur leur mentalité⁷.

5. Pour une analyse détaillée de la psychiatrie coloniale française, on se reportera avec profit à l'ouvrage de Richard Keller [2007].

6. En Hollande, la réforme des asiles d'aliénés débute en 1830 et invite à la création d'établissements pour les aliénés dans toutes les régions. Dès 1868, ce modèle est exporté dans les colonies, notamment en Indonésie [Valentin, 2009], ce qui ne fut pas le cas en France où la réforme de 1838 visant la création des asiles départementaux ne sera que très partiellement appliquée dans les colonies avec la création très tardive, bien après la Première Guerre mondiale, de quelques établissements psychiatriques.

7. Dès son introduction, A. Porot expose sans la moindre ambiguïté son programme d'analyse : « Fixer, même à grands traits, la psychologie de l'indigène musulman est malaisé, tant il y a de mobilité et de contradiction dans cette mentalité développée dans un

Les nouvelles frontières de la société française

Pour ces psychiatres, la confrontation avec le colonisé n'a pas été l'occasion, loin s'en faut, d'une remise en cause des conceptions théoriques de l'époque, à l'opposé de la posture qu'adopteront plus tard les psychiatries transculturelles anglo-saxonnes [Kleinman, 1977] et l'ethnopsychiatrie française des années 1980 [Nathan, 1984]. Pour autant, si les théories psychiatriques ayant cours durant le premier quart du *xx*^e siècle, notamment la théorie de la dégénérescence, étaient à l'évidence favorables à une telle lecture hiérarchisant les peuples, c'est ailleurs, dans la façon plus générale de penser l'autre, qu'il faut chercher l'origine de cette construction de l'altérité psychique de l'indigène. Sa source est moins clinique que politique. En effet, la façon de penser cet autre apparaît première par rapport à l'altérité que produit la maladie dans le contexte occidental, c'est-à-dire que la façon de prendre en charge le colonisé malade mental, et plus tard l'étranger, le migrant, le réfugié, dépend moins de l'idée que l'on se fait de la nature de sa pathologie, que de la conception politique qui, en dernière instance, le rend différent du sujet national, indépendamment de l'affection dont il souffre.

De la question culturelle à la question migratoire

Contemporaine des débuts de la médecine mentale, l'étude de la variabilité culturelle n'a donc jamais été absente de la recherche et de l'enseignement de la psychiatrie et dépasse le cadre des seules perspectives transculturelles [Rechtman et Raveau, 1993]. On en retrouve la trace dans les principaux manuels de psychiatrie qui y consacrent au moins plusieurs sous-chapitres [Ey *et al.*, 1978 ; Lempérière et Féline, 1983] ou plusieurs entrées comme dans le manuel alphabétique de psychiatrie [Porot, 1952]. Bien avant l'avènement de l'ethnopsychiatrie française des années 1980, de nombreux psychiatres, pour certains célèbres et représentants l'autorité disciplinaire de leur époque, furent également les promoteurs d'une approche « culturelle » de la psychiatrie : c'est le cas d'Eugène Minkowski, d'Antoine Porot, bien sûr, et de ses principaux élèves comme Jean Sutter puis Yves Pélicier, tous titulaires d'une chaire de psychiatrie.

plan si différent du notre et que régissent à la fois les instincts les plus rudimentaires et une sorte de métaphysique religieuse et fataliste qui pénètre tous les aspects de la vie individuelle et collective.» [Porot, 1918, p. 378].

La psychiatrie à l'épreuve de l'altérité

Toutefois, cet intérêt théorique pour la culture et/ou l'exotisme *des autres* ne s'est concrétisé dans des pratiques cliniques spécifiques qu'à la faveur d'événements politiques extérieurs au champ théorique de la psychiatrie, comme la transformation de l'expatrié européen en réfugié politique, après la Seconde Guerre mondiale, ou de l'indigène des colonies en migrant au lendemain des luttes de décolonisation.

L'arrivée massive de ces nouvelles populations sur le sol national a concrètement changé le regard que la psychiatrie avait développé sur l'altérité en imposant la nécessité d'adapter ses modèles à certaines de leurs spécificités. Dans cette histoire plus récente, la culture n'a pas toujours occupé la place privilégiée du témoin de l'altérité de l'étranger. Pour saisir la façon dont la psychiatrie a construit successivement différentes variantes de cette altérité, il faut se replacer dans le contexte plus spécifique des dispositifs mis en place pour répondre aux besoins des populations migrantes. C'est là que se dévoilent les rapports souvent ambigus que la psychiatrie entretient avec les politiques migratoires françaises, et c'est là aussi que l'on peut comprendre les enjeux qui se cristallisent autour de la spécificité de ces populations, c'est-à-dire la façon dont à une époque donnée on construit le principe de leur « altérité »⁸. Derrière les discours de la culture, de la différence culturelle, de la barrière linguistique, etc. se profile le destin des migrants dans le dispositif de santé mentale.

D'emblée, un premier paradoxe mérite d'être relevé : comme dans la plupart des autres pays européens, l'analyse des besoins psychiatriques des populations migrantes et réfugiées en France n'a fait l'objet d'aucune étude épidémiologique spécifique [Anonyme, 1990] permettant de dresser un état des lieux précis de leurs besoins de santé. Cette absence de données correspond également à l'absence de volonté politique, au niveau de l'État français, de traiter les problèmes de santé des populations migrantes et réfugiées en dehors du système de droit commun. Ainsi, aucune politique nationale de prévention et de traitement des troubles psychiatriques destinée à ces populations n'a été développée par l'État, alors même que la santé publique a connu une expansion sans précédent au cours des quarante dernières

8. On trouvera un développement plus approfondi de cette histoire dans Fassin et Rechtman [2007].

Les nouvelles frontières de la société française

années et que la santé mentale est devenue une priorité nationale au début des années 2000 [Kouchner, 2001a ; Kouchner, 2001b]. Seules quelques initiatives indépendantes ont été à l'origine de la création de centres de soins psychiatriques pour migrants et réfugiés. Celles-ci, toujours marginales par rapport au système de droit commun, ont certes bénéficié de financements publics, mais n'ont jamais réussi à être inscrites en tant que telles dans le dispositif public et n'ont jamais été accompagnées par une quelconque volonté publique, dans la mesure où les migrants et les réfugiés n'ont jamais été constitués en catégorie autonome de la santé publique⁹.

Dans ce contexte, l'absence de données épidémiologiques spécifiques, comme l'absence de politique de santé publique ciblée ne provient pas d'un éventuel désintérêt de la discipline psychiatrique pour ces questions, puisqu'au contraire, comme nous l'avons vu, elle est depuis l'origine traversée par elles. Cette disparité est bien plus le produit de l'histoire de la santé publique en France et plus particulièrement de la santé mentale [Fassin et Rechtman, 2005 ; Lovell, 2004]. Concernant les dispositifs de soins destinés aux migrants et aux réfugiés, cette situation entraîne deux conséquences majeures. Premièrement, la prise en charge psychiatrique de ces populations a régulièrement oscillé entre leur inclusion indifférenciée dans le système de droit commun, au mépris parfois de leurs besoins, et la création depuis le début des années 1950 de dispositifs indépendants, extérieurs au système de droit commun et centrés sur un aspect particulier du phénomène migratoire.

Deuxièmement, en l'absence de données objectives, la création de ces dispositifs indépendants se fondait sur la mise en cause des insuffisances du système de droit commun pour promouvoir des réponses réputées inexistantes ailleurs. Or, dans un système de droit commun où les initiatives des professionnels de la santé restent très encadrées par les textes réglementaires de la santé publique, les promoteurs de dispositifs spécifiques bénéficient, pour leur part, d'une étonnante liberté d'innovation et de propositions puisqu'aucun texte ne vient délimiter leur champ de compétence. En effet, au niveau de l'État la prise en charge sanitaire des populations migrantes en France demeure principalement

9. À la différence par exemple de l'adolescence aujourd'hui.

La psychiatrie à l'épreuve de l'altérité

un enjeu politique, avant d'être une question strictement médicale, où se réaffirment régulièrement les principes de l'universalisme à la française. Toutefois, pour répondre aux aspirations et aux éventuels besoins spécifiques de certaines populations, l'État concède à la « société civile », c'est-à-dire aux associations, une marge de manœuvre significative qui va de la définition des besoins jusqu'à la mise en œuvre des réponses. En soutenant financièrement ces initiatives tout en ne leur imposant pas le cadre réglementaire du service public, l'État ne renonce pas plus à ses prérogatives qu'à son idéologie universaliste, puisqu'il manifeste par là même que les dérogations qu'il concède ne sauraient remettre en cause l'ensemble du système de droit commun. La marginalité de ces dispositifs reste donc le prix de leur liberté. Les dispositifs de soins psychiatriques spécifiques pour migrants et réfugiés qui ont jalonné l'histoire récente du dispositif français de soins psychiatriques sont avant tout le reflet de ces tensions et répondent à la façon dont, à une époque donnée, la société française et la psychiatrie dominante se représentaient les besoins de ces populations.

Plus précisément, cinq étapes essentielles marquent l'évolution des dispositifs de soins psychiatriques pour les migrants et les réfugiés : la Seconde Guerre mondiale, les luttes de libération dans les colonies françaises, la décolonisation, l'arrêt de l'immigration officielle et enfin la récente politique européenne d'externalisation des réfugiés en dehors des frontières de l'Europe. Ces cinq temps dessinent les contours des profonds changements qui vont agiter la société française et la représentation qu'elle se fait des populations étrangères présentes sur son territoire. À chacune de ces périodes correspond un modèle dominant au sein duquel un aspect de l'altérité va être pensé comme *la différence* qui fait problème entre les migrants (ou d'autres catégories) et les natifs français, tant au niveau social que sanitaire, justifiant la mise en œuvre d'un dispositif spécifique. Le cadre de référence ou d'opposition demeurant l'idéal d'une psychiatrie pour tous forgé au décours de la Seconde Guerre mondiale que l'altérité des migrants viendrait démentir d'une manière chaque fois originale.

Les nouvelles frontières de la société française

Soigner l'autre : des dispositifs dérogatoires pour migrants

Depuis les années 1960, la France s'est progressivement dotée d'un vaste dispositif public de soins psychiatriques reposant sur le découpage de l'ensemble du territoire national en secteurs de psychiatrie [Carrière, 2001]. En théorie, chaque secteur dispose de l'ensemble des infrastructures de soins (hôpital, dispensaire et hôpitaux de jour) et d'hébergement médico-social pour couvrir l'ensemble des besoins psychiatriques et la continuité des soins de la population qu'il dessert [Petitjean et Leguay, 2002]. Conçu pour rompre avec l'enfermement asilaire, le secteur repose sur une politique de proximité, la gratuité des soins et la psychiatrie dans la communauté, fondé sur l'idéal d'une psychiatrie pour tous et ouverte sur les couches sociales les plus démunies. Élargi par décret dans les années 1960 mais appliqué dans les années 1970 à tous les territoires français, le secteur fut d'abord l'œuvre de quelques pionniers, F. Tosquelles, L. Bonnafé, G. Daumezon, tous politiquement très engagés qui, au décours de la Seconde Guerre mondiale, portèrent cette nouvelle utopie dans toute la profession [Chaigneau, 1997].

Alors que plus de 40 000 malades mentaux sont morts dans les asiles pendant la Seconde Guerre mondiale des suites d'une famine orchestrée par l'administration préfectorale [Laffont, 1987 ; von Bueltzingsloewen, 2007], quelques lieux s'organisèrent pour protéger les malades, accueillir des patriotes et participer activement à la Résistance. Le plus célèbre est sans doute l'hôpital de Saint-Alban en Lozère, où Tosquelles, un psychiatre d'origine espagnole qui avait combattu aux côtés des troupes républicaines pendant la Guerre d'Espagne, et ses amis, se mirent à partager le quotidien de leurs malades, tout en leur faisant également partager le quotidien de la Résistance. Des malades mentaux qui jusqu'alors avaient passé l'essentiel de leur vie derrière les murs de l'asile réapprirent la vie communautaire, le partage, la liberté, mais aussi le danger et la prise de risque aux côtés de leurs gardiens et soignants devenus pour un temps des compagnons d'infortune.

L'utopie d'une psychiatrie pour tous

Ce n'est que plusieurs années après la Libération que cette expérience des années de guerre va se transformer en mythe fondateur de la nouvelle politique de la psychiatrie française. Posant comme principe que la reconnaissance de l'humanité du malade et l'articulation des soins avec la vie sociale devaient devenir les fondements mêmes de l'éthique soignante, l'idéal d'une santé pour tous se réaffirmait chaque jour dans un combat militant contre toutes les formes d'exclusion dont étaient victimes les malades mentaux. Il ne s'agissait donc pas de reproduire au sein de ces dispositifs de quelconques formes de discrimination. La condition de malade était finalement considérée comme supérieure à toutes les autres et suffisante pour justifier les meilleures prestations sanitaires.

Différencier des populations, notamment des migrants ou des réfugiés, revenait à les qualifier « d'étrangers » et apparaissait inacceptable aux yeux des promoteurs militants de cette nouvelle psychiatrie.

Mais les limites de ce dispositif sont contenues dans sa générosité affichée. En refusant tout différentialisme, en affirmant que l'idéal d'une psychiatrie pour tous devait être atteint en distribuant partout les mêmes moyens, les mêmes réponses et avec les mêmes objectifs, les architectes du secteur méconnaissaient qu'ils risquaient de fermer la porte à des catégories dont les besoins pouvaient varier pour différentes raisons. Or, ces principes furent appliqués à la lettre en dépit de l'inégale distribution des moyens sur l'ensemble du territoire national. Même si l'on retrouve dans cet idéal les termes habituels de l'universalisme républicain, il demeure que cette position du secteur ne se réduit pas à cette seule perspective idéologique. C'est bien plus le souci humaniste, le rejet des ségrégations et des discriminations qui furent les arguments du refus des psychiatres de secteur à s'ouvrir à une approche spécifique des problèmes psychiatriques liés à la migration.

Ce faisant, le dispositif public de soins psychiatriques ouvrait une brèche dans laquelle des initiatives indépendantes pouvaient s'engouffrer pour apporter les réponses qu'il refusait de prendre en compte.

Les nouvelles frontières de la société française

*Langue et accessibilité aux soins,
le paradigme de l'universalisme pragmatique*

C'est également dans les suites de la Seconde Guerre mondiale que le premier dispensaire psychiatrique pour migrants et réfugiés voit le jour à Paris. Créé en 1951 par Eugène et Françoise Minkowski dans les locaux du *Dispensaire populaire de Paris*, ce premier dispositif porte incontestablement la marque de son fondateur. Lorsqu'il a créé avec son épouse Françoise et l'un de ses collègues d'origine polonaise le centre qui porte encore aujourd'hui son nom, c'est avant tout pour répondre à ce qu'il estime être les besoins de ces milliers d'exilés européens venus trouver refuge en France. Les souffrances de la guerre et de l'exil conjuguées à la barrière linguistique sont alors les deux raisons qui motivent la création d'un dispositif spécifique de soins psychiatriques. Il s'agit de faciliter l'insertion de ces migrants dans la société française, de leur permettre de dépasser les traumatismes de l'exil et de leur procurer des premiers soins dans leur langue maternelle avant de pouvoir les réorienter vers les structures de droit commun. L'accent est donc mis sur l'accessibilité aux soins, l'éducation et la socialisation dans la société hôte, tandis que l'aspect psychologique ou psychiatrique est finalement secondaire et avant tout destiné à rendre cette insertion plus aisée. L'organisation du dispositif découle de ces principes généraux. L'innovation médicale repose sur des consultations dans la langue maternelle des patients réalisées par des psychiatres également immigrés et originaires de ces mêmes pays. À chaque nouvelle vague de migration, le centre élargit ses compétences et ouvre de nouvelles consultations, toujours dans la langue maternelle et selon les mêmes principes. Modèle d'un universalisme pragmatique, ce dispositif de soin est emblématique de la façon dont, au sortir de la Seconde Guerre mondiale, la question de la différence était posée. Du point de vue médical, ni le savoir psychiatrique, ni même le dispositif public de soins n'étaient mis en cause. À l'inverse, l'idéal sous-tendant la création de ces nouveaux dispositifs s'ancrait clairement dans les valeurs de la république et dans l'universalisme de la psychiatrie. En conséquence, ce furent bien plus les problèmes sociaux des migrants et la barrière linguistique qui firent l'objet d'une approche spécifique pour ces populations. Plus exactement, les

La psychiatrie à l'épreuve de l'altérité

besoins des migrants en matière de santé mentale étaient considérés comme étant à peu près les mêmes que ceux des natifs et justifiaient simplement une modeste adaptation de l'existant pour leur permettre de bénéficier des mêmes prestations. Même les spécificités des pathologies liées à la guerre ou à l'exil ne pouvaient être considérées comme des éléments distinctifs majeurs, dans la mesure où le savoir psychiatrique de l'époque semblait en mesure d'en rendre compte et de les traiter.

À ce titre, ce modèle reste très proche du précédent. Il ne promeut pas plus une nouvelle conception de la psychiatrie qu'il ne dénonce le système de droit commun existant. Il se situe précisément dans l'esprit des institutions françaises et se réclame de la psychiatrie de son époque.

Le relativisme néocolonialiste

À la veille de la décolonisation, la psychiatrie coloniale reste dans la continuité des théories sur la « psychologie primitive » et le « primitivisme des Noirs ou des Maghrébins » des années 1920. À l'évidence l'attitude des psychiatres coloniaux doit être rapprochée de l'attitude générale des colons à l'égard des colonisés ; d'ailleurs, les termes utilisés pour penser la « folie » dans les colonies ne sont que l'accentuation de la discrimination qui touche les colonisés. Comme le souligne R. Collignon, « alors qu'en Europe, le fou incarne une figure radicale de l'altérité, il est *l'Autre* de la raison, en Afrique, le sujet colonial occupe déjà au regard de l'imaginaire du colon une autre position, celle du *sauvage* » [Collignon, 2002, p. 469]. Mais à ce stade, les transformations de la psychiatrie continentale affectent peu la situation dans les colonies, et à l'inverse les thèses raciales de l'École d'Alger n'ont pas d'influence en France [Berthelot, 1979], tout au moins jusqu'à la décolonisation. Jusqu'à cette période, en effet, les rapports « scientifiques » se limitaient à l'épineuse question du transfert sur le continent des malades mentaux ou de la création d'infrastructures de soins dans les colonies [Collignon, 2002]. La guerre d'indépendance en Algérie marque un premier changement dans ce non rapport, dans la mesure où l'extension et l'exportation du conflit influent directement sur les thèses raciales puisqu'elles vont être dénoncées et combattues par les sympathisants du FLN. Le psychiatre antillais Frantz Fanon occupe une place essentielle

Les nouvelles frontières de la société française

dans ce mouvement : son influence s'exercera d'abord en Algérie, pendant la guerre, puis plus tard en France de façon posthume où son engagement deviendra le symbole d'une nouvelle approche de la psychiatrie des migrants. Psychiatre des hôpitaux, médecin chef à l'hôpital de Blida, il deviendra à la fois le porte-parole de la lutte contre la puissance coloniale et le théoricien d'une « décontamination » de la psychiatrie coloniale¹⁰. Dans cette contestation d'un ordre psychiatrique au service d'une administration coloniale, penser *l'autre* dans sa psychologie comme dans sa pathologie revient à inverser la formule précédente et à le penser comme *l'identique*. C'est-à-dire comme un autre soi-même auquel on pourrait appliquer une lecture strictement équivalente à celle qui prévaut en Occident à propos des Occidentaux, s'il ne souffrait pas d'abord et avant tout de la domination coloniale. En ce sens, le moment révolutionnaire de l'approche psychiatrique de Frantz Fanon consistait justement à exiger que l'on applique aux « musulmans » les méthodes les plus progressistes de la psychiatrie française la plus récente, celle de la psychothérapie institutionnelle en l'occurrence¹¹. Ici, l'appartenance ethnique et/ou religieuse ne devait pas intervenir, non pas parce qu'il s'agissait de nier l'éventuelle spécificité culturelle et/ou religieuse du colonisé, mais simplement parce que dans la hiérarchie des différences entre le « Blanc », le « Noir » et le « musulman » celle qui revêtait la plus grande importance était d'abord politique. L'approche psychiatrique se devait d'abord de corriger cette inégalité avant d'imaginer prendre en compte l'influence incertaine de

10. Les travaux psychiatriques de Fanon sont souvent moins connus que ses écrits plus politiques et pourtant importants. Il fut un des tous premiers à tenter d'introduire dans les colonies les perspectives développées par les tenants de l'idéal d'une psychiatrie pour tous [Fanon et Azoulay, 1954]. Pour une mise en perspective du militant et du psychiatre on se reportera à l'excellente biographie d'Alice Cherki [2000].

11. Le courant de la psychothérapie institutionnelle est né après la Seconde Guerre mondiale (cf. *infra*) et consistait à transformer les asiles psychiatriques en authentiques lieux de soins. Les murs, autrefois symboles de l'enfermement, devaient y devenir des outils au service d'une ouverture vers la cité. L'institution dans son ensemble – c'est-à-dire les soignants, l'architecture, l'administration – se devait d'être intégralement dévouée aux patients. Le soin, lui-même, était pensé comme la résultante d'actions combinées bio-psycho-sociales ; autrement dit, il s'agissait de défendre une certaine idée de l'homme à travers sa maladie et d'ouvrir « un droit à la folie ». Largement influencée par les mouvements progressifs des années 1950, et tout particulièrement le Parti communiste français, la psychothérapie institutionnelle s'est implantée dans différents lieux de soins privés et publics, dont les plus importants furent l'hôpital de Saint Alban, le secteur du XIII^e arrondissement de Paris, les cliniques de Laborde et de la Chesnaie, l'Institut Marcel Rivière et les hôpitaux de jour de l'Élan retrouvé.

La psychiatrie à l'épreuve de l'altérité

tel ou tel facteur ethnique, dont la mise en exergue par l'École de Porot avait jusqu'alors alimenté la ségrégation raciale.

Après l'indépendance de l'Algérie, l'École d'Alger va connaître un second souffle en métropole, certes plus discret, mais cette fois bien plus institutionnel. En effet, dès leur retour en France, Antoine Porot et ses élèves, tous anciens de l'Algérie française, vont conquérir au milieu des années 1960 plusieurs chaires de psychiatrie en France et largement diffuser par cet intermédiaire les thèses « culturalistes » et « raciales » de l'École d'Alger. Tempérant les aspects les plus controversés des thèses de leur maître, Jean Sutter, Jean-Claude Scotto et Yves Pélicier vont paradoxalement associer l'humanisme généreux de la phénoménologie de Minkowski et le regard néocolonialiste – mais cette fois « bienveillant » – dans une psychiatrie sociale ouverte sur les pathologies de la migration. Partisans de la notion de « pathologie d'apport », qui consiste en une sorte de reliquat du « primitivisme » de leur maître, ils vont apporter leur contribution personnelle, plus que théorique, à la construction d'une psychiatrie de la migration qui ne propose pas de création de dispositifs spécifiques. Pour eux, la spécificité de la pathologie de la migration se résume, en dernière instance, aux facteurs psychologiques préexistants chez les migrants et pour certains responsables de la migration et/ou des difficultés d'adaptation dans le pays d'accueil [Pélicier et Hahn, 1988]. Dans cette perspective, le contexte migratoire n'est pas pensé comme étant susceptible d'être pathogène : si la pathologie se développe, c'est avant tout parce que le terrain psychologique lui était déjà favorable. Pour ces partisans de cette « pathologie d'apport », il existe deux principaux cas de figure qui peuvent diversement s'associer. Dans le premier cas, la fragilité psychologique s'était déjà révélée avant la migration, entraînant dans le pays d'origine des troubles psychologiques et/ou des difficultés d'adaptation. L'exil vers un pays d'accueil serait aussi, pour ces sujets fragiles, une façon de fuir leurs difficultés ou un espoir, bien souvent vain, de les faire disparaître en partant ailleurs. Or, pour ces auteurs, de tels sujets fragiles ne seront justement pas en mesure d'affronter et de dépasser les contraintes et les difficultés de la migration. Dans le second cas, les sujets n'auraient jamais présenté de troubles au pays ni de problème particulier d'adaptation, mais présenteraient néanmoins une fragilité incontestable se révélant dans le pays d'accueil. Ils partageraient ainsi avec les premiers une fragilité psychologique les

Les nouvelles frontières de la société française

rendant particulièrement vulnérables aux conditions difficiles de la migration. Ainsi, la réinstallation dans un pays très différent du leur, l'éloignement des proches, la précarité économique, les difficultés linguistiques, etc. formeront le terrain favorable à de graves décompensations de pathologies latentes.

On voit comment dans cette perspective, les conditions socioéconomiques de la migration sont avant tout des facteurs précipitants, donc aucunement étiologiques, d'une pathologie sous-jacente préexistante, latente ou manifeste, propre aux populations qui présenteront ultérieurement des troubles mentaux.

Les héritiers de l'École d'Alger ne négligent donc pas les difficultés de la migration – qu'elles soient économiques ou psychologiques –, comme ils ne considèrent pas plus que tous les migrants sont à risque. Mais ils affirment, par contre, que la seule migration ne saurait être tenue pour responsable des décompensations des migrants. On retrouve dans cette lecture une approche assez similaire de celle développée autour des névroses traumatiques pour lesquelles les experts psychiatriques, tout au moins jusqu'aux années 1970, incriminaient la personnalité fragile du traumatisé plutôt que l'impact de l'événement traumatique lui-même [Rechtman, 2002]. Dans la pathologie des migrants, comme dans les névroses des victimes d'accidents, notamment du travail, le facteur déterminant réside dans la personnalité du sujet ; la migration, pour les premiers, l'accident, pour les seconds, ne sont en revanche que des facteurs précipitants [Fassin et Rechtman, 2007]. Le succès de la sinistrose illustre justement le rapprochement de ces deux tendances. Développée au début du *xx*^e siècle par Édouard Brissaud [1908], la sinistrose caractérisait une réaction psychologique inappropriée, semblable à la névrose traumatique des combats, consécutive à un accident (du travail le plus souvent) et entraînant une incapacité de travail en l'absence de signe physique pouvant la justifier. Délaissée par les cliniciens et les experts entre les deux guerres, cette pathologie souvent méprisée par le corps médical va connaître un renouveau certain à partir des années 1970 pour désigner les tendances quérulentes des migrants après un accident du travail, et s'imposer en quelques années pour caractériser la principale affection mentale des migrants issus des anciennes colonies [Fassin, 2009].

L'altérité ainsi construite dans cette première psychiatrie de la migration ne met en cause ni l'institution psychiatrique, ni le

La psychiatrie à l'épreuve de l'altérité

savoir psychiatrique. Au contraire, ses partisans défendent essentiellement une lecture psychiatrique du fait migratoire et recherchent l'origine du fait pathologique dans la personnalité du migrant – avant son départ – plutôt que dans les conditions socioéconomiques de l'accueil en France. En ce sens, elle reste intimement liée à la lecture psychiatrique du colonisé que développait Antoine Porot.

Son influence sera secondairement décisive dans la mesure où elle va susciter une contre-réaction active et militante chez ceux qui, en France, vont reprendre le flambeau de Frantz Fanon pour prendre le parti des migrants et œuvrer à l'élaboration et la mise en œuvre d'une psychiatrie politiquement engagée de la migration.

La sociogenèse politique de la migration

Au début des années 1970, ce sont des psychiatres militants qui reprennent ces débats en dénonçant les compromissions de leurs prédécesseurs avec l'ordre colonial. Leurs critiques se portent sur deux fronts, clinique et politique, et s'inspirent pour une grande part des luttes de libération dans les anciennes colonies qu'ils réinterprètent dans le contexte national à l'égard des immigrés.

Sur le plan clinique, ils rejettent tout d'abord les principes relativistes accordant à la culture une influence décisive dans le développement et l'expression des troubles psychologiques et mentaux des migrants. Pour eux, ces approches culturalistes, même lorsqu'elles cherchent à créditer la spécificité culturelle d'une valeur positive, ne font que reproduire le différentialisme raciste de l'École d'Alger en essentialisant dans la culture la nature des problèmes psychologiques des migrants. À l'inverse, les partisans de la psychiatrie de la migration revendiquent clairement une approche de la psychiatrie des ressortissants des anciennes colonies sous l'angle quasi exclusif des conséquences sociales et économiques du phénomène migratoire. Ils s'opposent également aux partisans d'une pathologie d'apport et contestent radicalement l'idée selon laquelle ceux qui « choisiraient » la migration seraient déjà porteurs de troubles psychologiques qui les pousseraient au départ. En ce sens, sans s'attaquer au corpus psychiatrique lui-même, auquel ils se réfèrent toujours, ils tentent d'inclure une sociogenèse des troubles psychiatriques des

Les nouvelles frontières de la société française

migrants [De Almeida, 1975] qui rendrait compte à la fois des particularités cliniques des migrants, de leurs besoins spécifiques et des réponses pratiques qu'ils proposeront de mettre en œuvre dans des dispositifs spécifiques [Bourdillon & Bennegadi, 1990].

Dans cette perspective, ce n'est pas seulement la langue qui fait barrage à l'accessibilité aux soins, ce ne sont pas plus les particularismes culturels, trop connotés par les thèses néocolonialistes, qui méritent d'être pris en compte dans des dispositifs spécifiques. Pour ces militants, les problèmes psychiatriques et psychologiques des migrants traduisent avant tout le sort général réservé à ces populations en France : mépris pour leurs difficultés, conditions de travail déplorables et risquées, défaut d'accessibilité aux soins, refus de prendre en compte leurs vrais besoins, etc. De sorte que les dispositifs qui vont progressivement voir le jour renouent avec l'universalisme pratique de Minkowski, tout en mettant l'accent sur les limites du système de droit commun. En dénonçant l'incapacité du système de santé à prendre en compte les aspects socioéconomiques de la migration, ce modèle ouvre une contestation de l'institution psychiatrique qui était totalement absente des logiques précédentes.

Sur le plan politique, en effet, leur critique va beaucoup plus loin et vise, pour la première fois, le système de santé français. En ignorant les besoins spécifiques des migrants, ce système renforce selon eux les inégalités et produit une exclusion progressive des migrants et des réfugiés en niant les conditions économiques et sociales qui les oppriment. Il s'agit donc bien d'une critique politique dans laquelle on retrouve l'influence de Frantz Fanon et de la critique de l'institution psychiatrique sous l'angle d'un rapport de domination. Pour autant, l'idéal d'une psychiatrie pour tous n'est pas encore contesté. Plus exactement, c'est en confrontant cet idéal à la réalité du terrain que les promoteurs de ces nouveaux dispositifs veulent démontrer qu'il est encore loin d'être atteint.

Les dispositifs spécifiques pour migrants qui vont fleurir sur le territoire national à cette époque s'inscrivent très précisément dans une « psychiatrie de la migration » qui se veut complémentaire et articulée à la psychiatrie publique, par opposition à l'approche transculturelle¹² qui va par la suite donner naissance à

12. Largement inspirées des approches nord-américaines, les courants transculturels mettront l'accent sur la différence culturelle : différence entre le clinicien et le patient, différence entre les techniques occidentales de soin et les méthodes traditionnelles et entre

La psychiatrie à l'épreuve de l'altérité

l'ethnopsychiatrie des années 1980 [Douville et Galap, 1999 ; Rechtman, 2000]. En ce sens, ces dispositifs nourrissent une contestation de l'institution psychiatrique, mais en s'inscrivant dans le vaste mouvement de la psychiatrie contestataire française de l'époque¹³.

L'essentialisme « a-politique » de la culture

Les années 1990 marquent un nouveau tournant. L'arrêt de l'immigration à la fin des années 1970, suivi par la réduction drastique du regroupement familial pour les migrants légalement présents sur le territoire national à partir du milieu des années 1980, se conjuguent à l'oubli progressif du passé colonial de la France. L'arrivée d'immigrants illégaux d'origines diverses change également le paysage de l'immigration en France. Les anciennes luttes contre les ségrégations dont sont victimes les migrants se trouvent désormais reconfigurées en raison de l'irrégularité de la condition de séjour de ces derniers en France. Les éléments constitutifs de la *différence*, comme la langue, l'accessibilité aux soins, les pathologies de la migration ou encore le contexte socioéconomique défavorable ne sont plus suffisants ou même pertinents pour défendre la cause de ces nouveaux arrivants et faire valoir la spécificité de leurs besoins de santé. En effet, l'irrégularité du séjour des étrangers en France transforme les demandeurs d'asile et les immigrés en clandestins illégitimes jusque dans leurs besoins de santé.

Le courant ethnopsychiatrique encore balbutiant malgré l'enseignement de Georges Devereux, trouve dans cette nouvelle situation sociale un terreau favorable à son développement et à

les conceptions et les valeurs de chacun de ces univers. En empruntant certains concepts à l'anthropologie et plus particulièrement à l'ethnomédecine, l'approche transculturelle proposera de créer des ponts entre ces différentes perspectives afin de constituer un espace ou plus exactement un langage commun entre les patients et les cliniciens respectueux de chacun des systèmes de pensée, occidental et traditionnel [Rechtman et Raveau, 1993]. L'ethnopsychiatrie, dans sa version française et tout particulièrement chez Tobie Nathan, radicalisera cette lecture des différences au profit de la *différence* pensée *comme essence*, pour ne pas dire *comme une nature*. Autrement dit, l'approche clinique n'aura plus pour objet de réduire le différentiel entre la culture occidentale, d'une part, et les autres cultures, d'autre part, mais à l'inverse, de réifier les seules cultures dites traditionnelles dans une opposition frontale avec les savoirs biomédicaux.

13. À la suite de Zulmiro de Almeida les psychiatres qui se sont engagés, par exemple dans le Comité médico-social pour la santé des migrants, se reconnaissaient dans l'enseignement des psychiatres marxistes comme Lucien Bonnafé.

Les nouvelles frontières de la société française

son extension, d'autant qu'il va bénéficier de l'apport de cliniciens eux-mêmes issus de la migration et trouvant difficilement la juste reconnaissance de leurs diplômes dans l'institution psychiatrique [Nathan, 1984]. Or, la réification de l'altérité culturelle proposée par ce mouvement va soudainement apporter à l'État une solution de compromis qui va l'exonérer de sa responsabilité, notamment vis-à-vis de sa politique répressive de l'immigration clandestine. Car ici, l'autre est décrit comme étant authentiquement autre, radicalement *autre* devrait-on dire, à l'image de la lecture politique que la France se donne de l'immigré, du clandestin ou encore du « faux demandeur d'asile ». Le déficit de santé et l'inadéquation des réponses publiques aux besoins de cette population trouvent dans ce paradigme une explication qui va également séduire des acteurs sociaux jusqu'alors peu enclins à se préoccuper du destin des travailleurs illégaux, comme les juges ou les autorités administratives. En proposant un modèle centré sur l'altérité culturelle et l'importance des étiologies traditionnelles [Nathan, 1994], les dispositifs ethnopsychiatriques vont dans le même mouvement délaissier les enjeux socioéconomiques de la migration.

Ce modèle reprend et radicalise la critique du système public du précédent modèle tout en portant l'offensive contre le savoir psychiatrique en dénonçant avec force son incapacité intrinsèque à comprendre et à prendre en compte l'altérité culturelle. L'angle n'est plus politique, même si le développement de l'ethnopsychiatrie en France a d'incontestables prolongements politiques [Fassin, 2000, 2009]. Il ne s'agit plus de dénoncer les échecs de l'idéal d'une psychiatrie pour tous, en accusant par exemple le système de soins d'être à l'origine d'une nouvelle exclusion des migrants, mais bien plus de contester l'idée même d'une psychiatrie pour tous. La *différence* vient de trouver une nouvelle forme dans une naturalisation de l'altérité culturelle qui rendrait à la fois compte des échecs du système public (politique et sanitaire) par rapport aux besoins de ces populations, et de la nécessité « sanitaire » pour ne pas dire « humanitaire » de reconduire à la frontière ceux dont le destin ne saurait être français.

L'immigré : nouvelle figure de la précarité

Ces différents modèles se sont chevauchés dans le temps. La radicalité des uns et des autres a été progressivement tempérée

La psychiatrie à l'épreuve de l'altérité

par l'adjonction d'éléments provenant des autres modèles. Ainsi, le centre Minkowska a aujourd'hui renoncé à l'exclusivité de l'approche sociale et linguistique au profit d'un regard plus culturel et anthropologique dans une étroite collaboration avec le service public. Si les consultations sont toujours réalisées dans la langue des patients, l'obligation d'avoir recours à des cliniciens de la même langue a été abandonnée au profit de l'utilisation plus fréquente d'interprètes. Certes, la multiplicité des langues des nouveaux immigrés rendait impossible une telle contrainte, mais c'est aussi parce que le centre s'est largement réorienté vers des prises en charge centrées sur les problématiques culturelles de la migration [Bennegadi et Bourdillon, 1986]. De même, après une période de rapide expansion [Fassin, 1999], le radicalisme ethnopsychiatrique de Nathan s'est finalement marginalisé ne se limitant plus qu'à une poignée de fidèles réunis au sein du Centre Georges Devereux. Marie-Rose Moro, qui fut une de ses élèves, possède désormais une chaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, et est aujourd'hui la figure principale d'une ethnopsychiatrie plus respectable [Moro et Giraud, 2000]. Le dispositif qu'elle propose reprend les grands acquis de l'ethnopsychiatrie, notamment ceux du travail en groupe avec des co-thérapeutes issus de différentes origines ethniques et l'abord ethnomédical des représentations de la maladie, mais il évacue la dénonciation du savoir ou de l'institution psychiatrique telle qu'elle fut prônée par Tobie Nathan et favorise même les collaborations avec les services hospitaliers de psychiatrie publiques¹⁴. Les étiologies traditionnelles y sont toujours l'élément central de la prise en charge clinique, mais se limitent à des leviers thérapeutiques permettant d'accéder à des contenus psychiques plus « universaux », l'idée étant de rejoindre par l'intermédiaire des représentations traditionnelles de la maladie des principes communs à ceux de la psychanalyse [Moro, 1998].

Le champ de la psychiatrie des migrants et des dispositifs spécifiques qui leur sont destinés se serait donc apaisé en quelques années. De nouvelles perspectives cliniques voient le jour et cherchent moins à contester les institutions et les savoirs en place qu'à apporter leur contribution à une vaste psychopathologie

14. Jusqu'alors l'ethnopsychiatrie de Nathan avait réussi à s'implanter dans de nombreuses structures publiques confrontées aux problématiques des migrants, qu'il s'agisse des services sociaux territoriaux, de la justice ou encore de la protection de la jeunesse, mais le milieu de la psychiatrie publique lui restait particulièrement réfractaire.

Les nouvelles frontières de la société française

générale susceptible de prendre également en compte les besoins et les particularités des populations migrantes, comme dans la clinique de l'exil de Fethi Benslama [2004] ou la médiation anthropologique auprès des juges pour enfants de Charles-Henri Pradelles de Latour [2004]. Nous assistons probablement au changement le plus significatif dans cette longue évolution de la place des populations non-occidentales dans le savoir et les pratiques psychiatriques. En effet, il semble qu'aujourd'hui l'enjeu soit moins d'exclure les populations non-occidentales des pratiques ordinaires de la psychiatrie que de les y inclure. Le renversement est de taille, puisqu'il consiste aujourd'hui à tenter de penser la place de l'autre au sein du dispositif de droit commun et, cela, par l'intermédiaire d'un savoir à vocation internationale, à défaut d'être universel comme le fut la psychiatrie jusqu'aux années 1980 [Rechtman, 2003]. L'idée sous-jacente, que l'on retrouve dans la plupart des contributions de la psychiatrie transculturelle anglo-saxonne, d'Arthur Kleinman [1977] à Juan Mezzich [1996] jusqu'aux promoteurs des dernières révisions de la classification américaine des troubles mentaux – le DSM-IV –, consiste à imaginer un savoir clinique complexe et complet susceptible de prendre en compte l'ensemble des variables culturelles. Il ne s'agit plus d'abraser les différences au profit d'un savoir réputé universel, en fait ethnonormé sur l'Occident, mais à l'inverse de défendre un savoir clinique construit autour de la sommation des différences, elles-mêmes réifiées sans volonté de hiérarchisation. Derrière la générosité du propos, la place de l'altérité demeure indexée sur la seule idée de la différence culturelle. C'est elle qui justifierait non plus des dispositifs de soins spécifiques, mais bien plus, la prise en compte de ses spécificités au sein d'un système général de santé mentale¹⁵. Une même tendance se dessine aujourd'hui en France, car si le service public accepte de s'adapter aux besoins des différentes populations, quelles que soient leurs origines ethniques, qu'il a pour mission de desservir, et si la contestation de l'institution psychiatrique semble moins à l'ordre du jour, ce n'est pas seulement parce l'ethnopsychiatrie et la psychiatrie transculturelle

15. Dans le modèle anglo-saxon, les déclinaisons de cette inclusion dans un système général ne s'opposent pas à la création de dispositifs spécifiques pour telle ou telle minorité; à l'inverse, la multiplication de dispositifs spécifiques devient le moyen d'atteindre ce système général (*i.e.* valable pour tous).

La psychiatrie à l'épreuve de l'altérité

françaises auraient enfin atteint l'âge de raison. En fait, ce *pragmatisme intégratif* est avant tout le produit d'un double mouvement faisant des migrants et des réfugiés des exclus. Politiquement tout d'abord, le contexte général de criminalisation de la migration a déplacé les barrières de l'exil bien au-delà des frontières européennes, transformant sémantiquement, pour ne pas dire performativement, les populations menacées en menace pour l'Europe [Valluy, 2009]. Dans le champ de la santé mentale ensuite, où le profond remaniement de ses missions et de ses objets a confronté la psychiatrie devant l'obligation de participer à la gestion sociale de l'exclusion. Or, c'est bien plus dans ce mouvement, où la psychiatrie a dû s'engager dans la prise en compte des besoins de l'ensemble des populations dites précaires, que les populations migrantes et réfugiées ont été, au moins pour une part, réintégrées dans la politique publique de santé mentale. Il ne s'agissait pas de les y inclure en qualité de migrants et encore moins de réfugiés, mais bien plus de populations précarisées¹⁶. Ici la prise en compte de la culture, qu'elle se fasse par des spécialistes de l'ethnopsychiatrie ou par des cliniciens généralistes sensibles aux questions culturelles, se présente comme la réponse à la précarité de ces populations.

C'est précisément parce que désormais les migrants, les réfugiés et les travailleurs clandestins sont avant tout assimilés à des « exclus » qu'ils peuvent à ce titre bénéficier des modalités spécifiques de soins destinés indistinctement à toutes les formes « d'exclusion »¹⁷. L'inclusion des migrants et des réfugiés dans le dispositif de droit commun relève désormais d'une politique d'ouverture du système de santé sur la misère et la précarité, à défaut bien souvent d'apporter d'autres réponses politiques. Le particularisme des migrants et des réfugiés est aujourd'hui moins considéré comme un problème de langue ou de culture précisément parce qu'il est désormais assimilé

16. À l'inverse, dès qu'il s'agit de mettre l'accent sur les problématiques liées à leur condition de séjour en France, ce sont d'autres dispositifs, marginaux au regard des structures de droits communs, qui prennent le relais [d'Halluin, 2008]. Il s'agit surtout, pour Paris, du Comede (Comité médical pour les exilés), dont une partie de l'activité médicale concerne les problématiques psychologiques et psychiatriques, du centre Primo Lévi qui s'est spécialisé dans le traitement psychologique des victimes de la torture et s'adresse préférentiellement aux personnes en attente d'un statut de réfugiés, ou encore de l'Avre (Association pour les victimes de la répression en exil) aujourd'hui disparu, qui s'était également spécialisé dans l'accueil médical des victimes de torture.

17. La loi de santé publique du 4 mars 2002, comme le plan d'action pour la santé mentale, offre une large place à la prise en compte de toutes les formes d'exclusion.

Les nouvelles frontières de la société française

à un simple élément constitutif ou aggravant de la précarité, qui ne justifie donc pas la mise en place d'un dispositif différent de celui réservé aux autres catégories de populations « précaires », précisément parce que la différence ethnique, raciale ou culturelle se voit dotée d'une valeur de handicap.

L'altérité en psychiatrie, qu'elle soit culturelle, raciale ou encore linguistique, semble donc s'être résorbée dans cette nouvelle catégorie de populations en situation de précarité. Pour autant, un regard plus approfondi sur ces populations aux marges de la société montre que pour un grand nombre il s'agit encore d'hommes et de femmes avant tout perçus comme étrangers et pauvres. Si certains sont enfin entrés dans les dispositifs de santé mentale de droit commun, c'est à la fois parce qu'ils ont perdu dans cette transformation la reconnaissance des conditions politiques de leur précarité, et que dans le même temps la psychiatrie publique a connu sa plus vaste paupérisation.

Conclusion

En plus d'un siècle de débats et de controverses sur l'altérité et sur la place de la race, de la mentalité, de la langue ou de la culture en psychiatrie, la question de l'étranger y est restée posée en filigrane aux côtés de celle de la misère. Jamais vraiment débattue, systématiquement éludée au profit d'une essentialisation de la différence, au contenu variable selon les lieux et les époques, cette collusion entre ces deux registres politiquement liés s'est longtemps résorbée dans une théorisation de l'épreuve de l'altérité. Si celle-ci a pu prendre, comme on vient de le voir, de multiples formes en fonction des contextes politiques, et bien moins des avancées de la connaissance psychiatrique, elle semble aujourd'hui se dévoiler sous une forme jusqu'alors insoupçonnée. Ce mouvement qui permet, certes, une meilleure inclusion des populations étrangères dans le système de santé français, et cherche à réduire les inégalités dans l'accessibilité aux soins, est également contemporain d'une tentative d'essentialiser tantôt dans le psychisme de certains, tantôt dans la culture des autres, les raisons de leur misère.

La psychiatrie à l'épreuve de l'altérité

BIBLIOGRAPHIE

- ANONYME (1990), « Mental Health services for migrants in Europe (Discussion) », *The Lancet*, 336, p. 911-912.
- BENDICK C. (1990), « Emil Kraepelin's Forschungsreise nach Java im Jahre 1904 », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14, p. 513-517.
- BENNEGADI R. et BOURDILLON F. (1986), « Accueil des réfugiés présentant une pathologie mentale », *Migrations Santé*, 46, p. 21-23.
- , (1990), « La santé des travailleurs migrants en France: aspects médicosociaux et anthropologiques », *Revue européenne de migrations internationales* 6 (6-3), p. 129-143.
- BENSLAMA F. (2004), « Qu'est-ce qu'une clinique de l'exil? », *L'Évolution psychiatrique*, 69, 1, p. 23-30.
- BERTHELIER R. (1979), « Psychiatres et psychiatrie devant le Musulman algérien », *L'Évolution psychiatrique*, XLIV, 1, p. 139-160.
- , (1994), *L'Homme maghrébin dans la littérature psychiatrique*, L'Harmattan, Paris.
- BRISSAUD É. (1908), « La sinistrose », *Le Concours médical*, p. 114-117.
- von BUELTZINGSLOEWEN I. (2007), *L'Hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Aubier-Flammarion, Paris.
- CARRIÈRE P. (2001), « Réforme et dispositifs hospitaliers en psychiatrie », *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, 37-908-A-10.
- CHAIGNEAU H. (1997), « Une aventure inventive », *Psychiatrie française*, 28, 1, p. 38-48.
- CHERKI A. (2000), *Frantz Fanon. Portrait*, Le Seuil, Paris.
- COLLIGNON R. (2002), « Pour une histoire de la psychiatrie coloniale française. À partir de l'exemple du Sénégal », *L'Autre* 3,3, p. 455-480.
- DE ALMEIDA Z. (1975), « Les perturbations mentales chez les migrants », *L'Information psychiatrique*, 51, 3, p. 249-281.
- DOUVILLE O. et GALAP J. (1999), « Santé mentale des migrants et réfugiés en France », *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37-880-A-10, 11 p.
- D'HALLUIN E. (2008), *Les Épreuves de l'asile. De la politique du soupçon à la reconnaissance des réfugiés*, Thèse pour le doctorat de sociologie de l'École des hautes études en sciences sociales, Paris.
- EY H. BERNARD P. et BRISSET C. (1978), *Manuel de psychiatrie*, Masson, Paris (5^e éd.).
- FANON F. et AZOULAY J. (1954), « La socialthérapie dans un service d'aliénés musulmans », *L'Information psychiatrique*, 30, 2, p. 349-361.
- FASSIN D. (1999), « L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit », *Genèses*, juin, 35, p. 146-171.
- , (2000), « Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies britanniques aux banlieues parisiennes », *L'Homme*, 153, p. 231-250.
- FASSIN D. et RECHTMAN R. (2005), « An anthropological hybrid. The pragmatic arrangement of universalism and culturalism in French mental health », *Transcultural Psychiatry*, 42 (3), 347-366.

Les nouvelles frontières de la société française

- FASSIN D. et RECHTMAN R. (2007), *L'Empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Flammarion, Paris.
- FASSIN D. (2010), « Ethnopsychiatry and the Postcolonial Encounter. A French Psychopolitics of Otherness », in W. ANDERSON, R. KELLER et D. JENSON (dir.), *Unconscious Dominions. Psychoanalysis, Colonial Trauma, and Global Sovereignties*, Duke University Press, Durham.
- GARRABÉ J. (1992), *Histoire de la schizophrénie*, Seghers, Paris.
- GAUCHET M. et SWAIN G. (1980), *La Pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*, Gallimard, Paris.
- GOLDSTEIN J. (1997), *Consoler et classier. L'essor de la psychiatrie française*, Synthélabo/Les Empêcheurs de Penser en Rond, Le Plessis-Robinson.
- KELLER R. (2007), *Colonial Madness. Psychiatry in French North Africa*, The University of Chicago Press, Chicago.
- KLEINMAN A. (1977), « Depression somatization and the "new cross-cultural psychiatry" », *Social Sciences and Medicine*, 11, p. 3-10.
- KOUCHNER B. (2001a), Allocution d'ouverture des quatrièmes Rencontres de la psychiatrie, *L'Évolution psychiatrique*, 66, 3, p. 391-395.
- , (2001b), Plan Santé Mentale : l'usager au centre d'un dispositif à rénover, ministère de l'Emploi et de la Solidarité/ministère Délégué à la Santé, Paris.
- KRAEPELIN E. (1904), *Vergleichende psychiatrie [Psychiatrie comparée, traduction de L. Huffschnitt, Synapse, mai 1992, 86]. Centralblatt für nervenheilkunde und Psychiatrie*, 15, 27, 433-437.
- LAFFONT M. (1987), *L'Extermination douce. La mort de 40 000 malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques en France sous le régime de Vichy*, Éditions de l'AREFPPI, Paris.
- LANTÉRI-LAURA G. (1998), *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Éditions du Temps, Paris.
- LEMPÉRIÈRE T. et FÉLINE A. (1983), *Psychiatrie de l'adulte*, Masson, Paris.
- LOVELL A. (dir.) (2004), *Santé mentale et société*. La Documentation française, Paris.
- MEZZICH J. E., KLEINMAN A., FABREGA H. J.-R. et PARRON D. L. (dir.) (1996), *Culture & psychiatric diagnosis. A DSM-IV perspective*, American Psychiatric Press Inc., Washington, DC.
- MORO M.-R. (1998), *Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent*, Dunod, Paris.
- MORO M.-R. et GIRAUD J.-F. (2000), « L'exil et la souffrance psychique », *Esprit*, 265, p. 155-168.
- NATHAN T. (1984), *La Folie des autres*, Dunod, Paris.
- , (1994), *L'Influence qui guérit*, Odile Jacob, Paris.
- PÉLICIER Y. et HAHN G. (1988), *Les Chemins de la psychiatrie*, Erès, Paris.
- PETITJEAN F. et LEGUAY D. (2002), « Sectorisation psychiatrique. Évolution et perspective », *Annales Médico-Psychologiques*, 160.
- POROT A. (1918), « Notes de psychiatrie musulmane », *Annales Médico-Psychologiques*, 74, p. 377-384.
- POROT A. (dir.) (1952), *Manuel alphabétique de psychiatrie*, PUF, Paris.

La psychiatrie à l'épreuve de l'altérité

- POROT A. et ARRII D. C. (1932), «L'impulsivité criminelle chez l'indigène algérien. Ses facteurs», *Annales médico-psychologiques*, 14, II, p. 588-611.
- PRADELLES DE LATOUR C.-H. (2004), «Comment sortir de la sorcellerie? D'une société orale à une expérience de médiation transculturelle dans la banlieue parisienne», *L'Évolution psychiatrique*, 69, 1, p. 79-90.
- RECHTMAN R. (2000), «De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatries», *Hommes & Migrations*, mai-juin, 1225, p. 46-61.
- , (2002), «Être victime: généalogie d'une condition clinique», *L'Évolution psychiatrique*, 67, 4, p. 775-795.
- , (2003), «L'ethnicisation de la psychiatrie. De l'universel à l'international», *L'Information psychiatrique*, 79, 2, p. 161-169.
- RECHTMAN R. et RAVEAU F. (1993), «Fondements anthropologiques de l'ethnopsychiatrie», *Encyclopédie médico-chirurgicale. Paris, Psychiatrie*, 37, 715, A-10.
- VALENTIN M. (2009), *L'Évolution de la psychiatrie indonésienne de l'époque coloniale à nos jours*, Faculté de Médecine, université Paris-VI, thèse pour le doctorat de médecine, Paris.
- VALLUY J. (2009), *Rejet des exilés*, TERRA, Paris.